



O DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL E EM PORTUGAL

Ariane Simioni¹

Resumo: Este artigo envolve uma investigação sobre a proteção do direito humano e fundamental à saúde em âmbito internacional e estatal, em especial no Brasil e em Portugal, através de um resgate histórico do desenvolvimento da proteção do direito à saúde nestes dois países. O problema que move esta pesquisa é: como visualizar, em termos historiográficos, internacional e nacional à saúde enquanto um direito humano e fundamental protegido constitucional e infraconstitucionalmente no Estado português e brasileiro? A hipótese, que se confirma ao final da pesquisa, é de que as influências culturais, sociais, econômicas e políticas são determinantes na construção das noções de direitos e na positivação do direito humano fundamental à saúde. O método de abordagem aplicado é o indutivo e o hermenêutico histórico. O método de procedimento utilizado foi o histórico comparativo.

Palavras-chave: Brasil; Direitos fundamentais; Direitos humanos; Direito à saúde; Portugal.

Abstract: This work consists of a study regarding to protection of human and essential right to health in an international and state level, particularly in Brazil and Portugal, through a historical review of the development of protection of the right to health in these two countries. The main issue to be analyzed in this study is how to visualize, in historiography, international and national terms, health as an essential human right constitutional and infraconstitutional protected by Portuguese and Brazilian states? The hypothesis, which is confirmed at the end of this work, is that cultural, social, economic and political influences have a crucial role in the construction of notions of rights and in the affirmation of the essential human right to health. The method applied is the inductive approach and the historical hermeneutic. The method of procedure used was the comparative history.

Key words: Brazil, Essential rights, Human rights, Right to health, Portugal.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem por tema a proteção do direito humano e fundamental à saúde em âmbito internacional e estatal, em especial no Brasil e em Portugal, com

¹ Mestre em Direito Constitucional com concentração na área de Direitos Sociais e Políticas Públicas da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC – Brasil/RS, Mestre em Direitos Humanos pela Escola de Direito da Universidade do Minho em Braga– UMinho/Portugal, Pós-graduada em Processo Civil pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC – Brasil/RS, Professora de graduação e Pós-graduação em Direito na Universidade Federal de Pelotas, Advogada e autora de livros e artigos científicos. E-mail: arianesimioni@ibest.com.br



foco na história do desenvolvimento da proteção do direito à saúde nestes dois países. O problema que move esta pesquisa é: como visualizar, em termos historiográficos, internacional e nacional, a saúde enquanto um direito humano e fundamental protegido constitucional e infraconstitucionalmente no Estado português e brasileiro? A hipótese é de que as influências culturais, sociais, econômicas e políticas são determinantes na construção das noções de direitos e na positivação do direito humano fundamental à saúde.

O trabalho apresenta relevância científica e social, uma vez que observar a formação histórico-cultural do direito humano e fundamental à saúde em nível internacional e nacional, em especial no Brasil e em Portugal, permite à comunidade a compreensão das nuances históricas, políticas e sociais envolvidas na formação dos dispositivos constitucionais pertinentes ao tema e garante uma melhor efetivação do direito à saúde.

São objetivos deste trabalho: a) compreender o direito à saúde enquanto um direito humano fundamental; b) efetuar um resgate histórico do desenvolvimento do direito à saúde no território brasileiro e português; c) observar, sucintamente, a positivação constitucional e infraconstitucional do direito à saúde no Brasil e em Portugal, e; d) buscar compreender as diferenças no modo de efetivação do direito à saúde existente entre as sociedades brasileira e portuguesa.

Para alcançar tais objetivos, em um primeiro momento, será levada a efeito uma caracterização do direito à saúde enquanto um direito humano fundamental em nível internacional. Em seguida, buscar-se-á estudar a evolução histórica do direito à saúde em Portugal, bem como apresentar suas principais características e pontos celeumáticos. Por fim, analisar-se-á, sinteticamente, sob o âmbito brasileiro a historiografia do direito à saúde desde os tempos de *Brasil-colônia* até os dias atuais, apontando as principais características, desafios e controvérsias. A metodologia utilizada para este desiderato é o indutivo histórico e a técnica é a da documentação indireta, ou seja, pesquisa documental e bibliográfica.

I – SAÚDE: DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL

Até a antessala do Século XX, o direito à saúde não era tido como um direito individual e autônomo e, portanto, não era objeto de proteção jurídica específica



nacional ou internacional. Em âmbito nacional, a Constituição da Itália de 1948 foi a primeira a conferir à saúde o caráter de direito individual autônomo. Já em termos internacionais foi no preâmbulo² da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) que o direito a saúde ganha relevo internacional com vistas a superar a compreensão liberal da saúde como ausência de doença para permitir que o trabalhador produzisse³. A percepção mecanicista da doença enquanto uma falha na máquina do corpo humano, inspirado nas concepções da Revolução Industrial, é superada com conceito trazido pela Constituição da OMS⁴ (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011, p. 102; DALLARI, 1988, p. 57-59; DALLARI, 1988, p. 328-329).

A preocupação e a necessidade humana de abrigo à saúde são antigas, porém a sua forma de garantia e proteção varia ao longo dos séculos, conforme a evolução social e individual derivada de cada período histórico. A experiência da Segunda Guerra Mundial, apenas 20 anos após a primeira, traz a necessidade de promover um novo pacto social dotado de tal conteúdo de valor imperativo que impedisse que tais atrocidades vistas e vividas nunca mais se repetissem. Neste diapasão surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (DUDH)⁵ com vista a proteger os direitos dos homens, tendo por base a dignidade humana, a qual vem sempre a ser tutela, no âmbito internacional, pela referida declaração de modo direto ou

²A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde, 22 de julho de 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

³ Sobre uma sucinta evolução do direito à saúde ver a obra de DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: online, vol. 22, nº04, 1988. p. 327-334. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n4/08.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

⁴ O conceito trabalhado da Constituição da OMS é baseado no reconhecimento da necessidade de equilíbrio entre o homem e seu meio ambiente físico, mental e social. Para maiores informações e referências a respeito da gênese desse conceito na história do pensamento da humanidade ver as obras de DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: online, v. 22, n. 01, p. 57-63, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101988000100008&script=sci_arttext> Acesso em: 19 jul. 2015.

