

JOÃO LUCCAS THABET VENTURINE

O PROTAGONISMO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENQUANTO MECANISMO DE
INCLUSÃO SOCIAL E DE EFETIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado em Ciência
Jurídica do Centro de Ciências
Sociais Aplicadas do Campus de
Jacarezinho da Universidade
Estadual do Norte do Paraná, como
exigência parcial para a obtenção
do título de Mestre em Direito.
Orientador: Professor Doutor
Paulo Henrique Freitas.

JACAREZINHO/PR

2017

JOAO LUCCAS THABET VENTURINE

O PROTAGONISMO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENQUANTO MECANISMO DE
INCLUSÃO SOCIAL E DE EFETIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Banca de qualificação:

Presidente: Professor Doutor Paulo Henrique Freitas

Membro:

Membro:

Coordenador do Curso: Professor Doutor Fernando de Brito Alves

Jacarezinho/PR, ____/____/____.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai João Venturine, minha mãe Ida Maria Thabet, meus irmãos Luiz Fernando e Jordana, e minha avó Cecília por me apoiarem em todos os momentos de minha trajetória com afeto.

À minha namorada Josiele, pela paciência externada nos momentos mais difíceis, pela ajuda na correção do texto, pelo incentivo, enfim, por ter se revelado uma grande companheira.

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Henrique de Souza Freitas, pois suas indicações bibliográficas, correções, esclarecimentos e apoio tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado em Ciência Jurídica da UENP, no nome do Professor Doutor Fernando de Brito Alves, pela generosidade na orientação de todos que lhes procuram na qualidade de alunos e são acolhidos como amigos.

Ao Professor Nilton Braga, pelo grande incentivo, decisivo nesta empreitada acadêmica e por seus valiosos e inestimáveis conselhos, fruto de uma admirável amizade.

Ao estimado amigo André Luiz de Aguiar Paulino Leite por todo auxílio ofertado e pelas grandes sugestões acadêmicas que permitiram a condução segura da referida pesquisa.

À colega e ouvinte Maria Natalina, pelo apoio em todos os momentos.

VENTURINE, João Luccas Thabet. *O PROTAGONISMO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENQUANTO MECANISMO DE INCLUSÃO SOCIAL E DE EFETIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Jacarezinho – PR.

RESUMO

O trabalho tem como tema a questão da importância da Atenção Primária na condição de ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O enfoque adotado aborda a necessidade de consolidação das Redes de Atenção à Saúde na edificação do sistema de saúde brasileiro, como mecanismo imprescindível para se garantir inclusão social e, sobretudo, resolutividade. O método utilizado foi o de pesquisa bibliográfica, combinada com análise lógico-dedutiva. A pesquisa é dividida em três momentos e se inicia com um estudo sobre a teoria geral dos direitos sociais, culminando com a necessidade de reflexão e de enfrentamento das políticas públicas como estratégia capaz de garantir a efetivação dos direitos fundamentais. O segundo capítulo é dedicado ao estudo do direito à saúde, reconhecendo-o como autêntico direito social. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é dissecado numa perspectiva histórico-evolutiva, cotejando avanços e desafios alcançados. O último capítulo consiste num estudo sobre a necessidade de estruturação das Redes de Atenção à Saúde, através do fortalecimento da Atenção Primária, na condição de coordenadora do cuidado, em contraposição ao modelo biomédico ou hospitalocêntrico, lastreado na medicalização, no caráter curativo e nos atendimentos individuais. A justificativa para essa reconfiguração institucional do SUS decorre da leitura e da adequada interpretação dos mapas epidemiológicos que sinalizam o predomínio das condições crônicas em detrimento das condições agudas.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos fundamentais; Direitos sociais; Direito à saúde; Atenção primária;

ABSTRACT

The theme of the work is about the importance of Primary Care as coordinator of Health Care Networks (RAS). The approach addresses the need for consolidation of Health Care Networks, in the construction of the Brazilian health system, as an essential mechanism to guarantee social inclusion and, in particular, resolution. The method of bibliographic research was used, combined with logical-deductive analysis. The research is divided into three stages and begins with a study of the general theory of social rights, culminating with the need for reflection and confrontation of the public policies as a strategy capable of guaranteeing the implementation of the fundamental rights. The second chapter is devoted to the study of the right to health, recognizing it as a legitimate social right. In this context, the Unified Health System (SUS) is dissected in a historical and evolutionary perspective, comparing advances achieved and new challenges. The last chapter consists of the study of the necessity of structuring the Health Care Networks, through the strengthening of Primary Care, as the coordinator of care, as opposed to the biomedical or hospital-centered model, backed by medicalization, the curative character and the care of individuals. The justification for this institutional reconfiguration of SUS results from the reading and adequate interpretation of epidemiological maps which show the prevalence of chronic conditions at the expense of acute conditions.

.

KEY WORDS: Fundamental rights; Social rights; Right to health; Primary care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. TEORIA GERAL DOS DIREITOS SOCIAIS.....	15
1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	15
1.2 A DIGNIDADE DA PESSOA ENQUANTO VALOR JURÍDICO FUNDAMENTAL.....	16
1.3 ESTADO SOCIAL.....	18
1.3.1 Conceito.....	18
1.3.2 Eficácia dos direitos sociais.....	20
1.3.3 Ponderações sobre o Estado Social.....	21
1.3.4 Teorias justificadoras do Estado Social.....	23
1.4 POSITIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS.....	25
1.5 EXIGIBILIDADE DOS DIREITOS SOCIAIS.....	27
1.5.1 Considerações gerais.....	27
1.5.2 Justiciabilidade.....	28
1.5.3 Aspectos inibidores da justiciabilidade.....	30
1.6 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SENTIDO LATO.....	32
1.6.1 Considerações gerais.....	32
1.6.2 Elementos das políticas públicas.....	37
1.6.3 Controle judicial forte e fraco.....	40
1.6.4 A teoria da reserva do possível e a reserva da consistência.....	43
1.6.5 Reflexões sobre o mínimo existencial.....	47
1.6.6 Restringibilidade excepcional e a proibição do retrocesso.....	48
1.7 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE.....	50
1.8 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	52
2. DIREITO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL.....	56
2.1 SUS: MATRIZ HISTÓRICA.....	56
2.1.1 Desafios do SUS.....	59
2.1.2 Universalidade.....	60
2.1.3 Integralidade.....	62
2.2 O DESAFIO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS.....	63
2.2.1 As condições agudas e crônicas.....	64

2.3 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO PÚBLICO SUBJETIVO.....	69
3 A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) COMO MECANISMO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE.....	71
3.1 O RETRATO EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL.....	71
3.2 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	74
3.2.1 Conceito da APS.....	76
3.2.2 Características.....	77
3.2.3 Modelos de APS.....	80
3.2.4 A Construção Social da APS.....	81
3.3 A ESTRUTURA DA DEMANDA E DA OFERTA NA APS.....	83
3.3.1 Os desafios da porta de entrada do SUS.....	84
3.3.2 Demandas em Saúde.....	85
3.3.3 A falta de coordenação do cuidado nas RAS.....	88
3.4 A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	88
3.5 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmides etárias da população brasileira ano 2005/2030.....	61
Gráfico 2: Evolução da mortalidade proporcional, segundo causas, Brasil, 1930/2003.....	63
Gráfico 3: Perdas de rendas em percentuais do PIB por doenças cardiovasculares e diabetes, em países selecionados, 2005/2015.....	68
Gráfico 4: Distribuição dos óbitos, segundo capítulos da CID 10. Brasil, 2012 (nos detalhes, os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho digestivo, segundo categoria).....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição entre condições crônicas e agudas.....	65
Tabela 2: Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (AVAIs), Brasil 1998.....	66
Tabela 3: As dez principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (AVAI), Brasil 1998.....	66
Tabela 4: As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.....	74

INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui como principal objetivo analisar as respostas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na condição de mais importante instrumento sanitário de política pública do país, visando a demonstração de que há um grande abismo permeando a relação oferta/demanda e que essa perspectiva é absolutamente nefasta sob a égide da construção de um sistema de saúde universal e integral, portanto, inclusivo.

Para tanto, inicialmente, a pesquisa apresenta um detalhado estudo dos direitos sociais, a partir da definição de suas características principais e da narrativa de um indispensável referencial histórico, suscitando, ainda, um necessário cotejo entre Estado liberal e Estado social. O aporte histórico traz à tona, ainda, o fato de que os direitos fundamentais surgiram como reação às atrocidades perpetradas nos períodos ditatoriais. Além disso, foram tecidas importantes considerações sobre a exigibilidade dos direitos sociais, chegando-se à conclusão doutrinária e jurisprudencial de que, ao menos, na perspectiva do mínimo existencial, reconhece-se a condição de genuínos direitos subjetivos. Observou-se, ainda, que a indeterminação do conteúdo dos direitos sociais, atrelada à ausência de disponibilidade orçamentário-financeira tem contribuído no sentido de lhes inibir a justiciabilidade.

Em relação às políticas públicas, pôde-se aferir que representam veículos materiais de efetivação dos direitos sociais em que pese às divergências doutrinárias se seriam ou não compostas pelo Poder Judiciário. Fato é que em relação ao mínimo existencial, revela-se diminuta a discricionariedade do Poder Executivo, restando legitimado o Poder Judiciário a estabelecer juízos de conveniência guiando-se pela matriz constitucional.

Num segundo momento, parte-se da consideração de que os direitos fundamentais foram fecundados no direito natural, encontrando na dignidade da pessoa humana seu núcleo valorativo mais importante. Na sequência, denota-se que os direitos fundamentais foram estrategicamente positivados em matriz constitucional com vistas à obtenção de estabilidade e de eficácia, oportunidade em que a dignidade da pessoa humana foi alçada a condição de núcleo jurídico supremo.

No segundo capítulo, partiu-se do reconhecimento de que o direito à saúde é indubitavelmente um direito social. Ocasão em que o Sistema Único de Saúde (SUS) é dissecado numa dimensão histórico-valorativa, sucedendo movimentos campanhistas de cunho detidamente higienista, bem como modelos médicos sanitários privatistas.

Posteriormente, observam-se reflexões sobre os desafios do SUS, em especial sobre a proteção dos preceitos da universalidade e da integralidade, baluartes da reforma sanitária.

No terceiro capítulo, depreende-se que as Redes de Atenção à Saúde devem se ocupar da organização do SUS. E essa organização há de pressupor a substituição dos modelos fragmentados, biomédicos ou hospitalocêntricos, uma vez que calcados nos métodos medicamentosos, curativos e de bases individuais.

A pesquisa aponta ainda que os países em desenvolvimento ou de modernidade tardia, no qual se inclui o Brasil, apresentam transição epidemiológica de dupla ou tripla carga de doenças, polarizada, com predomínio das condições crônicas.

Com base nessa constatação, extraída dos mapas epidemiológicos, infere-se uma manifesta inconsistência do SUS, a partir da análise das respostas ofertadas, já que o modelo vem se ocupando, prioritariamente, das doenças agudas e da agudização das doenças crônicas.

Por conta disso, vislumbra-se que as respostas sanitárias são pouco resolutivas do ponto de vista financeiro e sanitário, uma vez que a Atenção Primária deixa de ocupar seu papel institucional de ordenadora da rede, o que redundará numa silenciosa epidemia das doenças crônicas.

O método de pesquisa adotado é o lógico dedutivo, apoiado em premissas extraídas da bibliografia pertinente ao tema do direito à saúde, com referencial teórico, notadamente nas obras do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde).

1 TEORIA GERAL DOS DIREITOS SOCIAIS

1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA.

Na busca de uma compreensão histórica dos direitos sociais, Krell (2002, p. 11) elucida que:

Surgiram após a revolução industrial do século XIX e das primeiras conquistas dos movimentos sindicais em vários países, em nível constitucional, com as Constituições do México (1917), da República Alemã (1919) e também do Brasil em (1934), passando, todavia, por um ciclo de baixa normatividade e de eficácia duvidosa.

Semelhantemente, Pachú (2015) ilustra que a primeira Constituição Brasileira de 1934 teve um destacado papel, na medida em que alçou os direitos sociais no título da ordem econômica e social.

Mesma posição compartilhada por Brega Filho (2002), ao definir que a Constituição de 1934 inaugurou o que se pode denominar de “Estado social brasileiro”, já que além dos tradicionais direitos individuais, reconheceu uma série de direitos sociais e relativizou o conceito de propriedade.

É cediço, ainda, que essa mesma Constituição, segundo Silva (2009) foi notavelmente influenciada pela Constituição Alemã de Weimar, de 1919, responsável, até então, pela introdução de um novo espírito, de cunho social, nas constituições.

Em sentido simétrico, Gotti (2012) preceitua que coube a Constituição de Weimar o aprimoramento da democracia social delineado pela Constituição Mexicana de 1917.

Doravante, a Constituição de 1988 encampou um amplo rol de direitos sociais, no artigo 6º: como educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados.

Dessa maneira, o Estado assume a responsabilidade de condicionar suas políticas públicas segundo um viés finalístico, reordenando sua relação com a sociedade a partir de um arranjo programático e progressista, consubstanciado na constitucionalização dos direitos fundamentais.

Assim, atribuir moldura constitucional aos direitos fundamentais, além do incontestado sentido simbólico de representar um “Estado amigo”, atento às mazelas sociais, determina, também, um espectro de estabilidade, a conferir solidez e densidade aos direitos sociais.

No mesmo sentido, Uchôa (2006) depreende que a principal vantagem da constitucionalização é o fato de que os direitos fundamentais imperam sobre toda ordem jurídica estatal, ensejando uma espécie de organização normativa a partir da magna carta.

Fica claro, portanto, que as normas exercem uma complexa função social, reclamando aplicabilidade e efetividade. Representam, ainda, um importante mecanismo de harmonização das relações, reduzindo possíveis tensões.

1.2 A DIGNIDADE DA PESSOA ENQUANTO VALOR JURÍDICO FUNDAMENTAL

A Constituição de 1988 elevou o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana à condição de norma jurídica, demandando, portanto, especial atenção por parte dos intérpretes e aplicadores do direito.

Nos períodos autoritários e ditatoriais, a população brasileira não tinha a menor ideia do que seria a Constituição, nem tampouco a compreensão sobre a relevância do referido instrumento.

Fato é que, hoje, em tempos de pós-positivismo, a Constituição tem sua importância bastante consolidada, sendo assente que é a lei que fundamenta todas as demais. Equivale, portanto, a uma espécie de porto seguro, em face do qual todas as demais legislações guardam deferência e subserviência.

Cabe a magna carta, pois, estabelecer mecanismos jurídicos que garantam, em última análise, a proteção da dignidade humana, erigida à condição de verdadeiro núcleo fundamental.

Segundo Antunes Rocha (2009), o princípio da dignidade humana requer criteriosa compreensão, não sendo – ou não devendo ser – sua investigação exclusividade dos profissionais ou operadores do direito.

Além disso, a mencionada autora (2009, p. 16), apregoa que:

A necessidade do ser humano ser considerado como um ser de carne e osso: Pode parecer obviedade, mas que é povo? Fala-se o povo para não satisfazer ninguém. Na verdade, as expressões “pessoa humana” e “ser humano” já foram utilizadas dessa forma, como um ícone, como algo que era para ser preservado, mas não concretizado.

Desse modo, é de crucial importância que os direitos fundamentais possam migrar da passividade abstrata dos textos normativos, de tal sorte a irradiar a materialidade de que se espera deles. Nessa perspectiva, há que se supor uma atuação coordenada e contundente por

parte dos poderes executivo, legislativo e judiciário com vistas à concretização dos direitos fundamentais.

Analogamente, Mendes et al. (2009) infere que o progresso do direito constitucional decorre da afirmação dos direitos fundamentais, tendo como núcleo central a proteção da dignidade da pessoa humana.

Ora, vencida a etapa de fixação de direitos mínimos frente ao Estado, sedimentada através da construção de liberdades negativas, a sociedade passa, então, a clamar pela efetivação de direitos sociais. Inaugura-se, pois, uma nova era constitucional, pautada no garantismo e no empoderamento social.

Além disso, Herkenhoff (2002) observa que a afirmação dos direitos sociais decorre, precipuamente, da insuficiência dos direitos de primeira dimensão. Por essa ótica, percebe-se que as diversas dimensões dos direitos fundamentais, pelo manifesto caráter aberto dos mesmos, apresentam um nítido sentido de complementaridade.

Há quem sustente, ainda, que a dignidade da pessoa humana tenha evoluído para dignidade do ser humano, sobretudo no que atine à questão das células-tronco.

Nesse cariz e reinvidicando o aprofundamento da questão, Antunes Rocha (2009, p. 17), pontifica que:

No direito, pessoa é um conceito bem definido: é alguém com direitos, deveres e responsabilidades. Portanto, o genoma não é considerado pessoa. E é nesse ponto que o direito mudou. Ele não se preocupa com a pessoa humana conforme estabelecido na Constituição. O direito se preocupa com o ser humano.

Fato é que dimensionada a importância da dignidade na seara constitucional, Segado (2006, p. 4) ilustra que:

(...) uno de las rasgos sobresalientes del constitucionalismo de la segunda posguerra es la elevación de la dignidad de la persona a la categoría de núcleo axiológico constitucional, y por lo mismo, a valor jurídico supremo del conjunto ordinamental.

Isso se deve, sobretudo, aos horrores da segunda guerra mundial que impactaram toda humanidade. O regime nazista deixou marcas profundas por conta dos horrendos episódios de genocídio que protagonizou.

Ainda em reforço a um sentido de estabilidade, Segado (2006) preleciona que os direitos fundamentais são conferidos aos membros da sociedade na condição de direitos eternos e invioláveis.

Essa sensibilidade pelo ser humano faz com que a dignidade seja alçada à condição de valor mais importante da norma fundamental.

Na mesma senda, Paladin (1991) aponta que os direitos fundamentais não decorrem de uma autolimitação do estado, mas representam “um dato congenito dell’ordinamento statale vigente”, de tal sorte que separam o novo estado do pós-guerra e o estado totalitário criado pelo fascismo.

Fazendo um contraponto histórico, ainda, Segado (2006) aduz que a Lei de Bonn de 1949 teve destacada importância ao definir que a dignidade do homem é intangível e constitui dever de todas as autoridades estatais, na perspectiva de respeito e de proteção.

Para ele, os direitos fundamentais são inerentes à dignidade humana, operando como fundamento último de toda comunidade humana. Assim, a dignidade humana representa a herança comum de todos os seres humanos; o último valor; o princípio fundamental.

Outrossim, a dignidade também serve como um fundamento de ordem política e de paz social, na medida que, devidamente respeitada, promove a estabilização das relações e atenua tensões sociais.

Por fim, impende notar, ainda, que mesmo os direitos fundamentais, a despeito da reconhecida importância histórica que lhes são peculiares, não podem ser exercidos de maneira abusiva, de tal sorte que a dignidade encontra limite, exatamente, na dignidade do outro.

1.3 ESTADO SOCIAL

1.3.1 Conceito

Os direitos sociais, consoante a definição de Krell (2002), não são direitos contra o Estado e sim direitos através do Estado, pressupondo, portanto, atuações positivas por parte do Estado consubstanciadas em prestações materiais.

Em sentido análogo, Queiroz (2006) define que os direitos sociais constituem obrigações de prestação positivas cuja satisfação consiste num *facere*, uma “ação positiva” a cargo dos poderes públicos.

Ainda em alusão ao caráter prestacional do Estado, Pachú (2015) aponta que a promoção dos direitos sociais tem por escopo a redução das desigualdades existentes, de modo a proporcionar vida digna aos indivíduos.

Além disso, o exímio constitucionalista Silva (1999, p. 289) conceitua os direitos sociais da seguinte forma:

Os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.

De uma forma mais ampla e com enfoque na dignidade humana, Barcellos (2008) pontifica que os direitos sociais promovem a concretização do princípio da dignidade humana, na esfera das condições materiais da existência do homem.

Abramovich e Courtis (2002) observam que os direitos sociais representam a tentativa de materialização das expressões (individuais ou coletivas) a certos bens tutelados constitucionalmente.

Faz-se necessário, portanto, que o Estado assuma protagonismo, definindo as condições de instalação e de execução dos serviços públicos, por meio das chamadas políticas públicas sociais.

No Estado liberal, a preocupação essencial era evitar que houvesse a concentração de poder estatal, a fim de que os direitos fundamentais de primeira geração fossem assegurados.

Em sentido similar, Canela Junior (2011) aponta que o constitucionalismo liberal serviu para proteger o indivíduo da ingerência do Estado, não lhe carreando qualquer orientação finalística em termos de ação governamental.

Dessa forma, o dirigismo estatal, característico do Estado social, vem preencher lacunas institucionais que agravavam, por assim dizer, o convívio social.

Com a expansão do Estado na perspectiva social, metas coletivas passaram a ser preestabelecidas atribuindo, pois, um sentido lógico-racional às políticas públicas.

Fato é que a manutenção do “*status quo*”, típico do modelo liberal e revelador de abissal desequilíbrio socioeconômico, aguçava tensões suscitando, até mesmo, debates acerca da legitimidade do Estado.

Outrossim, a concentração de riqueza gerou, por assim dizer, bolsões de miséria nas classes inferiores, de tal modo que as garantias formais revelavam-se fortemente insuficientes.

É deste cenário, portanto, de terra arrasada do ponto de vista garantista, que surge do *olimp* o “Estado providência” agasalhando pretensões sociais a ponto de reduzir, significativamente, as manifestas desigualdades.

1.3.2 Eficácia dos Direitos Sociais

As normas programáticas, segundo Krell (2002), atingiram tamanha envergadura, de tal sorte que, quer nas legislações européias, quer nos países latino-americanos, não representam mais recomendações ou preceitos morais com eficácia meramente diretiva, mas constituem direito diretamente aplicável.

Ressalta, também, o festejado autor, que se cassava, com a teoria da norma programática a palavra de ordem pela conquista de direitos fundamentais.

No mesmo viés, ainda, revela-se bastante oportuna e pertinente a distinção apregoadada por Silva (2009) entre eficácia jurídica e eficácia social. A eficácia jurídica consistiria na capacidade de atingir os objetivos nela traduzidos, ao passo que eficácia social guardaria relação com a efetividade no plano social.

E é exatamente na perspectiva da efetividade que os direitos sociais precisam ser repensados e projetados, haja vista que as desigualdades socioeconômicas avolumam-se tenazmente, ensejando crises das mais variadas ordens.

Fato é que as normas programáticas já serviram, outrora, para criar um bloqueio em relação à efetividade dos direitos sociais, na medida em que ficaram caracterizadas como mandamentos meramente diretivos, desvinculadas, portanto, do caráter jurídico.

Nessa mesma esteira e ressaltando os riscos da ausência de efetividade das normas, Neves (2011, p. 37-49), assevera que:

Muitas normas programáticas por não possuírem um mínimo de condições para sua efetivação, o servem somente como álibi para criar a imagem de um Estado que responde normativamente aos problemas reais da sociedade, desempenhando assim uma função preponderantemente ideológica em constituir uma forma de manipulação ou de ilusão que imuniza o sistema político contra outras alternativas".

Analogamente, Queiroz (2006) afirma que a Constituição obriga os poderes públicos a adotar medidas, na esfera dos recursos disponíveis, que garantam progressivamente a implementação de políticas públicas como mecanismo de efetivação dos direitos fundamentais.

Por essa razão, o Poder Executivo pode e deve ser compelido a justificar a ausência ou insuficiência das políticas públicas, mesmo porque lhe cabe a “atividade criativa” no planejamento das ações orçamentárias.

Desse modo, atribuir aos direitos fundamentais, no plano contemporâneo, vestimentas puramente programáticas representa um genuíno retrocesso, sepultando todos os ganhos

provenientes da transição do Estado liberal para o Estado social. Mais do que isso, importa, em última análise, em recrudescimento do próprio regime democrático.

Nessa mesma senda, Alves (2013) pondera que a democracia converte-se em verdadeiro direito fundamental, integrando o Estado de direito social.

Além disso, a fecundação de direitos fundamentais independentemente das garantias de efetivação pode redundar num completo desprestígio dos mesmos, tornando-os meras letras mortas. Noutras palavras, significa dizer que os valores tutelados e revestidos de fundamentalidade precisam encontrar eco de modo a permear as relações sociais, mesmo porque de nada adiantaria um catálogo repleto de direitos sem nenhuma perspectiva de efetividade.

