

## GOVERNANÇA TRANSPARENTE NO SUS

Frederico Dutra Santiago\*

### RESUMO

Pretende este artigo analisar a atuação do serviço público de saúde brasileiro frente a transparência inerente a um Estado republicano e democrático, mormente na tratativa isonômica de acesso a cuidados em saúde, para quadros crônicos de enfermidades, materializada no agendamento cronológico de atendimentos futuros. Desta maneira indaga-se: tem o usuário do serviço público de saúde brasileiro direito à informação de quantos indivíduos e quem o precede em procedimentos eletivos? Para responder a este questionamento adotou-se critério investigativo metodológico dedutivo-exploratório-bibliográfico-documental, momento em que se aprofundou, com participação ativa do pesquisador, em questões constitucionais e infraconstitucionais pertinentes a direitos sociais e políticas públicas reveladores da existência de um direito subjetivo público de acesso à informação prévia do quantitativo e de quais são os pacientes aguardando por atendimento eletivo. Descortinou-se, outrossim, que a inobservância do direito em questão, seja por omissão ou desvio governamental, é atacável, processualmente, e concertada judicialmente, pelas vias do mandado de segurança, da ação civil pública e da ação popular.

### PALAVRAS-CHAVE

Saúde Pública. Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Doenças crônicas. Procedimento eletivo. Isonomia. Transparência.

### TRANSPARENT GOVERNANCE IN THE SUS

### ABSTRACT

This article seeks analyze the operation of Brazilian public health service in front of a republican and democratic State, mainly the isonomy on the healthy care acess, for chronic illnesses, focalyzin on the cronologic sheduling of future atendiments. Thus, the question is: the Brazilian health public service users has the right of informations about whom is responsible of electives procediments? For this purpose, it was used an investigative methodology deductive-exploratory-bibliografic-documentary to debate, with active participation of the researcher, constitutional and infra constitutional questions that are relevants for the social rights and public politics, essential points to the existence of a public subjective right to pre information from the atendiments denomineted electives. It was discovered that the transgression, by governamental omission or governamental detours, is discussed and judicially fixed, through the security mandamus, through the civil action and through the popular action.

### KEY-WORDS

Public healthy service. Politics of healthy. Unified Healthy System. Chronic illnesses. Electives proceedings. Isonomy. Transparance.

---

\* Mestre e especialista em Direito; Procurador do Município de Itaúna; Professor de Direito Constitucional e Ambiental na Faculdade de Direito da Universidade de Itaúna.

## 1 INTRODUÇÃO

Indiferentemente das teorias formuladas sobre a origem da vida na Terra (DAMINELI, 2007) - criacionista, panspermista ou evolucionista química –, o que importa é a realidade existencial da mesma e de sua essencialidade para que o Homem inicie qualquer tratativa; a epistemologia jurídica, nesse sentido, a inclui dentre os bens imateriais ou incorpóreos integrantes daquilo que se convencionou chamar de direitos personalíssimos (VENOSA, 2003).

Enquanto pertencente ao campo dos direitos personalíssimos, a vida é, naturalmente (NADER, 1992), caracterizada pela “imprescritibilidade, inalienabilidade, irrenunciabilidade, inviolabilidade, universalidade, efetividade, interdependência e complementariedade” (MORAES, 2002, p. 41).

Nesse sentido é que, desde os registros mais antigos (Bíblia Sagrada, Gn. 1, 29-30; Jo. 10:10b), a vida clama por plenitude de mente, corpo e alma, complementada e interdependente de saúde mental, física e espiritual. Diante disso, chega-se ao tema geral deste artigo, a saúde humana.

Certamente que, para melhor percepção das práticas contemporâneas relacionadas à saúde humana e aos serviços específicos a ela inerentes, necessário será adotar metodologia historicista-dedutiva (BITTAR, 2002), pois que “o desenvolvimento torna-se o processo gradativo através do qual esses itens foram adicionados, isoladamente ou em combinação, ao estoque sempre crescente que constitui o conhecimento e a técnica científicos” (KUHN, 1998, p. 20).

Já que o desenvolvimento científico se dá gradativamente, insta tratar o ato médico desde sua gênese para entendê-lo no contexto de uma política governamental em saúde. Na mesma medida, para percebermos o estabelecimento de uma política pública, *in casu* de saúde, urge destacar o papel do Estado, em especial, de sua atuação isonômica e como Instituição criada com o propósito de garantir direitos subjetivos, inclusive de natureza transindividuais, como a saúde, para além de uma atuação assistencial.

Partindo de uma fundamentação preliminar, chega-se, então, ao tema central deste artigo, consistente na constatação de ser exigível a um Estado republicano e democrático o estabelecimento de mecanismos fáceis de acesso à informação ao cliente do serviço de saúde brasileiro, portador de agravos crônicos, da quantidade e identificação dos usuários que o precedem no atendimento; ou seja, tem o usuário do Sistema Único de Saúde - SUS - direito à informação de quantos indivíduos e quem o precede em procedimentos eletivos? A publicização

da lista de usuários agendados resguarda isonomia entre os cidadãos; permite auditoria e concertação de eventuais omissões e desvios por meio de procedimentos judiciais; e, evita o clientelismo.

Induvidosa a atualidade e importância do assunto em questão, pois que a mácula da Administração Pública patrimonialista ainda assola a gestão pública brasileira, inclusive na área da saúde, favorecendo pessoas com atendimento preferencial em detrimento de outras que já aguardavam pelos serviços anteriormente.

A constitucionalização do direito humano à igualdade e à saúde, bem como o estabelecimento de um Estado republicano, democrático e gerencial, implica, naturalmente, em oportunização aos cidadãos e em submissão dos gestores a mecanismos de *accountability* e de concertação. O fura-fila não tem lugar em uma boa administração pública.