⁵ Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, [...]. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948**. Disponível em: <http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf> Acesso em: 19 jul. 2015.



reflexo⁶ (HABERMAS, 2010, p. 3-23; FERREIRA, 1990, p.1-27; ORDACGY, 2009, p.16-18; COMPARATO, s/d, p. 11-26; EMERIQUE; GUERRA, 2008, p. 38-39). Para Peces-Barba (2007, p. 157):

la dignidad humana se presenta como el referente principal de los valores políticos y jurídicos de la ética pública de la modernidad y de los principios y derechos que de ellos derivan. Por tanto, la idea de dignidad humana constituye, igualmente, el fundamento de los derechos humanos.

A dignidade da pessoa humana refere-se às necessidades básicas do ser humano concreto, a fim de que a ele sejam oferecidos os recursos disponíveis em cada sociedade dentro do seu tempo para a manutenção de uma existência digna, assim como às condições necessárias ao desenvolvimento das potencialidades humanas, promovendo a consciência da participação ativa do homem enquanto corresponsável com seus semelhantes e com o meio em que vive (HABERMAS, 2010, p. 5-9; RECK, 2002, p. 114-115; SARLET, 2001, p. 60).

Nesta senda de proteção da dignidade humana, devem ser lidos e interpretados os direitos humanos previstos na DUDH, inclusive o artigo 25 que se refere à saúde como um estado de bem estar⁷. O artigo 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (PIDESC) tornou ainda mais explícito o compromisso da DUDH com a proteção da saúde ligada a um padrão de qualidade de vida. Conforme o Comentário Geral nº 14⁸, de maio de 2000, do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, órgão responsável pela fiscalização da implementação do PIDESC pelos Estados Partes, o direito humano à saúde tem intrínseca relação com outros direitos humanos, como por exemplo habitação, alimentação, educação e dignidade humana, para que o direito à

⁶ Sobre a centralidade, conceituação e a proteção de modo direto ou reflexo da dignidade da pessoa humana em diversos aspectos legislativos do direito internacional ver as obras de SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001; _____. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, n. 9, p.360-387, jan./jun. 2007; MARCANTE, Sheron; SANTIN, Janaina Rigo. Direitos Humanos e cidadania: a participação no sistema interamericano de proteção de direitos humanos. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul: UNISC, n. 38, p.149-177, jun./dez. 2012. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/3109/2271>. Acesso em: 18 jul. 2015.

⁷ Artigo XXV. nº1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]

⁸ El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.



saúde seja alcançado de modo efetivo. O enunciado no nº 43 do referido Comentário afirma que deve ser implementado um mínimo existencial para a vida humana com saúde. (PAULA, 2012, p.56; MOREIRA; GOMES, 2012, p.168-171; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966, p. 6; 1948, p. 11; COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, 2000, s/p).

Em âmbito regional de proteção dos direitos humanos, existem outros tratados assecuratórios do direito humano à saúde, tais como: a Carta Social Europeia de 1961, revista em 1966 – artigo 11; o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos, Sociais e Culturais de 1988 – artigo 10; ou a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, de 1981 – artigo 16 (MOREIRA; GOMES, 2012, p. 170). O direito à saúde apresenta um caráter multifacetado à medida que compreende a proteção da saúde, a preservação da saúde e a recuperação da saúde (DALLARI, 1988, p. 59).

Além disso, o direito à saúde apresenta um caráter de direito individual e social e se caracteriza como direito de 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª geração, posto que protege a vida (1º geração); reconhece-se como um direito positivado a partir do Estado Social (2º geração); tem caráter coletivo e difuso (3º geração); remete a direitos de bioética e biotecnologia (4º geração); e está abarcado pelos direitos da era digital, com as revoluções tecnológicas (5º geração). Em âmbito estatal, os direitos humanos se encontram em sua ampla maioria plasmados nas ordens constitucionais⁹ dos Estados (RAMOS, 2010, p. 62; SARLET, 2003, p. 171; BOBBIO, 1992, p. 217). Assim, o *locus* de efetivação do direito humano à saúde se dá no território dos Estados e será a partir dessa noção de espaço físico e jurídico de realização que se estudará, a seguir, a proteção do direito à saúde no Estado português e brasileiro.

II – A PROTEÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM PORTUGAL

⁹ Em sua obra *A eficácia dos direitos fundamentais*, Sarlet (2003) trata dos direitos fundamentais de modo geral e em especial na Constituição Federal brasileira de 1988, buscando conceituar, delimitar e apresentar uma breve historiografia dos direitos fundamentais em nível mundial, concomitantemente à realização da diferenciação desses dos direitos humanos. Para Ingo, direitos fundamentais são aqueles que se encontram positivados na ordem interna de cada Estado, aplicáveis aos nacionais e/ou cidadãos desse. Podem esses direitos ser mais amplos do que os direitos humanos, os quais se relacionam aos direitos consagrados nos documentos internacionais de alcance geral a todo e qualquer homem independentemente do vínculo que mantenha com algum Estado.



A Constituição portuguesa, assim como a ampla maioria das Constituições modernas, contém em seu texto valores humanistas, que regem, ditam e espelham o funcionamento, a cultura e os pontos nevrálgicos da sociedade que a compõem. Tendo-se em mente que o direito não é um dado, mas um construto, pode-se dizer que a proteção social da saúde em Portugal apresenta uma determinada evolução histórica que se reflete na forma como o direito à saúde é positivado na Constituição de 1976 e levado à efetividade nos dias atuais. De modo muito geral, até 1946 vige em Portugal a assistência pública ou privada, consistindo a primeira em ações curativas desenvolvidas pelos poucos hospitais que o Estado veio a possuir; já a segunda ação abrangia métodos de apoio e cura para os enfermos com base em princípios de caridade. Em 1944, é publicado o Estatuto da Assistência Social – Lei nº1998, de 15 de maio de 1944; já em 7 de novembro de 1945, surge o Decreto-Lei nº35.108 para promover a Organização da Assistência Social. Posteriormente de 1946 a 1976, coexistem o seguro social obrigatório e a assistência social; constituem-se, nos principais problemas deste período, a diversidade de regimes e subsistemas independentes difíceis de coordenar entre si, o grau de aproveitamentos dos recursos e a qualidade dos cuidados médicos disponíveis, resultando no somatório de dificuldades vários serviços de saúde ineficientes (SOUZA, 2009, p. 884-887; CARREIRA, 1996, p. 115-124; LOPES, 1987, p. 99-113).