Assim, eventuais tentativas de desvinculação dos direitos individuais e dos direitos sociais a partir da natureza obrigacional, também são incapazes de afastar a exigibilidade de que se espera deles.

Por corolário, o manto aconchegante e sedutor das normas programáticas não pode relativizar a necessidade de se promover avanços do ponto de vista da igualdade material, haja vista que a sociedade clama por reformas substanciais e providenciais capazes de dar vazão aos direitos fundamentais.

É preciso que o Estado cumpra verdadeiramente seu papel institucional com vistas edificação de uma sociedade menos desigual, a partir de políticas públicas mais eficazes e includentes.

Assim, as construções contemporâneas que zelam pela aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais trazem, à baila, importantes reflexões sobre a natureza do Estado. Afinal, que tipo de Estado a sociedade espera? Um Estado protagonista; combativo; atento às mazelas sociais; indutor do crescimento econômico, que faz valer os direitos fundamentais descritos em matriz constitucional ou um arremedo de Estado, assentado na tônica covarde do *laissez faire, laissez-passer*.

1.3.3 Ponderações sobre o Estado Social

Inserindo os direitos sociais na perspectiva do pós-guerra, Leal (2009) descreve que foram asseguradas condições mínimas de vida e de bem estar capazes de garantir direitos civis e políticos.

Chegou-se a conclusão, segundo Comparato (2007), de que os direitos fundamentais de primeira e de segunda gerações formariam um conjunto uno e indissolúvel, de tal sorte que

a liberdade individual desprovida de um mínimo de igualdade social não passaria de mera ilusão.

Na esteira do pensamento anterior e enfatizando o caráter progressista do Estado na perspectiva prestacional, Gotti (2012) define que o Estado Social é um Estado, por sua própria natureza, intervencionista, produtor de igualdade material ou fática, assegurado da liberdade social e real.

Em sentido simétrico, ainda, Bonavides (2001a) preceitua que o Estado Social objetiva produzir as condições e os pressupostos reais e fáticos indispensáveis ao exercício dos direitos fundamentais.

Fato é que o desafio do Estado Social de Direito, segundo Leal (2009) consiste de alguma forma em garantir justiça social efetiva aos seus cidadãos, no sentido do desenvolvimento da pessoa humana.

Além disso, Gotti (2012, p. 36) infere que:

(...) há que estabelecer um contraponto entre estado liberal e estado social, de tal sorte que no constitucionalismo liberal o Estado assume uma posição “negativa” de “abstenção” à frente do exercício dos direitos fundamentais pelos indivíduos, ao passo que no constitucionalismo social exige-se do Estado, que se converta em um Estado-amigo, em um Estado-confiança.

É certo também que a transposição da lógica do Estado liberal ao social gera interpretações incompatíveis, já que no Estado social, pela ampliação de suas tarefas no campo social, é fundamental a existência de um Estado forte, por vezes, indutor do processo econômico.

Essa transição é descrita com requintes de brilhantismo por Bonavides (2001b, p. 64) o qual elucida que o princípio da separação dos poderes precisa ser relativizado ante a necessidade de protagonismo do Estado. Assim o vejamos:

Com efeito, não se trata mais de enfraquecer o Estado, mas sim de fortalecê-lo. O princípio da separação dos poderes representou seu papel histórico. O constitucionalismo democrático tem por ele a mais justa e irrefragável gratidão (...). Ajudou a implantar na consciência ocidental o sentimento valorativo dos direitos e garantias individuais, de que foi no combate aos déspotas do absolutismo a arma mais eficaz. Quando cuidamos de abandoná-lo no museu da Teoria do Estado queremos, com isso, evitar apenas que seja ele, em nossos dias, a contradição dos direitos sociais, a cuja concretização se opõe, de certo modo, como técnica dificultosa e obstrucionista, autêntico o tropeço, de que infelizmente se poderiam socorrer os conservadores mais perspicazes e renitentes da burguesia, aqueles que ainda supõem passível tolher e retardar o progresso das instituições no rumo da social-democracia. Pretender conservá-lo, porém, como dogma, em justificações descabidas para a atualidade, é o que nos parece inaceitável.

Nessa perspectiva, há que se reconhecer a importância de uma hermenêutica assentada em métodos de ponderação - já que a efetivação de direitos fundamentais pressupõe balanceamento de princípios - em substituição a processos de subsunção racionais e formais.

Segundo Fonte (2013), ainda, a hermenêutica jurídica pós-88 conclui que todo direito envolve, necessariamente, a interpretação e o emprego da Constituição, razão pelo qual o Poder Judiciário encontra-se legitimado a intervir na agenda institucional do Estado brasileiro.

A partir desse pressuposto, reconhece-se que não há um nítido marco divisório entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário em matéria de políticas públicas destinadas à concretização de direitos fundamentais.

Mais do que isso, há que se compreender que na seara das políticas públicas diretamente vocacionadas à concretização de direitos fundamentais, revela-se legítima e oportuna toda intervenção por parte do Poder Judiciário.

Nesse sentido, existem algumas correntes que defendem um maior ou menor controle por parte do Poder Judiciário a depender, naturalmente, da maior ou menor discricionariedade da administração pública, como será visto posteriormente.

1.3.4 Teorias justificadoras do Estado Social

Algumas teorias foram criadas com o propósito de explicar o surgimento do Estado Social e isso se deve, de algum modo, à elevação do neoconstitucionalismo à condição de paradigma.

O modelo liberal restou desidratado ante a insuficiência de respostas na perspectiva social, aprofundando, sistematicamente, as desigualdades socioeconômicas.

Segundo Botelho (2015), a reivindicação crescente de direitos sociais, que esteve tão em voga em democracias mais jovens, alicerçou-se numa lógica de solidariedade cívica e numa ética de responsabilidade comunitária.

Para Carbonell (2008, p. 45) existem teorias que tentam justificar a existência do Estado, subdividindo-se em pluralistas e marxistas.

Aduz, ainda, o mencionado autor que:

Las justificaciones pluralistas pueden ser divididas, a su vez, en funcionalistas y conflictualistas. Para las primeras el Estado social surge como respuesta a necesidades objetivas suscitadas por la modernización socio-económica; es decir, en la medida en que el sistema económico va evolucionando y los trabajadores se especializan y emigran a las ciudades, el sistema político debe responder a través de la generación de los contenidos característicos del Estado social. El punto de vista

conflictualista defiende que el Estado social es el producto de la presión política de los sectores más desfavorecidos, que a su vez es generada por la ampliación del sufragio y por el ejercicio del derecho de asociación, que permite una acción más eficaz de la clase obrera a través de los sindicatos.

Por su lado, las justificaciones marxistas también pueden ser divididas en funcionalistas y conflictualistas. Para las primeras el Estado social es la respuesta a ciertas exigencias estructurales del capitalismo maduro; entre esas exigencias se encontraba, por ejemplo, la necesidad de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, la necesidad de integrar al movimiento obrero dentro del sistema, abortando cualquier intento de acudir a la vía revolucionaria, etcétera. Para las visiones marxistas conflictualistas el Estado social sería el resultado de una serie de conquistas del proletariado y constituiría un episodio intermedio en la lucha de clases.

Fato é que o indivíduo é incapaz de satisfazer, por si só, ou com ajuda de seu entorno social mais imediato, suas necessidades sociais básicas, havendo a necessidade de um Estado, cada vez mais perspicaz, no sentido da reprodução do conteúdo material das constituições.

É manifesta, portanto, a convicção de que o Estado deve assumir um perfil garantista de modo a conferir a todos os cidadãos um mínimo de bem estar, já que sem isso se poria em dúvida a sua própria legitimidade.

Nesse mesmo viés, ainda, Nieto (1983) depreende que os problemas modernos exigem medidas positivas que podem ser ordenadas pela Constituição, as quais, todavia, não são realizados por ela, mas sim por prestações materiais posteriores.

Cabe ao Estado, portanto, estabelecer políticas públicas que reordenem a sociedade numa perspectiva mais igualitária.

Além disso, são cada vez mais assentes as preocupações com a invalidez e com as enfermidades crônicas posto que são fenômenos bem característicos da sociedade contemporânea, encarecendo, portanto, a perspectiva dos direitos sociais.

Lançando mão de um supedâneo histórico, Carbonell (2008) preceitua, ainda, que há uma diferença substancial entre o sujeito dos direitos sociais próprio do século XX, ávido pela consecução dos direitos sociais, e a imagem do trabalhador do século XIX, com pouca ou nenhuma qualificação, que havia emigrado do campo para a cidade, com uma família bem extensa e sem métodos de controle de natalidade.

Houve, segundo o referido autor, uma espécie de “burocratização da compaixão” posto que o modelo tradicional de assistência social acabou institucionalizado ante o anseio generalizado por direitos sociais.

Carbonell (2008) sintetiza, ainda, com peculiar precisão, que o Estado Social projeta-se num amplo pacto social, tendo como principais atores o próprio Estado, os trabalhadores, as classes médias urbanas e empresariado de um modo geral.

Em face disso, as políticas públicas precisam ser construídas em prestígio a todos esses atores, de modo a os empoderar política e socialmente. É preciso que esses sujeitos de direito tenham suas pretensões cuidadosamente acauteladas pelo Estado.

Semelhantemente, Abramovich e Courtis (2002) aduz que o Estado Social solidifica-se com a construção de sujeitos de direito coletivos (sindicatos, grupos de consumidores). Além disso, são criadas regras interpretativas a partir das desigualdades reais, bem como regras processuais.

1.4 POSITIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS.

De acordo com Brasil (1988) o art. 6º da Constituição Federal afirma que os direitos sociais têm assento constitucional. Assim o vejamos:

São direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Nada obstante, os direitos sociais estão longe de formar um grupo homogêneo no concernente ao conteúdo e sua forma de positivação.

Para Sarlet (2012), a nota de fundamentalidade dos direitos fundamentais seria aferível pelo conteúdo dos mesmos, encampando a tese segundo a qual a Constituição estaria impossibilitada de albergar todos os direitos fundamentais.

Logo, as conceituações meramente formais, decorrentes do enquadramento constitucional, revelam-se insuficientes do ponto de vista da caracterização dos direitos fundamentais. Assim, as interpretações em sentido contrário, acabariam por fustigar o caráter aberto e permanente dos direitos fundamentais.

Além disso, segundo Krell (2002), a Constituição atribui ao legislador uma importante margem de autonomia na definição da forma e medida em que o direito social deve ser assegurado. Ademais, adverte também que não é dado ao Poder Judiciário formatar juízos de oportunidade e de conveniência em substituição aos outros poderes.

Por outro lado, é necessário que haja uma revisão do dogma da separação dos poderes em prol da prestação de serviços básicos no Estado Social.

E nesse sentido, Gotti (2012, p. 39) denota que:

O princípio da Separação dos Poderes – utilizados pela Burguesia como escudo à frente do Estado para defesa dos direitos de liberdade – deve ser reinterpretado por

uma lógica distinta do Estado Liberal, ou seja, uma lógica que guarde deferência ao Estado Social.

No mesmo diapasão e corroborando a necessidade de flexibilização do princípio da separação dos poderes, Gonçalves (2013) descreve que a análise da atuação do Poder Judiciário no âmbito dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (“países de modernidade tardia”) deve ser baseada em aspectos distintos daqueles dos países centrais.

Isso ocorre porque nos países de modalidade tardia existe um anseio generalizado pela efetivação de direitos sociais, em decorrência das gritantes injustiças sociais.

Naturalmente que todo esse anseio, por um maior protagonismo do Estado, encontra-se mitigado nos países desenvolvidos, por conta de um menor processo de exclusão social.

Além disso, Cambi (2008, p. 92) preleciona que:

O princípio da separação dos poderes, nos moldes concebidos pelo Estado liberal, encontra-se em franca decadência no âmbito da técnica constitucional, sobretudo após o advento do Estado do bem estar social, com a dilatação dos fins reconhecidos pelo Estado a partir do século XX e a consequente mudança de posição que deve ocupar para proteger, eficazmente, os direitos sociais.

Infere-se, portanto, que eventuais questões formais e burocráticas não podem imiscuir ou relativizar a importância de se garantir (ou perseguir com veemência) a efetividade dos direitos sociais.

Ainda em alusão à relevância dos direitos fundamentais, Piovesan e Vieira (2006) aduzem que a implementação dos mesmos é pré-requisito procedimental à prática da democracia.

Fato é que no Brasil, segundo Leal (2009) pelo particular contexto de exclusão social, miserabilidade e fragilização da cidadania, o Estado é sempre forçado a adotar atribuições com caráter paternalista, protecionista e assistencialista.

Demais disso, catalogar direitos em matriz constitucional, independentemente da preocupação com a efetividade pode gerar um grande revés.

Da mesma forma, o sociólogo Da Matta (1997, p. 238) depreende que a total desconfiança em relação a regras e decretos universalizantes da maioria dos brasileiros gera sua própria antítese, que é a esperança permanente de vermos as leis finalmente implementadas e cumpridas.

Destarte, a força da lei significa uma esperança e, como tal, representa para os destituídos e excluídos uma forma de se buscar um futuro melhor, mitigando enormes abismos que cotejam as classes sociais.

1.5 EXIGIBILIDADE DOS DIREITOS SOCIAIS

1.5.1 Considerações gerais

Os direitos sociais, notadamente o direito à saúde, o direito à educação, o direito à assistência social têm sido objeto de ataques e restrições por parte de políticos liberais, mormente em função da alta gama de financiamentos de que o Estado deve dispor com vistas ao cumprimento de suas funções institucionais.

Isso se deve, portanto, à relação paradoxal que coteja de um lado – Estado liberal – e do outro – Estado social.

Campilongo (1994) aponta que a passagem do Estado liberal para o Estado social evidencia os limites da ideologia da fidelidade à lei. A dificuldade de conciliação entre os fundamentos do Estado de Direito e aqueles do Estado de bem estar social torna-se nítida diante da necessidade de recorrer a novas técnicas de interpretação.

Nesse mesmo sentido, ainda, a própria constitucionalização de tais direitos e de políticas de bem estar social tem sido posta em discussão por alguns autores, tendo sua importância relativizada.

Abramovich e Courtis (2002) preleciona que, não obstante a posição de autores que enxergam nos direitos sociais declarações de cunho eminentemente políticas, antes de catálogos de obrigações tipicamente jurídicas, não existe diferença de estrutura entre os distintos tipos de direitos fundamentais, sendo amplamente exigíveis.

A rigor, os direitos civis gerariam exclusivamente obrigações de abstenção ou nas palavras de Gotti (2012) “direitos de resistência ao Estado”, ou ainda conforme Comparato (2007) direitos reveladores de um feitio marcadamente estático e conservador.

Já os direitos sociais, culturais e econômicos ensejariam obrigações de caráter positivo, a serem solvidas com recursos do erário público ou conforme Gotti (2012) representariam direitos que reclamam do Estado uma postura ativa, positiva, ficando vinculados à legitimação das aspirações sociais e não mais ao bloqueio da atuação do Estado.

Contudo, Abramovich e Courtis (2002) relativiza a diferença dos direitos civis, políticos, econômicos e sociais, a partir do pressuposto de que existem níveis de obrigações estatais que são comuns a ambos os direitos, além de também pressuporem custos.

Desse modo, existem direitos sociais que pressupõem um “não fazer” por parte do Estado. É o caso, por exemplo, do direito à greve; do direito às negociações coletivas.

Da mesma forma, mesmo nos casos de obrigações negativas, o Estado deve garantir a existência de uma estrutura capaz de impedir que os particulares interfiram na liberdade dos demais, assegurando a reparação necessária em caso de suposta interferência.

Nesse diapasão, há que se garantir, ainda, o poder de polícia e a eventual condenação pelo Poder Judiciário em caso de violação das liberdades negativas.

Fato é que segundo Abramovich e Courtis (2002), a estrutura dos direitos civis e políticos pode ser compreendida como um complexo de obrigações positivas e negativas ou conforme Carbonell (2008), como sendo pretensões híbridas.

Em resguardo ao caráter essencial dos direitos sociais, Carbonell (2008) observa que a judicialização dos direitos sociais justifica-se na perspectiva de assegurar um “núcleo intangível dos direitos sociais”, de modo a “garantir um mínimo vital indispensable del que pueda disfrutar cada persona”.

Nesse aspecto, ainda, Streck (2014) apregoa que na ausência de políticas públicas efetivadoras dos direitos sociais, torna-se legítima a atuação do Poder Judiciário sob a égide da efetivação de direitos, até então, não realizados, roborando, pois, a preciosa lição de Bobbio (1992) ao destacar que o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los.

Portanto, nenhum desses níveis de obrigações pode ser caracterizado somente através da distinção entre direitos positivos e negativos, em que pese as obrigações de respeitar terem um caráter precipuamente negativo, ao passo que as de proteger estimulam um maior ativismo estatal.

1.5.2 Justiciabilidade

Por justiciabilidade, entende-se a possibilidade do titular do direito reclamar perante um juiz ou tribunal o cumprimento das obrigações que derivam desse direito.

Igualmente, importa reconhecer que o acesso ao Poder Judiciário representa a instância máxima na perspectiva de se garantir a efetividade dos direitos sociais.

Queiroz (2006, p. 149) infere que existe grande divergência doutrinária no que concerne à “subjetivação” e a correspondente “justiciabilidade” dos direitos fundamentais, havendo quem não os considere como direitos subjetivos ou até mesmo quem os considere apenas nos casos evidentes.

Com fincas no direito comparado, Krell (2002) preleciona que o Tribunal Constitucional Federal da Alemanha encampou a tese segundo a qual os direitos a prestações positivas estariam sujeitos à reserva do possível.

Nada obstante, qualquer discussão sobre o Estado providência dos países europeus não pode ser transmutada para países periféricos ou em desenvolvimento, posto que, nestes, os direitos fundamentais e o mínimo existencial tem uma extensão maior. Existe, portanto, um amplo sentimento de impotência em relação ao Estado por conta da diminuta efetivação de direitos sociais, já que as parcas políticas públicas prestadas pelo mesmo, pouco reverberam no seio social.

E aí reside uma notória dificuldade, quase que intransponível, mesmo, pois como definir o que seja “o possível” na área de prestações sociais básicas no Brasil e em outros países de modernidade tardia? Naturalmente que as necessidades sociais são muitas e, não menos, complexas, sendo reflexos do desequilíbrio socioeconômico que assola esses países.

Por essa razão, é que o Estado precisa ter suas condutas pautadas por um ativismo sobrecomum, de modo que possa estabilizar as relações sociais, a partir de uma leitura mais sensível e inclusiva.

Fato é que, segundo Queiroz (2006), não obstante a grande instabilidade existente em relação à natureza jurídica dos direitos fundamentais é assente na perspectiva nacional que a preservação do “mínimo de existência condigna” é sempre qualificada de direito subjetivo.

Do mesmo modo, Bonavides (2009) apregoa, ainda, que os direitos sociais não são apenas justiciáveis, mas são providos, no ordenamento constitucional da garantia da suprema rigidez do parágrafo 4º do art.60.

De forma mais conservadora e ancorado num sentido claramente reducionista, Canotilho (2003) qualifica a dignidade humana de “princípio de defesa das condições mínimas de existência” e de direito a obtenção de prestações públicas de condições de subsistência mínimas.

Por esse viés, o pendor da máxima efetividade dos direitos fundamentais ficaria relegado a um plano eminentemente programático.

Krell (2002) por sua vez, depreende que a retórica do mínimo existencial não minimiza os direitos sociais, mas os fortalece na sua dimensão essencial como expressão de uma cidadania reivindicatória.

Além disso, Abramovich e Courtis (2002) define que embora o Estado tenha que garantir a satisfação de necessidades protegidas por direitos sociais, nem sempre o cidadão

encontra-se revestido de “direito subjetivo”, posto que muitas vezes não possui condições de demandar judicialmente contra o Estado.

E nesse particular, surge uma discussão extremamente relevante e apropriada na perspectiva de efetivação dos direitos sociais, haja vista que a caracterização dos direitos sociais como plenos não é simplesmente a conduta cumprida pelo Estado, mas sim um poder jurídico de atuar por parte do titular do direito em caso de não cumprimento da obrigação devida.

Em sentido simétrico, ainda, interpretar os direitos sociais, econômicos e culturais como fora do âmbito dos tribunais importaria em absoluto prejuízo aos grupos mais vulneráveis e desfavorecidos da sociedade.

Destacando a relevância do Poder Judiciário na perspectiva da efetivação dos direitos fundamentais, Lopes (2008) descreve que o sistema judicial quando conduzido adequadamente pode ser um importante instrumento de formação de políticas públicas.

Na mesma toada, ainda, e encampando a justiciabilidade dos direitos sociais, Alexy (1997) preleciona que, como tem mostrado a jurisprudência do Tribunal Constitucional Alemão, de modo algum um tribunal constitucional é impotente frente a um legislador inoperante. Aduz, ainda, o festejado autor que a reserva do possível também não pode servir de pretexto para justificar a ineficácia dos direitos sociais ou, conforme Peres (1995), a inércia do legislador ou a insuficiência momentânea de fundos não pode transformar os direitos fundamentais em substrato de sonho, pretensão perenemente irrealizada.

Fato é que, em que pese possam surgir limitações no que atine à justiciabilidade dos direitos econômicos e sociais, não se pode dizer que não existam facetas nesses mesmos direitos a justificar a salvaguarda judicial.

1.5.3 Aspectos inibidores da justiciabilidade

Um grande obstáculo à justiciabilidade dos direitos econômicos e sociais guarda relação com a falta de especificação concreta desses direitos.

É tarefa bastante complexa perquirir, por exemplo, a exata medida dos direitos relacionados à saúde, moradia, educação, assistência social, entre outros.

Contudo, Pivetta (2014) adverte que essa indeterminação não decorre de uma atividade leniente do legislador constitucional. Pelo contrário, é justamente a natureza dessa categoria de direitos que impõe a necessidade de uma redação normativa mais aberta.

Semelhantemente, Queiroz (2006) aponta que isso se deve, dentre outras coisas, à indeterminabilidade estrutural de que vêm dotados os direitos fundamentais, traduzindo-se num “espaço de apreciação” e “prognose”, que se revela na determinação dos correspondentes “deveres de proteção”.

O direito social à saúde, por exemplo, encontra-se relacionado a inúmeros fatores que muitas vezes não são previamente identificáveis, como avanços tecnológicos, surtos epidêmicos, que demandam reações imediatas por parte do Poder Público.

Piveta (2014) pontifica, ainda, que a baixa normatividade do conteúdo constitucional do direito à saúde não pode significar baixo nível de vinculação jurídica.

Nesse mesmo viés, ainda, Krell (2002) preleciona que as normas constitucionais sobre direitos sociais devem ser abertas para receber diversas concretizações, sendo permanentemente construídas, o que de certa forma enseja instabilidades no concernente à interpretação e aplicação dos direitos sociais.

Portanto, essas indeterminações hão de supor uma atuação do legislador infraconstitucional ou mesmo do Poder Judiciário, através dos métodos de ponderação, no sentido da definição do conteúdo dos direitos fundamentais.

Fato é que, segundo Abramovich e Courtis (2002), a mesma vagueza e indeterminação são observadas nos recursos de linguagem em que são expressas as normas jurídicas. Afinal, o que significa propriedade? Qual é o alcance da noção de igualdade? Quais são as expressões protegidas pela proibição de censura prévia? O que seria uma morada digna e decorosa

Além disso, a indeterminabilidade dos direitos sociais não deriva apenas da indeterminabilidade semântica, mas também da reserva do possível, a qual inibe os operadores jurídicos de chegarem ao conteúdo do direito recorrendo unicamente a critérios jurídicos de interpretação da norma constitucional (NOVAIS, 2010).

Essa generalidade confere aos órgãos do Poder Judiciário uma margem compatível com a prudência e avaliação da decisão de oportunidade que qualquer decisão política requer.

Todavia, segundo Abramovich e Courtis (2002) os juízes não substituem os poderes políticos na escolha específica de políticas públicas desenhadas para satisfação do direito, podendo apenas considerar a adequação das medidas escolhidas a satisfação do direito.

Adepta de uma posição mais expansiva no concernente à efetivação dos direitos sociais, Piovesan e Vieira (2006, p. 6) aponta que:

(...) quando se tratam de direitos sociais básicos, o Poder Judiciário tem legitimidade para concretizá-los, independentemente de decisões majoritárias. Não se trata de usurpação dos direitos da maioria, a quem caberia a implementação do projeto

constitucional. Trata-se, antes sim, do estabelecimento de certas condições sociais de vida sem as quais a própria ideia de cooperação social perde completamente o sentido.