A fim de construir conhecimento suficiente para se alcançar conclusão satisfatória relacionada ao assunto em discussão, registra-se que o presente escrito será desenvolvido nas seguintes etapas: 1) Do curandeirismo ao Estado-Providência; nesse primeiro momento há construção histórica do ato médico; da institucionalização deste; e da evolução da política pública em saúde no mundo ocidental e no Brasil; 2) A fundamentalidade do direito à saúde; aqui discorre-se sobre ser a saúde inerente à existência digna do Homem e a inclusão de tal percepção no sistema jurídico pátrio; 3) Política pública de saúde: procedimentos eletivos e urgência; nesse ponto constrói-se conhecimento sobre o atendimento curativo desenvolvido pelo Estado brasileiro em doenças crônicas e agudas, destacando-se ser o foco deste trabalho implicações jurídicas com o primeiro tipo de enfermidade mencionado; 4) Do acolhimento isonômico nos procedimentos eletivos; este tópico ressalta o direito de cidadania do indivíduo enfermo, contrapondo-o à ideia assistencialista de administrações que deturpam o Estado de direito; 5) A transparência governamental inerente ao Estado republicano e democrático; este item ressalta, além de diversos textos normatizadores do acesso igualitário ao serviço público de saúde, a principiologia inclusivista e prestacional de um Estado republicano e democrático; e, 6) Dos instrumentos jurídicos de concertação; por fim, indica-se instrumentos jurídicos capazes de eliminar eventuais desvios e abusividades ocorrentes em uma má administração pública.

Assim, segundo revisão da legislação pertinente ao tema e da literatura especializada, se buscará assentar a fundamentalidade do direito à saúde e à informação nos serviços públicos eletivos de saúde; sua exigibilidade, enquanto direitos transindividuais; e, os instrumentos jurídicos de concertação de eventuais omissões e desvios administrativos.

## 2 METODOLOGIA

A presente pesquisa, na pretensão de buscar respostas às indagações e apontamentos registrados, não se baseou no senso comum mas, sim, em conhecimento científico aplicável à situação discutida.

Nesse contexto, cômico da verificabilidade exigível a trabalhos desta espécie, adotou-se pesquisa exploratória-bibliográfica-documental, desenvolvida segundo metodologia historicista-dedutiva (GIL, 1999).

Cabe mencionar que os diversos métodos aplicáveis às pesquisas científicas não se diferem quanto ao objetivo a perseguir, consistente na comprovação das observações anotadas; a esse respeito, Antônio Carlos Gil assegura:

Cada um deles vincula-se a uma das correntes filosóficas que se propõem a explicar como se processa o conhecimento da realidade. O método dedutivo relaciona-se ao racionalismo, o indutivo ao empirismo, o hipotético-dedutivo ao neopositivismo, o dialético ao materialismo dialético e o fenomenológico, naturalmente, à fenomenologia (GIL, idem, p. 27).

As observações feitas na presente pesquisa, como é inerente à metodologia dedutiva, partiu de análise ampla do ato médico, e respectivo desenvolvimento histórico, para, então, focar-se no ponto particular de questionamento envolto à transparência e ao direito de informação do cidadão sobre a política pública de saúde do Brasil, notadamente quanto ao estabelecimento de mecanismos fáceis de acesso à informação ao cliente do serviço de saúde brasileiro, portador de agravos crônicos, da quantidade e identificação dos usuários que o precedem no atendimento.

A busca por dados sólidos perpassou por pesquisa do tipo observação participante, na medida em que o pesquisador, integrante da advocacia pública, tem contato constante com situações advindas da judicialização da saúde. Contou, também, com análise interdisciplinar de livros, artigos científicos, legislação correlata e precedentes jurisprudenciais, o que retrata a característica de pesquisa bibliográfica-documental.

Consideradas as constatações finais deste artigo, pode-se afirmar tratar-se de pesquisa exploratória, tendo em vista que a pretensão de esclarecimento do problema apresentado foi alcançado.

Por fim, destacam-se como obras de referência consultadas as escritas por Uadi Lammêgo Buló; J.J.Gomes Canotillo; Sarah Escorel; e, José Afonso da Silva.

Registra-se, por pertinente, que a vasta documentação citada, relacionadas à legislação pátria, encontram-se acessíveis ao público em geral pelo portal da Presidência da República, link legislação.

### 3 DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 Do curandeirismo ao Estado-Providência

O cuidado com a saúde remonta a priscas eras, na medida em que parcela considerável da plenitude da vida subsume-se àquele fator.

Ante tal constatação pode-se inferir que “no dia em que surgiu o primeiro mago, surgiu também o primeiro sacerdote e o primeiro médico”, pois que “a prática de suas funções torna-os mediadores entre os homens e os deuses, o que os leva a alcançar maior atributo divino de todos os tempos, o poder sobre a vida e a morte e a capacidade de curar doenças” (AGUIAR, 2010, p. 08). O conhecimento em saúde e o ato médico, então, desenvolvia-se e praticava-se, empiricamente, fundados, basicamente, na medicina curativa, mediante ministração de farmacopeia vegetal.

Em Roma, o médico, e a arte de curar, ganharam grande destaque na sociedade; em 369 d.C., já na iminência do Cristianismo tornar-se em religião do Estado Romano, criou-se, por São Basílio, o primeiro hospital (AGUIAR, idem). Percebe-se, a partir de então, que os ideais cristãos de fraternidade e caridade, e diante da estruturação institucional do Catolicismo, haver apropriação de uma “certa política em saúde” por parte da Igreja.

Referida apropriação do ato médico e dos espaços dedicados ao cuidado em saúde deu-se numa perspectiva assistencial, voltada para os mais pobres e excluídos da sociedade, momento em que foram criadas as Santas Casas de Misericórdia.

A medicina dita monástica, cuja prática se dava com operacionalização de anamnese fundada no pecado e a terapêutica vinculada à farmacopeia natural agregada a atos de exorcismos, somente começou a entrar em declínio a partir do século XII, quando se fomentou o surgimento das Universidades Europeias.

Com a fundação das Universidades criou-se “um fosso entre a medicina “teórica” ou erudita e a medicina “prática”, entre os médicos e os cirurgiões ou “barbeiros”” (ALMEIDA, 2009, p. 45).