A Constituição de 1976 dá origem ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e gratuito¹⁰, regulamentado e instituído em 15 de setembro de 1979 com a Lei nº 56/79, também chamada de Lei do Serviço Nacional de Saúde. O SNS passa a ser responsável pelo cuidado, prevenção e promoção da saúde de forma universal dentro dos limites dos recursos técnicos, humanos e financeiros disponíveis¹¹; a gratuidade, entretanto, não impediria o estabelecimento de taxas moderadas para a racionalização da utilização dos serviços¹². Entre 1976 e 1979, o

¹⁰ Antes da segunda reforma de 1989, o nº 2 do artigo 64 previa que a proteção da saúde seria realizado através do Sistema Nacional de Saúde universal, geral e gratuito, passando após a reforma a prever que a referida proteção se daria de forma tendencialmente gratuita.

¹¹ Essa limitação vem expressa no artigo 6º, nº 1 da Lei do SNS.

¹² A possibilidade da cobrança das taxas moderadoras vem expressamente prevista no artigo 7º da Lei do SNS e foi durante muito tempo o epicentro de fortes discussões jurídicas em Portugal. Foi colocada em pauta, nesta altura, a constitucionalidade da cobrança das taxas moderadas, uma vez que a Constituição estabelecia a gratuidade dos serviços e a lei ordinária à cobrança por intermédio das taxas. A celeuma chegou à Comissão Constitucional, a qual através do Parecer nº 35/82 justificou a admissibilidade das taxas com base na teoria da relevância jurídica especial das normas de direitos sociais, para a qual a gratuidade deveria ser entendida como uma disposição programática



Estado assume a responsabilidade exclusiva pela proteção e satisfação do direito à saúde, mas em razão das dificuldades financeiras, em 24 de agosto de 1990, é publicada a Lei nº 48/90 – Lei de Bases da Saúde (LBS)¹³, passando a saúde a ser responsabilidade conjunta do Estado, da sociedade e do cidadão (SOUZA, 2009, p. 887-894; CARREIRA, p. 124-129; PORTUGAL, 1976, p. 7464; 1979, p.2357).

A partir de então, o sistema de saúde português passa a conviver com três sistemas de proteção à saúde articulados entre si, quais sejam:

[...] o Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde); subsistemas de saúde públicos de apoio (entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde); e todas as entidades privadas e todos os profissionais livres (que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de actividade de saúde) (SOUZA, 2009, p. 887).

Atualmente, por força do artigo 64 da Constituição da República Portuguesa de 1976, o sistema de saúde é concretizado pelo SNS, o qual se apresenta como um seguro público com cobertura universal, geral e tendencialmente gratuita. A universalidade implica no dever do Estado de atender todos que procurem o SNS com equidade; já quanto à generalidade tem-se a necessidade de integração entre todos os serviços de saúde do país¹⁴.

Persiste, ao fim, a característica mais controvertida que diz respeito a tendencial gratuidade do SNS. Por tendencial gratuidade, entende-se que os serviços do SNS poderão ser gratuitos para quem não possa pagar por eles, posto que a obrigatoriedade do pagamento implicaria impedir os economicamente

e progressiva, diferida no tempo e considerando a disponibilidade financeira do Estado. Posteriormente, o Acórdão 330/89 do Tribunal Constitucional, criado na revisão constitucional de 1982, confirma a constitucionalidade da lei do SNS, mas agora com fundamento de que o conceito legal de gratuidade não seria o mesmo do que o aplicado na linguagem coloquial, ficando tal conceito legal aberto a uma posterior delimitação do legislador ordinário. A celeuma somente teve fim no quesito da inconstitucionalidade da lei do SNS com a reforma constitucional de 1989, que alterou o nº 2 do artigo 64 no tocante a tendencial gratuidade do SNS (NOVAIS, 2010, p.85-95).

¹³ A partir da LBS, o Estado passa celebrar acordos com entidades privadas para a prestação dos serviços de saúde, adotando uma postura de fiscalizador da atividade privada de prestação de serviços na área da saúde (SOUZA, 2009, p. 887).

¹⁴ Embora as características de universalidade e generalidade sejam mais pacíficas em termos doutrinários e jurisprudenciais, há ainda casos como os subsistemas dos funcionários públicos e algumas categorias de funcionários públicos que provocam discussões. Para saber mais sobre as questões não pacíficas sobre as características citadas ver as obras de CANOTILHO, J. J. Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa Anotada**. 4. ed. rev. Coimbra: Coimbra, 2007. p.823-831. V. I.; NOVAIS, Jorge Reis. **Constituição e serviço social nacional de saúde. Revista Direitos Fundamentais e Justiça**. ano 4, n. 11, p. 85-109, abr/jun 2010. Disponível em: < http://www.dfj.inf.br/Arquivos/PDF_Livre/11_Dout_Estrangeira_4.pdf> Acesso em: 18 jul. 2015.



