

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO**

JESSER RODRIGUES BORGES

**ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA TUTELA DO ACESSO AO
DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE: UM ESTUDO DOS
INSTRUMENTOS EXTRAJUDICIAIS UTILIZADOS NO ESTADO DE SANTA
CATARINA**

**CRICIÚMA
2023**

JESSER RODRIGUES BORGES

**ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA TUTELA DO ACESSO AO
DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE: UM ESTUDO DOS
INSTRUMENTOS EXTRAJUDICIAIS UTILIZADOS NO ESTADO DE SANTA
CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito (Mestrado) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito.
Orientador: Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
Coorientadora: Profa. Dra. Mônia Clarissa Hennig Leal (UNISC)

CRICIÚMA/SC

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

B732a Borges, Jesser Rodrigues.

Atuação do Ministério Público Federal na tutela do acesso ao direito fundamental e social à saúde : um estudo dos instrumentos extrajudiciais utilizados no estado de Santa Catarina / Jesser Rodrigues Borges. - 2023.

124 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Direito, Criciúma, 2023.

Orientação: Reginaldo de Souza Vieira.

Coorientação: Mônia Clarissa Hennig Leal.

1. Direito à saúde. 2. Direitos sociais. 3. Ministério Público Federal (MPF). 4. Estado Social e Democrático de Direito. 5. Políticas públicas. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 23. ed. 362.1026

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

JESSER RODRIGUES BORGES

“ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA TUTELA DO ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE: UM ESTUDO DOS INSTRUMENTOS EXTRAJUDICIAIS UTILIZADOS NO ESTADO DE SANTA CATARINA”

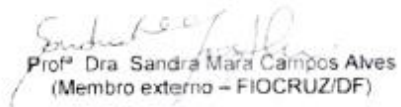
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Direito no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 31 de agosto de 2023.

BANCA EXAMINADORA

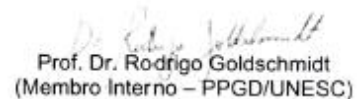


Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
(Presidente e Orientador (a) – UNESC)



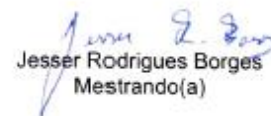
Prof. Dra. Sandra Mara Campos Alves
(Membro externo – FIOCRUZ/DF)

Profa. Dra. Mônia Clarissa Hennig Leal
(Coorientadora Externa - UNISC)



Prof. Dr. Rodrigo Goldschmidt
(Membro Interno – PPGD/UNESC)

Prof. Dr. Ismael Francisco de Souza
(Membro Suplente – PPGD/UNESC)



Jesser Rodrigues Borges
Mestrando(a)



Prof. Dr. Ismael Francisco de Souza
Coordenador Adjunto do PPGD

À minha querida e amada esposa Taís Borges, por todo carinho,
incentivo e suporte incondicional, mesmo em tempos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço enormemente à minha querida esposa Taís Adriana Paycorich Borges, pois sem ela não seria possível chegar até aqui. Pelo carinho, incentivo e todo suporte ao longo de nossa jornada, proporcionando momentos que não caberiam palavras para descrever.

À minha mãe, Neuza Maria dos Santos Rodrigues, que sempre me incentivou no caminho do conhecimento, mesmo diante de tempos nebulosos.

Aos membros da banca de qualificação, Prof. Dr. Antônio Carlos Wolkmer - coordenador do PPGD, Prof. Rodrigo Goldschmidt - Membro do PPGD, Profª Dra. Sandra Mara Campos Alves - Membro externo - FIOCRUZ/DF, pelas importantes contribuições.

Agradeço à Profª. Dra. Mônia Clarissa Henning Leal (UNISC), enquanto Co-orientadora, por todo auxílio e revisão do trabalho.

Ao meu Profº. e Orientador Dr. Reginaldo de Souza Vieira, cujas contribuições foram imprescindíveis para a conclusão dessa pesquisa, pelo apoio e toda instrução ao longo do estudo, demonstrando que é possível o fortalecimento do Sistema Único de Saúde para todos.