Em plena Idade Média, a difusão do conhecimento humano, facilitado pela impressão de livros a partir de 1455, fez com que os médicos sepultassem práticas arraigadas nos *barbeiros*, consistentes em credences, magia e superstições (ALMEIDA, *idem*).

Insta dizer que a partir do ano de 1460, em algumas cidades europeias, passou-se a exigir prova de conhecimento para o exercício do ato médico; em 1482, mediante autorização do Papa Sixto IV, autorizou-se a dissecação de corpos humanos, fato que permitiu o estudo da anatomia humana (ALMEIDA, *idem*) proporcionando grande avanço do conhecimento nesta área.

Digno de nota, também, é a Lei dos Pobres (Poor Law Act), de 1601 (MARTINS, 2003), em que a Inglaterra, instituiu contribuição obrigatória dos súditos para um programa assistencial, gerido pela Igreja, voltado, principalmente, para as crianças, idosos, inválidos, desempregados, com o objetivo de combater a miséria. Referida iniciativa governamental, como dito, foi executada pela Igreja, dentro das *Workhouses*, oferecendo a seu público moradia, cuidado, trabalho, casa de correção, creche, abrigo, enfermaria, geriatria e orfanato.

Dita ação perdurou até o advento da revolução industrial quando, sob influência ideológica liberal meritocrática, passou-se a questionar a validade da tributação exigida ao argumento de que “as políticas para aliviar a pobreza têm servido, algumas vezes, para estimular a relutância ao trabalho e o ócio de pessoas perfeitamente capazes e saudáveis” (VON MISES, 2010, p. 689); e, de que os pobres beneficiados não valorizavam a atitude dos que contribuíram com o cuidado dos mesmos. Adam Smith (1999, p. 91) fazia coro ao pensamento então vigente dizendo:

Nosso coração simpatiza prontamente com os mais extremos arrebatamentos de sua grata afeição. Nem honras nem recompensas, pensamos, seriam grandes o bastante para conferir-lhe. E quando retribuem adequadamente seus favores, sinceramente os aplaudimos e os compartilhamos. Mas ficamos desmedidamente escandalizados se por sua conduta demonstram pouco senso das obrigações que lhes foram impostas.

A ideologia dominante no século XIX direcionou as *Workhouses* a um lugar de demérito e, não, de solidariedade. Dessarte, a saúde foi um produto de luxo acessível apenas àqueles que detinham o poder econômico.

Esse estado de coisas se repetiu no Brasil, na medida em que o acesso a serviços de saúde, médicos e boticários (farmacêuticos), durante todo o período colonial, deu-se apenas às camadas mais altas da população, cabendo aos pobres e aos escravos a busca curativa de suas

enfermidades por meio de curandeiros, ordens religiosas e hospitais de Santas Casas (SCOREL *et al.*, 2012).

A vinda da família real portuguesa para o Brasil, no âmbito da saúde, apenas propiciou a abertura das primeiras faculdades de Medicina, instaladas em Salvador e no Rio de Janeiro; no estabelecimento de uma polícia sanitária; e em ações epidemiológicas, especialmente no âmbito da vacinação contra a varíola (SCOREL, *idem*). Quanto aos cuidados curativos nada se alterou, permanecendo a classe abastada com acesso a serviços de saúde privado e os pobres dependentes das Santas Casas de Misericórdia. Tal situação perpetuou-se nos primeiros anos da República, com pouca variação, até que em 1923 o Brasil, à esteira da Europa, aprovou legislação trabalhista, denominada Lei Eloy Chaves, disciplinando ações de saúde em prol dos trabalhadores.

A Lei Eloy Chaves, espelhando-se na experiência dos trabalhadores europeus, criou um sistema de segurança aos infortúnios decorrentes de acidentes no trabalho, morte, velhice e serviços de saúde, com características do mutualismo, onde um grupo se cotizava em benefício dos integrantes daquela agremiação; tais práticas convencionou-se chamar de caixas de assistência e/ou Institutos de Aposentadorias e Pensões (MARTINS, 2003), com natureza jurídica de seguro social, pois que se beneficiavam apenas aqueles que contribuíam, limitados ao que havia sido estabelecido como direito para os mesmos.

Este sistema de seguro social, ou simplesmente, sistema Bismarckiano ou regime capitalização, estabelecia uma poupança obrigatória entre empregadores e trabalhadores empregados,volvendo a estes, apenas, e seus dependentes, os benefícios pactuados (CASTRO. LAZZARI, 2008).

Apesar do incremento da assistência médica individual determinada pela expansão do modelo previdenciário, é necessário observar que essa assistência se limitava aos trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal e organizados nos cânones do sindicalismo atrelado aos interesses do Estado, instituído pelo governo de Getúlio. Nesse sentido, todo o aparato institucional previdenciário e de assistência médica foi vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1931. Numa concepção de cidadania regulada, restrita ao mundo do trabalho formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado (SCOREL, *Idem*, p. 300).

Tal realidade foi alterada, na Europa, somente no pós-guerra. Os agentes políticos e sociais, influenciados pela exitosa implantação do sistema de saúde soviético, unificado no formato de redes, segundo especialidades necessárias ao cuidado com o paciente; bem como em razão da política intervencionista Keynesiana; e, ainda, pelo reconhecimento na

*declaração universal dos direitos do homem*, 1948, que a saúde integra referido bloco de direitos; permitiram a modificação do *status quo ante* ao desenvolver um *tertius genus*, o da seguridade social, acessível a toda a população independentemente de contribuição – regime Beveridgeano ou de repartição (DIAS; MACEDO, 2008). Convencionou-se chamar esta nova roupagem estatal de Estado Providência ou Estado do Bem-Estar Social.

Importa ressaltar que, inobstante o reconhecimento da saúde como direito do homem, inserido na plêiade dos direitos de cidadania, há países que permanecem fiéis ao sistema do seguro social ou, até mesmo, do seguro privado, como ocorre nos Estados Unidos da América. Lá a saúde é executada pela iniciativa privada ou por meio de seguro privado para a maior parte da população. O nicho da população americana que não se enquadra na categoria dos extremamente pobres ou de idade avançada ou portadores de certas enfermidades graves, enfeixados nos programas Medicaid e Medicare, respectivamente, ficam sem atendimento caso não tenham contratado serviço de saúde privado ou correspondente securitário.