desfavorecidos de ascender aos cuidados de saúde que lhes são necessários, desrespeitando as disposições constitucionais do direito de proteção da saúde. Assim, a não gratuidade obrigatória permite que as taxas moderadoras sejam cobradas, mas elimina a possibilidade de desfiguração da proteção do direito geral e universal à saúde (CANOTILHO; MOREIRA, 2007, p. 826-827). Sobre a questão de ser tendencialmente gratuito, bem como do possível retrocesso que essa alteração introduzida pela reforma de 1989¹⁵ (gratuito para tendencialmente gratuito) trouxe ao direito social à saúde, apresenta-se esclarecedor o Acórdão do Tribunal Constitucional nº 39/84, o qual considera os direitos sociais¹⁶ direitos subjetivos inerentes à dignidade existencial dos cidadãos, independentemente de sua exequibilidade imediata. Assim os direitos sociais teriam a mesma proteção que as garantias e liberdades individuais, tradicionalmente de segunda geração, e, portanto, o Estado não poderia reduzi-los ou limitá-los (RAMOS, 2010, p. 53-58; PORTUGAL, 1984, p. 14-53-1468). A questão envolvendo a possibilidade ou não do retrocesso social não é pacífica, havendo quem entenda pela impossibilidade do retrocesso, posto que “as normas constitucionais que reconhecem direitos econômicos, sociais e culturais de caráter positivo têm pelo menos uma função: a garantia dos graus de realização, atingida em cada momento por esses direitos” (CANOTILHO; MOREIRA, 1991, p. 131). Porém, há também entendimentos de que a consciência da crise do Estado social europeu fez com que a ideia da proibição do retrocesso fosse superada:

se a realização dos direitos sociais depende estruturalmente das disponibilidades financeiras do Estado e se estas podem variar significativamente, não há como sustentar juridicamente uma ideia de pretensa cristalização dos *avanços*, entretanto realizados mesmo em caso de regressão acentuada e constante dos recursos financeiros [...] (NOVAIS, 2010, p. 101-102)¹⁷.

¹⁵ Para saber mais sobre as revisões constitucionais ocorridas em Portugal após 1976 ver a obra de ALEXANDRINO, José de Melo. **Reforma constitucional**. Lições do Constitucionalismo Português. Disponível em: <http://www.fd.ul.pt/Portals/0/Docs/Institutos/ICJ/LusCommune/AlexandrinoJosedeMelo2.pdf> Acesso em: 18 jul. 2015.

¹⁶ Para saber mais sobre a questão dos direitos fundamentais e sociais na constituinte, doutrina e na jurisprudência Portuguesa ver as obras de MIRANDA, Jorge. **Direito Constitucional**. Direitos Fundamentais. Tomo II. Coimbra: Lisboa, 1993; CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 2. ed. Almedina: Coimbra, 1998; VIEIRA, Mónica Brito; SILVA, Filipe Carreira da. **O momento constituinte: os direitos sociais na constituição: debates**. Almedina: Coimbra, 2010.

¹⁷ Novaes (2010, p.99-104) entende que a superação da proibição do retrocesso não converte os direitos sociais em meras normas programáticas à mercê da boa vontade dos detentores do poder, porém defende que a redução desses direitos em razão de questões financeiras deve ser



Cabe destacar que os direitos humanos e fundamentais positivados em âmbito internacional ou estatal são unos e indivisíveis e se fundamentam em uma noção ética-moral-valorativa recíproca de interexistencialidade, não apenas de interdependência, posto que sem um o outro não resta prejudicado, posto que ele deixa de existir. Isso uma vez que os direitos humanos são normas valoradas que só podem tornar-se efetivas, se cada peça da engrenagem da garantia dos direitos, sejam eles individuais ou sociais, estiver justaposta em perfeito funcionamento. Assim, a dignidade humana é efetivamente respeitada quando todos os direitos humanos e fundamentais coexistem com o mesmo grau de magnitude e efetivação sob a base jurídica que fundamenta a sociedade (HABERMAS 2010, p. 2-23; PAULA, 2012, p.56-59).

III – O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O contexto de saúde no Brasil varia de acordo com o período histórico, político, social e econômico do país, tendo por séculos uma lógica de evolução guiada pelo avanço das necessidades do capitalismo nacional atrelado ao internacional e muitas vezes se confundindo com a história da previdência social. A saúde pública, por anos, não recebeu atenção do governo, a menos que em razão das endemias ou epidemias afetasse a economia, ameaçando de alguma forma a manutenção do sistema capitalista (AGUIAR, 2011, p. 17; POLIGNANO, s/d, p. 1-2; PAIM; TRAVASSOS et. tal, 2011, p. 11-14).

A história da saúde pública no Brasil está composta por sete fases. A primeira vai do descobrimento até o fim do império em 1889, período no qual não existiu nenhum tipo de política de saúde, aplicando-se apenas algumas medidas para minimizar os problemas de saúde pública que afetassem a economia extrativista, açucareira ou cafeeira. Os cuidados médicos ou dos boticários eram privados da classe dominante, cabendo ao restante da população os curandeiros, a caridade das Casas de Misericórdia ou a morte.

O período da República, de 1889 a 1930, governado pela política café com leite das elites agrárias de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais e de base econômica ligada à exportação do café e à pecuária, teve o quadro de proteção à

devidamente analisada com base nos princípios constitucionais, devendo proceder-se a uma espécie de proporcionalidade entre o constitucionalmente garantido e o financeiramente possível.



saúde alterada nos centros urbanos e nos espaços de circulação das mercadorias e dos imigrantes europeus que vinham substituir a mão de obra escrava. Neste período, as ações de saúde dividiam-se em duas: a) ações públicas sanitárias de caráter militarizado com Oswaldo Cruz e as sanitárias educacionais de Carlos Chagas e, b) ações de assistência médica privatista (GALVÃO, s/d, p.19-30; AGUIAR, 2011, p. 19-23; POLIGNANO, s/d, p. 4-8; PAIM; TRAVASSOS et. tal, 2011, p. 16-18).

A Era Vargas representa a terceira fase. Inicia em 1930 com uma reforma política-administrativa criada pelo Ministério da Educação e Saúde, culminando num governo constitucional com a Constituição de 1934. Em 1937, instaurou-se a ditadura do Estado Novo que perdurou da Constituição de 1937 até 1945. O epicentro econômico passou para os centros urbanos com a expansão da indústria, o êxodo rural e as grandes aglomerações nos centros urbanos, em especial Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro. Aos antigos problemas de saúde pública se assomaram os acidentes de trabalho, doenças profissionais, desnutrição, verminoses e outros. A fim de manter a força de trabalho apta a produzir, utilizou-se a assistência médica vinculada à assistência social. A política de saúde manteve e reforçou a dicotomia entre as ações públicas sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde e as ações curativas privadas, agora vinculadas aos Institutos de aposentadorias e pensões, divididos por categorias profissionais e mantidos pelos empregados, pelos empregadores e pelo governo (esse último nunca cumpriu com sua parte nos fundos dos IAP's) (AGUIAR, 2011, p. 23-25; POLIGNANO, s/d, p. 8-11; PAIM; TRAVASSOS et. tal, 2011, p. 16-18).