É certo, ainda, segundo Krell (2002), que a grande maioria das normas já existem de tal sorte que o maior problema reside na formulação, implementação, manutenção das políticas públicas e na composição dos gastos.

Outro aspecto que inibe, certamente, a exigibilidade dos direitos sociais, diz respeito à inadequação dos mecanismos processuais tradicionais para tutela.

Em sentido análogo, Abramovich e Courtis (2002, p. 24) aduz que:

As ações processuais tipificadas têm sido pensadas para proteção de direitos civis clássicos. Assim, existem problemas de legitimação ativa no que concerne às demandas que envolvem direitos sociais. Inexistem, pois, mecanismos de participação adequada dos sujeitos coletivos ou de grupos numerosos de vítimas nas diferentes diligências e instâncias processuais.

Ademais, tem relevância, também, o aspecto cultural, já que posições conservadoras sobre o papel institucional do poder judiciário tem minimizado o número de demandas acerca da efetivação de direitos sociais.

Nesse sentido, aspectos relacionados à morosidade da prestação jurisdicional, bem como a ausência de defensorias públicas contribuem para esse processo de exclusão e de ineficácia dos direitos sociais.

1.6 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SENTIDO LATO

1.6.1 Considerações gerais

Por conta de imprecisões terminológicas, não raras vezes, o termo políticas públicas acaba utilizado em discursos políticos e em campanhas eleitorais, apresentando dificuldades em relação à compreensão do seu conteúdo.

Nessa senda, segundo Matteuci et al. (1991), há que se reconhecer que as políticas públicas devem ser orientadas para as atividades públicas, ligadas ao conceito de *policy*, que é a orientação para ação e decisão, diferentemente de *politics*, atividade estabelecida para obtenção e manutenção do poder.

Portanto, as políticas públicas na expressão de Di Pietro (2014) são as metas e instrumentos de ação que o poder público define para a consecução de interesses públicos que lhe incumbe proteger.

Representam, ainda, na acepção de Mello (2013), um conjunto de atos unificados por um fio condutor que os une ao objetivo comum de empreender ou prosseguir um dado projeto governamental para o país.

Reconhece-se, portanto, nas políticas públicas, um conglomerado de atos orientados pelo Poder Público com destino à promoção dos direitos fundamentais.

Noutras palavras, são os instrumentos utilizados pelo Estado tendentes à redução das desigualdades socioeconômicas.

Em acurada síntese, Breus (2007) descreve que o fundamento das políticas públicas está no reconhecimento dos direitos sociais, aqueles que se concretizam mediante prestações positivas do Estado.

Assim, a estruturação das políticas públicas guarda sintonia fina com a arquitetura do Estado de bem estar social.

Isso ocorre porque, segundo Freire Junior (2005), a dignidade da pessoa humana passa a não ser apenas um mero discurso, mas uma norma da qual se possa extrair efetividade para impedir ações públicas ou particulares contrárias.

No mesmo sentido, Comparato (2007) apregoa que a elevação do nível de qualidade de vida das populações carentes supõe, no mínimo, um programa conjugado de medidas governamentais no campo do trabalho, da saúde, da previdência social, da educação e da habitação popular.

Observa-se, portanto, que atos sequenciais são difundidos e estruturados a partir de um objetivo finalístico comum, qual seja, a efetivação de direitos sociais.

Para Appio (2006) as políticas públicas podem ser compreendidas como instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade, com o escopo de garantir igualdade de oportunidade aos indivíduos e assim assegurar as condições materiais de uma existência digna a todos.

Esses objetivos derivam do reconhecimento da força normativa da Constituição, atrelados à constitucionalização dos direitos fundamentais.

Com o escopo de sistematizar as políticas públicas, Lopes (2005) denota que existem políticas sociais relacionadas à prestação de serviços essenciais (saúde, educação, segurança, etc); políticas sociais compensatórias (previdência, assistência social e seguro desemprego);

políticas de fomento (créditos, incentivos, preços mínimos, desenvolvimento industrial); políticas inerentes às reformas de base (reforma urbana, agrária).

Já para Bucci (2006) política pública é a expressão que abrange todas as formas de atuação do Estado, dentro de uma perspectiva de processos juridicamente articulados.

Nesse viés, reconhece-se que todos os atos praticados pelos órgãos do Estado tendentes à persecução dos fins constitucionais representam políticas públicas.

Em sentido análogo, Canela Junior (2011) denota que o destino dos núcleos constitucionais de irradiação é a realização dos direitos fundamentais sociais, sendo que as políticas públicas constituem o seu veículo material.

Aduz, ainda, que as políticas públicas, por estarem vinculadas aos núcleos constitucionais de irradiação, em caso de desvio da matriz constitucional, devem sugerir o realinhamento de condutas.

No concernente ao direito à saúde, objeto da presente pesquisa, infere-se que o Estado poderá mediante políticas públicas vinculadas ao núcleo constitucional de irradiação contido nos art. 196 a 200 da Constituição Federal, realizá-lo espontaneamente.

Para os que são contrários a qualquer tipo de ingerência por parte do Poder Judiciário, as políticas públicas estariam sujeitas a mais ampla discricionariedade administrativa.

Alega-se, ainda, consoante Freire Junior (2005) que a judicialização da política poderia trazer graves prejuízos, especialmente no que tange à imparcialidade dos juízes, requisito fulcral para a jurisdição, posto que o jogo político é incompatível com posições neutras e imparciais.

Conforme Fonte (2013) as políticas públicas coincidem com a ascensão do Estado de bem estar social norte-americano. Os anos compreendidos entre 1933 e 1961 ficaram marcados por um forte intervencionismo estatal nos diversos segmentos sociais, após a crise de 1929. Esse pacote de medidas ficou conhecido como *New Deal*.

Deste modo, as políticas públicas só ascenderam em importância quando o Estado chamou para si a tarefa de organizar a sociedade, através da prestação de serviços públicos.

Fato é que a Constituição de 1988, pela clara leitura humanista e progressista, aferível pelo imenso rol de direitos sociais, traz à tona a necessidade de aprofundamento do tema.

Do mesmo modo, a enorme carga tributária traz a lume a importância do enveredamento pelas trincheiras eficáciais das políticas públicas, as quais estão diretamente vocacionadas à concretização dos direitos sociais.

Certamente, as políticas públicas devem ficar a cargo do processo político, admitindo-se a intervenção judicial apenas em caráter excepcional, sobretudo, nas hipóteses de omissão e de insuficiência das políticas públicas estabelecidas pelo Poder executivo.

Desse modo, o Poder executivo caracteriza-se como responsável direto pela execução de programas que visem à realização do bem comum.

Gonçalves (2013) elucida, nessa perspectiva, que os conselhos de gestão têm sido cruciais na elaboração de políticas públicas, mesmo porque contam com a participação de diversos segmentos da sociedade.

Semelhantemente, Amaral (2003) infere que democracia e participação se exigem; democracia participativa constitui uma tautologia virtuosa. Porque não há democracia sem participação, sem povo, mas povo sujeito ativo e passivo do processo político, no pleno exercício da cidadania, povo nas ruas, povo na militância social.

Assim, a participação popular tem servido para justificar todo processo de controle social relacionado à implementação de políticas públicas, bem como em relação ao posterior controle eficaz das mesmas.

Fato é que essa praxe deliberativa tem sido amplamente difundida, mormente no âmbito das políticas públicas de saúde, já que os conselhos de saúde e as comissões intergestores bipartite (CIB's) e tripartite (CIT's) tem servido de palco para construtivos debates acerca da formulação de políticas públicas.

Segundo Fonte (2013), ainda, a primeira tentativa de definição de políticas públicas coube a Thomas Dye, o qual aduzia que política pública seria tudo aquilo que o governo decidisse fazer ou não fazer. Nessa ótica, a simples compra de papel seria uma política pública. Naturalmente que essa visão reducionista não perdura por muito tempo, sendo complementada *a posteriori*.

Num segundo momento, William Jenkins apregoava que política pública seria um conjunto de decisões inter-relacionadas tomadas por um indivíduo ou um grupo de atores públicos a respeito da escolha de objetivos e os meios de alcançá-los em uma situação específica. Trata-se, portanto, de um conceito mais completo que o de Thomas Dye, já que as políticas públicas pressupõem acúmulo ou série de atos, bem como escolha de meios e objetivos.

Já para James Anderson as políticas públicas seriam caracterizadas por um curso de ação intencional construído por um ator ou um conjunto de atores para lidar com um problema ou um motivo de preocupação. Essa construção promove adendos à concepção anterior, através do incremento dos problemas sociais.

Fato é que as políticas públicas são instrumentos tendentes a assegurar efetivação de direitos de cunho prestacional pelo Estado, bem como para efetivação de direitos não fundamentais.

Ainda em elucidação à definição de políticas públicas, Grau (2007) infere que as mesmas designam todas as atuações do Estado, cobrindo todas as formas de intervenção do poder público na vida social. Trata-se, portanto, de um conceito, demasiadamente amplo, capaz de abarcar decisões judiciais como políticas públicas.

Em sentido simétrico, Freire Junior (2005), destaca que as políticas públicas significam um conjunto ou uma medida isolada praticada pelo Estado com o desiderato de dar efetividade aos direitos fundamentais ou ao Estado Democrático de Direito. A reboque da concepção anterior, nesta definição também há um caráter mais abrangente, de modo a abarcar as decisões judiciais. Contudo, há que se reconhecer que existem políticas públicas não voltadas diretamente à concretização dos direitos fundamentais, como a política pública de transporte ou financeira.

Paradoxalmente, Barcellos (2005), assevera que as políticas públicas não seriam tão amplas assim, transmitindo a ideia de que compete à Administração Pública efetivar os comandos gerais contidos na ordem jurídica.

Na mesma senda, Fonte (2013) aponta que a correlação entre ação do Estado e política pública, pressupõe o controle dos gastos públicos, de tal sorte que se encontra no processo político a gênese da política pública.

Assim, as leis orçamentárias, as diretrizes orçamentárias e os planos plurianuais representam o ponto de partida das políticas públicas, cabendo aos agentes políticos declinar suas razões e explicitar suas escolhas. Por corolário, cabe ao julgador do caso concreto verificar se os atos jurídicos, legais ou infralegais guardam sintonia com os mandamentos legais constitucionais.

Consoante Dworkin (2002) há uma nítida diferença entre política e princípios. Aquelas definem objetivos a serem alcançados ou situações a serem atingidas relacionados aos aspectos políticos, econômicos e sociais da comunidade. Já os princípios guardam relação com comportamentos que são exigidos por questão de equidade e moralidade. Por essa lógica, o Poder Judiciário estaria impossibilitado de utilizar argumentos políticos na fundamentação de suas decisões.

Ocorre, contudo, que a teoria de Dworkin não vingou no direito brasileiro, de tal sorte que o Poder judiciário encontra-se respaldado a lançar mão de argumentos políticos, haja vista que as metas definidas em matriz constitucional precisam ser compreendidas como princípios.

No que concerne às agendas políticas, observa-se, conforme Fonte (2013), uma distinção entre agenda sistêmica e agenda institucional. Aquele seria proveniente das aspirações da comunidade, ao passo que esta última seria representada pela agenda oficial dos governos.

Um dos pilares da democracia deliberativa de Habermas é no sentido de que a população possa opinar e estimular a construção de consensos. Nessa perspectiva, é absolutamente plausível que a agenda sistêmica possa orientar as agendas institucionais.

É comum ainda que algumas limitações inviabilizem a tomada de decisões políticas. Assim, a falta de dinheiro, bem como condições tecnológicas adversas têm servido para inviabilizar a efetivação de direitos fundamentais.

Além disso, existem vários mecanismos de controle da eficácia das políticas públicas. Nesse cariz, Fonte (2013) aponta que o voto é o primeiro e o principal instrumento de controle social de políticas públicas. Assim, a população tem a possibilidade de avaliar permanentemente as políticas públicas implantadas definindo na perspectiva do voto a interrupção ou não de um governo.

Do mesmo modo, mecanismos de fiscalização são também deflagrados pelo Poder Legislativo e pelo Tribunal de Contas dos Estados, permeando o controle dos recursos públicos, sob o prisma da moralidade e, sobretudo, da eficiência.

Por fim, cabe ao Poder Judiciário promover o controle de constitucionalidade e de legalidade dos atos da administração pública, bem como averiguar a supressão e a insuficiência das políticas públicas, oportunidade em que se estabelecem, alternadamente, os chamados controles judiciais do tipo fraco e forte, objetos de posterior aprofundamento.

1.6.2 Elementos das políticas públicas

É impossível estabelecer políticas públicas desvinculadas de um planejamento financeiro, por isso o orçamento público assume especial relevância na efetivação dos direitos sociais.

Logo, qualquer estratégia de implementação das políticas institucionais pressupõe análise orçamentária. Não é factível pensar-se na construção de hospitais, escolas, programas de moradias sem que haja o correspondente suporte financeiro.

Nessa senda, Fonte (2013) descreve que o orçamento público encontra-se no epicentro dos sistemas públicos atuais, porquanto neles são definidas as prioridades sociais e delimitada a ação do Estado no futuro.

Assim, a imposição estatal nas diversas searas sociais parte do pressuposto de que o Estado guarda deferência a um instrumento orçamentário que, por sua vez, deve ser elaborado em consentâneo com os principais valores constitucionais.

Por meio do planejamento público são definidas estratégias e diretrizes para execução dos planos de trabalho. Ele evita, portanto, que os orçamentos públicos sejam utilizados sem qualquer critério, em atendimento aos caprichos dos gestores.

Nessa toada, Bucci (2006) aponta que as políticas públicas exteriorizam-se por meio de planos que podem ter caráter geral (Plano Nacional de Desenvolvimento), ou ainda setorial (Plano Nacional de Saúde).

Decerto, o planejamento possibilita que haja racionalidade e transparência na execução dos orçamentos públicos, possibilitando o controle social e institucional por parte dos outros poderes.

Já a discricionariedade administrativa é materializada na decisão dos instrumentos para a realização de políticas públicas, bem como em matéria de gastos públicos. É parte central na definição de políticas públicas por integrar a ação governamental.

Segundo Fonte (2013), ainda, há quem distinga a discricionariedade administrativa propriamente dita, aquela inerente à Administração Pública justificando suas tomadas de decisão, da discricionariedade de que se reveste o Poder Judiciário ao aplicar a lei e decidir uma demanda.

Fato é que a discricionariedade não se justifica como um fim em si mesmo, devendo ser utilizada como um veículo de persecução dos direitos sociais.

Por essa ótica, é razoável que a discricionariedade administrativa seja reduzida em respeito à efetivação dos direitos sociais definidos em matriz constitucional, mesmo porque o puro arbítrio não é uma opção num Estado de Direito.

Freire Junior (2005) destaca que não se defende a supremacia de qualquer uma das funções, mas a supremacia da Constituição, o que vale dizer que o Judiciário não é um mero carimbador de decisões políticas.

Observa, ainda, o referido autor que o núcleo da atuação do Poder Judiciário seria lastreado na necessidade de intangibilidade dos direitos fundamentais.

Nesse mesmo sentido, ainda, o Supremo Tribunal Federal tem reconhecido a possibilidade de controle judicial de políticas públicas. Contudo é preciso que existam alguns parâmetros no sentido de se evitar a mais ampla revisão judicial.

Assim, é fundamental que o controle exercido pelo Poder Judiciário não se transmute em instrumento de arbítrio e de invasão de competência. Daí porque a importância de critérios bastantes claros capazes de nortear a intervenção judicial.

Já se sabe, nesse particular, que não cabe ao Poder Judiciário substituir as políticas públicas estabelecidas pelo Poder Executivo.

Nesse diapasão, Fonte (2013) vislumbra que existem políticas públicas voltadas para efetivação do mínimo existencial, sendo reconhecidas como políticas públicas constitucionais essenciais, da mesma forma que há políticas públicas ditas não essenciais relacionadas à área não nuclear dos princípios fundamentais.

Portanto, em se tratando da efetivação de direitos fundamentais essenciais é razoável que a vontade majoritária não sirva de empecilho de modo a obstar o controle judicial. Noutras palavras, há que se permitir ao Poder Judiciário o estabelecimento de juízos de adequação e de eficiência em relação às políticas públicas executadas pelo Executivo.

Por via reflexa, Pouille (1985) aponta que a expressão “governo de juízes” não pode ser considerada adequada, devendo ser relativizada, visto que os magistrados desenvolvem uma missão política, consistente em fazer respeitar os princípios democráticos e a liberdade que a soberania popular quis exprimir na Constituição.

Da mesma forma, Queiroz (2000) pontifica que a Constituição não é o que o Tribunal Constitucional diz que ela é. É, antes, o que o povo agindo constitucionalmente por intermédio de outros poderes permite ao tribunal dizer o que é.

Em sentido similar, Streck (2003) aponta que a atuação do Poder Judiciário deve ser estabelecida em salvaguarda pró-ativa do bem comum. Dessa maneira, a justiça constitucional deve justificar uma postura intervencionista, dado o compromisso constitucional com a realização dos direitos fundamentais.

Assim, abre-se espaço, portanto, ao controle do mérito administrativo, algo impensável em tempos não muito distantes.

Semelhantemente, Canela Junior (2011) observa que há uma tendência indisfarçável de vinculação de todos os atos das formas de expressão do poder estatal às finalidades do Estado. Portanto, a independência entre os poderes estará sempre limitada à compatibilização com a Constituição.

De igual modo, Ferraz Junior (1994) preleciona que a inanição e a neutralização do Poder Judiciário sempre foram pautas do modelo liberal. A teoria da separação dos poderes cumpria um papel estratégico e justificava a manutenção do *status quo*.

Não é razoável, dessa forma, que o Poder Judiciário fique ofuscado na sua atuação institucional e de guardião da Constituição, por conta de uma divisão rígida de funções.

Já em relação às políticas públicas não essenciais, que dizem respeito à área não nuclear dos princípios fundamentais, o controle do Poder Judiciário há de ser mais ameno e menos contundente.

1.6.3 Controle judicial forte e fraco

Direito e política convivem e se influenciam reciprocamente, numa interação repleta de sutilezas e complexidades.

O direito seria representado por elementos como a razão e a objetividade, ao passo que a política pela discricionariedade e subjetividade.

Segundo Barroso (2011) existe entre os dois extremos um espaço em que a vontade é exercida dentro de parâmetros da razoabilidade e de legitimidade, que podem ser controlados pela comunidade jurídica e pela sociedade.

No Estado legislativo de direito havia a centralidade da lei e a supremacia do parlamento. Já no Estado constitucional de direito, a constituição passa a valer como norma jurídica.

Nesse novo modelo, portanto, vigora a centralidade da constituição e a supremacia judicial, isto é, a primazia de um tribunal constitucional na interpretação final das normas.

Para Barroso (2011) o fortalecimento do Poder Judiciário decorre, dentre outras coisas, da desilusão com a política majoritária, em razão da crise de representatividade e de funcionalidade dos parlamentos em geral.

Ressalta, ainda, o renomado autor que os atores políticos preferem que o Poder Judiciário seja instância decisória de certas questões polêmicas, como por exemplo, interrupção da gestação, uniões homoafetivas, entre outras. Existe, portanto, uma clara relação de conveniência, nessa tônica, por parte do Poder Legislativo, que varre para debaixo do tapete demandas consideradas complexas e polêmicas, esperando que o Poder Judiciário possa se pronunciar a respeito.

Fato é que o ativismo judicial decorre de um certo descolamento entre a classe civil e a sociedade política, impedindo que determinadas demandas sociais sejam atendidas de maneira efetiva. Com isso, vislumbra-se um Judiciário mais atuante e com enorme incumbência no concernente à efetivação dos direitos fundamentais, em que pese seu caráter não substitutivo na faceta das políticas públicas.

Além disso, a atuação do Poder Judiciário nos países de modernidade tardia deve levar em consideração aspectos distintos daqueles utilizados para países centrais.

Nessa mesma senda, Santos (2009) apregoa que a precariedade dos direitos revela-se como consequência direta da fragilidade do regime democrático, de tal forma que a independência dos tribunais se coloca de forma diferente nos países de periferia e nos países centrais.

Mesmo assim, Gonçalves (2006) ilustra que não é dado ao Poder Judiciário formular e executar políticas públicas, cabendo-lhe, apenas, o controle das mesmas sob o prisma constitucional.

Igualmente, Krell (2000) pondera que onde o processo político falha ou se omite na implementação de políticas públicas e dos objetivos sociais nela implicados, cabe ao Poder Judiciário tomar uma atitude ativa na realização desses fins sociais.

Nessa perspectiva, a omissão administrativa é caracterizada como uma forma de desvio de finalidade, tendo em vista o dever-agir do Poder Executivo no sentido de buscar a efetivação dos direitos sociais, matriciados em solo constitucional.

A princípio, portanto, não cabe ao Judiciário interferir em esferas de outros poderes para substituí-los em juízos de conveniência e oportunidade.

Pelo mecanismo de intervenção judicial mais brando, atribui-se o nome de controle judicial fraco. Nessa perspectiva, reconhece-se que o legislador e o administrador possuem um amplo espaço de conformação das políticas públicas.

Além disso, esse mecanismo de controle é pouco observado em demandas individuais, sendo amplamente difundido nas ações coletivas.

Ao se analisar, por exemplo, se os recursos da saúde e da educação são aplicados em conformidade com o mínimo constitucional opera-se uma espécie de controle fraco, haja vista que não cabe ao Poder Judiciário a decisão sobre as políticas públicas.

Já pela ótica do modelo forte, impõe-se a redução da discricionariedade a zero. Por esse modelo, admite-se que políticas públicas essenciais, inerentes ao mínimo existencial, portanto, sejam objeto de intenso controle pelo Poder Judiciário.

Com isso, refuta-se a discricionariedade administrativa e são desconsiderados argumentos de cunho financeiro-orçamentário, calcados na reserva do possível, bem com eventuais necessidades de licitação, mesmo porque se encontra em discussão a garantia do mínimo existencial.

Não é crível, portanto, que limitações orçamentárias causem embaraços protelatórios servindo como estratégia de blindagem ao Poder Executivo, quando se estão em curso mecanismos que afrontam sistematicamente a dignidade humana.

Como assinala Ferrajoli (1999), a efetivação da democracia constitucional depende de uma efetiva tutela dos direitos fundamentais, vez que a violação destes, por parte de um poder soberano, rompe com o pacto político e gera direito de resistência.

Por essa lógica, é indispensável que o Poder Judiciário ocupe posição de vanguarda em cumprimento aos mandamentos constitucionais, em especial àqueles que conferem direitos fundamentais essenciais.

Em sentido análogo, Bittar (2005) aponta que o Poder Judiciário cumpre um determinante papel na construção, proteção e garantia da efetividade dos direitos fundamentais.

Isso ocorre porque o mínimo existencial encontra-se diretamente relacionado ao núcleo essencial do princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse viés, Canela Junior (2011) apregoa que o Poder Judiciário encontra-se vinculado a um sistema ético de referência, não podendo ficar a mercê dos outros poderes, nem tampouco ocupar papel complacente nos casos de violação dos direitos fundamentais.

Considerando, ainda, que boa parte dos direitos fundamentais precisam ser assegurados pela via coercitiva é fundamental que o Poder Judiciário goze de autonomia e de independência na aplicação dos preceitos legais.

Nesse diapasão, Ernst (2003) pondera que a independência judicial é uma das ferramentas necessárias para garantia de um sistema democrático.

É preciso ressaltar, contudo, que o Poder Judicial tem uma atribuição constitucional residual em relação às políticas públicas. A intervenção só se justifica em caso de omissão ou de contrariedade em relação aos mandamentos constitucionais, oportunidade em que as políticas públicas deverão ser realinhadas e corrigidas.

Inequivocamente, a função judicial não se confunde com a função administrativa, de modo que cabe ao juiz controlar a atuação da Administração Pública sem, contudo, a substituir.

Quando o legislador deixa certa margem de liberdade ao administrador é porque esse é o mais habilitado, tecnicamente, a encontrar a melhor solução, a que trará mais benefícios ao interesse público.

Gomes (2016) elucida que o binômio oportunidade e conveniência, caracterizador do mérito do ato administrativo, demanda o controle judicial da razoabilidade da escolha, a qual deverá estar ligada à finalidade do ato e da política pública.