Portanto, reconhece-se, no mundo, a coexistência de três sistemas de saúde, o público, de acesso universal e financiamento governamental; o do seguro social, com contribuição obrigatória e acessível apenas ao grupo contribuinte; e, o privado, onde o serviço é tratado como uma simples relação de consumo, existindo ação estatal apenas para uma parcela minoritária da sociedade.

O Brasil, após longa maturação do pensamento organizacional do sistema de saúde, do *sanitarista desenvolvimentista* à *medicina social* (SCOREL, idem), gestadas desde a década de 1960, logrou, como se vê nos arts. 194, 195, 196, 197 e 199, da Constituição Federal, adotar o sistema de seguridade social, onde a gestão das políticas públicas de saúde perseguirá o acesso universal, gratuito e integral, coexistindo, de maneira complementar, com serviços prestados pela iniciativa privada.

### 3.2 A fundamentalidade do direito à saúde

As transformações pelas quais o Estado passou, Estado Antigo, Estado Medieval, Estado-Nação, Estado de Direito e, por fim, Estado Constitucional e Democrático permitiram uma mudança sensível nas relações sociais e entre seus membros e o Estado; é que, ao se reconhecer limites à atuação estatal, alterou-se a titularidade dos detentores do Poder; o Poder não estava mais com a figura abstrata Estado, mas, sim, nas mãos do *povo enquanto destinatários de prestações civilizatórias do Estado* (MULLER, 2011).



Nesse sentido, o povo passa a ter direitos subjetivos oponíveis e exigíveis do Estado. Não é mais permitida a visão assistencialista e benemérita do passado. A nova roupagem do Estado, Estado de Direito, submete-o ao exercício da cidadania. Claro que cidadania implica em responsabilidade individual no âmbito da vivência em sociedade, mas também avança sobre a exigibilidade de direitos reconhecidos pelo Estado; diz-se de direitos reconhecidos aqueles normatizados.

Embora a Declaração dos Direitos Humanos (art. 25.1); a Declaração de Alma-Ata sobre saúde para todos (item I); e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (art. 12) reconheçam a saúde como direito humano, isso não se reflete na fundamentalidade do mesmo, pois que tal condição é dependente da inclusão daquilo que se encontra previsto nos Estatutos Internacionais mencionados ao direito pátrio (DUDH, 1948).

A despeito da universalidade dos diplomas citados, a hermeticidade científica clama pelo esclarecimento em questão; direitos do homem está para o plano ético, enquanto direitos fundamentais encontra-se no plano normativo, exigível em cada Estado, mediante integração dos comandos éticos a cada sistema jurídico. Aqueles são base, ou elemento de valor, a forjar a norma jurídica (MARMELSTEINS, 2018).

O Estado brasileiro, recorte de análise neste estudo, entende a saúde como direito fundamental de *segunda geração* (MARTINS; NUNES JR, 2017), pois que previsto no ordenamento constitucional dentro do capítulo pertinente aos direitos sociais, art. 6º *caput*, clamante por um agir Estatal positivo, consistente em prestar, efetivamente, serviços públicos que garantam a vida pela manutenção da saúde do indivíduo. É “uma garantia cidadã ao bem-estar pela ação positiva do Estado como alicerçador da qualidade de vida do indivíduo” (STRECK, 2013, p. 84).

Evidente que, em sendo a Constituição um documento de conteúdo político, sociológico, econômico e jurídico, o reconhecimento da fundamentalidade do direito à saúde e de seu atrelamento à cidadania é fruto de lutas por direitos civis, sociais e de solidariedade, ou seja, não se apresentou da noite para o dia mas decorreu de delineamento da consciência crítica e de pertencimento da população. O colapso do sistema de seguro social implantado no Brasil pela Lei Eloy Chagas, estratificando a sociedade entre grupos com acesso a serviços de saúde e outros relegados à própria sorte ou à filantropia, teve seu esgotamento com o processo de redemocratização do país, em 1984, momento em que se reivindicava a saúde como um direito de todos, tal qual previsto nas declarações internacionais reportadas; o ato de maior repercussão, nesta época, foi exarado na 8ª Conferência Nacional de Saúde onde se propôs, seguindo ideal republicano, democrático e de seguridade social, as seguintes diretrizes para um novo sistema

de saúde: 1) busca da equidade; 2) garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; 3) aumento do financiamento público do setor saúde; 4) unificação e integração das ações do ponto de vista de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação - e do ponto de vista de sua gestão – integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível; e 5) atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, implementação e controle das ações de saúde (ESCOREL, Idem).

A atual constituição brasileira, então, primeira a alçar a saúde a *status fundamentalis*, prescreveu, ainda, que o direito a garantia da promoção da saúde; a prevenção da doença; a recuperação do enfermo; e, a reabilitação (MARTINS, 2008), tem exigibilidade imediata - art. 5º, § 1º.

A fim de equacionar aparente conflito entre o art. 5º, § 1º e o art. 196 *caput*, ambos da Constituição Federal, pois que aquele ressalta aplicabilidade imediata ao direito à saúde e este dispõe que o acesso à saúde dar-se-á segundo políticas públicas sociais e econômicas, lecionou José Afonso da Silva (2001, p. 104), ao diferenciar *normas constitucionais de eficácia plena e aplicabilidade direta, imediata e integral das normas de eficácia contida e aplicabilidade direta e imediata, mas possivelmente não integral*, o seguinte:

A peculiaridade das normas de eficácia contida configura-se nos seguintes pontos:

- I – São normas que, em regra, solicitam a intervenção do legislador ordinário, fazendo expressa remissão a uma legislação futura; mas o apelo ao legislador ordinário visa a restringir-lhes a plenitude da eficácia, regulamentando os direitos subjetivos que delas decorrem para os cidadãos, indivíduos ou grupos.
- II – Enquanto o legislador ordinário não expedir a norma restritiva, sua eficácia será plena; nisso também diferem das normas de eficácia limitada, de vez que a interferência do legislador ordinário, em relação a estas, tem o escopo de lhes conferir plena eficácia e aplicabilidade concreta e positiva.
- III – São de aplicabilidade direta e imediata, visto que o legislador constituinte deu normatividade suficiente aos interesses vinculados à matéria de que cogitam.