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa foi estudar em que medida a atuação extrajudicial do Ministério Público Federal pode contribuir para a garantia do acesso ao direito fundamental à saúde, tendo como norte a consolidação do Estado Social e Democrático de Direito proporcionada pela Constituição Federal de 1988, marco teórico desse estudo. A partir dela, a saúde passou a ser reconhecida como direito fundamental e universal de todo indivíduo, cabendo ao Estado a adoção das medidas necessárias a sua concretização por intermédio das políticas públicas do Sistema Único de Saúde - SUS, o qual é resultante dos movimentos sociais alinhados à redemocratização do Brasil. Não obstante, em decorrência de inúmeros entraves, sejam de ordem econômica, orçamentária ou até mesmo vontade política, não se consegue atender as demandas dos(as) usuários(as) do SUS, especialmente aquelas consideradas de média e alta complexidade e os medicamentos de alto custo. Diante desse cenário, muitos casos são levados ao Poder Judiciário, ocasionando o fenômeno da judicialização, em que ocorre a transferência do poder decisório ao Judiciário, ao invés de seu titular, o Executivo. O crescimento exponencial de demandas judiciais sobre saúde, somado ao fato de serem – na grande maioria - analisadas unicamente sob o viés individual, acaba produzindo efeitos negativos, tais como alterações indevidas na fila de espera e o direcionamento da política pública para os casos demandados em juízo, em detrimento daqueles que não buscaram o Judiciário. Surge, pois, a atuação extrajudicial do MPF, enquanto legitimado pela CF/1988 para tutela dos direitos fundamentais, difusos e coletivos, como instrumento para o fortalecimento das políticas públicas em saúde e alternativa frente à judicialização, em especial quando atua em âmbito coletivo. Nesse contexto, o presente estudo buscou, a partir da análise da atuação extrajudicial do MPF na tutela do direito à saúde, tendo como marco temporal os anos de 2019 à 2022, delimitada a análise ao Estado de Santa Catarina, identificar em que medida a atuação extrajudicial do MPF pode contribuir para a promoção e garantia do acesso ao direito fundamental à saúde. Empregou-se o método dedutivo e a revisão bibliográfica e documental como técnica de pesquisa, realizando-se análise da atuação extrajudicial a partir dos dados obtidos no sistema disponibilizado pela Instituição. Ao final, foi possível concluir que a atuação extrajudicial do Ministério Público pode contribuir significativamente para a concretização das políticas públicas em saúde e para a contenção do fenômeno da judicialização sobre a temática, pois a grande maioria das demandas levadas ao conhecimento da Instituição foram solucionadas na via extrajudicial, privilegiando o diálogo e a adoção de instrumentos alternativos. Identificou-se que uma parcela significativa da atuação se deu restrita ao âmbito individual, sendo válido ressaltar a importância de maior enfoque no âmbito coletivo, de modo a analisar as demandas de maneira sistêmica, sob pena de ocasionar eventuais distorções na concretização das políticas públicas em saúde.

Palavras-chave: Ministério Público Federal; Políticas Públicas; Estado Social e Democrático de Direito; Direito Fundamental à Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to study the extent to which the out-of court action of the Federal Public Ministry can contribute to guaranteeing access to the fundamental right to health, having as its guide the consolidation of the Social and Democratic State of Law provided by the Federal Constitution of 1988, landmark theory of this study. From it, health began to be recognized as a fundamental and universal right of everyone, leaving the State to adopt the necessary measures for its implementation through the public policies of the Unified Health System - SUS, which is the result of social movements, aligned with the redemocratization of Brazil. However, as a result of numerous obstacles, be it economic, budgetary or even political will, it is not possible to meet the wishes of the population, which is why many are left unattended and cannot get medical care or adequate treatment in a timely manner. Given this scenario, many cases are taken to the Judiciary, causing the phenomenon of judicialization, in which decision-making power is transferred to the Judiciary, instead of its holder, the Executive. The exponential growth of judicial demands on health, added to the fact that they are - in the vast majority - analyzed solely from an individual perspective, ends up producing negative effects, such as undue changes in the waiting list and the direction of public policy for the cases demanded in court, to the detriment of those who did not seek the judiciary. Therefore, the out-of court action of the MPF arises, as legitimized by CF 88 for the protection of fundamental, diffuse and collective rights, as an instrument for the strengthening of public health policies and an alternative to judicialization, especially when it acts in a collective scope. In this context, the present study sought, based on the analysis of the extrajudicial action of the MPF in the protection of the right to health, having as a time frame the years 2019 to 2022, delimiting the analysis to the State of Santa Catarina, identifying to what extent the performance out-of-court action by the MPF can contribute to promoting and guaranteeing access to the fundamental right to health. The deductive method and a bibliographical and documentary review were used as a research technique, following up the analysis of the out-of court action from the data obtained in the system made available by the Institution. In the end, it was possible to conclude that the out-of court action of the Public Ministry can significantly contribute to the implementation of public health policies and to contain the phenomenon of judicialization on the subject, since the vast majority of the demands brought to the attention of the Institution were resolved in the out-of court way, favoring dialogue and the adoption of alternative instruments. Nevertheless, it was identified that a significant portion of the action was restricted to the individual scope, and it is worth emphasizing the importance of a greater approach in the collective scope, in order to analyze the demands in a systemic way, under penalty of causing unexpected distortions in the implementation of the public health policies.