Nessa senda, ainda, Freire Junior (2005) exemplifica que embora o Poder Judiciário possa determinar a implementação dos coquetéis (AIDS), cabe ao Estado a escolha dos medicamentos que melhor atendam ao desiderato constitucional. Apenas nas hipóteses de o Estado não concentrar a obrigação em prazo razoável ou, no caso concreto, se apenas um coquetel tiver utilidade ao autor, é que se vislumbra a possibilidade do Poder Judiciário escolher qual coquetel deverá ser utilizado.

O Poder Judiciário deve, enfim, determinar que a Administração Pública faça a escolha e efetive a política pública. A partir da opção estabelecida, incumbe ao Judiciário a análise de razoabilidade da medida escolhida.

Ainda em ressalva à função subsidiária do Poder Judiciário, Palu (2004) pontifica que no Estado Democrático de Direito a questão da escolha de prioridades cabe a um legislador democraticamente eleito e, em nosso sistema presidencialista, a um governo democraticamente eleito. Apenas nos casos de desvios erráticos ou de passividade arbitrária é que se justificam correções constitucionais.

Fato é que em demandas inerentes ao núcleo essencial dos direitos fundamentais, o Judiciário é imune à atuação de maiorias ou a argumentos de exceção.

É de suma importância, ainda, que a intervenção judicial ocorra preferencialmente nas demandas de índole coletiva, com maior possibilidade de impacto e, por corolário, de realinhamento das políticas públicas.

Contudo, não se justifica o mínimo existencial em relação ao direito social à saúde, quando se discutem tratamentos experimentais ou mesmo cirurgias de altíssimo custo.

1.6.4 A teoria da reserva do possível e a reserva da consistência

A lógica do Estado foi construída no sentido de que não há dinheiro suficiente para cobrir todas as necessidades sociais, de tal sorte que o Estado precisaria eleger prioridades. O erário não é uma fonte inesgotável de recursos e a consecução dos direitos fundamentais pressupõe disponibilidade de recursos econômicos.

Ao mesmo tempo em que os direitos sociais impõem ao Estado o dever de garantir prestações aos indivíduos, estes são obrigados ao pagamento coativo de tributos.

Além disso, em períodos de recessão econômica opera-se uma significativa redução da efetividade dos direitos sociais, por conta, logicamente, da contração da atividade econômica.

Como consequência desse contexto, estruturou-se a “reserva do possível”, definindo a posição segundo a qual as políticas públicas não conferem direitos subjetivos aos cidadãos.

Nesse viés, Breus (2007) aduz que a reserva do possível assenta-se na tentativa de encontrar um ponto de equilíbrio entre as prestações sociais e as reservas orçamentárias.

Analogamente, Nunes Junior (2009) define que as prestações estatais estão sujeitas a limites materiais ingênitos, oriundos da escassez de recursos financeiros pelo Poder Público. Logo, a ampliação da rede de proteção social dependeria da existência de disponibilidade orçamentária para tanto.

Da mesma forma, Barcellos (2008) infere que a reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase infinitas a serem por eles supridas. Mesma posição compartilhada por Novellino (2014), o qual evidencia que o custo especialmente oneroso dos direitos sociais aliados à escassez dos recursos orçamentários impede sua realização no grau máximo.

Essa fórmula econômica, baseada na arrecadação de tributos como mecanismo de financiamento dos direitos fundamentais, encontra evidentes limitações, por conta das infinitas necessidades sociais.

Contudo, com esboço na avaliação de Freire Junior (2005), mesmo partindo da premissa de que os recursos são insuficientes, as políticas públicas precisam ser deflagradas, sugerindo, posteriormente, a alocação de novos recursos.

A teoria da reserva do possível foi desenvolvida na Alemanha, sendo transportada ao Brasil, posteriormente. Contudo existe uma diferença marcante em relação à diferença social entre os países em questão.

Nos países de modernidade tardia, são manifestos os problemas relacionados à falta de saneamento, educação, saúde, moradia, comprometendo muitas vezes o mínimo existencial.

Conforme Fonte (2013) difundiu-se o pensamento de que os direitos sociais, econômicos e culturais são custosos e devem ser oferecidos na medida dos recursos disponíveis de cada sociedade.

Havia, portanto, uma clara sinalização no sentido de que os direitos sociais eram extremamente custosos se comparados aos direitos fundamentais de primeira geração, de base claramente abstencionista.

Barcellos (2008) descreve, ainda, que a reserva do possível comporta duas modalidades: reserva do possível fática e jurídica. Aquela se relaciona à inexistência fática de recursos, ao passo que esta última relaciona-se com a ausência de autorização orçamentária.

Fato é que a reserva do possível serve de anteparo à sindicalização dos direitos sociais, passando a ideia de que a efetivação dos direitos sociais depende, substancialmente, da previsão de recursos públicos.

Em sentido similar, Gouvêa (2003) infere que, em situações extremas, as despesas realizadas em função de direitos prestacionais judicialmente impostos inviabilizariam outros projetos estatais.

Da mesma forma, reputa-se que a difusão de ações individuais inviabilizaria a perspectiva de uma organização coletiva mais exitosa, do ponto de vista da estruturação de políticas públicas.

Em suma, a reserva do possível tem servido para justificar a ampla discricionariedade administrativa do ponto de vista orçamentário, em detrimento do paradigma da efetivação dos direitos sociais.

Fonte (2013) aponta ainda que, para os adeptos da reserva do possível, o princípio da legalidade da despesa pública funciona como uma espécie de vetor, orientando a utilização dos orçamentos.

Todavia é assente majoritariamente na doutrina e na jurisprudência nacional que o mínimo existencial não pode ser afastado em cumprimento à reserva do possível. Logo, a reserva do possível só poderá ser invocada se o mínimo vital estiver satisfeito.

Nesse sentido, Canela Junior (2011) observa que o compromisso do Poder Judiciário não é com programas partidários ou com as conveniências de determinados agentes públicos, cabendo-lhe reparar lesões a direito fundamentais.

Por essa ótica, esperar neutralidade do Poder Judiciário, sobretudo, na agenda do mínimo existencial, equivale dizer que nossa Carta Magna não passa de uma pequena carta de ilações.

De igual modo, negligenciar direitos fundamentais violados em detrimento da manutenção da estabilidade orçamentária faz não ter o menor sentido a existência do Poder Judiciário, que tem a função precípua de manter a higidez da constituição.

Fato é que os homens são feitos de carne e osso e, como tal, precisam ter resguardada a sua dignidade, ao menos, na perspectiva do mínimo existencial. Assim, se existe um distanciamento da perspectiva da máxima efetividade dos direitos sociais tolerado pela doutrina e pela jurisprudência a pretexto de limitações orçamentárias consubstanciadas na

reserva do possível, a consecução do mínimo existencial faz-se oportuna e imperiosa, não sendo negociável.

Trata-se, enfim, do último resquício de dignidade capaz de justificar a existência humana e, por corolário, do próprio Estado.

Nesse sentido, Bonavides (2009) descreve que o Estado precisa ser visto como garantidor no sentido de que as pessoas não serão abandonadas a própria sorte quando fragilizadas por decorrência de suas condições físicas ou sociais.

Assim, se os recursos orçamentários não são suficientes para garantir o mínimo existencial, precisam ser aportados de setores não estratégicos para complementá-los, haja vista que a insuficiência orçamentária não pode servir de guarida para omissão do poder público.

Contudo, Lopes (2008) pondera que o Poder Judiciário deve agir com racionalidade na concessão das tutelas de urgência. Significa dizer que a concessão irrestrita de direitos sociais pode comprometer o atendimento igualitário de todos os cidadãos.

Com inequívoca precisão, ainda, Silva (1973) ilustra que a reserva do possível traz em si um espírito estritamente liberal, ou neoliberal, incompatível com a realidade da constituição brasileira.

Em sentido análogo, Canela Junior (2011) assevera que o pressuposto da reserva do possível ao considerar o orçamento como peça estanque do equilíbrio econômico-financeiro, desalinha-se da pretensão principiológica do Estado social.

Já em relação à reserva da consistência, Cambi (2008) enumera que o magistrado, ao promover sua interpretação a respeito da hipótese concreta que lhe é submetida, deve apresentar argumentos substanciais de que o ato ou omissão do agente público é incompatível com a Constituição.

Ainda nessa toada, Freire Junior (2005) observa que a reserva da consistência nada mais é do que o princípio da necessidade da fundamentação das decisões judiciais, o qual obriga, inclusive como forma de legitimação, que os juízes expliquem as razões de sua decisão, ou seja, o caminho lógico percorrido para a conclusão adotada naquele caso concreto.

Analogamente, Moro (2004) preleciona que por força do argumento democrático, já se afirmou que as interpretações judiciais exigem uma reserva de consistência para se sobreporem às interpretações legislativas.

A reserva da consistência limita, portanto, a intervenção do Poder Judiciário no controle das políticas públicas, evitando a usurpação de funções típicas constitucionais.

Semelhantemente, Jorge Neto (2008) aponta que a reserva da consistência pode ser compreendida a partir do pressuposto de que intervenção da jurisdição constitucional depende da presença simultânea de argumentos e elementos suficientes para demonstrar o acerto do resultado que se pretende alcançar.

Ou seja, mesmo nos casos em que houver violação de direitos fundamentais, deverá o Poder Judiciário demonstrar que sua atuação mostra-se possível e necessária, bem como dela resultará mais benefícios do que prejuízos aos interessados.

Nessa perspectiva, Cambi (2008) preleciona que sempre que não for demonstrada a reserva da consistência, há de se operar a “autocontenção judicial”.

Em síntese, portanto, a reserva da consistência acaba por delinear a atuação do Poder Judiciário na sua portentosa tarefa de atribuir efetividade aos direitos sociais, estabelecendo, contudo, recomendações que garantam o equilíbrio constitucional entre os poderes.

1.6.5 Reflexões sobre o mínimo existencial

A construção do mínimo existencial decorre das políticas públicas constitucionais essenciais. Trata-se, portanto, da necessidade da implementação de conteúdos que não podem ficar a mercê da vontade majoritária, razão pela qual são tolerados juízos de suficiência e de adequação por parte do Judiciário.

Nessa senda, a definição do mínimo existencial envolve um conjunto de direitos sociais, econômicos e culturais que integram o núcleo da dignidade da pessoa humana.

Conforme Krell (2002) o mínimo existencial teve sua construção teórica baseada no direito alemão, tendo conquistado o status de direito público subjetivo nas questões inerentes ao mínimo vital.

Na mesma esteira, Gouvêa (2003) denota que existem direitos cuja prestação é essencial para manutenção do Estado e do regime de governo democrático.

Além disso, a efetivação do mínimo existencial insere-se num campo contramajoritário, devendo ser assegurado pelo Poder Judiciário, quando não for realizado espontaneamente.

Segundo Fonte (2013) a construção do mínimo existencial deve pressupor prestações mínimas para que sejam preservadas a liberdade e a dignidade, bem como a capacidade de autodeterminação e de participação nas decisões públicas.

No âmbito da saúde, infere-se que todas as pretensões destinadas à manutenção da vida são imediatamente exigíveis, por pertencerem ao núcleo do princípio da dignidade humana.

Fato é que o mínimo existencial precisa ser construído em sintonia com o princípio da universalidade, mesmo porque não pode se extrair do conceito de mínimo existencial a quantidade mais abrangente possível de direitos sob pena de inviabilizar a sua construção.

Por exemplo, um particular pode até requerer que o Estado custeie tratamento na modalidade *home care* (tratamento em domicílio), sob a justificativa de um melhor conforto; proximidade dos familiares; controle de infecções, entre outros aspectos. Contudo, tratar-se-á de um pedido extremamente oneroso aos cofres públicos, não podendo ser capitulado no âmbito do mínimo existencial.

Para Sarlet (2002) há que se atribuir ao mínimo existencial eficácia positiva, conferindo a condição de direitos subjetivos públicos, sem os quais o próprio Estado perde sua razão de ser. Disso decorre a constatação de que o mínimo existencial deve valer mesmo diante da reserva do possível.

Em sentido diametralmente oposto, Amaral (2001) elucida ser impossível diferenciar o núcleo nomeado como “mínimo existencial” de outras liberdades fundamentais. Segundo o autor, a terminologia empregada para exigibilidade dos direitos sociais induz a uma aplicação binária, exigível x não exigível, ao passo que a noção de mínimo existencial inclui enorme gradação, não existindo divisões nítidas.

Certo é que o mínimo existencial reduz a zero o espaço de discricionariedade na execução das políticas públicas, permitindo ao Poder Judiciário efetuar um exame de suficiência e adequação sobre elas.

De um modo geral, o objetivo principal contido na teoria do mínimo existencial é o de se evitar que os cidadãos fiquem desprovidos de condições mínimas de subsistência, campo no qual o Estado tem falhado reiteradamente.

A dignidade não pode retroceder aquém de um mínimo e por essa razão o Poder Público, seja através do Poder Executivo ou, subsidiariamente, pelo Poder Judiciário, precisa dar respostas convincentes no sentido da efetivação dos direitos fundamentais.

1.6.6 Restringibilidade excepcional e a proibição do retrocesso

Nesse viés, Rothenburg (2014) acentua que os direitos fundamentais não podem ser diminuídos pela interpretação, a menos que haja possibilidade de restrição definida em sede constitucional.

Fato é que a interpretação dos direitos fundamentais deve ser ampliativa, ao passo que a interpretação das restrições, sempre limitativa.

Em relação à proibição do retrocesso, propriamente dita, Queiroz (2006) preceitua que os direitos fundamentais, uma vez reconhecidos, não podem ser suprimidos, nem tampouco abandonados ou diminuídos sem alternativas ou compensações.

O princípio da vedação do retrocesso ou eficácia impeditiva do retrocesso, na acepção de Sarlet (2002), ampara-se nos princípios da segurança jurídica e na proteção da confiança legítima.

Analogamente, Nunes Junior (2009) observa que a vedação do retrocesso interpenetra-se com a ideia de confiança no Estado, na perspectiva de se garantir a manutenção de um nível mínimo de continuidade da ordem jurídica.

Essa lógica assenta-se, portanto, no fato de que a vedação do retrocesso dirige-se ao núcleo essencial dos direitos sociais.

À guisa do pensamento anterior, Anjos Filho (2013) aponta que os direitos fundamentais atingiram tamanha envergadura a ponto de não se sustentar qualquer tentativa de retrogradação.

Em sentido similar, Canotilho (2003) infere que a proibição do retrocesso é fundamental no sentido da densificação das normas e princípios constitucionais referentes aos direitos econômicos, sociais e culturais.

Ainda de acordo com Canotilho (2003, p. 468):

A ideia aqui expressa também tem sido designada como proibição da contra-revolução social ou da evolução reacionária. Com isso, quer se dizer que os direitos sociais e econômicos (ex.: direitos dos trabalhadores, direito à assistência, direito à educação) uma vez alcançados ou conquistados, passam a constituir simultaneamente uma garantia institucional e um direito subjetivo.

Nota-se, desse modo, que o escopo em questão vai muito além da manutenção da segurança jurídica. Mais do que isso, impende reconhecer que a proibição do retrocesso, encontra justificativa na própria legitimidade de que se reveste o Estado para organizar a sociedade.

A partir do momento em que o Estado tiver suas finalidades reduzidas, a ponto de não mais perquirir a efetividade dos direitos fundamentais, ter-se-á um ambiente interno tomado

por tensões sociais, com a população em completa polvorosa. Cenário perfeito para revoluções internas e para instalação do caos em todas as instâncias.

Barroso e Barcelos (2005) enxergam a vedação do retrocesso não como princípio jurídico, mas como uma modalidade de eficácia dos princípios que instituem direitos fundamentais. Assim, as normas teriam uma feição negativa, proibindo que o legislador decidisse de maneira contrária à concretização anteriormente efetuada.

Já para Mendonça (2008), a vedação do retrocesso teria, sim, natureza principiológica, partindo do pressuposto de que as ponderações são feitas entre princípios.

Seja como for, independentemente da perquirição da natureza jurídica mais apropriada, a vedação do retrocesso reafirma a opção pelo Estado de bem estar social, impedindo que o Estado, entenda-se em sentido amplo, esmoreça na sua complexa atividade de assegurar direitos fundamentais.

1.7 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE

As políticas públicas sanitárias referem-se às atividades governamentais executadas pelo poder estatal voltadas para a efetivação do direito à saúde. Relacionam-se, ainda, à regulação das atividades desenvolvidas pelos agentes econômicos que atuam tecnicamente no sistema, intensificando a busca pelo lucro.

Mesmo no âmbito dos planos particulares de saúde, observa-se a ostensiva presença do interesse estatal, tanto na dimensão da regulação, quanto na fiscalização de possíveis cláusulas abusivas, construídas ardilosamente em prejuízo dos usuários. Assim, a regulação setorial independente constitui um dos setores mais relevantes do Poder executivo.

Da mesma forma, a ANS (Agência Nacional de Saúde) tem competência para fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos.

Fato é que desde a reforma sanitária, que desembocou na institucionalização do direito à saúde em matriz constitucional, são formatadas políticas públicas com vistas ao cumprimento dos preceitos constitucionais.

Trata-se de um debate absolutamente constante e perene, que prestigia a ampla participação da comunidade. Nesse viés, os conselhos de saúde assumem estratégica importância por estimularem o debate acerca das prioridades do sistema, sobretudo na perspectiva dos investimentos e do controle social.

Destarte, a concepção mais ampla de saúde, que ignora a fria percepção de ausência de doenças, típica do modelo hospitalocêntrico, suscita à ampliação das políticas públicas a níveis cada vez mais satisfatórios, mormente na condensação de estratégias de prevenção e de promoção à saúde.

Além disso, a estruturação do sistema público de saúde, a partir da ampla inclusão social dos usuários, independentemente, portanto, de vínculos trabalhistas, traz a lume relevantes reflexões sobre a importância da efetividade das políticas públicas sanitárias.

A Constituição de 88, nos seus artigos 196 a 200, estabelece princípios, diretrizes, bases de financiamento e competências gerais do Sistema Único de Saúde.

Já a lei 8080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e funcionamento dos serviços.

A lei 8142/90, por seu turno, acaba por complementar a Lei 8080/90, estabelecendo a participação da comunidade na gestão do sistema, através da criação das conferências e dos conselhos de saúde em cada esfera de governo, bem como norteia as transferências intergovernamentais de recursos financeiros nas áreas de saúde, independentemente de convênios, na modalidade fundo a fundo.

Certo é que segundo Lucchessi (2004) a estruturação do SUS vem estabelecer respostas a uma série de equívocos que perfilhavam toda a perspectiva sanitária, em especial, a ação desarticulada das diversas redes; o desperdício de recursos financeiros; o planejamento e a ação pública centralizados, decorrentes do modelo fragmentado.

Além disso, são incorporadas no sistema as chamadas políticas públicas saudáveis, com enfoque na saúde e, não mais, na doença. Com isso, busca-se a construção de ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde.

Esse modelo veio sobrepor-se àquele modelo de cunho higienista, cujas campanhas sanitárias enxergavam nas doenças endêmicas um problema a ser combatido, com estratégias eminentemente militares. Assim, as campanhas eram carregadas de ações coercitivas, concentradas na tentativa de erradicação dos agentes, ou vetores, causadores das moléstias.

Havia, pois, uma clara separação entre medicina e saúde pública, de tal sorte que a primeira teria a incumbência da cura, ao passo que a segunda seria responsável pelo incremento de práticas preventivas.

Nessa senda, ainda, havia um nítido adoecimento de boa parte da população por conta da conjugação de doenças pestilentas (cólera, varíola, febre amarela, peste bubônica) com as doenças de massa (infecciosas e parasitárias como a febre tifóide, tuberculose e lepra). Esse

contexto ensejava relevantes prejuízos econômicos, por conta do adoecimento indiscriminado da população.

Fato é que esse modelo campanhista era absolutamente dispendioso e se baseava em programas que pressupunham articulação e coordenação em nível central. A instituição da SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) em 1970 era um retrato desse modelo centralizador do governo federal.

Hodiernamente, para efetiva implantação do SUS é impossível não se pensar na articulação e integração entre as esferas de governo, com a descrição de funções e papéis muito claros.

Além disso, observa-se a expansão do setor público através da transferência de responsabilidades e de recursos.

Da conjugação de todos esses aspectos, decorre a sistematização do SUS a partir da combinação de aspectos curativos e preventivos, orientando políticas públicas eficazes, sem perder de vista os ideais da universalidade, integralidade e da ampla participação social.

1.8 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 encampou um novo projeto para a sociedade brasileira a partir da proteção da dignidade da pessoa humana.

Nessa perspectiva, o direito à saúde foi erigido à condição de legítimo direito social, suscitando efetiva tutela e monitoramento por parte do Poder Público. Monitoramento, este, materializado através de políticas públicas estruturantes, preventivas e também curativas.

Para Silva (2009) os direitos fundamentais pressupõem situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive, e às vezes nem sobrevive; fundamentais do homem no sentido de que, a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados.

Fato é que o art. 6º da Constituição Federal contemplou várias modalidades de garantia da dignidade humana, oportunidade em que o direito à saúde assume especial relevância.

É cediço, ainda, que a dignidade humana foi amplamente protegida, sobretudo no período do pós-guerra, representando uma reação às inúmeras atrocidades perpetradas nos períodos totalitários.

Novelino (2014) pontifica que a dignidade em si não é um direito, mas um atributo inerente a todo ser humano, independentemente de origem, sexo, condição social ou qualquer

outro requisito. Desse modo, o ordenamento jurídico não confere dignidade a ninguém, mas tem a função de proteger e promover esse valor.

Trata-se, portanto, de uma visão fincada no jusnaturalismo, enxergando-se na concepção de dignidade humana uma qualidade inerente ao próprio ser humano, dele não se desgrudando.

Fica muito claro, portanto, que a dignidade possui um duplo viés, suscitando atuações negativas e positivas por parte do Estado. Da conjugação dessas dimensões de direitos, almeja-se uma tutela constante e perene do princípio em baila.

Além disso, a dignidade da pessoa humana precisa ser aferida de forma individual e coletiva. Nessa senda, observa-se a estratégica importância do Sistema Único de Saúde (SUS), palco de disseminação de políticas públicas.

Segundo Carlini (2014) a vida de uma pessoa não se resume ao direito de existir. Ao contrário, exige condições mínimas sem as quais é até difícil separar o homem do animal. Essas condições se referem à alimentação adequada, a lugar minimamente decente, entre outros aspectos.

A partir desse pressuposto, dada a impossibilidade da máxima efetividade dos direitos sociais, por questões óbvias de limitações orçamentárias, eis que surge a teoria do mínimo existencial visando à salvaguarda de direitos mínimos.

Ao contrário de políticas públicas formatadas para outros segmentos, a definição do mínimo existencial na seara da saúde não é tarefa das mais simples. Contudo esse debate precisa ser estabelecido de forma acurada, pautado na razoabilidade e em critérios técnicos, de modo a orientar políticas públicas capazes de atingir contingentes, cada vez mais, maiores de pessoas.

Em se tratando de saúde, é possível afirmar, portanto, que os recursos jamais serão suficientes para suprir todas as necessidades das pessoas, razão pela qual o Poder Público deve se valer de adequado planejamento técnico e estratégico, mormente, na fixação de políticas que estimulem a prevenção e a promoção da saúde.

Na mesma senda, o Poder Judiciário tem se valido de um ativismo bastante peculiar, com esteio nos mandamentos constitucionais, visando a efetivação de direitos fundamentais.

Em face disso, inúmeras decisões individualizadas são formatadas dando cabo à omissão do Estado ou à insuficiência de suas políticas públicas.

Não raramente, a judicialização da saúde envolve questões relacionadas à dispensação de medicamentos (aprovados, ou não pela ANVISA: constantes, ou não, na Relação Nacional de Medicamentos – RENAME).

Fato é que esse grande volume de ações nas instâncias judiciais decorre da descrença popular em relação aos outros poderes, sobretudo ao Executivo. Da mesma forma, existem mecanismos hábeis no processo judicial, como as liminares e as tutelas antecipadas, capazes de minimizar os riscos à dignidade humana.

Para Carlini (2014) o fenômeno da judicialização da política, no Brasil, é contemporâneo ao início da vigência da Constituição de 1988, e se acentua a partir da década de 90 quando os Poderes Executivo e Legislativo não conseguem dar as respostas de efetividade dos direitos fundamentais, criando um clima de frustração com a democracia.