Em outubro de 1945, Vargas foi deposto e Eurico Gaspar Dutra tornou-se o presidente do país de 1946 a 1950. Tinha-se então a quarta fase da saúde pública no Brasil. Neste período, houve um revigoramento da política sanitária de campanha de caráter autoritário e centralizador do governo federal. Em 1951, Vargas retorna ao poder eleito e, em 1953, acaba por desmembrar o Ministério da Educação e Saúde. Os serviços de atenção médica ganharam caráter clientelista e de barganha política, coexistindo uma divisão entre os sanitários¹⁸.

¹⁸ Os sanitários estavam divididos em dois grupos com propostas diferentes. Havia os sanitários de campanha, que defendiam a manutenção do sistema como estava e a prática higienista da Fundação SESP, e o grupo dos sanitários desenvolvimentista, que defendiam a "articulação de campanhas sanitárias à promoção de assistência e de articulação de ações preventivas e curativas,



Com o suicídio de Vargas, quem passou a governar o país foi Juscelino Kubitschek com o foco voltado ao desenvolvimento do país e à expansão da economia. As políticas sociais, entre elas a saúde, eram meros paliativos de controle social. Fortaleceu-se neste contexto o modelo público de assistência médica curativa, a fim de manter apto ao trabalho os operários. Por isso, o modelo médico assistencial privatista ampliou-se, o que propiciou a sua hegemonia entre as décadas de 60 e 80 (IYDA, 1994, p. 77-111; AGUIAR, 2011, p. 25-29; POLIGNANO, s/d, p. 12-13).

O período da ditadura militar perdurou por 20 anos, podendo ser subdividido em três fases: a primeira fase, correspondente ao período de instalação da ditadura (1964-1968), foi institucionalizada com a Constituição de 1967; a segunda fase (1968-1974), à expansão da industrialização às custas do capital internacional, foi mais comumente conhecido como o milagre brasileiro; e o terceiro e último momento (1974-1984), à crise econômica e política do regime militar, culminou com a abertura política e a redemocratização do país. Na fase ditatorial militar se estabeleceu as competências do Ministério da Saúde¹⁹; unificaram-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões surgindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente entrou em crise; privatizaram-se a assistência médica e a capacitação de pessoal na área de saúde.

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, priorizou-se a medicina curativa altamente cara para o sistema. O sistema previdenciário apresentava sinais de crise por falta de repasse das verbas do governo federal, sendo, em 1983, criadas as Ações Integradas de Saúde, a qual visava implantar um novo modelo de gestão da saúde pública, buscando integrar ações curativas com preventivas e educativas de forma concomitante (IYDA, 1994, p. 112-138; AGUIAR, 2011, p. 29-36; POLIGNANO, s/d, p. 16-21).

De 1985 a 1988, vive-se a Nova República, sexta fase da saúde no país. O Presidente José Sarney envia neste período a proposta de convocação da Assembleia Nacional Constituinte. Neste cenário, surgem vários movimentos sociais com fins de fazerem chegar a Constituinte as suas reivindicações. Entre eles está o

de acordo com as necessidades da população, a serem executadas em nível municipal.” (AGUIAR, 2011, p.27).

¹⁹ O Decreto Lei n. 200 de 1967 definiu que a formulação e coordenação da política nacional de saúde, o controle de medicamentos, drogas, alimentos; bem como as pesquisas médico-sanitárias e a responsabilidade pelas atividades médico ambulatoriais, seriam de competência do Ministério da Saúde (BRASIL, 1967, s/p).



movimento sanitaria que surgiu cerca de uma década antes da Constituinte. Neste diapasão de 1986, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde²⁰ que discutiu amplamente as celeumas da saúde no Brasil e apresentou propostas para a reformulação do sistema, as quais chegaram a constituinte e fizeram-se constar na Constituição Federal de 1988 (CF/88) com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – artigo 198 da CF/88²¹. A referida Conferência sobre saúde também influenciou decisivamente a regulamentação do novo modelo de gestão da saúde pública, criado em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde²², Lei nº 8.080/90²³ (BRASIL, 1988; 1990; AGUIAR, 2011, p.36-38; POLIGNANO, s/d, p. 18-20).

O Sistema Único de Saúde²⁴ guia-se pelos princípios da universalidade (o acesso às ações e serviços de saúde devem ser garantidos a todas as pessoas independentemente de sexo, raça, cor, idade ou classe social), integralidade (a pessoa deve ser considerada como um todo, devendo as ações de saúde visar à saúde total nos termos do conceito da OMS), equidade (princípio que garante a igualdade de tratamento a todos) e participação social (democratização dos processos decisórios através da participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde)²⁵. Ademais, o SUS se caracteriza por um conjunto de ações de serviços de saúde, prestados pelos órgãos da administração pública direta e indireta da federação brasileira²⁶ (União, Estados e Municípios), podendo a iniciativa

²⁰ Para saber dos resultados da referida conferência ver o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2015.

²¹ Para saber o conteúdo do artigo 198 da CF/88 veja a Constituição da República Federativa do Brasil disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 20 jul. 2015.

²² O artigo 2º dessa lei refere expressamente o direito à saúde como um direito fundamental de responsabilidade do Estado. Entretanto, o dever estatal de promoção da saúde não exclui a responsabilidade das demais esferas sociais, tais como a família, o indivíduo, as empresas e demais entes sociais (LEAL, 2009, p. 164).

²³ Lei Orgânica da Saúde de 15 de setembro de 1990, disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 jul. 2015.