Diante das explicações do mestre constitucionalista, pode-se afirmar que o direito à saúde é, realmente, fundamental mas de eficácia contida, ou seja, enquanto o legislador ordinário não prescrever políticas públicas para os diversos agravos à saúde, o que impera é o direito subjetivo público, de natureza transindividual, de exigir do Poder Instituído, em suas diversas esferas, federal, estadual e municipal, a universalidade e integralidade do cuidado.

A transindividualidade retratada, integrante da terceira geração dos direitos humanos, decorre do imperativo constitucional representado pelo termo “*todos*”, constante no art. 196 da norma suprema.

### 3.3 Política pública de saúde: procedimentos eletivos e de urgência

“Diz-se frequentemente que vivemos numa sociedade de consumidores” (ARENDDT, 2001, p. 138); consome-se bens e serviços. Desta noção de consumo não foge o Estado, criado para trazer segurança à sociedade; na perspectiva do Estado Antigo e Medieval, segurança militar; na modernidade, segurança jurídica, social, econômica, à solidariedade, aos povos, à paz, à informação, ao pluralismo (BULOS, 2014).

Em cada adjetivação do termo segurança, corporificado na geração dos direitos fundamentais respectiva, extrai-se uma ação estatal esperada pelo *povo enquanto destinatário de prestações estatais* (MULLER, Idem); tais prestações, em um Estado de Direito, implicam na existência prévia de políticas públicas estabelecidas pelo Legislativo e, posteriormente, desenvolvidas pelo Poder Executivo.

Por políticas públicas entende-se que:

São as diretrizes, estratégias, prioridades e ações que constituem as metas perseguidas pelos órgãos públicos, em resposta às demandas políticas, sociais e econômicas e para atender aos anseios das coletividades. Vale a pena explicar o conceito.

*Diretrizes* são os pontos básicos dos quais se originara a atuação dos órgãos; *estratégias* correspondem ao *modus faciendi*, isto é, aos meios mais convenientes e adequados para a consecução das metas; *prioridades* são as metas obtidas mediante processo de opção ou escolha, cuja execução antecederá à exigida para outros objetivos; e *ações* constituem a efetiva atuação dos órgãos para alcançar seus fins (CARVALHO FILHO, 2008, p. 110-111)

Na esteira da constitucionalização do tema, estabeleceu-se que a política de saúde é de competência do Sistema Único de Saúde – SUS -, art. 200, e que este, com o objetivo de promoção da saúde, deverá “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos”, inciso I, da norma citada, dentre outros objetivos destacados nos demais incisos. Para o presente trabalho, todavia, ressalta a importância do inciso I colacionado e, de modo especial, a questão dos procedimentos ali nominado (BRASIL, 1990).

A norma constitucional citada foi detalhada por meio da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e nela há menção de tema de grande relevância para este artigo, consistente na assistência terapêutica integral, prevista no art. 6º, I, “d”, de dito regramento (BRASIL, 1990).

Nos dizeres da lei mencionada, a assistência terapêutica é entendida como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, art. 7).

Analisando-se o art. 7º, II, da Lei nº 8080/1990 em conjunto com o art. 15, XXI, do mesmo Estatuto, vem à luz duas estratégias da política pública de saúde brasileira, uma voltada para o acolhimento de casos crônicos e o outro para acolhimento de casos agudos (BRASIL, 1990).

As diretrizes, estratégias, prioridades e ações do atendimento em casos agudos, ou de urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes), encontram-se definidas nas Portarias GM nºs 1.600, de 07 de julho de 2011; e, 2.048, de 05 de novembro de 2002.

Lado outro, os atendimentos crônicos clínicos, cirúrgicos, gineco-obstétricos, psiquiátricos, pediátricos, e laboratoriais foram estruturados em uma vasta regulamentação Ministerial, das quais têm grande destaque as Portarias GM nºs 373, de 27 de fevereiro de 2002 (definiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde); 648, de 28 de março de 2006 (aprovou a Política Nacional de Atenção Básica); e, 687, de 30 de março de 2006 (aprovou a Política de Promoção da Saúde). Tais procedimentos, por apresentarem baixo risco de vida ao usuário do sistema, permitem a programação ou eletividade de uma data futura para a intervenção e cuidados devidos; daí serem tratados, comumente, por procedimentos eletivos.

Não é objetivo desta pesquisa aprofundar na análise de cada estratégia de acolhimento no serviço público de saúde mas, apenas, questionar a transparência pública nos procedimentos crônicos, dada sua eletividade, contrapondo-o ao direito fundamental de igualdade de acesso ao serviço.

Assim, quaisquer das ações públicas vinculadas ao atendimento eletivo tornam-se agasalhadas pela discussão travada neste trabalho.

### 3.4 Do acolhimento isonômico nos procedimentos eletivos

Os sistemas de saúde, em geral, podem ser organizados no formato hierárquico fragmentado ou no formato poliárquico em redes. Aquele tem seus serviços voltados à prática curativa reativa focada no indivíduo que apresenta situações agudas; este, por sua vez, organiza-se segundo uma base territorial populacional, ou seja, o foco estrutural de gestão não é o

indivíduo, e tem suas práticas voltadas para ações proativas, de atenção integral, acobertando situações crônicas e agudas.

O Brasil, como se vê no art. 198, II, da Constituição Federal, direcionou sua política de saúde para adoção do sistema de redes em saúde, pois que preconizou atendimento integral do usuário do SUS (BRASIL, 1990).