Contudo, Koerner (1998) elucida que não há, a rigor, um processo de judicialização. Para ele, o Poder Judiciário integra o sistema político assim como o legislativo e o executivo. A suposta judicialização seria, tão somente, uma forma dos cidadãos participarem do jogo democrático, sem que isso represente a preponderância do Poder Judiciário sobre os outros.

Ainda em aprofundamento do tema, Barroso (2012) distingue judicialização e ativismo. Para ele, a judicialização decorre do modelo constitucional, enquanto o ativismo é uma forma proativa de interpretar a Constituição Federal.

Nesse sentido, as decisões judiciais no âmbito da saúde pública seriam representações do ativismo judicial mediante imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público.

Há, contudo, quem relativize ou negue, mesmo, importância ao ativismo judicial.

Nesse cariz, Machado (2008) infere que o ativismo não contribui para a efetividade democrática, até porque invade a esfera do debate político necessário nas sociedades plurais.

Entendimento semelhante tem Ramos (2010) ao apregoar que por ativismo judicial entende-se o exercício da função jurisdicional para além dos limites impostos pelo ordenamento jurídico.

Ainda em relação ao tema, de forma bastante precisa, Gebran Neto (2015, p.25-27) pontifica que existem vantagens e desvantagens no concernente ao processo de judicialização:

Dentre os diversos aspectos negativos, podem ser elencados: - **Desorganização do SUS.** As decisões judiciais que atendem interesses individuais acabam por criar políticas públicas em favor de poucos, interferindo por vezes na ordem na fila de atendimento, em internações, cirurgias, ou mesmo obrigando ao fornecimento daquilo que o Estado não tinha se comprometido. - **Influência negativa sobre as finanças públicas.** As diversas decisões judiciais, como demonstrado, têm implicado no desvio de recursos públicos que deveriam ser drenados para as políticas coletivas, em favor de poucos indivíduos; - **Indevidas escolhas judiciais de políticas públicas.** O Poder Judiciário acaba por realizar escolhas para as quais não está legitimado, deixando de atuar como legislador negativo, passando a agir como legislador positivo ou mesmo como administrador. - **Fragilização da isonomia.** Aporte de escassos recursos para alguns beneficiários em detrimento das políticas instituídas, como revelando os dados relativos ao Estado do Paraná. Ao lado dos aspectos negativos, é necessário que se reconheça a existência de diversos

aspectos positivos decorrentes da judicialização. - **Fomento de políticas públicas.** Alguns programas de políticas públicas, como a criação do Programa nacional de medicamentos para HIV/AIDS, somente vieram a ser implementados porque grupos organizados da sociedade passaram a provocar o Estado, por meio da judicialização, para o atendimento de necessidades; - **Revisão das políticas:** Diversas ações administrativas e legais somente foram implementadas por força da pauta política que a judicialização gerou. Exemplo disto é a publicação da Lei nº 12.401/11 (alterando a Lei nº 8080/90, introduzindo, dentre outros, os arts. 19-Q e 19-R) a qual importou: a) na revisão da lista RENAME (em março de 2012) passando de 550 para 810 itens (Portaria 533 do MS) e Portaria nº 53/2012 (incorpora medicamento); b) na atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (tendo sido promovidas 14 inclusões/alterações em 2011 e 2012); c) criação da CONITEC; - **Fixação de prazo para tratamento de câncer.** A judicialização e a enfermidade sofrida pela Chefe do Poder Executivo Federal, foram fatores que acarretaram a edição da Lei nº 12.732/2012, que fixou prazo de 60 dias para início do tratamento de câncer maligno. - **A saúde como pauta política.** Dentre os diversos assuntos que norteiam a pauta política, é possível dizer que a judicialização das políticas públicas acabou por transformar o direito à saúde, a qualidade do atendimento, as políticas existentes, os medicamentos incorporados, o financiamento da saúde, as tabelas de procedimentos e valores pagos, custos de órteses e próteses, a doença mental, entre tantos outros temas, passaram a fazer parte da pauta política e judiciária nacional

Certo é que, não obstante o reconhecimento de que decisões individualizadas não solucionam o problema da efetividade do acesso à saúde no Brasil, haja vista a multiplicação de demandas individuais na via jurisdicional, por conta dos precedentes jurisprudenciais colecionados, há de se reconhecer que, relativizar ou negar importância a atuação do Poder Judiciário na efetivação dos direitos fundamentais, equivale a um perigoso retrocesso do ponto de vista garantista.

Naturalmente que o ideal seria que as políticas públicas respondessem a contento, abarcando o maior número possível de pessoas e que todo de controle fosse relacionado à tutela coletiva das políticas públicas já existentes e na busca de avanços. Contudo, na omissão ou incompatibilidade das políticas públicas, enxerga-se no Poder Judiciário um garantidor da conformação constitucional.

Assim, mesmo a despeito da proliferação de decisões individuais em detrimento das decisões coletivas, há que reconhecer a importância do ativismo judicial no processo de materialização da constituição.

Nesse diapasão, o voto do ministro Gilmar Mendes, na Relatoria do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada n.75/CE, Julgado em: 17/03/10. Publicado em: 30/04/10, trouxe importante parâmetro a ser considerado pelo julgador ante um caso individual de tutela do direito à saúde. Em havendo política pública relativa à prestação de saúde pública, cabe ao Poder Judiciário efetivá-la e isso não significa interferência na seara administrativa.

Na hipótese de ausência de políticas públicas, devem-se distinguir três situações: Se decorrer de omissão legislativa ou administrativa, o julgador deverá privilegiar o tratamento ofertado pelo SUS, havendo a importância de revisões periódicas dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas. O Poder Judiciário poderá, ainda, intervir caso uma pessoa comprove que o tratamento ofertado não é o adequado.

Em havendo a decisão administrativa de não fornecer a pretensão pretendida, opera-se uma outra distinção: O SUS possui tratamento alternativo, devendo-se disponibilizar o tratamento ofertado pelo sistema, desde que não comprovada a ineficácia ou impropriedade da política. Caso o SUS não possua tratamento para a patologia, por ser experimental, não pode ser obrigado a garantir tratamento.

Contudo, caso, exista tratamento ainda não testado pelo SUS, mas disponível na rede privada, o Judiciário poderá intervir, em ações coletivas ou individuais, para que o SUS dispense a seus pacientes o mesmo tratamento disponível na rede privada, desde que haja instrução probatória, inviabilizando, pois, o uso de liminares.

Além disso, com vistas a atenuar excessos e se estabelecer coerência no processo de judicialização da saúde, o Supremo Tribunal Federal após a Audiência Pública nº 04 estabeleceu a Recomendação Administrativa nº 31, em 30 de março de 2010, a qual estabelece a necessidade de informações médicas para respaldar as decisões que serão tomadas. Também recomenda que os gestores da área da saúde sejam ouvidos para que possam esclarecer suas decisões, em especial quanto a negativas de atendimento, de internação, de fornecimento, de medicamentos ou outras.

Já por meio da Recomendação Administrativa nº 36 de 2011, o Conselho Nacional de Saúde estabelece que os magistrados sejam, melhor, informados sobre questões técnicas da saúde devendo interagir com os conselhos municipais e estaduais de saúde.

2. DO DIREITO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL.

2.1 SUS: MATRIZ HISTÓRICA

O direito à saúde é assegurado pelo Estado Social em contraposição, portanto, ao complacente Estado liberal, que pouco ofertava na perspectiva de redução das desigualdades socioeconômicas. Guarda relação direta, ainda, com o direito à vida, abrangendo, portanto, o direito de ter vida digna, devendo-se garantir as necessidades vitais básicas do indivíduo.

De acordo com Brasil (1988), o art. 196 da Constituição Federal define que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Já o art. 198 da Carta Maior institui o Sistema Único de Saúde - SUS, posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080/1990.

Consiste, portanto, num grande modelo assistencial estruturado através dos preceitos da gratuidade, integralidade e da universalidade, constituindo o principal instrumento da política pública sanitária do país.

Fato é que o SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção, sempre com vistas a atender aos intermináveis reclamos sociais.

A despeito da instituição formal do SUS a partir da Constituição Federal de 1988, suas origens remontam há muito mais tempo, sobretudo a partir da crise do modelo médico assistencial privatista.

Esse modelo médico, segundo Silva (1983) apresentava como características marcantes a extensão da cobertura previdenciária a segmentos integrados da população urbana; a opção pela prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas, bem como a criação de um complexo médico-industrial.

Havia, portanto, conforme Consensus (2013), uma população que estava totalmente à margem da ciência médica e da assistência.

As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970 e 1980 determinaram o esgotamento desse modelo sanitário. Além disso, essas crises combinadas com o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que protestavam por um modelo alternativo de atenção à saúde.

O flagelo do modelo liberal, revelador de um Estado frio e pouco ativo sob a ótica garantista, parecia, enfim, ter seus dias contados.

Ademais, o crescimento da atenção médica da previdência e o esvaziamento do sistema público levaram ao esgotamento do modelo e à busca de soluções racionalizadoras. É nessa conjuntura que surgem projetos pilotos de medicina comunitária que serviriam, mais tarde, como gérmen para a estruturação do SUS (BRASIL, 2011).

Lançando mão de uma retrospectiva histórica, Mendes (1993) observa que o Brasil atravessou o século XX, do ponto de vista da política de saúde, por um complexo diferenciado

de formas de organização da assistência à saúde. Observaram-se modelos campanhistas com forte inspiração higienista, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, característico da década de 70, no marco das estratégias de desenvolvimento, culminando no modelo neoliberal que se confronta com o projeto da Reforma Sanitária, no final da década de 80.

No mesmo sentido, ainda, Alves (2013) preleciona que os antecedentes do SUS remetem a um cenário epidemiológico e de estrutura sanitária, caracterizados pela falta de cobertura e limitações do modelo vigente, relacionados com os grandes problemas e dívida social que assolavam o país.

Em que pese a importância dos grandes mutirões, sobretudo nas práticas de vacinação, os mesmos revelavam-se insuficientes do ponto de vista sanitário.

Ainda em referência à matriz histórica, realizou-se em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, de cujas bases foram extraídos 03 (três) pilares: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado. Já em 1987 observou-se a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que incorporou em seu bojo elementos da proposta de reforma sanitária: universalização, descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras (BRASIL, 2006).

O texto final negociado contemplou grandes demandas do movimento sanitário, consoante Brasil (2006, p. 25):

A saúde como direito de todos e dever do estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Chegava-se, então, sob a égide Constituição Federal de 1988, ao Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado, ulteriormente, pela Lei 8090 de 1990.

A instituição do SUS ensejou resultados imediatos e bastante satisfatórios, pondo cobro à distinção que havia no sistema público de saúde entre incluídos e não incluídos.

Nesse sentido, Brasil (2006, p. 26) preleciona que:

Para os incluídos havia a saúde previdência a que tinham direito os portadores da carteirinha do INAMPS; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes.

Analogamente, Santos (1979) infere que o SUS pôs fim à figura do indigente sanitário, na medida em que integrou o INAMPS ao sistema público único de saúde.

Isso fez com que a concepção de cidadania que vinculava direitos sociais à inserção das pessoas no mercado de mercado fosse definitivamente sepultada.

Novos tempos pareciam dar a tônica na estruturação dos direitos sociais, fazendo com que os marginalizados fossem alçados à condição de sujeitos de direito, ao menos na perspectiva do sistema de saúde.

2.1.1 Desafios do SUS

O primeiro grande desafio do SUS é o de estimular e preservar o princípio da universalidade, além de reafirmar os princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Foi graças ao preceito da universalidade que os marginalizados – até então abandonados a própria sorte ou a mercê das instituições filantrópicas – puderam ingressar no sistema público de saúde.

Observa-se, ainda, que países europeus, como Alemanha, Canadá, Dinamarca e Espanha consagraram a universalidade, ao passo que em países de modernidade tardia, optou-se pela segmentação (BRASIL, 2006).

Contudo, conforme narrado em Brasil (2003), existe uma grande dificuldade relacionada à eficácia do SUS, posto que uma pesquisa de opinião mostrou que apenas 35% dos brasileiros souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa SUS.

Existe, portanto, uma percepção generalizada, quer pela ausência de um discurso mais calibrado e melhor preparado por parte dos gestores do sistema, quer pela má vontade dos meios de comunicação, que parece enxergar o SUS como uma política pública de saúde fracassada. Isso se deve, sobretudo, a julgamentos rasos e a ausência de uma visão um pouco mais qualificada, capaz de situar o SUS numa perspectiva histórico-valorativa.

Igualmente, se é verdade que os desafios do SUS são absolutamente atuais e complexos, demandando mais investimentos e melhor organização sistêmica ante a necessidade de cobertura das infindáveis demandas sociais, não é menos verdade que o SUS já promoveu a integração entre os incluídos e não incluídos, representando, pois, um grande feito na perspectiva de promoção da dignidade humana.

Fato é que segundo Mendes (2015), o SUS precisa ser olhado criticamente de maneira que sejam encontradas soluções com vistas à qualificação de recursos humanos e de educação permanente em saúde, além da definição de prioridades públicas com base em critérios epidemiológicos.

2.1.2 Universalidade

A universalização representa a conquista mais importante da reforma sanitária brasileira, sendo incorporada em matriz constitucional.

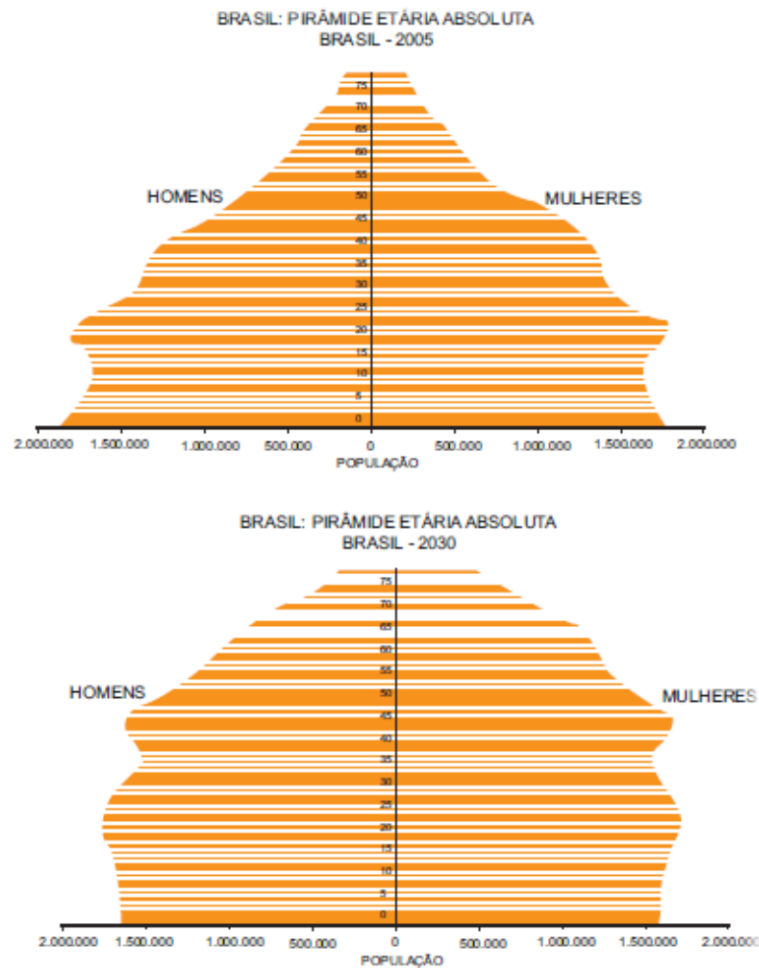
Contudo, conforme Fleury (1994), muitos países latino-americanos têm recebido uma enxurrada de demandas judiciais por conta da escassez de recursos disponíveis. E nessa perspectiva, a alocação de recursos deve ser discutida, de modo que se promova a satisfação das necessidades de saúde através da otimização dos meios disponíveis.

Fato é que para Starfield (2002), a universalidade é um princípio finalístico, representando, pois, um ideal a ser alcançado.

Nessa perspectiva, para que a universalidade seja desencadeada é de bom tom que haja extensão de coberturas dos serviços, de modo a torná-los acessíveis a toda população, o que supõe a eliminação de barreiras econômicas e socioculturais, que se interpõem entre a população e os serviços.

Defender a premissa da universalidade significa, dentre outras coisas, administrar um complexo problema, já que temos uma população cada vez mais envelhecida, o que reverbera em inúmeras doenças crônicas. Assim o vemos:

Gráfico 1: Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030.



Fonte: IBGE (2004).

O gráfico 1 apresenta um notório achatamento da pirâmide etária representado pela diminuição da fecundidade, pelo envelhecimento da população, bem como pelo aumento de expectativa de vida das pessoas, isto é, o de 75 anos de idade. Com isso, tem-se um cenário perfeito para proliferação das doenças crônicas no país.

Além disso, denota-se que os sistemas públicos universais ofertam, de forma impessoal, um rol de serviços bastante amplos e irrestritos independentemente de carteira assinada, diferenças de renda, idade ou risco (BRASIL, 2006).

Paradoxalmente, os sistemas segmentados partem da premissa de que ao se organizar o sistema de saúde por extratos econômicos, ter-se-ia uma sobra de recursos para atendimento dos mais pobres.

Todavia, essa percepção representa uma falácia na medida em que os pobres não conseguem se articular politicamente na arena política, de tal sorte que políticas públicas para os pobres representam políticas pobres (BRASIL, 2006).

Já para Coleman (1990), a segmentação dos sistemas de saúde é fator de “desacumulação” do capital social. Aponta, ainda, que o capital social tem sido definido como a capacidade de uma sociedade estabelecer, coletivamente, os objetivos de médio e longo prazo; de promover a coesão entre as pessoas, instituições e populações em torno desses objetivos; e de manter ao longo do tempo uma constância de propósitos.

2.1.3 Integralidade

Para Mattos (2003) a integralidade supõe várias significações, de tal sorte que num plano mais amplo guardaria relação com o conjunto de serviços ofertados, ao passo que num plano restrito seria responsável pela articulação entre ações preventivas e assistenciais ou como um modo ampliado de apreensão das necessidades das pessoas.

Pressupõe, portanto, um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; ao mesmo tempo em que a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária (BRASIL, 2003).

Já em Brasil (2006, p. 75), infere-se que a integralidade difere, em sua aplicação, da universalização. Assim, o vejamos:

Pelo princípio da universalização todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS e esse acesso universal não pode ser restringido, de nenhuma forma e em nenhuma circunstância. A integralidade merece ser interpretada, não para impor restrições injustificadas ou injustas ou para ferir direitos, mas para instituir, mediante consensos fundamentados na evidência científica e em princípios éticos, validados socialmente, regras claras e transparentes que imprimam racionalidade à oferta dos serviços de saúde.

Fato é que a integralidade tem como escopo a racionalização dos serviços ofertados, transformando-se num instrumento fundamental de melhoria da eficiência dos gastos em saúde.

Semelhantemente, denota-se que o cuidado integral representa a capacidade de resolver os problemas de saúde por meio da oferta de um conjunto de ações e serviços (BRASIL, 2003).

Além disso, observa-se que para que a integralidade atinja seu desiderato é fundamental que haja uma atuação interdisciplinar das equipes de saúde nos respectivos territórios de atuação (BRASIL, 2011).

Igualmente é de crucial importância que as equipes de saúde da família integrem as agendas programáticas com a demanda espontânea.

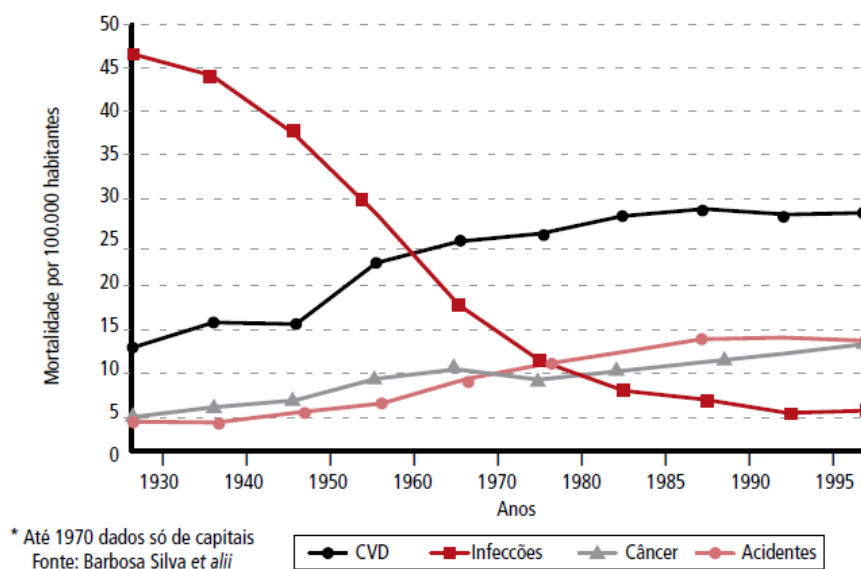
2.2 O DESAFIO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

A exemplo de outros sistemas universais, o modelo de atenção à saúde do SUS tem-se voltado, precipidamente, para o atendimento de condições agudas.

Isso representa um grande equívoco na perspectiva de gestão, haja vista que é impossível esperar respostas eficientes e efetivas, uma vez que os dados epidemiológicos apontam para o predomínio de doenças crônicas (BRASIL, 2006).

Assim, vejamos:

Gráfico 2: Evolução da mortalidade proporcional, segundo causas, Brasil, 1930 a 2003.



Fonte: Silva et al. (2006).

Pela análise do Gráfico 2, percebe-se que em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que esse valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

Há, desse modo, uma crise instalada no sistema público de saúde, decorrente de uma manifesta contradição entre a situação de saúde e a resposta sanitária estabelecida para resolver essa situação (BRASIL, 2006).

É fundamental, ainda, que as equipes de saúde deixem de focar apenas no atendimento de condições agudas e passem a ter seu foco dirigido às condições crônicas, à promoção e manutenção da saúde. Noutras palavras, o processo de trabalho das equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família) não pode basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea - modelo de atenção voltado para as condições agudas – (BRASIL, 2003).

É preciso, à vista disso, que o mapa epidemiológico atinja sua finalidade institucional e seja efetivamente utilizado como balaústre do sistema sanitário.

Nesse mesmo sentido, ainda, e ressaltando a limitação de capital humano nas unidades básicas de saúde, Brasil (2003) preleciona que não há profissionais em quantidade suficiente para atender toda a demanda.

2.2.1 As condições agudas e crônicas

Nota-se que as doenças e agravos de saúde eram divididos em doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis. Todavia, essa classificação revelava-se insuficiente sob a ótica epidemiológica, já que muitas doenças transmissíveis comportavam-se como doenças crônicas (BRASIL, 2006).

Em sentido simétrico, Mendes (2011) aponta que a razão é bastante simples, pois do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido.

Fato é que as condições crônicas vão além das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer, para abarcar doenças infecciosas persistentes como tuberculose, HIV-AIDS, hanseníase e outras. Ostentam, dessarte, um conceito claramente mais amplo na dimensão sanitária.

Por isso, recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) propôs uma nova tipologia de doenças, dirigida à organização dos sistemas de atenção à saúde: as condições agudas e as condições crônicas. Por essa nova classificação, as condições agudas apresentam manifestação abrupta com diagnósticos e prognósticos usualmente precisos, sendo que as intervenções levam geralmente à cura. Diversamente, as condições crônicas apresentam manifestação gradual, sendo que a duração da doença é longa e indefinida, apresentando diagnóstico e prognóstico geralmente incertos.

Analogamente, Mendes (2011) aduz, ainda, que as condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças

infecciosas, também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas, como os traumas. Já as doenças infecciosas de curso longo são consideradas condições crônicas.

Tabela 1: Distinção entre as condições agudas e crônicas.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de atenção à saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Fontes: Von Korff (1997); Holman e Lorig (2000); Organização Mundial da Saúde (2003); Lorig et al. (2006).

A tabela 1 revela com aguçada precisão a distinção entre condições agudas e crônicas.

É possível, ainda, que condições agudas evoluam para condições crônicas. É o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. Da mesma forma, é possível que condições crônicas apresentem períodos de agudização, devendo ser tratadas como tal.

Nos últimos 50 anos, prevaleceu, na experiência internacional, o modelo de atenção às condições agudas, ao passo que no início deste século deverá impor-se o modelo de atenção às condições crônicas. Isso ocorre porque as condições crônicas se hegemonizaram na situação epidemiológica dos países (BRASIL, 2006).