²⁴ O sistema funciona a partir de três subsetores: o subsetor público com serviços totalmente financiados pelo Estado; o subsetor privado, com ou sem fins lucrativos, no qual o financiamento dos serviços são feitos com verba pública ou privada; e por fim, o subsetor de saúde suplementar, composto por planos de saúde privados e apólices de seguro, bem como conta com subsídios fiscais (PAIM; TRAVASSOS, 2011, p. 19-20).

²⁵ Para melhor compreender os princípios que guiam o SUS, bem como o seu funcionamento e financiamento, ver as obras de TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do sistema único de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. 20 jul. 2015; BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em 20 jul. 2015.

²⁶ Em termos de competência legislativa dos entes da federação, a CF/88 estabeleceu a União como responsável pela normatização geral do direito à saúde (art. 24,§1º), aos Estados a função legislativa



privada²⁷ participar deste sistema com atuação complementar. Assim, o direito fundamental social à saúde²⁸, no seu viés individual e coletivo, é previsto no artigo 196 da CF/88 como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais de acesso universal e igualitário que são levados a efeito através do SUS - art. 198 CF/88 (POLIGNANO, s/d, p. 23; BORGES et al, 2011, p.103-109; PAIM; TRAVASSOS, 2011, p. 19-27).

A sétima e última fase²⁹ da saúde pública no Brasil inicia em 1988 e segue até os dias atuais. A reforma da saúde que ocorreu no Brasil em 1988 e foi liderada por movimentos sociais anteriores a constituinte, em especial o movimento sanitaria e as propostas da VII Conferência Nacional de Saúde, resultou na constitucionalização³⁰ destacada do direito à saúde e no surgimento do SUS, o qual a despeito das suas falhas e limitações conseguiu melhorar o acesso à saúde aos brasileiros³¹. Entretanto, restam alguns desafios políticos³² a serem solucionados para garantir uma maior efetividade do acesso, manutenção e melhoria do direito à saúde no Brasil.

suplementar a União (art. 24,§2º), e aos Municípios a competência legislativa relativa a assuntos de interesse local, podendo ainda suplementar a legislação dos outros entes federativos quando couber (art. 30, I e II).

²⁷ A participação da esfera privada poderá se dar por contrato direto ou por convênio desde que sigam as diretrizes do SUS, porém é proibida a subvenção ou auxílios públicos através de recursos financeiros estatais a entidades privadas com fins lucrativos (BORGES et. al, 2011, p. 107).

²⁸ Doutrinariamente já é superada a noção de que as normas de direito fundamental são meramente programáticas, adquirindo assim o condão de eficácia imediata. Ademais, o art. 5º,§ 1º determina que as normas de direitos fundamentais têm aplicabilidade imediata (BRASIL, 1988, s/p; MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 309).

²⁹ Neste período, o Brasil passou por crise econômica, ajustes da macroeconomia com o plano real em 1994, atingiu a estabilidade econômica, recuperou os níveis de renda, embora ainda persistissem os movimentos cíclicos de desigualdade econômica. Em termos de sistema de saúde, houve a descentralização, um exemplo disso é a criação do programa de Saúde da Família, a instituição do tratamento gratuito da ADIS, criação da lei dos medicamentos genéricos, instituição do tratamento da saúde indígena, reforma do tratamento psiquiátrico, criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as Unidades de Pronto Atendimento (PAIM; TRAVASSOS, 2011, p. 17).

³⁰ A Constituição de 1934 é a primeira constituição brasileira a trazer o direito à saúde no seu rol, entretanto limitava-se a definir as competências legislativas. Posteriormente as Constituições de 1936 e 1946 retrocederam e nada falaram a respeito do direito à saúde. A Constituição de 1967 apenas faz referência à competência da União em estabelecer os planos nacionais de saúde e educação. Por isso que se entende que o direito à saúde nasce constitucionalmente no Brasil em 1988 e efetivamente como um direito humano fundamental (RAMOS, 2010, p. 61).

³¹ Nesta fase, tem-se uma significativa redução da mortalidade infantil, redução ou erradicação de doenças preveníveis pela imunização da população, aumento da expectativa de vida e estabilização da prevalência da AIDS (PAIM; TRAVASSOS, 2011, p. 17).

³² Alguns dos desafios que se pode referir são: reforma na estrutura do financiamento, renegociação dos papéis público e privado, adequação do modelo de atenção à saúde de acordo com as mudanças demográficas e epidemiológicas, promoção da qualidade de vida e da qualidade do cuidado com o paciente (PAIM; TRAVASSOS, 2011, p. 11).



Enquanto não se vivencia uma total proteção da saúde em termos práticos, são constantes as demandas na justiça³³ em busca da efetividade do direito à saúde que, embora garantido na Constituição, por vezes não se aplica na prática³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central aqui perseguido foi caracterizar a saúde como um direito humano fundamental embasado na dignidade da pessoa humana e já consolidado a nível internacional e nacional, especialmente no Estado Democrático de Direito português e brasileiro, por intermédio da previsão constitucional e infraconstitucional em ambos os Estados do direito à saúde. Ademais se buscou demonstrar que a forma de consecução do direito à saúde varia de acordo com cada sociedade e período histórico. Entretanto, pelo fato do direito à saúde se desenvolver, concretizar e efetivar de modos distintos, não descaracteriza sua essencialidade, ou seja, sua íntima relação com a dignidade humana e a perfectibilização dos direitos sociais garantidos tanto no Brasil como em Portugal.

³³ Sobre o processo de crescimento de busca do poder judiciário no Brasil para a efetivação dos direitos constitucionais e seus aspectos sociais, jurídicos e políticos ver as obras de BARROSO, Luis Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Disponível em: <http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/12685_Cached.pdf> Acesso em 18 jul. 2015; BITENCURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Observação pragmático-sistêmica da atuação do poder judiciário nas relações entre políticas públicas e direitos sociais: um exemplo na jurisprudência sobre educação e saúde. In: REIS, Jorge Renato dos; GORVZEVSKI, Clóvis (Org). **Constitucionalismo Contemporâneo: desafios modernos**. Curitiba: Multideia, 2011; VIEIRA, José Ribas; CAMARGO, Margarida Maria Lacombe; SILVA, Alexandre Garrido da. **O Supremo Tribunal Federal como arquiteto institucional: a judicialização da política e o ativismo judicial**. Disponível em: < <http://www.arcos.org.br/livros/anais-do-i-forum-de-grupos-de-pesquisa-em-direito-constitucional-e-teoria-do-direito/>>. Acesso em: 18 jul. 2015; SIMIONI, Ariane. O ativismo Judicial como meio de garantia da cidadania e dos direitos fundamentais. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; RODRIGUES, Hugo Thami (orgs). **Direito e Políticas Públicas VIII**. Curitiba: Multideia, 2013.