Seguindo o direcionamento constitucional, de atendimento integral, estabeleceu a Lei nº 8080/1990, art. 6º, medidas que importam em ações proativas, à semelhança daquelas preconizadas no item VII.3, da Declaração de Alma-Ata, consistentes em:

Educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (BRASIL, 1990, art. 6).

Reafirma a adoção do sistema de redes em atenção à saúde o art. 2º, VI, do Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011.

Importa o detalhamento da organização do sistema de saúde brasileiro descrito acima para se entender o acolhimento e fluxo de procedimentos eletivos e como se relaciona o objeto central de análise deste trabalho – a informação/transparência – sobre tais ações públicas.

Por conseguinte, destacam os arts. 8º e 9º, do Decreto suscitado, que a porta de entrada no atendimento do SUS se dá, em agravos crônicos, pela atenção primária e/ou atenção psicossocial, conforme a enfermidade. Ocorre que, a partir deste recebimento inicial, verificada a necessidade de exames laboratoriais, bem como atendimento especializado, será agendado para o cliente SUS o atendimento necessário. Aqui se encontra um sério gargalo no serviço SUS; os usuários do serviço, segundo o art. 11, do Decreto regulamentador da Lei nº 8080/1990, serão atendidos, após o encaminhamento da unidade básica de saúde, segundo avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, bem como no critério de ordem cronológica (BRASIL, 1990).

Se há risco à saúde individual ou coletiva, o paciente deveria ser encaminhado ao serviço de urgência; mas se o agravo não requer intervenção expedita, então este indivíduo deverá aguardar até que aqueles outros cidadãos, usuários do mesmo serviço desejado, atendidos precedentemente, tenham resolutividade.

Esta ordem cronológica de atendimento não é disponibilizada, via de regra, ao cliente SUS, oportunizando o surgimento do fura-fila, geralmente apadrinhado de algum político.

A saúde, no atual estágio de desenvolvimento, é reconhecida como um direito de cidadania e, não, como instrumento assistencialista. Em sendo um exercício de cidadania, importa no respeito à isonomia. Para Canotilho (1999, p. 402-403):

O princípio da igualdade é não apenas um *princípio de Estado de direito* mas também um princípio de *Estado social*. Independentemente do problema da distinção entre “igualdade fáctica” e “igualdade jurídica” e dos problemas económicos e políticos ligados à primeira (...), o princípio da igualdade sob o ponto de vista jurídico-constitucional, assume relevo enquanto princípio de igualdade de oportunidades (...) e de condições reais de vida. Garantir a “liberdade real” ou “liberdade igual” (...) é o propósito de numerosas normas e princípios consagrados na Constituição (...).

Esta igualdade conexas-se, por um lado, com uma política de “justiça social” e com a concretização das imposições constitucionais tendentes à efectivação dos direitos económicos, sociais e culturais. Por outro, ela é inerente à própria ideia de *igual dignidade social* (e de igual dignidade da pessoa humana) consagrada no artigo 13º/2 que, desde modo, funciona não apenas com fundamento antropológico-axiológico contra *discriminações*, objectivas ou subjectivas, mas também como princípio jurídico-constitucional impositivo de compensação de desigualdade de oportunidades e como princípio sancionador da violação da igualdade por comportamentos omissivos.

Indefectível que a falta de transparência no serviço público, especialmente no de saúde pública em procedimentos eletivos, atenta, ou tem o potencial de atentar, contra a isonomia e, indubitavelmente, agride o Estado republicano e democrático.

### 3.5 A transparência governamental inerente a um Estado republicano e democrático de Direito

O instrumento jurídico cimeiro do país, a Constituição Federal, ao fundar o Estado brasileiro, art. 1º *caput*, nominou-o como República Federativa do Brasil e desvelou tratar-se de uma nação democrática (BRASIL, 1988).

O primeiro artigo constitucional positiva dois princípios jurídicos assaz relevantes para o deslinde da problematização apresentada nesta pesquisa; é inerente ao princípio republicano a eletividade e a temporariedade do chefe do Poder Executivo; também dele se extrai, diante do radical formador da palavra, que a coisa não pertence ao gestor mas é *coisa do povo*, consequentemente atrelada à transparência e à sindicabilidade.

Do princípio democrático, tendo em vista indicar tal termo *governo do povo e para o povo*, exsurge, à evidência, não haver razão para ocultação de qualquer ato ou ação governamental. A transparência é, pois, a regra, e o sigilo a exceção.

Após esta fundamentação principiológica-constitucional (BULOS, 2014), importa invocar algumas regras jurídicas asseguradoras da transparência, objeto central neste trabalho.

A própria Constituição assevera no art. 5º, inciso XIV ser “assegurado a todos o acesso à informação” e, mais à frente, especificamente sobre a atividade administrativa governamental, destaca, no art. 37 caput e § 3º, II, o “princípio da publicidade” e o “acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo”, respectivamente. Rafael Valim (2015, p. 38), atento aos comandos mencionados, discorre no seguinte sentido:

*O direito de acesso à informação pública é conatural à democracia, sobretudo à almejada democracia participativa. Em rigor, nos limites de um Estado Democrático de Direito, fundado na soberania popular, além de ser absolutamente despicienda a proclamação do direito de acesso à informação pública, a própria expressão “direito de acesso à informação pública” parece soar absurda. Ora, se a informação é pública, a ela todos devem ter acesso.*

*Sublinhe-se, ademais, que o acesso à informação pública se revela indispensável à participação e ao controle social do Estado (...)*

Em continuidade à positividade da transparência pública pode-se invocar o art. 6º, incisos III e X, do Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990, pois que referida norma prescreve ser direito básico do consumidor a “informação adequada e clara sobre os produtos e serviços”, bem como “a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral”. A despeito desta norma ser aplicada apenas às situações que envolvem delegação do serviço público mediante tarifação do usuário (ARAGÃO, 2010), há que se considerar o comando contido no art. 5º, da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, Decreto-Lei nº 4657/1942, e direcionar o gestor público e o operador do direito aos *fins sociais da norma* e às *exigências do bem comum*, aplicando o direito básico do consumidor à informação adequada e clara aos procedimentos eletivos.