O predomínio das doenças crônicas é sempre muito nefasto, ainda, na perspectiva de que também determina a perda de anos de vida por incapacidade. Assim, vejamos:

Tabela 2: Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), Brasil, 1998.

GRUPOS DE DOENÇAS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
Infecciosas, parasitárias e desnutrição	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condições maternas e perinatais	21	8,8
Doenças crônicas	124	66,3
Total	232	100,0

Fonte: Schramm et al. (2004).

Pela análise da Tabela 2, observa-se o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais – que constituem condições crônicas – representam 75% da carga global de doenças no país, medidas em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs). Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e causas externas, representam 25% da carga de doença.

Tabela 3: As dez principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), Brasil, 1998.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	%
Diabetes mellitus	5,1
Doença Isquêmica do coração	5,0
Doenças cérebro-vascular	4,6
Transtorno depressivo recorrente	3,8
Asfixia e traumatismo ao nascer	3,8
Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,4
Violência	3,3
Infecções de vias aéreas inferiores	2,9
Acidentes de trânsito	2,7
Doenças degenerativas do sistema nervoso central	2,6

Fonte: Schramm et al. (2004).

Pela análise da Tabela 3, depreende-se que das dez principais causas de AVAIs no país, apenas três, violência, infecções de vias aéreas superiores e acidentes de trânsito, não são condições crônicas. E que as seis principais causas de AVAIs são, todas, condições crônicas.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) as doenças crônicas constituem um grande problema de saúde, na medida em que representam 72% das causas de morte. Atualmente são responsáveis por 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo. A expectativa em 2020 é de que doenças crônicas sejam responsáveis por 80% de toda carga de doenças dos países em desenvolvimento ou de modernidade tardia.

Dados recentes do Ministério da Saúde apontam que 52% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde estimou que o sobrepeso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto de miocárdio, 12% do câncer do colo do útero e reto e 8% do câncer de mama. Já o diabetes melittus e a hipertensão arterial atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011).

Além disso, quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório; diabetes; câncer; doenças do aparelho respiratório) tem quatro fatores de risco em comum: tabagismo; inatividade física; alimentação não saudável e álcool (BRASIL, 2003).

Por essas razões, o mapa epidemiológico do país demonstra que cinco eixos temáticos precisam ser priorizados na organização das redes de atenção à saúde: doenças renocardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas, câncer de mama e de colo do útero (BRASIL, 2013).

Ademais, infere-se que a crise do modelo de atenção à saúde do SUS se materializa na incoerência entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, em que 75% das causas dessa carga é composta por condições crônicas, e um modelo de atenção à saúde voltado notadamente para a atenção às condições agudas (BRASIL, 2006).

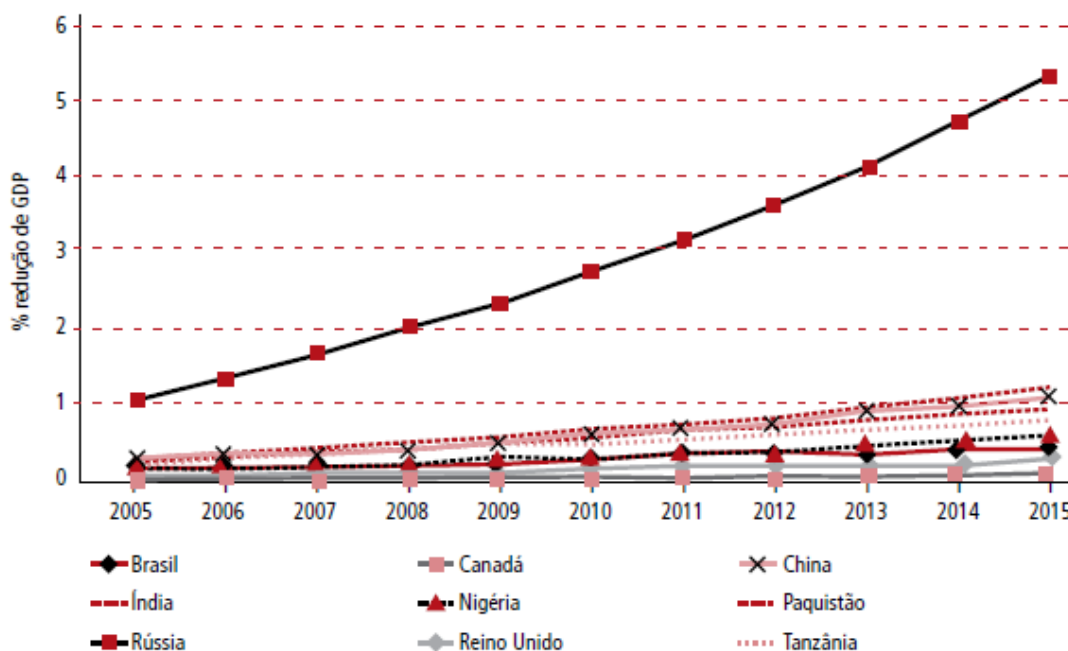
Há, dessa maneira, um nítido descompasso entre as práticas de saúde ofertadas e as reais necessidades da população.

De maneira análoga, Mendes (2011) aponta que o problema é que a resposta social está estruturada num sistema de atenção à saúde que é fragmentado, que opera de forma episódica e reativa e que se volta, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

Evidentemente que esse paradoxo redundando em gastos desnecessários e infundáveis, afetando, sobremaneira, os escopos da universalidade e da integralidade.

Assim, o vejamos:

Gráfico 3: Perdas de renda em percentuais do PIB por doenças cardiovasculares e diabetes, em países selecionados, 2005/2015.



Fonte: World Health Organization (2005).

Assim, a grande conquista sanitária que pôs fim a distinção entre incluídos e não incluídos, começa a ser questionada na medida em que os gastos do sistema de saúde priorizam, inadequadamente, a doença e a enfermidade, em detrimento das ações estratégicas de promoção de saúde.

Além disso, é impossível que o sistema de saúde consiga manter os preceitos da universalidade e da integralidade, partindo de uma lógica eminentemente hospitalar, escorada na agudização das doenças crônicas e nas doenças agudas. Não existe aparato financeiro capaz de justificar essa forma de organização do sistema.

Brasil (2006, p. 121), por seu turno, ilustrando a desorganização do sistema na perspectiva da resposta ofertada, descreve que:

A razão é simples. Um portador de diabetes, atendido na lógica dos sistemas voltados para as condições agudas, receberá uma atenção fixada somente na doença já instalada e em momentos discretos, quase sempre em fase de agudização da doença e mediante atenção circunstancial à demanda espontânea. Feita a intervenção sobre o momento de agudização, as pessoas retornam às suas casas e a condição continua sua evolução silenciosa. Esse modo de atenção levará, inexoravelmente, esse portador de diabetes a evoluir para uma retinopatia, uma cardiopatia, uma nefropatia etc. Ou seja, o enfrentamento de uma situação epidemiológica de predomínio relativo de condições crônicas através de um modelo de atenção à saúde voltado para os eventos agudos é responsável pelos desastres sanitários e

econômicos dos sistemas de saúde. O pior é que as pessoas comuns desejam e defendem esse sistema do qual são as maiores vítimas.

Observa-se, portanto, que as raízes do modelo hospitalocêntrico encontram-se fincadas no seio social, revelando, sobretudo, um problema de ordem cultural.

Não é tarefa das mais simples estabelecer com a população a cultura da prevenção e da promoção à saúde, haja vista a consolidação do conceito de saúde, ao longo de muitas décadas, baseado na ausência de doenças.

O objetivo é dos mais desafiadores e pressupõe grande capacidade de articulação e de convencimento por parte do Poder Público.

2.3 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO PÚBLICO SUBJETIVO

Conforme Olsen (2008), a narrativa de um direito fundamental como direito subjetivo leva a conclusão lógica de que o mesmo pode ser exigido judicialmente.

Similarmente, Barroso (2009) descreve que a Constituição utiliza o vocábulo direito para designar situações subjetivas indistintamente. Assim, direito é direito e, no direito subjetivo, ele designa uma específica posição jurídica.

Da mesma forma, Krell (2002) pondera que os direitos sociais não deixam de ser subjetivos pelo fato de não serem criadas as condições materiais e institucionais necessárias à sua fruição.

Em sentido análogo, ainda, Canotilho (2003) assevera que os direitos sociais são compreendidos como autênticos direitos subjetivos inerentes ao espaço existencial dos cidadãos, independentemente da sua justiciabilidade e exeqüibilidade imediatas.

Fato é que os tribunais superiores do país vêm confirmando a tese de que o direito social à saúde representa autêntico direito subjetivo.

Nesse sentido, Schwartz (2001) infere que é esse o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), o qual, na decisão do Recurso Extraordinário 271.286/RS, Relator Ministro Celso de Mello, afirmou que “o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196)”.

Ainda segundo o autor, o Superior Tribunal de Justiça, no acórdão do Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº. 11183/PR, no voto do Relator Ministro José Delgado, firma que, quando da omissão do Estado em “prestar atendimento a população

carente, que não possui meios para compra de medicamentos necessários a sua sobrevivência”, o Poder Judiciário deve atuar para que esses cidadãos sanem efetivamente suas necessidades.

Em sentido semelhante, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul decidiu, no Mandado de Segurança nº. 70000696104, Primeiro Grupo de Câmaras Cíveis, TJRS, Relator: Desembargador Arno Werlang, julgado em 05/05/2000, que é direito do cidadão exigir, e dever do Estado fornecer, medicamentos excepcionais e indispensáveis à sobrevivência quando não puder prover o sustento próprio sem privações.

Observa-se, nessa perspectiva que, ao se exigir que os demandantes demonstrem, *in concreto*, não possuir condições de arcar com a própria saúde, em prejuízo, portanto, a uma concepção de vida digna, a construção jurisprudencial tem promovido um balanceamento de princípios cotejando a integralidade e a proporcionalidade.

Essa lógica interpretativa permite que se promova o princípio da isonomia, na medida em que os desiguais passam a ser tratados de forma desigual.

Desse modo, consoante Sarlet (2012), o reconhecimento do direito à saúde como um direito subjetivo individual a prestações materiais, diretamente deduzido da Constituição da República, constitui exigência inafastável de qualquer Estado que inclua nos seus valores essenciais a humanidade e a justiça.

No mesmo sentido, ainda, a configuração dos direitos sociais como direitos subjetivos pressupõe a outorga do mínimo existencial, materializado nos requisitos mínimos indispensáveis à existência.

Não é crível que o Estado se esconda sobre o escudo da reserva possível, negligenciando políticas públicas essenciais indispensáveis à população, sobretudo num país de modernidade tardia como o nosso, em que as desigualdades ultrajam qualquer sentido de convivência pacífica entre as classes sociais.

Por essa razão, cabe ao Poder Público a efetiva demonstração da indisponibilidade total ou parcial dos recursos, bem como do não desperdício da aplicação dos mesmos. Ou seja, a indisponibilidade não se presume.

A sociedade implora incansavelmente por políticas públicas capazes de, algum modo, melhorar a qualidade de vida das pessoas, numa perspectiva mais solidária, fraterna e inclusiva.

Foram estes os legados, sobre os quais se ergueu o Estado de bem estar social. Ignorar esse dado histórico significa, pois, condescender com injustiças materiais das mais variadas ordens. Da mesma forma, a passividade típica do modelo liberal não se sustenta mais em face

da atual hermenêutica constitucional, o que faz com que o Estado assuma posição de mantenedor da ordem social, devendo alinhar planejamento estratégico e capacidade criativa na efetivação dos direitos sociais.

3 A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) COMO MECANISMO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE

3.1 RETRATO EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL

O mapa epidemiológico serve como importante instrumento de política pública no sentido da definição de estratégias pertinentes aos sistemas de saúde. Através dele, são definidos, por exemplo, extratos sociais onde existe a maior proliferação de doenças específicas; fatores sócio-culturais que desencadeiam o aumento de doenças, bem como fatores de risco entre outros aspectos.

É por meio dele que os gestores atentos orientam-se e respaldam as decisões administrativas e técnicas.

Santos-Preciado (2003), define transição epidemiológica como sendo as mudanças ocorridas temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez. Acontecem concomitantemente com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

Fato é que são bastante perceptíveis nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento ou de modernidade tardia padrões variáveis de transição epidemiológica.

Nos países em desenvolvimento ou de modernidade tardia, segundo Frenk *et. al.* (1991), a transição epidemiológica pode ser conceituada como acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado ou de dupla carga de doenças ou de duplo risco, caracterizada pela persistência de doenças infecciosas, desnutrição e pela escalada rápida das doenças crônicas.

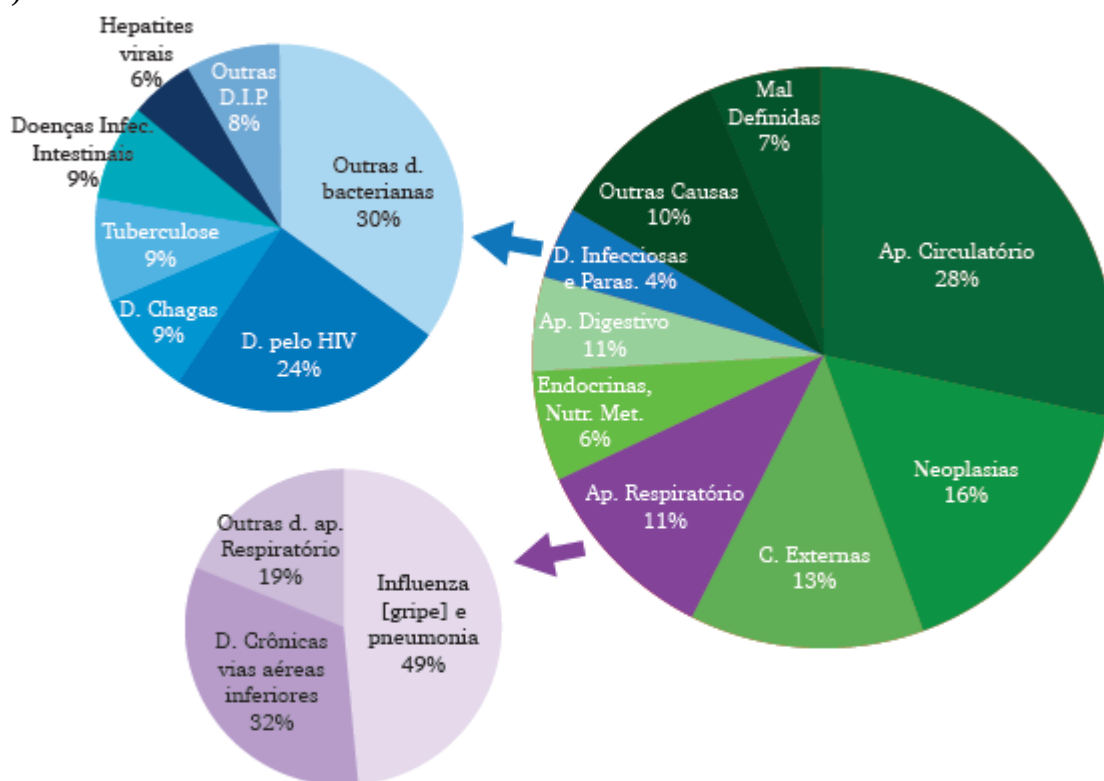
Já nos países desenvolvidos, consoante Araújo (1992), tem-se a chamada transição epidemiológica clássica. Vale dizer, as doenças crônicas só passaram a assumir papel preponderante após o virtual controle das doenças transmissíveis.

A transição epidemiológica – que se manifesta claramente no Brasil – apresenta conforme Mendes (1999, p. 44) as seguintes características:

a superposição de etapas; com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgência de doenças que se acreditavam superadas, e as doenças reemergentes como a dengue e a febre amarela; a transição prolongada e a falta de resolução da transição em sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento de novas doenças ou enfermidades emergentes.

Além disso, em Mendes (2011), observa-se a tendência de predomínio das doenças crônicas, em face dos comportamentos e ao estilo de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas.

Gráfico 4. Distribuição dos óbitos, segundo capítulos da CID 10. Brasil, 2012 (nos detalhes, os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho digestivo, segundo categoria).



Fonte: Núcleo de Epidemiologia do CONASS a partir de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM do MS. Dados disponíveis em: <WWW.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Da análise dos gráficos acima, observa-se um nítido predomínio das condições crônicas como determinante das mortes.

Por essa razão, segundo Mendes (2015), o paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo, haja vista que a concepção de doença, decorrente do século XIX, pautava-se na ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma.

Contudo, a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes, hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas.

Os atuais sistemas de saúde foram desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, sendo desenhados para funcionar em situações de pressão. E isso explica de algum modo a dificuldade de se ajustar o sistema segundo o perfil epidemiológico atual.

Certo é que a transição demográfica no país tem ensejado problemas de várias ordens, em especial a sedimentação das doenças crônicas e o encarecimento dos custos relativos ao sistema (BRASIL, 2006).

Além disso, a própria resolutividade do sistema fica absolutamente comprometida por conta desse desencontro entre a demanda real (lastreada no mapa epidemiológico) e resposta ofertada.

Analogamente, em Brasil (2015) fica claro que a própria forma de organização do sistema, baseada no modelo fragmentado, faz com que as respostas apresentem resultados frustrantes e pouco expressivos ou, ainda, conforme Brasil (2006), o enfrentamento de uma situação epidemiológica de predomínio relativo de doenças crônicas, através de um modelo de atenção à saúde voltado para eventos agudos, é determinante para um grande desastre sanitário e econômico do sistema.

Mendes (2011) ressalta, ainda, que nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vige uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, sugerindo, portanto, graus de importância diferentes com base na variação de densidade tecnológica.

Nessa perspectiva, as atenções secundárias e terciárias teriam maior importância que a atenção primária, partindo do pressuposto que são providas de um maior aparato tecnológico.

Tabela 4: As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas

Fonte: Mendes (2001).

A tabela retro mencionada ilustra com bastante propriedade a diferença entre o modelo fragmentado e as RAS (redes de atenção de saúde).

Fato é que alguns mitos foram criados em relação às condições crônicas, principalmente no sentido de que os países de baixa e média renda deveriam controlar prioritariamente as doenças infecciosas; que as doenças crônicas afetam mais diretamente as pessoas mais velhas; que afetam principalmente as pessoas mais ricas; que as doenças crônicas não podem ser prevenidas; que os tratamentos das doenças crônicas são caros demais (BRASIL, 2015).

3.2 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária, conforme Alves (2013) congrega um conjunto de práticas sanitárias destinadas à satisfação das necessidades individuais e coletivas.

Significa, estrategicamente, a porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde.

Todavia, tem havido um colapso na ornamentação do sistema de saúde, uma vez que as respostas ofertadas não guardam sintonia com o referencial epidemiológico.

Nesse cariz, Mendes (2011) descreve que os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são cada vez mais dramáticos sob a perspectiva sanitária e financeira.

É preciso que a atenção primária cumpra sua vocação institucional no sentido na organização das RAS. Ademais, em que pese os procedimentos da atenção primária serem menos densos tecnologicamente que os procedimentos de média e alta complexidade, não são menos complexos (BRASIL, 2006).

Em sentido análogo, não obstante todo o protagonismo de que se espera da atenção primária no concernente à organização das RAS, é de fundamental importância que sejam garantidos os fluxos de referência e de contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011).

Assim, em que pese o fato de que a Atenção Primária seja entendida como a base orientadora do sistema, sob a perspectiva da integralidade do sistema é imperioso que se reconheça que os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS.

A respeito das RAS, Mendes (2011, p. 82) aponta que:

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.

São compostas precipuamente por três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Fato é que a população vive em territórios sanitários singulares, organizando-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários (BRASIL, 2015).

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, ainda, a estratificação dos riscos e a descrição de doenças representam as bases sólidas do planejamento sanitário, de que se espera dos gestores de saúde.

O segundo elemento, constitutivo da RAS, é representado pela estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós (BRASIL, 2015).

Por fim, o terceiro elemento é definido pelos modelos de atenção à saúde, sendo de 2 (dois) tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas.

3.2.1 Conceito de APS

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde:

Aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Organização Pan-Americana da Saúde.

Conforme o depreendido em Alves (2013), a atuação da APS vai muito além do primeiro nível, de tal sorte que integra um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação.

Ressaltando, ainda, a perspectiva da coordenação do cuidado, Starfield (2002) define que incumbe à APS a organização do sistema de saúde de modo a promover o planejamento e a racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

No Brasil, conforme o aduzido em Mendes (2015), o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. Aponta, ainda, o referido autor que, desde sua criação em 1994, o PSF foi apresentado num primeiro momento como um programa, passando, em seguida, a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, no sentido da substituição das práticas convencionais.

Portanto, de acordo com Gomes et al (2011), desde sua implantação, o PSF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade.

As evidências apontam que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, podendo atuar na prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Conforme Vilella (2009), resolver, portanto, não se restringe a elaborar um diagnóstico de doença ou disfunção no corpo e oferta dos tratamentos correspondentes, incorporando além do manejo específico dos agravos, ações de prevenção e de promoção da saúde.

Além disso, Alves (2013) preleciona que, potencialmente, a Atenção Primária à saúde é considerada a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

Por fim, conforme Mendes (2015), a interpretação da APS compreende-a como estratégia capaz de reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS.

Por isso, há quem sugira que a APS deve “ocupar o banco do motorista” para dirigir o sistema de atenção à saúde.

3.2.2 Características

São considerados preceitos essenciais da Atenção Primária o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação e também como preceitos derivados a focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (BRASIL, 2015).

O primeiro contato, consoante Gomes (2011) materializa-se, pois, na acessibilidade e no uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.

Noutras palavras, a garantia de atenção ao primeiro contato refere-se ao fato de que a APS representa a porta de entrada do sistema de saúde.

Semelhantemente, Starfield (2002) elucida que um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe identificam-no como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde. Por isso, é fundamental o acesso fácil e disponível, de tal sorte que, se assim não o for, a procura será adiada, talvez, a ponto de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema.

Por intermédio do primeiro contato, é possível desencadear ações de promoção à saúde e de prevenção às doenças, de maneira a desonerar o sistema e também de se propiciar uma vida digna do ponto de vista sanitário.

Com isso são reduzidas as internações hospitalares, o número de cirurgias, bem como a demanda incessante por especialistas e demais exames complementares.

A essência da longitudinalidade consiste no vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e os indivíduos, independentemente da existência de doenças ou agravos (BRASIL, 2011).

Além disso, o atributo da longitudinalidade potencializa o enfrentamento das doenças crônicas e tem na alta rotatividade dos profissionais e na adequada atualização dos prontuários seus principais desafios.

A integralidade conforme Mendes (2015) significa a prestação de um conjunto de serviços com vistas à promoção, prevenção, cura e reabilitação dos pacientes pela equipe de saúde.

Representa, portanto, a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo.

Além disso, a atuação interdisciplinar é uma condição essencial para a integralidade.

Nesses termos fica explícito que o país optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a um pacote mínimo e básico de serviços de saúde, destinado à parcela mais pobre da população (BRASIL, 2011).

Já a coordenação, conforme Mendes (2015), representa o cuidado deliberado entre dois ou mais participantes visando a prestação de serviços mais eficientes.

Além disso observa-se que sem a coordenação a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa (BRASIL, 2003).

A focalização na família, consoante o aduzido por Mendes (2015), reconhece a família como o sujeito da atenção, pressupondo a interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde.

Por sua vez, a orientação comunitária refere-se ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos/famílias/populações se relacionam ao contexto social e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento desse contexto social (BRASIL, 2003).

Por fim, a competência cultural, na dicção de Starfield (2002), convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias.

Além disso, significa a capacidade das equipes de saúde em reconhecer as múltiplas particularidades e necessidades específicas de sub-populações (BRASIL, 2003).

Impende notar, ainda, que a APS só atingirá sua finalidade institucional se forem cumpridos três papéis essenciais: a resolutividade, a coordenação e a responsabilização.

O conceito de resolutividade, segundo D'Aguiar (2001) guarda relação direta com o ato de solucionar, dar solução. Significa, portanto, uma forma de avaliar os serviços ofertados com base nos resultados obtidos.

Nessa perspectiva, Mendes (2015) apregoa que os cuidados primários precisam ser resolutivos, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 90% da demanda da APS.