³⁴ Essa busca pelo judiciário para efetivar os direitos, em especial os sociais, garantidos na Constituição de 1988 e que ainda não são plenamente efetivos no país é uma característica peculiar na sociedade brasileira advinda da cultura de reivindicação social do Brasil, fortificada durante o período da ditadura militar, em decorrência da centralidade que o Estado tem no contexto sócio-político. Especificamente, no tocante a saúde, a participação social tem sido determinante para a definição das políticas de saúde pública através dos Conselhos Municipais de Saúde. Já em Portugal a principal estratégia social para reivindicar do Estado os seus direitos são os protestos. Embora os dois países tenham uma estruturação do judiciário muito semelhante, em Portugal à busca por esse poder do Estado não é tão constante e comum quando comparado ao Brasil (ASENSI, 2013, p. 806-816).



O direito não se reduz a lei, assim como a forma de efetivação dos direitos previstos em lei não dependem de uma única fórmula matemática. Por isso, torna-se viável atingir o mesmo direito humano internacional em âmbito Estatal de formas diversas, respeitando as peculiaridades sociológicas, culturais e históricas de cada povo.

Tanto a Constituição brasileira quanto a portuguesa classificam o direito à saúde como um direito humano, fundamental e social, de acordo com os princípios de equidade e universalidade, restando um diferencial na questão da gratuidade dos sistemas.

Ademais as peculiaridades de reivindicação social dos direitos, a sua positivação legislativa, os entendimentos doutrinários e jurisprudências em torno da temática da saúde só demonstram que em muitos pontos a relação entre Brasil e Portugal é mais do que uma relação entre colonizados e colonizadores. Isso, pois ambos os povos são efetivamente irmãos em matéria de humanidade e vontade social e institucional de realizar aquilo que independentemente de raça, credo, cor, sexo ou nacionalidade é essencial a todo o ser humano, ou seja, uma existência digna.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes Históricos do Sistema único de Saúde. Breve história da política de saúde no Brasil. In: **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. São Paula: Martinari, 2011.

ALEXANDRINO, José de Melo. **Reforma constitucional**. Lições do Constitucionalismo Português. Disponível em:
<<http://www.fd.ul.pt/Portals/0/Docs/Institutos/ICJ/LusCommune/AlexandrinoJosedeMelo2.pdf>>.
Acesso em: 04 jan. 2014.



ASENSI, Felipe Dutra. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. **Physis. Revista de Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 23, n. 03, p. 801-820. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/08.pdf>> Acesso em: 07 jan. 2014.

BARROSO. Luis Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Disponível em: <

http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/12685_Cached.pdf> Acesso em 07 jan. 2014.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992.

BORGES, Alexandre Walmontt; GADIA, Giovanna Cunha Mello Lazarini; OLIVEIRA JÚNIOR, Mário Ângelo de. Direito Fundamental à saúde e a responsabilidade do Estado. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul: UNISC, n. 36, p. 95-119, jul/dez, 2011. Disponível

em:<<http://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/2038/1728>> Acesso em: 31 jan. 2014.

BITENCURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Observação pragmático-sistêmica da atuação do poder judiciário nas relações entre políticas públicas e direitos sociais: um exemplo na jurisprudência sobre educação e saúde. In: REIS, Jorge Renato dos; GORVZEVSKI, Clóvis (Orgs). **Constitucionalismo Contemporâneo: desafios modernos**. Curitiba: Multideia, 2011.

BRASIL. **Decreto Lei nº 200**, de 25 de fevereiro de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm> Acesso em: 06 jan.2014.

_____. **Lei nº 8.080**, de 15 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 06 jan. 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro 1988. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 06 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> Acesso em 07 jan. 2014.

CARREIRA, Henrique Medina. **As políticas sociais em Portugal**. Gradiva: Lisboa, 1996.

COMPARATO, Fábio Konder. **Fundamento dos direitos humanos**. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/comparatodireitoshumanos.pdf/at_download/file>. Acesso em: 01 jan. 2014.

COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Comentário Geral Nº 14 de maio de 2000**. Disponível em:



<<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument>>. Acesso em: 01 jan. 2014.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 2. ed. Almedina: Coimbra, 1998

_____; MOREIRA, Vital. **Fundamentos da Constituição**. Coimbra: Coimbra, 1991.

_____. **Constituição da República Portuguesa Anotada**. 4. ed. rev. Coimbra: Coimbra, 2007. p. 823-831. V. I

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: online, v. 22, n. 4, p. 327-334, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n4/08.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2014.

_____. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: online, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101988000100008&script=sci_arttext> Acesso em: 01 jan. 2014.

EMERIQUE, Lilian Márcia Balmant; GUERRA, Sidney. A dignidade da pessoa humana e o direito ao mínimo vital. **Direitos Humanos no Século XXI: cenários de tensão**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. Disponível em: <<http://www.andhep.org.br/anais/arquivos/IIencontro/direitoshumanos-seculoxxi.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2014.

FERREIRA, F.A. Gonçalves. **Moderna Saúde Pública**. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa, 1990.

GALVÃO, Antônio Moreira. **Origem das Políticas de saúde no Brasil: do Brasil colônia a 1930**. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf> Acesso em: 06 jan.2014.

HABERMAS, Jürgen. El concepto de dignidad humana y la utopia realista de los derechos humanos. **Diánoia** [online], v. 55, n. 64, p.3-25. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/dianoia/v55n64/v55n64a1.pdf>> Acesso em: 04 jan. 2014.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1994.