Keywords: Federal Public Ministry. Public Policies. Social and Democratic State of Law. Fundamental Right to Health. Unified Health System.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. OS DIREITOS FUNDAMENTAIS E O MINISTÉRIO PÚBLICO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 A PARTIR DOS FUNDAMENTOS DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO	9
2.1 RAÍZES HISTÓRICAS DO MODELO DE ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO.....	9
2.2 O ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	29
2.3 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS: BASES TEÓRICAS E O RECONHECIMENTO DE SUA DIMENSÃO SOCIAL.....	35
2.4 O MINISTÉRIO PÚBLICO ENQUANTO INSTITUIÇÃO LEGITIMADA À TUTELA DOS DIREITOS INDISPONÍVEIS, TRANSINDIVIDUAIS, DIFUSOS E COLETIVOS	44
2.4.1 Antecedentes históricos do Ministério Público	44
2.4.3 O Ministério Público português	46
2.4.3 O Ministério Público brasileiro	47
3. O DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE E O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: OS DESAFIOS PARA O ACESSO	53
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE: DOCUMENTOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS.....	53
3.2 O DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	58
3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENQUANTO CONCRETIZAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO	64
3.4 OS DESAFIOS PARA O ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE	66
3.4.1 Subfinanciamento.....	67
3.4.2 Judicialização em Matéria de Saúde Pública	68
3.4.3 Tentativa de Privatização/Terceirização do SUS	71
3.4.4 Fortalecimento da Participação Democrática	74
4 ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA TUTELA DO ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA	77
4.1 ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO	77

4.2 O ESTADO DE SANTA CATARINA E O ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E DA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A ESTE DIREITO	86
4.3 ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL DO MPF NO ESTADO DE SANTA CATARINA NOS CASOS QUE ENVOLVEM A GARANTIA DO ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE	91
4.4. A UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTO EXTRAJUDICIAIS PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL PODE SER UMA ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE	95
5. CONCLUSÃO	100
6 REFERÊNCIAS.....	104
ANEXOS	114
ANEXO 1 - Procedimentos Extrajudiciais extraídos do Sistema Único do MPF, correspondente aos dados da atuação no período de janeiro de 2019 à janeiro de 2022.	115

1. INTRODUÇÃO

Não é de hoje que se observam as dificuldades enfrentadas pela população quando o tema é saúde, especialmente para aqueles que dependem do Sistema Único de Saúde para obter um tratamento, seja para a realização de consultas, exames, medicamentos ou para a realização de procedimentos cirúrgicos. Inúmeros são os entraves para se garantir o acesso ao direito fundamental à saúde, mesmo tendo a Constituição Federal de 1988 elevado o direito à saúde ao patamar de direito humano fundamental, indispensável à dignidade da pessoa humana, cabendo ao Estado a concretização desse direito por intermédio de políticas públicas.

Embora a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, considerada direito fundamental básico, imprescindível à dignidade da pessoa humana, o que se observa, na prática, é que o Estado não consegue suprir a demanda da população, seja porque esta é alta, os custos para a concessão do tratamento são elevados, há dificuldades logísticas e operacionais, falta de vontade política, dentre inúmeros outros fatores que dificultam a concretização desse direito. Ocorre que, nesse cenário, muitas pessoas ficam desassistidas ou acabam entrando em uma longa fila de espera, o que, na realidade, caracteriza o não atendimento. Em suma, muitos não conseguem acesso ao direito fundamental à saúde.

Com o advento da emenda constitucional nº 93 de 15 de dezembro de 2016, conhecida como emenda do teto dos gastos públicos, implantou-se no Brasil uma sistemática de redução de investimentos em diversos setores. Como resultado observou-se a diminuição sistemática de políticas públicas voltadas à concretização dos direitos sociais fundamentais, dentre os quais encontra-se o direito à saúde. Assim, o serviço público de saúde, que já apresentava desafios, limitações e entraves para a concretização, restou ainda mais prejudicado.

Outro efeito decorrente da falta de atendimento da população é a judicialização da saúde, caracterizada como fenômeno resultante do crescimento exponencial de demandas judiciais direcionadas para a tutela do direito fundamental à saúde, de modo que as decisões acerca da execução das ações da política pública em saúde acabam - em grande medida - sendo decididas pelo Poder Judiciário, ao invés do Poder Executivo.