Igualmente, observa-se que a resolutividade da APS não é um processo simples, demandando profundas transformações na organização das unidades de Atenção Primária e do processo de trabalho das equipes de APS do País (BRASIL, 2015).

Na década de 80, Turrini (2008) aponta que com o predomínio do modelo médico-centrado ou biomédico, a resolutividade baseava-se na solução dos problemas trazidos pelos usuários visando à satisfação do cliente e do médico.

Posteriormente, o conceito de resolutividade alcançou novos patamares, tendo como mola propulsora as RAS. Assim, o processo centrado na saúde-doença, teve que ser sistematicamente substituído por um processo que fosse pautado pela prevenção, promoção e cura e reabilitação.

Já o papel da coordenação é materializado pela atuação da APS enquanto centro de comunicação da RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. Não por outra razão, a APS sob o prisma sanitário é considerada a ordenadora da rede.

Nesse sentido, conforme Mendes (2015), as filas são manifestações fenomênicas de uma descoordenação da atenção à saúde que refletem um desequilíbrio entre a demanda e a oferta dos serviços de saúde.

Por fim, Mendes (2012) descreve que a função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adstrita.

3.2.3 Modelos de APS.

Buscando a definição sobre modelos de atenção, Mendes (2011, p. 209) infere que:

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Starfield (2002) discorre que um estudo clássico associou a APS com resultados sanitários em onze países desenvolvidos e permitiu verificar que os países com baixo escore para a APS obtinham resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação com os indicadores da saúde infantil.

Assim, os sistemas com forte orientação para as APS apresentaram uma probabilidade maior de receber os cuidados preventivos apropriados, de aderir aos tratamentos e de satisfazer-se com a atenção recebida.

Fato é que existem diferentes modelos de estruturação da APS.

Pelo modelo tradicional os médicos e enfermeiros generalistas sem formação específica em saúde da família atendem uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem.

Já pelo modelo de Semachko, conforme Mendes (2015), oriundo da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários, os serviços de saúde são providos por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra.

Com relação ao modelo de medicina da família e comunidade estrito senso, calcado nos modelos europeu e canadense, a promoção do cuidado faz-se por meio de consultas médica propiciadas por especialistas em medicina da família e comunidade (BRASIL, 2014).

Por fim, em referência ao modelo de saúde da família não hegemônico, o cuidado primário está centrado em uma equipe multiprofissional, a qual trabalha de forma disciplinar e por meio de um conjunto ampliado de encontros clínicos que envolvem consultas individuais e atividades em grupo (BRASIL, 2015).

Fato é que os modelos médico-hospitalocêntricos ou biomédicos têm demonstrado evidentes sinais de esgotamento ante o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

Isso ocorre porque os custos de financiamento desses sistemas são gigantescos se comparados às RAS; e o que é pior: a expectativa de resolutividade é muito pequena.

Desse modo, para Mendes (2012) há uma inequívoca superioridade da ESF em relação aos modelos tradicionais, especialmente no cumprimento dos atributos da APS.

Outrossim, a APS vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica (BRASIL, 2011a)

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dispõe, através da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, sobre a Atenção Primária nos seguintes termos:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Inequivocamente, a Atenção Primária ocupa papel estratégico na organização das RAS tendo grande capacidade de influir na eficácia do sistema, a partir de arranjos organizacionais que estimulam a universalidade.

3.2.4 A Construção Social da APS

Segundo Landsberg (2012) vários aspectos são determinantes para que a população procure as unidades de saúde: um desconforto psicológico, o medo da doença, uma solicitação burocrática, entre outros aspectos.

Em sua forma mais desenvolvida, Starfield (2002) aponta que a Atenção Primária representa o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos.

A Atenção Primária tem por escopo, portanto, melhorar a saúde da população e proporcionar maior equidade na distribuição dos recursos.

No modelo biomédico ou hospitalocêntrico, Gomes (2011) assevera que a saúde era vista como ausência de doença, de tal sorte que as práticas sanitárias eram centradas na assistência médica, medicalização, no caráter curativo e individual. Já em relação ao modelo

centrado no usuário, as práticas sanitárias são estabelecidas buscando-se o aprimoramento das técnicas de prevenção e de promoção à saúde.

Portanto, a Atenção Primária conforme Starfield (2002) fornece atenção sobre a pessoa e não se relaciona diretamente à doença.

Os tipos de atendimentos na APS distribuem-se em uma relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada, sendo certo que os atendimentos na APS concentram-se nas condições crônicas.

Além disso, consoante Brasil (2015, p. 295) a demanda na APS deve ser concentrada, portanto, em enfermidades: há uma diferença entre doença e enfermidade. Nesse sentido, impende reconhecer que:

Doença é uma condição do organismo e de parte dele que promove distúrbios em suas funções. Enfermidade é uma condição de sentir-se mal ou de sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentir-se doente. Essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica. Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças.

Fato é que a demanda na APS, segundo Fernandes (2009) é concentrada, ainda, em um grupo de pessoas hiperutilizadoras, as quais devem ser adequadamente orientadas pelos profissionais de saúde. São pessoas que estimulam uma grande reprogramação de demandas nos sistema, comprometendo a perspectiva da universalidade.

Da mesma forma, conforme Landsberg (2012) existem, também, demandas administrativas bastante significativas na APS, que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames.

Gusso (2009, p. 42) por sua vez observa que as demandas por cuidados preventivos são muito relevantes na APS:

pois envolvem um amplo leque de tecnologias como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco biopsicológicos individuais, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e de outras drogas e outras.

Por fim, a demanda por autocuidado apoiado é bastante significativa na APS já que envolve o manejo correto das condições crônicas. Assim, o autocuidado apoiado objetiva preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e os cuidados prestados.

Como se depreende, a estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. Contudo, na prática social, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que desconhece essa diversidade. Em geral, trabalha-se com uma estrutura restrita de demanda: demanda espontânea que cobre as condições agudas e as agudizações das condições crônicas; demanda programada que se limita às condições crônicas não agudizadas; demandas administrativas; demandas por atenção preventiva; e demandas por visitas domiciliares (BRASIL, 2015).

3.3 A ESTRUTURA DA DEMANDA E DA OFERTA NA APS

Evidentemente que a estrutura da oferta não é capaz de responder, satisfatoriamente, à estrutura das demandas sociais, de tal sorte que a aplicação dos recursos deve se orientada pelos respectivos mapas epidemiológicos.

Os sistemas de atenção à saúde, conforme Mendes (2011), são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias.

Contudo, há um enorme abismo entre uma estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, gerando uma crise na APS.

E esse desequilíbrio, consoante o estabelecido em Mendes (2011), precisa ser sanado a partir de um redesenho da rede que congregue similaridades, pressupondo, pois, adensamento tecnológico e reorganização das rotinas internas em conformidade com o mapa epidemiológico.

O modelo de Donabedian pode ser utilizado para dar sustentação à avaliação da qualidade em saúde, calcado na tríade estrutura, processos e resultados.

Donabedian desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade (BRASIL, 2015).

Contudo, as respostas são um tanto quanto insuficientes na medida em que os resultados são aferidos individualmente.

Fato é que do ponto de vista da resolutividade de que se espera das RAS, a gestão precisa ser organizada por processos.

Nessa premissa, deve haver capacitação e educação permanente dos gestores.

Além disso, em Brasil (2015, p. 44) infere-se que a perspectiva de organização das RAS por processos deve ponderar o seguinte:

as mudanças nos processos envolvem a organização dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos e de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; dos macroprocessos da atenção preventiva e das demandas administrativas; e dos macroprocessos da atenção domiciliar e do autocuidado apoiado. Esses macroprocessos são implantados por meio de oficinas tutoriais e são representados pela territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização. Já os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente na perspectiva de segurança das pessoas usuárias. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos. A implantação dos microprocessos básicos envolve o mapeamento desses microprocessos, o seu redesenho, a elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrões (POP); a implantação dos POP; e a auditoria periódica, interna e externa, dos POP.

Portanto, da conjugação dos macroprocessos e microprocessos na organização interna das unidades de saúde, obtém-se um referencial administrativo importante no sentido da propagação de estratégias com vistas ao escopo da resolutividade.

3.3.1 Os desafios da porta de entrada do SUS

A Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Em sentido análogo, infere-se que, na perspectiva das doenças crônicas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável, ainda, por ações de promoção e de proteção da saúde, bem como de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2013).

Desde a implantação da ESF os resultados da Atenção Primária foram bastante expressivos, no tocante à busca de resolutividade do sistema.

Dessa maneira, para que a APS seja realmente resolutiva, em especial, no cuidado às pessoas com doenças crônicas, é fundamental que a RAS disponha de fortes sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico atinentes à atenção secundária.

Simetricamente, há que se destacar que um sistema de saúde deve ser entendido como uma rede horizontal organizada por postos de atendimento. Como exemplos, destacam-se

ambulatoriais da Atenção Primária, unidades de cuidados intensivos, hospitais-dia, ambulatoriais de cirurgia, ambulatoriais de atenção especializada e serviços de atenção domiciliar (BRASIL, 2003).

Já em relação aos serviços de emergência, impende notar que continuam sendo mal utilizados pela população, uma vez que as demandas pertinentes à Atenção Primária acabam reproduzidas na rede de urgência e emergência (BRASIL, 2003).

Fato é que o grande objetivo da Atenção Primária é promover a melhora da saúde da população e garantir também equidade na distribuição dos recursos.

É preciso, portanto, que o modelo médico-hospitalocêntrico ou biomédico seja, paulatinamente, substituído por um modelo pró-ativo que vislumbre na promoção à saúde o cerne da estruturação de um Sistema de Saúde. É impossível, portanto, que o modelo biomédico promova justiça social e adequada utilização dos recursos públicos, posto que sua atuação dá-se de forma fragmentada e pouco resolutive.

Outrossim, em Mendes (2011), fica nítido que o descompasso entre o perfil epidemiológico marcado pelo predomínio de doenças crônicas e as respostas ofertadas para responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas representa o principal problema contemporâneo dos sistemas de atenção à saúde, em todo o mundo e, também, no Brasil.

O modelo fragmentado se mostra pertinente às pretensões do mercado, mantendo-se distante do adequado modelo da atenção básica.

Nota-se, ainda, que a desvalorização na APS reflete-se na dificuldade de captação de médicos nas residências de medicina da família, nas dificuldades de muitos atores de deixar de tratar a APS como “postinho de saúde” (BRASIL, 2003).

Além disso, conforme aduz Sampaio (2004), a cultura populacional pela busca de especialistas já é objeto de intenso questionamento, refletindo a falta de resolutividade da Atenção Primária.

É necessário, dessa forma, que a APS ultime todo o seu potencial organizador nos sistema de saúde, assumindo, efetivamente, a condição de coordenadora do cuidado, de modo a garantir o acesso universal.

3.3.2 Demandas em Saúde

Os gestores do sistema precisam organizar um planejamento estratégico a partir dos respectivos perfis epidemiológicos.

Portanto, devem pressupor que a população tem desejos no concernente ao sistema de saúde.

Todavia, é de crucial importância que a oferta de consultas e de exames seja pautada em critérios técnicos e em protocolos clínicos, uma vez que pela lógica do modelo fragmentado toda estrutura de apoio e de diagnóstico acaba mal utilizada, comprometendo a universalidade do sistema.

É preciso, portanto, que o binômio desejo-necessidade não subverta o modo de organização do sistema de saúde. Noutras palavras, o sistema deve ser equânime e universal haja vista que esse binômio, quando mal avaliado, pode levá-lo a falência (BRASIL, 2014).

Além disso, o SUS opera com um significativo subfinanciamento e necessita de mais recursos financeiros. Todavia, não basta, tão somente, o incremento de recursos financeiros, já que a questão nevrálgica do sistema gira em torno da adequada relação entre oferta e demanda.

Semelhantemente, insta notar, ainda, que da forma como as respostas vêm sendo ofertadas em larga escala mundial, a partir de modelos fragmentados e reativos centrados na cura, pode-se concluir que recursos adicionais para fazer “mais do mesmo” significam jogar dinheiro fora (BRASIL, 2015).

Fato é que, com espreque em Mendes (2001), o sofrimento da população leva erroneamente, muitas vezes incentivado pela mídia, ao desejo por exames radiológicos ou laboratoriais, reproduzindo substancialmente a ideologia biomédica.

A arquitetura do sistema não deve ser pautada pelo medo das pessoas adoecerem, mas pela efetiva necessidade da população. Além do mais, os riscos quanto ao oferecimento de serviços desnecessários na Atenção Primária são bem altos (BRASIL, 2014).

Nesse diapasão, ofertas indiscriminadas de exames ou de consultas, por especialistas, sem espreque nos parâmetros epidemiológicos oneram perigosamente as administrações públicas.

Da mesma forma, ainda, Starfield (2002) depreende que a atenção especializada geralmente exige mais recursos do que a atenção básica porque é enfatizado o desenvolvimento e o uso de tecnologia cara para manter viva a pessoa enferma em vez de dar ênfase aos programas de prevenção de enfermidades ou de redução de desconforto causado pelas doenças mais comuns.

Amiúde, é mais fácil para os profissionais convencerem o gestor de que um determinado exame é necessário do que convencer um indivíduo que ele não se beneficiará de tal tecnologia.

Por isso, é tarefa extremamente difícil adequar as ofertas à população a quem de destina.

Além disso, o mito da imortalidade e do poder mágico da medicina se mantém no inconsciente coletivo, a despeito de todas as evidências contrárias. O leque de opções por novas tecnologias e produtos, sempre em evolução, estimula um consumo individual sem precedentes. (CAMPOS, 2006).

Igualmente, Starfield (2002) denota que um sistema de saúde orientado para a subespecialização representa um grande problema: ele ameaça os objetivos da equidade, já que nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde.

Exige-se, portanto, um compromisso com a saúde da população por parte dos profissionais e uma habilidade que envolve, entre outras coisas, continuidade do cuidado, relação profissional/serviço-usuário e capacidade da equipe de compreender seu papel de gerente de recursos.

É possível, segundo Brasil (2007, p. 61) nomear alguns fatores que levam ao exagero da oferta de recursos:

- despreparo do profissional em lidar com o sofrimento e com as demandas;
- abundância de oferta de determinada tecnologia (falsa necessidade);
- fatores médicos-culturais (exemplo: há anos e há gerações que se faz hemograma em todas as pessoas uma vez por ano em determinado local);
- estudos com baixo nível de evidência (ou opinião de especialista) cuja conclusão é adotada como rotina e generalizada para toda a população;
- mudança de perfil epidemiológico;
- história de epidemia (exemplo: surto de hepatite A leva as pessoas e os médicos a pedirem sorologia para hepatite A durante anos);
- caso difundido na mídia ou ocorrido com familiar, amigo ou vizinho (exemplo: jogador de futebol que sofreu parada cardíaca durante a partida leva muitos jovens a realizar eletrocardiograma desnecessariamente);
- desejo de alívio do sofrimento por meio de pouco esforço;

Além disso, é fundamental que os gestores otimizem a gestão de processos, a fim de que o sistema alcance um perfil gerencial.

Fato é que houve uma quebra de paradigma do modelo assistencial, de maneira que o sistema deixou de dar enfoque nos doentes, passando a contemplar toda população (doentes e não doentes).

Logo, garantir o acesso a universalidade, não significa, contudo, permitir o consumo indiscriminado e mercadológico dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Na mesma senda, cumpre notar que ao se desafiar o modelo biomédico e sua deficiência diante da complexidade e da multiplicidade de fatores que intervêm na dimensão

contemporânea do processo saúde-doença, abre-se um amplo campo para a promoção à saúde (BRASIL, 2014).

Portanto, depreende-se que o processo de reestruturação da saúde com vistas à caracterização da promoção, não compete, apenas, aos profissionais da saúde, devendo contemplar uma ampla participação social.

3.3.3 A Falta de Coordenação do Cuidado nas RAS

Conforme Mendes (2015) alguns aspectos materializam a falta de coordenação na Atenção Primária: as filas de espera por serviços de saúde; falta de comunicação entre a UBS e os serviços especializados; referências desnecessárias; reinternações desnecessárias; barreiras de acesso aos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares.

A falta de coordenação, em conformidade com Mendes (2015) é apontada como um dos problemas mais severos nos sistemas de saúde. Determinante ainda do aprofundamento da fragmentação do sistema, na medida em que os usuários ficam perambulando pela rede à espera de respostas.

No mesmo diapasão, as transições intra-hospitalares são descoordenadas, o que compromete sensivelmente o preceito da longitudinalidade.

Da mesma forma, a coordenação é benéfica, especialmente, para pessoas portadoras de doenças crônicas que tem múltiplos contatos com o sistema de atenção à saúde e que são atendidas por vários prestadores de serviços diferentes (BRASIL, 2014).

Outrossim, a ausência de coordenação também enseja inúmeros problemas do ponto de vista financeiro, determinando, sobretudo, gastos desnecessários e pouco resolutivos.

3.4 A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A fim de que as RAS atuem numa perspectiva resolutiva é fundamental que o processo de trabalho nas APS contemple algumas diretrizes importantes: acolhimento; atenção centrada na pessoa e na família; cuidado continuado; equipe multiprofissional; atendimento coletivo; estratificação de risco.

Pelo acolhimento significa que os profissionais de saúde precisam orientar e atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários.

É importante acentuar, em conformidade com Mendes (2015) que todos os profissionais de saúde, em tese, encontram-se aptos a fazer acolhimento, cabendo-lhes escutar a queixa, os medos e as expectativas, bem como identificar os riscos e as vulnerabilidades de cada paciente.

O acolhimento pressupõe capacitação e educação permanente das equipes de saúde da família, devendo ser estimulado e orientado através de microprocessos.

Já pela ótica da atenção centrada na pessoa e na família, significa que a relação estabelecida nos diversos estabelecimentos de saúde precisa ser construída pelos preceitos da ética e da dignidade.

Conforme o preconizado pela OMS (2003), a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde.

Busca-se, portanto, o compartilhamento de informações e colaboração de todos nas decisões.

Pelo viés do cuidado continuado, observa-se que existem várias ações que devem ser disponibilizadas aos pacientes nas unidades básicas de saúde. Dessa forma, devem ser garantidos o acesso nos casos de urgência, de demanda espontânea não urgente, e de cuidado continuado ou programado (BRASIL, 2013).

Em sentido análogo, Mendes (2012) preleciona que devem ser disponibilizados consultas, exames e procedimentos com uma periodicidade regular, a partir da estratificação de riscos e das necessidades individuais.

São exemplos de cuidado continuado, o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental.

Com relação à equipe multiprofissional, há que se reconhecer que o trabalho desenvolvido nas unidades de saúde, pelo caráter multidisciplinar que lhe é peculiar, deve pressupor a articulação de profissionais de diversos núcleos com vistas à construção de estratégias comuns de intervenção.

Já no concernente aos atendimentos coletivos, significa que além dos atendimentos individuais, as equipes multiprofissionais precisam ofertar atendimentos em grupo.

Isso ocorre porque as integrações e discussões em grupo estimulam o estreitamento das relações entre equipes e usuários do sistema.

No que toca à diretriz do autocuidado, infere-se que, em face do predomínio das doenças crônicas nos sistema de saúde, é de fundamental importância que os usuários sejam

envolvidos ativamente no tratamento. O objetivo é fazer com que o paciente não dependa apenas de uma prescrição profissional e se conscientize de sua condição.

Semelhantemente, Mendes (2012) apregoa que o autocuidado apoiado não é equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, que diz ao usuário o que ele deve fazer. Significa, contudo, reconhecer o papel central do usuário em relação à sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade sanitária.

Por fim, no que diz respeito à estratificação do risco, significa que os profissionais de saúde devem conhecer profundamente a população usuária de um sistema.

Através dessa premissa é possível romper com a atenção baseada na oferta de consultas e de procedimentos desorganizados, típicos dos sistemas fragmentados.

Cabe às UBS a partir da estratificação realizar o cadastramento de todos os usuários e das famílias, viabilizando, por assim dizer, a atuação da APS.

O escopo, portanto, consiste na classificação dos usuários de determinado serviço de acordo com a gravidade da enfermidade. Essa classificação orientará uma série de ofertas que serão programadas, exatamente, de acordo com o nível em que se encontra o usuário (BRASIL, 2013).

Da mesma maneira, pondera-se que os hipertensos com baixo e médio risco vascular beneficiam-se mais de programas de prevenção, promoção e de autocuidado apoiado do que hipertensos de alto risco cardiovascular, que necessitam de mais cuidados clínicos e de apoio para adesão a tratamentos. Fato é que da conjugação de todos esses aspectos, ter-se-á a definição do modelo de assistência à saúde a ser adotado no caso concreto (BRASIL, 2014).

Devem ser sopesadas, ainda, na estratificação do risco a severidade da doença crônica e a capacidade de autocuidado.

3.5 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Cabe aos gestores promover a regulação do sistema, de maneira a evitar gastos desnecessários e pouco expressivos em termos de resolutividade.

Naturalmente que uma boa análise dos mapas epidemiológicos permite aos gestores inferir os pontos nevrálgicos que assolam o sistema, representando importantes gargalos a serem enfrentados.

Não é tradição consolidada no Brasil, contudo, o planejamento das ações para definição de serviços de saúde. Em geral, os gestores fazem uso de séries históricas, que são

fundamentais no processo de planejamento, mas que carregam consigo a possibilidade de manutenção do equívoco por muito tempo.

Noutras palavras, significa dizer que podem ser cometidos erros ao longo do tempo, ensejando despesas desnecessárias, em prejuízo latente de ações estratégicas que deveriam ser executadas em conformidade com os mapas epidemiológicos.

Analisar a situação da saúde significa, portanto, obter o diagnóstico de comunidade e de estudo de demanda.

Conforme Mendes (2015) o primeiro é voltado para questões coletivas e determinantes de saúde (saneamento, coleta de lixo, fornecimento de água) se estendendo a prevalência de doenças como hipertensão e diabetes. Assim, os cuidados sanitários pressupõem ações integradas com outras pastas, sobretudo, educação e meio-ambiente. Já o segundo, dedica-se ao estudo das pessoas que procuram os serviços de saúde.

E nesse diapasão, é fundamental a atuação dos profissionais de saúde, a partir dos preceitos do acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural.

Ainda em relação aos mapas epidemiológicos, cabe ressaltar que há neles importantes diretrizes capazes de subsidiar a escolha de políticas públicas e a tomada de decisões por parte dos gestores. São importantes extratos produzidos pelos departamentos de epidemiologia capazes de produzir diagnósticos sobre o predomínio de certas doenças.

Nesse cariz, é importante frisar que o poder discricionário da administração deve ser analisado com bastante cautela, de maneira que se possa aferir se as políticas públicas estão ou não voltadas para as finalidades constitucionais.

Observa-se, ainda, da acurada análise desses instrumentos, o predomínio de condições crônicas em detrimento das condições agudas, o que suscita a implantação das RAS, oportunidade em que a Atenção Primária figura como protagonista e ordenadora da rede.

Nessa senda, há que se construir um modelo de atenção que privilegie o aspecto preventivo, multidisciplinar e coletivo em detrimento de um modelo curativo, medicamentoso e de bases individuais.

Ignorar esse diagnóstico significa compactuar com uma espécie de epidemia silenciosa das doenças crônicas, lastreada num modelo fragmentado, tipicamente inerte e reativo.

Fato é que a análise das questões processuais é de suma importância para que os direitos fundamentais alcancem a dimensão adequada de efetividade de que se espera deles.

Barroso (2011) ilustra que a sociedade é consumidora de normas processuais no afã de conferir eficácia forçada aos direitos subjetivos espontaneamente ineficazes.

Ademais, o titular dos direitos sociais, assim como direitos civis e políticos, continua sendo o homem na sua individualidade.

Do mesmo modo, os direitos fundamentais de primeira dimensão e os direitos sociais não podem ser confundidos com os direitos coletivos ou de terceira dimensão.

Por essa lógica, significa dizer que os direitos sociais são diferentes dos direitos subjetivos pelo fato de não serem fruíveis individualmente, mas sim coletivamente.

Nesse sentido, as pretensões que extrapolam os parâmetros individuais devem ser deduzidas de forma diferente das ações individuais, pressupondo formas coletivas de tutela jurisdicional.

Assim, é bastante comum a utilização das ações civis públicas pelo Ministério Público para juridicizar demandas coletivas visando à efetivação dos direitos sociais, haja vista que lhe cabe, nos moldes do art. 127 da CF, a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

De igual forma, é muito comum também a utilização de ações populares, embora de forma mais restrita, para o controle de políticas públicas.