A fim de estancar qualquer discussão sobre o direito à informação do consumidor do serviço do SUS, prescreve a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que:

Art. 5º O usuário de serviço público tem direito à adequada prestação dos serviços, devendo os agentes públicos e prestadores de serviços públicos observar as seguintes diretrizes:  
(...)

XIII - aplicação de soluções tecnológicas que visem a simplificar processos e procedimentos de atendimento ao usuário e a propiciar melhores condições para o compartilhamento das informações;

(...)

Art. 7º Os órgãos e entidades abrangidos por esta Lei divulgarão Carta de Serviços ao Usuário.

§ 1º A Carta de Serviços ao Usuário tem por objetivo informar o usuário sobre os serviços prestados pelo órgão ou entidade, as formas de acesso a esses serviços e seus compromissos e padrões de qualidade de atendimento ao público.

§ 2º A Carta de Serviços ao Usuário deverá trazer informações claras e precisas em relação a cada um dos serviços prestados, apresentando, no mínimo, informações relacionadas a:

(...)

§ 3º Além das informações descritas no § 2º, a Carta de Serviços ao Usuário deverá detalhar os compromissos e padrões de qualidade do atendimento relativos, no mínimo, aos seguintes aspectos:

(...)

V - mecanismos de consulta, por parte dos usuários, acerca do andamento do serviço solicitado e de eventual manifestação.

Na área da saúde, especificamente, concretizando os princípios republicano e democrático, destacam-se as seguintes determinações, insertas na Lei nº 8080/1990:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

(...)

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

A lei que organiza o funcionamento dos serviços de saúde ao reportar-se a termos como “prover condições indispensáveis ao pleno exercício”; “condições que assegurem acesso igualitário às ações e serviços”; “igualdade da assistência à saúde”; e, “direito à informação”, necessita de *interpretação conforme à constituição*. Dita técnica de interpretação constitucional serve de instrumento de adequação “dentre as inúmeras possibilidades interpretativas delineadas na moldura normativa dos preceitos constitucionais, o intérprete deve escolher aquela que esteja em perfeita sintonia com o texto e o contexto da carta maior” (BULOS, 2014, p. 462). Assim, a parte final do art. 7º, inciso V, supra citado, deve ser interpretado no contexto



de apreensão do prontuário médico mas, não, no de se obter uma relação indicativa cronológica de sua situação de atendimento perante seus pares precedentes. Saber sobre a posição de atendimento daqueles que precedem o interessado não é conhecer sobre a saúde do outro. Com tal interpretação não há qualquer conflito a interesses privados ou personalíssimos.

Pulula aos olhos a clareza do direito à informação à lista de precedência ao atendimento nos procedimentos eletivos quando o Decreto nº 7508/2011, regulamentador da Lei nº 8080/1990, dispõe:

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2011, art. 13º).

Ululante, após as explicações acima, que o usuário do SUS, em procedimentos eletivos, tem direito subjetivo a conhecer quantas e quais pessoas serão atendidas na sua frente.

Alguns poderiam invocar o direito à intimidade, à vida privada, previsto no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal, como elemento de contraposição à transparência até aqui defendida, todavia, tal não se sustenta.

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID (2021) apresenta um critério para adequação dos valores em choque (transparência X intimidade); segundo o plano de vacinação, haverá um registro dos vacinados, identificados pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou pelo número do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Embora o Plano Nacional de Vacinação não atenda ao critério de transparência prévia, a fim de evitar o fura-fila, ao menos apresenta um critério auditável para eventuais punições, e mantém um mínimo de preservação da intimidade ao indicar números e não nomes.

Outro argumento a rechaçar a pretensão de alguns indivíduos de insurgirem-se contra a publicização da lista de espera de cada procedimento eletivo do SUS, sustentando o direito fundamental à intimidade e vida privada, está envolta à técnica de interpretação constitucional da ponderação de valores. Destaca o eminente Ministro do STF, Luís Roberto Barroso (2008, p. 527-528) que:

A ponderação é aplicada nas hipóteses de colisão de normas que não podem ser solucionadas pelos critérios tradicionais. Embora seja normalmente associada à aplicação de princípios, a ponderação é técnica de decisão para lidar com as colisões normativas em geral, notadamente a que se verifica entre direitos fundamentais.

(...)

O conceito-chave aqui é o da *razoabilidade* ou *proporcionalidade*.

(...)

Seu conteúdo envolve uma dimensão material, relacionada à ideia de justiça, de racionalidade, de interdição do arbítrio e do capricho; e uma dimensão instrumental, como medida de validade e de aplicação de outras normas, através do teste tríptico da *adequação, necessidade (vedação do excesso) e proporcionalidade em sentido estrito*.

Frisou-se nesta abordagem que o direito à informação e transparência é ínsito a um Estado republicano e democrático. O *status civitas* se contrapõe, por vezes, ao *status societatis*, mas o choque destas condições arrasta a Autoridade Pública a analisar, valorar e decidir a situação segundo a *primazia do interesse público*. Portanto, a aparente antinomia, eventualmente suscitada, entre direito à intimidade e vida privada em contraposição ao direito à transparência, este deverá prevalecer ante àqueloutro.

### 3.6 Dos instrumentos jurídicos de concertação

Feitas as considerações acima, detectou-se ser direito subjetivo, de natureza transindividual, a informação/transparência à lista de agendamentos em cuidados à saúde com agravos crônicos.

Destaca-se que da transindividualidade do direito em questão advém condição difusa à informação, ou seja, não só os usuários incluídos na cronologia de pendências a resolver mas, qualquer cidadão, tem o direito subjetivo à informação/transparência, até mesmo para, caso queira, cruzar os dados constantes em tal lista com aqueloutros de despesas realizadas pelo Poder Público.

Por conseguinte, a informação à lista de espera de cada procedimento eletivo é direito *certo*, porque previsto no ordenamento jurídico pátrio; *determinado*, porque existente a ação estatal específica; e, *exigível*, pois que executável a qualquer momento; tais condições subsumem-se aos critérios de admissibilidade da ação mandamental, discriminada no art. 5º, incisos LXIX e LXX, da Constituição Federal; regulamentada pela Lei nº 12.016/2009 (BRASIL, 2009).