LEAL, Rogério Gesta. **Condições e Possibilidades eficaciais dos direitos fundamentais sociais: os desafios do poder judiciário no Brasil**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

LOPES, Octávio Gonçalves. Planejamento em saúde. Para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 23, set. 1987. Disponível em: <www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=326>. Acesso em: 03 jan. 2014.

MARTÍNES, Gegório Peces-Braba. La dignidade humana. In: ASSIS, Rafael de; BONDÍA, David; MAZA, Elena (Coords). **Los desafíos de los derechos humanos**



hoj. Madrid: Dkykinson, 2007.p.157-171. Disponível em: <http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/16006/dignidad_Peces_2007.pdf?sequence=1> Acesso em: 01 jan. 2014.

MARCANTE, Sheron; SANTIN, Janaina Rigo. Direitos Humanos e cidadania: a participação no sistema interamericano de proteção de direitos humanos. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul: UNISC, n. 38, p.149-177, jun/dez, 2012. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/3109/2271>>. Acesso em: 01 jan. 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Martins; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MIRANDA, Jorge. **Direito Constitucional**. Direitos Fundamentais. Tomo II. Coimbra: Lisboa, 1993.

MOREIRA, Vital; GOMES, Carla de Marcelino (Coord.). **Compreender os Direitos Humanos**. Manual de educação para os direitos humanos. Coimbra: Centro de Direitos Humanos/ Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2012. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/igc/manual/pdfs/manual_completo.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço social nacional de saúde. **Revista Direitos Fundamentais e Justiça**, ano 4, n. 11, p. 85-109, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.dfj.inf.br/Arquivos/PDF_Livre/11_Dout_Estrangeira_4.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2014.

ORDACGY, André da Silva. O direito humano fundamental à saúde pública. **Revista da Defensoria Pública da União**. Brasília: DPU, n. 1, p. 16-35, jan/jun 2009. Disponível em: <http://www.dpu.gov.br/esdpu/images/revistadpu/revista_01.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948**. Disponível em: <http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2014.

_____. **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966**. Disponível em: <<http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>> Acesso em: 01 jan. 2014.

PAIM, Jalmilson; TRAVASSOS, Claudia; et. al. O sistema de saúde brasileiro: história avanços e desafios. **The Lancet**. Saúde no Brasil. p.11-30, maio de 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>> Acesso em: 06 jan.2014.

PAULA, João Miguel Pulquério de. O Direito à saúde: reflexões sobre a sua fundamentalidade. **Pensar Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 51-61, set. 2012. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf> Acesso em: 03 jan. 2014.



PEQUENO, Marconi. **O fundamento dos direitos humanos.** Disponível em: http://www.redhbrasil.net/documentos/biblioteca_on_line/modulo1/2.fundamento_dos_direitos_humanos_marconi.pdf> Acesso em: 01 jan. 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Disponível em: http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf> Acesso em: 06 jan.2014.

PORTUGAL. Decreto de aprovação da Constituição de 10 de abril de 1976. **Diário da República.** Poder Executivo, 10. Abr. 1976. Série 1, n.º86. Parte A. Disponível em: <http://srpf.gov-madeira.pt/media/Conteudos/Ficheiros/DRTesouro/Legislacao/A1.pdf> > Acesso em 04 jan. 2014.

_____. Lei nº56, de 15 de setembro de 1979. **Diário da República.** Poder Executivo, 15. Set. 1979, Série 1, nº 214. Disponível em:< <http://www.dre.pt/pdf1s/1979/09/21400/23572363.pdf>> Acesso em: Acesso em 04 jan. 2014.

_____. Lei nº 48, de 24 de agosto de 1990. **Diário da República.** Poder Executivo, 24. Ago. 1990, Série 1, nº 195. Disponível em:< <http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>> Acesso em: Acesso em 04 jan. 2014.

_____. Lei Constitucional nº01/2005. Sétima revisão constitucional, de 7 de agosto de 2005. Disponível em:< http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/crp_2005.pdf> Acesso em: Acesso em 04 jan. 2014.

_____. Tribunal Constitucional. Acórdão nº 39/84. Relator: Vital Moreira. Sessão de 11/04/1984. **Diário da República.** Poder Executivo, 05. Mai. 1984, Série 1, nº 104.p. 1455-1468. Disponível em: < <http://dre.pt/pdf1s/1984/05/10400/14551468.pdf>> Acesso em: Acesso em 04 jan. 2014.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal: uma análise comparada. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná** [online]. Curitiba: PGE, n. 1, p. 53-92, 2010. Disponível em: http://www.pge.pr.gov.br/arquivos/File/Revista_PGE_2010/04_O_direito_fundamental.pdf> Acesso em: 01 jan. 2014.

RECK, Janriê Rodrigues. Espaços públicos de comunicação e controle judicial: uma discussão necessária. **Revista do Direito.** Santa Cruz do Sul: UNISC, n. 17, jan./jun. 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

_____. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. **Revista Brasileira de Direito Constitucional.** n. 9, p.360-387, jan./jun. 2007.



_____. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 3. ed. rev. atual e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SIMIONI, Ariane. O ativismo Judicial como meio de garantia da cidadania e dos direitos fundamentais. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; RODRIGUES, Hugo Thamir (Orgs.). **Direito e Políticas Públicas VIII**. Curitiba: Multideia, 2013.

SOUZA, Paulino Artur Ferreira de. O sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. especial 1, p. 884-894, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf> > Acesso em: 04 jan. 2014.

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do sistema único de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCÍPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em 07 jan. 2014.

VIEIRA, Mónica Brito; SILVA, Filipe Carreira da. **O momento constituinte: os direitos sociais na constituição: debates**. Almedina: Coimbra, 2010.

VIEIRA, José Ribas; CAMARGO, Margarida Maria Lacombe; SILVA, Alexandre Garrido da. **O Supremo Tribunal Federal como arquiteto institucional : a judicialização da política e o ativismo judicial**. Disponível em: <http://www.arcos.org.br/livros/anais-do-i-forum-de-grupos-de-pesquisa-em-direito-constitucional-e-teoria-do-direito/> Acesso em: 07 jan. 2014.