Segundo Jorge Neto (2008) a ação popular não tem por objeto uma obrigação de fazer ou não fazer, ou seja, não se prestará para obrigar o poder público a adotar uma política pública ou alterar uma política adotada, muito embora possa servir para fazer cessar uma política pública inconstitucional ou que cause prejuízos ao erário.

Fato é que o administrador encontra-se vinculado à implementação de políticas públicas, de maneira que o não agir (omissão) ou mesmo a ação de forma não razoável para atingir determinado resultado (desvio de finalidade), sujeita o administrador à responsabilização, por meio de ação civil pública.

Ainda em referência à vinculação constitucional das políticas públicas, Autran (2007) pontifica que:

Questão de grande debate em âmbito doutrinário e jurisprudencial é o que toca à possibilidade do Poder Judiciário controlar esses atos administrativos, frutos da atividade discricionária, que a própria lei deixou a critério de conveniência e oportunidade para o agente público. Para uma corrente tradicional da doutrina, de acordo com a nossa Carta Política (art. 5º, XXXV), a lei não poderá excluir da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito. Assim sendo, caso levado ao Poder Judiciário o ato discricionário, o juiz deverá identificar o âmbito do mérito – de acordo com o espaço deixado pela lei – onde está alojado o desempenho do poder discricionário. Não se vislumbrando infração, ou verificando que o administrador praticou o ato dentro do círculo que se encontra delineado pela lei, não há possibilidade de modificação – ato compatível com a lei e a ordem jurídica – não podendo o juiz sobrepor ou impor o seu próprio juízo de conveniência e oportunidade no lugar daquele administrador. E como fundamento do acima exposto está a separação dos poderes, cabendo ao Judiciário examinar os atos

administrativos sob o ângulo da legalidade. É impossível ao Judiciário o controle extralegal do mérito dos atos administrativos, pois o juiz não é o destinatário dos juízos de conveniência e oportunidade, sendo destinatário exclusivo e final o administrador. Mesmo quando uma norma é discricionária não pode haver dúvidas quanto à necessidade de persecução de sua finalidade pública. Todavia, uma corrente mais moderna, a qual nos inserimos, entende que a atuação administrativa está sujeita a dois limites essenciais, quais sejam, o interesse público e a legalidade. Necessário o Judiciário observar a lei não apenas formalmente, mas também a observar substancialmente, nos seus direcionamentos. Daí as afirmações de que a razoabilidade/ proporcionalidade podem ser vistas como desdobramentos da legalidade, chamada legalidade substancial. Em outros termos, através do princípio da proporcionalidade/razoabilidade, modernamente concebe-se a cláusula do devido processo legal, no seu sentido substancial, como um mecanismo de controle axiológico da atuação do Estado e seus agentes. Por isso constitui instrumento típico do Estado Democrático de Direito, de modo a impedir toda restrição ilegítima aos direitos de qualquer homem sem um processo previamente estabelecido e com possibilidade de ampla participação. Os atos administrativos só estarão cumprindo a lei se realmente se mantiverem dentro dos padrões da razoabilidade e proporcionalidade. Se não se mantiverem, esses atos serão ilegais, não estarão realizando os objetivos da lei. Mesmo que formalmente aparentem legalidade, serão ilegais se não tiverem se mantendo dentro dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. Há também na doutrina alemã a expressão ‘proibição do excesso’ que para muitos é sinônima desses princípios. Desta forma, em determinadas situações é possível um controle da discricionariedade administrativa, como no caso de implementação de políticas públicas, desde que se tratem de políticas públicas específicas, socialmente necessárias e constitucionalmente exigidas. Neste caso, o Ministério Público possui legitimidade para zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados constitucionalmente, devendo promover medidas necessárias para a sua garantia. Assim, é possível uma ação civil pública para que o Estado venha a construir um hospital em determinada localidade, desde que fique demonstrado especificamente que se trata de uma necessidade social para determinada localidade e que a demanda coletiva visa implementar direitos e garantias asseguradas constitucionalmente (art. 129, III, c.c. art. 5º LACP).

Nessa perspectiva, é absolutamente factível que o Poder executivo, ao contingenciar investimentos na Atenção Primária, priorizando, desmedidamente, investimentos na Rede de urgência e emergência, possa ser compelido pelo Ministério Público, por meio de ação civil pública, a realinhar suas políticas públicas, mesmo porque existe um grande estudo de evidências materializado nos perfis epidemiológicos.

Está mais do que demonstrado, com esquite nos instrumentos de gestão, que a concentração, em demasia, dos investimentos nas redes de urgência e de emergência opera-se como uma espécie de bomba-relógio, a partir do pressuposto de que o Estado não goza de saúde financeira suficiente para financiar todo o custeio do sistema. Diante desse contexto, os preceitos da universalidade e da integralidade restam firmemente comprometidos.

De igual modo, há que se reconhecer a estratégica importância dos Tribunais de Contas no sentido da concretização dos direitos sociais. Os art. 70 e 71 da CF atribuem competências e descrevem funções aos Tribunais de Contas, cabendo-lhes, dentre outras

coisas, funções fiscalizadoras, judicantes, sancionadoras, pedagógicas, consultivas, informativas e normativas.

Além disso, competem, também, aos Tribunais de Contas as fiscalizações financeiras, orçamentárias, operacionais e patrimoniais quanto à legalidade, legitimidade e economicidade.

Nessa senda, Justen Filho (2012) elucida que a análise de legitimidade permite a aferição das políticas públicas em relação aos fins constitucionais, revelando-se mais ampla que o controle de legalidade propriamente dito.

Além disso, a dimensão do controle operacional revela-se importante e oportuna, de tal modo que as auditorias operacionais permitem uma avaliação permanente do desempenho dos entes governamentais e, por corolário, das políticas públicas executadas, quer sob o prisma da ética, quer sob o prisma da eficiência.

Logo, as políticas públicas precisam ser avaliadas tanto na perspectiva dos resultados obtidos, bem como em relação ao potencial de expansão quantitativo e qualitativo de que se espera delas.

Assim, certamente a concentração de investimentos na Rede de urgência, em detrimento dos investimentos na Atenção Primária, tem reduzida possibilidade de propagação eficaz ao sistema de saúde, tendo em vista o amplo predomínio das doenças crônicas.

Mais do que nunca, a Atenção Primária precisa funcionar, verdadeiramente, a contento, de modo que as práticas preventivas e de promoção à saúde norteiem, seguramente, a condução do sistema rumo aos ideais de solvência, inclusão e de resolutividade.

A opção pelo modelo fragmentado representa efetivamente uma aposta no adoecimento das pessoas, para que, a partir de então, possam ser tratadas e medicadas, ignorando estratégias de prevenção à saúde.

É preciso que fique muito claro, ainda, que o mote financeiro não é único aspecto que deve imperar nessa reordenação do sistema, o que por si só já justificaria toda a afirmação da crítica proposta. Fato é que esperar que um contingente significativo da população do país, portadora de doenças crônicas, adoça e, só partir de então, receba tratamento adequado, significaria concluir que temos, quando muito, um arremedo de sistema de saúde, voltado precipuamente para a mercantilização da saúde, negligenciando-se, peremptoriamente, a dignidade da pessoa humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da pesquisa que discute o direito à saúde enquanto autêntico direito social é da mais elevada ordem, visto ser indissociável do princípio da dignidade humana. Por ter tamanha magnitude na escala dos direitos sociais, o direito à saúde, no Brasil, foi institucionalizado em matriz constitucional, sendo arquitetado através do Sistema Único de Saúde (SUS). Após o desenvolvimento da pesquisa é possível que se proponham algumas conclusões.

Desde sua criação formal, o SUS já propugnava por um modelo de atenção que pusesse cobro, finalmente, a distinção entre incluídos e não incluídos.

Nessa perspectiva, apenas as pessoas que demonstrassem vínculos empregatícios, sendo seguradas pelo INAMPS, fariam jus às benesses assistenciais. Aos demais, abandonados à própria sorte, restava o alento das casas de filantropia.

Essa quebra de paradigma trouxe esperança aos cidadãos brasileiros. Havia, portanto, sob a égide sanitária, um incremento garantista assentado nos preceitos da universalidade e da integralidade capaz de tutelar a isonomia na seara sanitária.

Ocorre, todavia, que alguns gargalos retiram do SUS toda a potencialidade que lhe é peculiar. E isso faz com que não haja a verdadeira inclusão social de que se espera do sistema, passando, certamente, uma imagem de modelo de saúde fracassado e pouco resolutivo.

Lamentavelmente, há uma contradição abissal em relação às reais necessidades da população e as ofertas produzidas pelo sistema, retroalimentando demandas e ampliando custos.

Noutras palavras, tem-se, comprovadamente, um modelo de atenção com predomínio das condições crônicas, em detrimento das condições agudas. Todavia, nossos serviços de saúde são alicerçados, prioritariamente, sob a tônica das condições agudas ou da agudização das condições crônicas.

Esse descompasso é revelador de uma grande tragédia sob a perspectiva sanitária e financeira, estimulando a incredulidade dos desassistidos.

A opção pelo sistema fragmentado, proveniente dos modelos biomédico-hospitalocêntricos assenta-se, precipuamente, nas ações curativas, medicamentosas e de cunho individual. E isso demonstra, inequivocamente, que a Atenção Primária não tem cumprido, de forma fidedigna, seu propósito organizador das redes de atenção à saúde.

Observou-se que cabe à Atenção Primária a função de coordenadora do cuidado das redes de atenção à saúde (RAS), por intermédio da estratégia Programa Saúde da Família (PSF).

Nesse sentido, há que se esperar uma postura proativa da Atenção Primária capaz de orientar e organizar seus fluxos de atendimentos, guiando-se por meio dos respectivos mapas epidemiológicos.

Esses instrumentos sanitários são reveladores de estratégica importância, pois permitem decisões acertadas do ponto de vista gerencial na medida em que representam extratos populacionais, fatores de risco, doenças predominantes entre outros aspectos.

Da análise dos mapas epidemiológicos, depreende-se um predomínio das condições crônicas, que deve ser levado em consideração no planejamento das respostas da Atenção Primária.

Infelizmente, a Atenção Primária, de um modo geral, tem apresentando diminuta resolutividade. Em sentido simétrico, as redes de urgência e de emergência encontram-se superlotadas, haja vista que os atendimentos não se concentram, apenas, nas demandas de urgência e emergência.

Existe, portanto, um déficit de atendimento relativo à competência da Atenção Primária, representado por pacientes com doenças crônicas, que acabam perambulando pela rede, ocupando leitos que não seriam necessários, caso a Atenção Primária cumprisse seu papel institucional de promotora do cuidado.

Outrossim, esperar que as condições crônicas agudizem representa um grande equívoco de gestão, já que a qualidade de vida do usuário fica absolutamente comprometida, da mesma forma que, tampouco, existem recursos financeiros para custear o sistema, segundo a lógica da universalidade e da integralidade.

Vale ressaltar que o conceito de saúde, baseado na ausência de doença foi paulatinamente substituído por um modelo de atenção que privilegia a promoção, a prevenção, o tratamento, a cura e a reabilitação dos pacientes.

Portanto, o conceito de saúde é muito mais amplo do que aquele de outrora, que só se resumia à cura, típico do modelo fragmentado.

Por todos esses aspectos, é fundamental que a Atenção Primária seja reorganizada tendo como pressuposto o curso seguro dos mapas epidemiológicos, viabilizando-se, pois, a navegação nas tormentosas águas das doenças crônicas.

Aumentar investimentos é sempre importante e necessário se levarmos em consideração que se tem um sistema público de saúde, escorado nos preceitos da integralidade

e da universalidade. Todavia, aumentar investimentos a partir de um sistema desorganizado de atendimento, incapaz de espelhar a situação real de hegemonia das doenças crônicas, em que a atenção primária esconde-se nos flancos do sistema, ao invés de assumir a condição de coordenadora do cuidado, pouco acrescentará em termos de resolutividade, inclusão social e de efetividade do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, Victor; COURTIS, Christian. **Los derechos socializa como derechos exigibles**. Madrid: Trotta, 2002.

ALEXY, Robert. **Teoria de los derechos fundamentales**. Tradución de Ernesto Garzón Valdés. Centro de estudios constitucionales. Madrid, 1997.

ALVES, Fernando de Brito. **Constituição e participação popular**: a construção histórico-discursiva do conteúdo jurídico-político da democracia como direito fundamental. Curitiba: Juruá, 2013.

ALVES, Sandra Mara Campos (org); DELDUQUE, Maria Célia (org); DINO NETO, Nicolao (org). **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: FIOCRUZ, 2013.

AMARAL, Roberto. **A democracia representativa está morta**: viva a democracia participativa! São Paulo: Malheiros, 2003.

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ANJOS FILHO, Robério Nunes dos. **Direito ao desenvolvimento**. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. “A proteção jurídica dos grupos vulneráveis e das minorias”. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais – RBEC**, Belo Horizonte, ano 4, n. 13, p. 31-73, jan.-mar. 2010

ANTUNES ROCHA, Carmem Lúcia. A Dignidade da Pessoa Humana e o Mínimo Existencial. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, 2009.

APPIO, Eduardo. **Controle judicial das políticas públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2006.

ARAÚJO, José Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**. 1992.

AUTRAN, Marcos Felipe Holmes. **Discrecionariade administrativa e controle judicial**. Disponível em <<http://www.escriptorioonline.com>>. Acesso em 15.05.2017.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**: o princípio da dignidade da pessoa humana. 2. Ed. Rio de Janeiro – São Paulo – Recife: Renovar, 2008.

_____. **Ponderação, racionalidade e atividade jurisdicional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**: os conceitos fundamentais e a constituição do novo modelo. 3. Ed. 2. Tir. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. **“Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

_____. **O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BITTAR, Carlos Eduardo Bianca. *O Direito na pós-modernidade*. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2005.

BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

_____. **Teoria Constitucional da Democracia Participativa**. São Paulo: Malheiros, 2001a.

_____. **Do Estado liberal ao Estado social**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2001b.

BOTELHO, Catarina Santos. Os direitos sociais num contexto de austeridade: um elogio fúnebre ao princípio da proibição do retrocesso social? **Revista da Ordem dos Advogados**, vol. I/II, p. 259-294, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, CONASS, 2015

_____. **Avaliação em promoção da saúde**: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012. Brasília: CONASS, 2014.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011

_____. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** Brasília : CONASS, 2007.

_____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

_____. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Gm n. 648, de 28 de março de 2006*. aprova a **política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BREGA FILHO, Vladimir. **Direitos fundamentais na Constituição de 1988**: conteúdo jurídico das expressões. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

BREUS, Thiago Lima. **Políticas públicas no Estado constitucional**: problemática da concretização dos direitos fundamentais pela Administração Pública brasileira contemporânea. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CAMBI, Eduardo Augusto Salomão. **Revisando o princípio da separação dos poderes para tutelas os direitos fundamentais sociais**. In: Cambi, Eduardo Augusto Salomão; KLOCK, Andrea Bulgakov; Alves, Fernando de Brito (orgs.). Curitiba: Juruá, 2008.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v.2, n. 6, p. 131-147, 2006.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. **O Judiciário e a democracia no Brasil**. Revista USP. São Paulo, nº 21, p.116-125: Coordenadoria de Comunicação Social (CCS) – USP. 1994.

CANELA JUNIOR, Osvaldo. **Controle Judicial de políticas públicas**. São Paulo, Saraiva, 2011.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. Rio de Janeiro: Almedina, 2003.

CARBONELL, Miguel. **Eficacia de la constitución y derechos sociales**: esbozo de algunos problemas. Estudios constitucionales, Santiago , v. 6, n. 2, p. 43-71, 2008

CARLINI, Angélica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

COLEMAN, James Samuel. **Foudations of social theory**. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2007.

CONASS, Núcleo de Epidemiologia do CONASS a partir de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do MS. Dados disponíveis em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12 set. 1978, Alma-Ata.

D'AGUIAR, José Manuel Monteiro. **O Programa de Saúde da Família no Brasil – A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda**, 2001. Rio de Janeiro: Fiocruz. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

DA MATTA, Roberto. **Carnavais, Malandros e Heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. 6. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo e dignidade da pessoa humana**. In RDDA, v.1, n. 2, 2014.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. Trad. Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ERNST, Carlos. Independencia judicial y democracia. In: MALEM, Jorge; OROZCO, Jesús; VASQUÉZ, Rodolfo (Coords.). **La función judicial: ética y democracia**. Barcelona: Gedisa, 2003.

FERNANDES, Léia Cristiane Löblein . Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v.43, p. 595-603, 2009.

FERRAJOLI, Luigi. **Derechos y Garantías**. La Ley Del Más Débil, Madrid: Trotta, 1999.

FERRAZ JUNIOR, Tercio Sampaio. **O Judiciário frente à divisão dos poderes: um princípio em decadência?** Revista USP, São Paulo, n. 21, p.12-21, mar./maio 1994.

FLEURY, Sônia. **ESTADO sem CIDADÃOS: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas públicas e direitos fundamentais: elementos de fundamentação do controle jurisdicional no estado democrático de direito**. São Paulo: Saraiva, 2013.

FRENK, Julio. **La transición epidemiológica en América Latina**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1991.

FREIRE JUNIOR, Américo Bebê. **O controle judicial de políticas públicas**. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 2005.

GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas**. Belo Horizonte, v. 17, n. 89, jan./fev. 2015.

GOMES, Camila Paula de Barros; GOMES, Flávio Marcelo; FREITAS, Renato Alexandre da Silva. **Ensaio sobre políticas públicas**. Birigui, São Paulo. Editora Boreal, 2016.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 881-892, 2011.

GONÇALVES, Leonardo Augusto. **Direitos sociais: cidadania, política e justiça**. Rio de Janeiro: Sinergia: 2013.

GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa. **Direitos fundamentais sociais: releitura de uma constituição dirigente**. Curitiba: Juruá, 2006.

GOTTI, Alessandra. **Direitos sociais: fundamentos, regime jurídico, implementação e aferição de resultados**. São Paulo: Saraiva, 2012.

GOUVÊA, Marcos Maseli. **O controle judicial das omissões administrativas**. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição de 1988**. 12. Ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária**. São Paulo: USP, 2009, 168 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

HERKENHOFF, João Baptista. **Gênese dos Direitos Humanos**. 2ª ed. Aparecida: Santuário, 2002.

HOLMAN, Halsted; LORIG, Kate. Patients as partners in managing chronic disease. **British Medical Journal**, v. 320, p. 526-527, 2000.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão de 2004**. Rio de Janeiro, IBGE, 2004.

JORGE NETO, Nagibe de Melo. **O controle jurisdicional das políticas públicas: concretizando a democracia e os direitos sociais fundamentais**. Salvador: Jus Podivm, 2008.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de direito administrativo**. 8. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

KOERNER, Andrei. **Judiciário e Cidadania na Constituição da República Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998.

KRELL, Andreas. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: os des(caminhos) constitucional de um direito “comparado”**. Porto Alegre: Fabris, 2002.

LANDSBERG, Gustavo de Araújo Porto et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3025-3036, 2012.

LEAL, Rogério Gesta. **Condições e possibilidades eficaciais dos direitos fundamentais sociais: os desafios do poder judiciário no Brasil**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

LOPES, José Reinaldo Lima. **Em torno da reserva do possível**. Direitos Fundamentais, orçamento e reserva do possível. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

_____. **Direito subjetivo e direitos sociais: o dilema do judiciário no Estado Social de Direito**. São Paulo: Malheiros, 2005.

LORIG, Kate et al. **Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others**. 3. ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

MACHADO, Joana de Souza. **Ativismo Judicial no Supremo Tribunal Federal**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2008, 120 págs., dissertação, Programa de Teoria do Estado e Direito Constitucional da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2008, p. 108.

MATTEUCI, Nicola; BOBBIO, Norberto; PAQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 3. Ed. Brasília: Ed. da UNB, 1991.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 30ª Edição, São Paulo: Malheiros Editores, 2013.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: conselho nacional de secretários de saúde – CONASS, 2015.

_____. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana na Saúde, 2011.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, v. 2, 2001.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª ed., 1999.

_____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1993.

MENDES, Gilmar Ferreira et al. **Curso de Direito Constitucional**. 4ª ed. Revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2009.

MENDONÇA, Eduardo Furtado de. “**A constitucionalização das finanças públicas no Brasil**”, mimeo, 2008.

MORO, Sérgio Fernando. **Jurisdição constitucional como democracia**. São Paulo: RT, 2004.

NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. 3.ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

NIETO, Alejandro. Peculiaridades jurídicas de las normas constitucionales. **Revista de Administración Pública**, n. 100-102. Madrid, 1983.

NOVAIS, Jorge Reis. **As Restrições aos Direitos Fundamentais não Expressamente Autorizadas pela Constituição**. Coimbra: Coimbra Editora, 2010.

NOVELINO, Marcelo. **Manual de Direito Constitucional**. 9.ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014.

NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **A cidadania social na Constituição de 1988**: estratégias de positivação e exigibilidade judicial dos direitos sociais. São Paulo: Verbatim, 2009.

OLSEN, Ana Carolina Lopes. **Direitos Fundamentais Sociais**: efetividade à frente da reserva do possível. Curitiba: Juruá, 2008.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PACHÚ, Clésia Oliveira. **Direitos sociais**: o Artigo 6º da Constituição Federal e sua efetividade. Campina Grande: EDUEPB, 2015.

PALADIN, Lívio. **Diritto costituzionale**. Padova: CEDAM, 1991.

PALU, Oswaldo Luiz. **Controle dos atos de governo pela jurisdição**. São Paulo: RT, 2004.

PERES, Marcos Augusto. “O papel do Poder Judiciário na Efetividade dos Direitos Fundamentais”. In: **Revista dos Tribunais** – Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política, n. 11, São Paulo, 1995.

PIOVESAN, Flávia; VIEIRA, Renato Stanzola. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Iberoamericana de Filosofia, Política y Humanidades**, n. 15, 2006.

PIVETA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à saúde**: regime jurídico, políticas públicas, e controle judicial. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

POUILLE, André. **Le pouvoir judiciaire et les tribunaux**. Paris: Masson, 1985.

QUEIROZ, Cristina. **Direitos fundamentais sociais**. Coimbra, 2006.

_____. **Interpretação constitucional e poder judicial**: sobre a epistemologia da construção constitucional. Coimbra: Ed. Coimbra, 2000.

RAMOS, Elival da Silva. **Ativismo Judicial**. Parâmetros Dogmáticos. São Paulo: Saraiva, 2010.

ROTHENBURG, Walter Claudius. **Direitos fundamentais**. São Paulo: MÉTODO, 2014.

SAMPAIO, Rosana Ferreira. **A qualidade do cuidado nas instituições hospitalares brasileiras**. Brasília: Banco Mundial, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

_____. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MARQUES, Maria Manuel Leitão; PEDROSO, João. **Os tribunais nas sociedades contemporâneas**. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/publicacoes/rbcs_0030/rbcs30_07.htm> Acesso em: 20 jun. 2017.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La **transición epidemiológica de las y los adolescentes em México**. Salud Pública de México, 2003.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SEGADO, Francisco Fernandez. A dignidade da pessoa humana como valor supremo dos ordenamentos jurídicos modernos. **Caderno de Direito Constitucional**, módulo V, 2006.

SILVA, J. B. et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro, Medsi Editora Médica e Científica, 6. ed., 2006.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 32. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros editores, 2009.

_____. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 16. ed. São Paulo: Malheiros editores, 1999.

_____. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 2. ed. São Paulo: RT, 1982.

SILVA, Pedro Luiz Barros. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. **Cad. FUNDAP**, 1983.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.

STRECK, Lenio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise: uma exploração hermenêutica da construção do Direito**. 11. ed. rev., atual e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.

_____. **O papel jurisdicional constitucional na realização dos direitos sociais fundamentais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

TURRINI, R. N. T; LEBRAO, M. L; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008.

UCHÔA, Marcelo Ribeiro. **Direitos fundamentais:** noções gerais e resolução de conflitos. 2006. 55f. monografia da Universidade de Fortaleza, Curso de Mestrado em Direito Constitucional. Fortaleza. 2006.

VILELLA, Wilza Vieira et al. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana em São Paulo. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1316-1324, 2009.

VON KORFF, Michael et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, p. 1097-1102, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Preventing chronic diseases:** a vital investment. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canadá, 2005.