Muito embora se reconheça que o amplo acesso ao poder judiciário é uma conquista decorrente do Estado Social e Democrático de Direito, imprescindível para

a manutenção da paz social, a grande quantidade de demandas sobre saúde pode gerar efeitos adversos (como alterações indevidas na fila de espera, aumento dos custos decorrentes da concessão não planejada, dentre outros), especialmente em decorrência de que a grande maioria das demandas são de cunho individual, ou seja, o Poder Judiciário acaba tendo que analisar caso a caso milhares de pedidos individuais, não tendo oportunidade para adoção de medidas sistêmicas, o que nos leva a refletir, primeiramente, sobre alternativas mais eficazes para a concretização (ou ao menos melhoria) da política pública em saúde, de modo a garantir a universalidade no atendimento, tal como previsto na Constituição Federal de 1988 (e não apenas para aqueles que ingressam em juízo). Do mesmo modo, se faz necessário buscar novas formas para a resolução das demandas sem a necessidade de assoberbar o Poder Judiciário, ou seja, alternativas para conter o fenômeno da judicialização da saúde.

Nesse contexto, a presente pesquisa tem por objetivo abordar a atuação extrajudicial (aquela que ocorre sem a intervenção do Poder Judiciário) do Ministério Público Federal, de modo a identificar os mecanismos utilizados pela Instituição para a resolução de demandas voltadas à garantia do direito à saúde, bem como analisar dados da atuação extrajudicial do MPF no Estado de Santa Catarina sobre a temática no período de 2019 à 2022.

Essa pesquisa está relacionada com a proposta do Programa de Pós-Graduação em Direito da UNESC, pois pretende estudar a atuação do Ministério Público Federal na promoção de políticas públicas em saúde, bem como analisar os instrumentos à sua disposição para a consecução dos seus objetivos Constitucionais. Estando, portanto, vinculado à área de concentração “Direitos Humanos e Sociedade” e com a linha de pesquisa “Direito, Sociedade e Estado”. Ademais, o estudo encontra-se adstrito à linha de pesquisa do professor orientador, Dr. Reginaldo de Souza Vieira, que é voltada para o Sistema Único de Saúde e participação popular, bem como as discussões realizadas no âmbito do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC); Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC); Rede Egrupe (UNESC, UNISC e FMP/RS); Rede de Pesquisa Direito e Políticas Públicas; e a Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos.

Pelo exposto, mostra-se extremamente relevante e atual o estudo que aqui se propõe, vez que busca analisar em que medida a atuação extrajudicial do MPF na

tutela do direito à saúde no estado de Santa Catarina, contribui para o fortalecimento das políticas públicas em saúde e na contenção da judicialização sobre a temática, bem como identificar quais são os mecanismos que se mostram mais eficazes nesse desiderato.

O marco teórico que embasa a presente pesquisa é a formação do Estado Social e Democrático de Direito, que se consolida, no caso brasileiro, a partir da Constituição Federal de 1988. Tal opção é justificada pelo fato de que o direito social e fundamental à saúde é uma conquista histórica que teve início a partir dos movimentos empreendidos pela classe operária no século XIX, em contraposição ao modelo de Estado Liberal até então vigente. O seu objetivo será a intervenção do Estado na sociedade e na economia, a fim de promover direitos fundamentais básicos. O modelo de Estado Social buscará, portanto, promover maior igualdade a partir da implementação de direitos sociais. Seguindo essa linha, adota-se o conceito proposto por Novais (2006, p. 218), para quem o modelo de Estado Social e Democrático de Direito é aquele que vincula a atividade do Estado à garantia dos direitos fundamentais, criando condições favoráveis para o desenvolvimento da personalidade individual.

Cabe mencionar que o Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto política pública do Estado, destinado à garantia do direito fundamental à saúde de forma universal e gratuita, é resultante dos movimentos sociais desencadeados no processo de redemocratização do país, surgido especialmente a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB, estando, portanto, inserido no contexto do Estado Social e Democrático de Direito, marco teórico dessa pesquisa. Do mesmo modo, também é a partir da Constituição Federal de 1988 que ao Ministério Público são atribuídas diversas funções institucionais destinadas à promoção e garantia dos direitos sociais e fundamentais anteriormente estabelecidos (dentre os quais encontra-se o direito à saúde). Sendo certo que, com o advento da atual Constituição Federal, o MP passou a ser considerado instituição permanente voltada à promoção dos direitos e interesses difusos e coletivos, dentre os quais se enquadra o direito fundamental e social à saúde.