Na hipótese de identificação do fura-fila, qualquer cidadão, antes do atendimento realizado, pode buscar amparo da *ação popular*, prevista no art. 5º, inciso LXXIII, regulada pela Lei nº 4.717/65, com o propósito de anular o ato administrativo viciado (BRASIL, 1965).

Em se tratando de direitos transindividuais, ante à inexistência da lista ou à falta de divulgação da mesma, poder-se-á manejar *ação civil pública*, disciplinada pela Lei nº 7.347/85, a fim de constranger a Autoridade Administrativa a fazer a lista, publicizá-la, ou não

realizar procedimentos em detrimento à cronologia de atendimento. Neste caso haverá de se observar os titulares para propositura da ação.

## CONCLUSÃO

O cotidiano da população brasileira que necessita do serviço público de saúde é recheado de percalços e embaraços administrativos que, por vezes, ocasionam a judicialização da questão.

Segundo relatório emitido pelo Conselho Nacional de Justiça tramitavam, em 2018, no Judiciário brasileiro, 1.778.269 de processos propostos entre os anos de 2014 e 2017, discutindo questões envoltas à área da saúde. (LIMA JR.; SCHULZE, 2018).

Certamente, parte dessas ações têm relação direta com o problema tratado neste artigo; a falta de informação do usuário SUS, em procedimentos eletivos, no que pertine à cronologia de atendimentos.

Descortinou-se, com amparo em balizada doutrina, que o cliente SUS é detentor de direito subjetivo público, de natureza transindividual, a obter informação clara e adequada da lista de usuários que o precedem no cuidado de enfermidades crônicas. Demonstrou-se tratar de exercício de cidadania integrante do bloco de constitucionalidade fundamental do indivíduo, pelo que, eventuais conflitos suscitados entre o direito à intimidade e à transparência devem ser solucionados com prevalência deste sobre aquele.

Apurou-se que o ordenamento jurídico pátrio tem instrumentos processuais capazes para debelar eventuais omissões e/ou abusos de Autoridades Públicas, na gestão da saúde, que atentem contra a isonomia garantida constitucionalmente.

Conclui-se, então, ser essencial ao povo brasileiro ter conhecimento de seus direitos e exercitá-los.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Eurico de. *Medicina: uma viagem ao longo do tempo*. [S.I.: s.n], 2010. Disponível em: <[www.dominiopublico.gov.br](http://www.dominiopublico.gov.br)>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ALMEIDA, Cybele Crossetti de. Do mosteiro à universidade: considerações sobre uma história social da medicina na Idade Média. *Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS*, [S.I.], [2009]. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/128786>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. Serviços públicos e direito do consumidor: possibilidades e limites de aplicação do CDC. *Revista de Doutrina TRF4*, Porto Alegre, n. 36, 2010. Disponível em: <<https://revistadoutrina.trf4.jus.br>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

ARENDR, Hanna. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

BARROSO, Luís Roberto. *Temas de direito constitucional*. Tomo III. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BIBLIA SAGRADA: antigo e novo testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida. 4ª ed. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2009.

BITTAR, Eduardo C. *Metodologia da pesquisa jurídica*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Constituição de 1988. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº 4.657, de 04 de setembro de 1942. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Decreto nº 591, de 06 de julho de 1992. Promulga o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 4.717, de 29 de junho de 1965. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.016, de 07 de agosto de 2009. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. LEI nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BULO, Uadi Lammêgo. *Curso de direito constitucional*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

CANOTILHO, J.J.Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 3. ed. Coimbra: Almedina, 1999.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Políticas públicas e pretensões judiciais determinativas. In: FORTINI, Cristiana. ESTEVES, Júlio César dos Santos. DIAS, Maria Tereza Fonseca (Orgs.). *Políticas públicas: possibilidades e limites*. Belo Horizonte: Fórum,

2008, p. 107-125.

DAMINELI, Augusto. Damineli, Daniel Santa Cruz. *Origens da Vida. Revista Estudos Avançados*, São Paulo, v. 21, 2007.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em 10 jun. 2021.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA SOBRE SAÚDE PARA TODOS. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em 10 jun. 2021.

DIAS, Eduardo Rocha. MACÊDO, José Leandro Monteiro. *Curso de direito previdenciário*. São Paulo: Método, 2008.

ESCOREL, Sarah. GIOVANELLA, Lígia. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa *et. al.* (Org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LIMA JR., Arnaldo Hossepian. SCHULZE, Clênio Jair. Os números do CNJ sobre judicialização da saúde em 2018. *Revista Conjur*, Nov. 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-nov-10/opinio-numeros-judicializacao-saude-2018>>. Acesso em: 10 set. 2020.

MARMELSTEINS, George. *Curso de direitos fundamentais*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

MARTINS, Sérgio Pinto. *Direito da seguridade social*. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Wal. *Direito à saúde: compêndio*. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

MARTINS, Flávio. NUNES Jr., Alves. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: RTr, 2017.

MONCADA, Luís S. Cabral. *Direito económico*. 2. ed. Coimbra: Editora Coimbra, 1988.

MORAES, Alexandre de. *Direitos humanos fundamentais*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

NADER, Paulo. *Introdução ao estudo do direito*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1992.

PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA COVID. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SMITH, Adam. *Teoria dos sentimentos morais*. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

SILVA, José Afonso da. *Aplicabilidade das normas constitucionais*. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

STRECK, Lenio Luiz. *Jurisdição constitucional e decisão jurídica*. 3. ed. São Paulo: RTr, 2013.

VALIM, Rafael. O direito fundamental de acesso à informação pública. In VALIM, Rafael. MALHEIROS, Antônio Carlos. BACARIÇA, Josephina (Coord.). *Acesso à informação pública*. Belo Horizonte: Fórum, 2015.

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil*. Vol. I. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

VON MISES, Ludwig. *Ação humana*. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises, 2010.