As principais categorias teóricas que serão abordadas ao longo do estudo - Estado Social e Democrático de Direito; Direitos Fundamentais; Ministério Público; Instrumento extrajudiciais; Direito fundamental e social à saúde; Judicialização – também estão intimamente relacionadas com o marco teórico da pesquisa.

Para a produção do presente trabalho acadêmico será utilizado o método dedutivo, utilizando-se das técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, por meio da qual será realizado estudo dos principais autores que abordam a temática, da legislação vigente, revistas especializadas, assim como será utilizado análise documental e de dados disponibilizados via internet pelos órgãos públicos. Ao final, será realizada pesquisa nos sistemas informatizados do Ministério Público Federal, a fim de verificar a atuação extrajudicial no Estado de Santa Catarina no período de 2019 à 2022, de modo a identificar a quantidade de procedimentos sobre a temática e quais medidas foram adotadas pelo MP, visando a verificar em que medida a atuação extrajudicial contribui para o fortalecimento das políticas públicas em saúde e para a diminuição do fenômeno da judicialização da saúde.

Importante mencionar que essa pesquisa não pretende esgotar a temática, mesmo porque a política pública em saúde é extremamente complexa e exige múltiplas abordagens para sua concretização, do mesmo modo que a atuação extrajudicial do MPF engloba diversos assuntos, mecanismos e formas de atuação. O que se pretende é ampliar os horizontes de possibilidade no intuito de verificar se a atuação extrajudicial do MPF pode ser uma alternativa para o fortalecimento das políticas públicas em saúde e contenção da judicialização, tendo como referência o Estado de Santa Catarina e o período indicado.

Destarte, o problema central da presente pesquisa consiste em responder ao seguinte questionamento: *Considerando o reconhecimento pela Constituição Federal de 1988 da saúde na qualidade de um direito fundamental social amparado nos postulados teóricos e jurídicos do Estado Social e Democrático de Direito, em que medida a atuação extrajudicial do Ministério Público Federal contribui para a concretização das políticas públicas em saúde e para a contenção do fenômeno da judicialização sobre a temática?*

Para tanto, tem como objetivos específicos: (a) estudar os Direitos Fundamentais e as atribuições e instrumentos que o Ministério Público possui para tutela dos direitos indisponíveis, transindividuais, difusos e coletivos, em âmbito extrajudicial, tendo por referência as bases do Estado Social e Democrático de Direito, assim como as disposições constitucionais sobre a temática inseridas na Constituição Federal de 1988; (b) compreender a garantia do direito fundamental e social à saúde e o Sistema Único de Saúde como uma política pública de Estado, identificando as suas principais problemáticas e desafios atuais, tais como as limitações

orçamentárias, a gestão, o sucateamento do sistema de saúde e a necessidade de fortalecimento dos espaços participativos e a judicialização em matéria de saúde pública; (c) analisar a atuação extrajudicial do Ministério Público Federal no Estado de Santa Catarina, no período de 2019 à 2022, para garantia do acesso ao direito fundamental e social à saúde.

O trabalho está dividido em três capítulos, ao longo dos quais pretende-se formar uma base teórica geral para, a partir dela, analisar os dados da atuação extrajudicial do MPF como indicado.

No primeiro capítulo, será realizada uma retomada histórica dos modelos de Estado que antecederam o atual. O ponto de partida será a compreensão do Estado Liberal, consolidado a partir dos ideais propostos pelo Jusnaturalismo contratualista e da Revolução Francesa, momento em que a classe burguesa, anteriormente dominada pelos ditames do absolutismo, passa a ser a classe dominante, impondo uma nova forma de Estado (BONAVIDES, 2009, p. 40-42). Na sequência, busca-se identificar os fatores que desencadearam a crise do liberalismo clássico e o surgimento do Estado Social, não como superação absoluta do modelo anterior, mas enquanto evolução, visto que não despreza as conquistas anteriormente alcançadas, mas busca novas alternativas para conter a crise. O surgimento do Estado Social se deu no pós-segunda guerra mundial, em decorrência da necessidade de se atender às demandas da classe operária no cenário de exploração iniciado com a revolução industrial do século XIX. Nesse momento, nasce o *Welfare State*, ou Estado de bem-estar-social. De acordo com o doutrinador Manuel García-Pelayo (2009, p. 2), “o conceito de *Welfare State* se refere basicamente a uma dimensão da política estatal: a finalidade de produzir bem-estar social”. O Estado Social, por sua vez, é um conceito mais recente que abrange além dos elementos do bem-estar social os problemas gerais do Estado contemporâneo. Ao cabo dessa primeira etapa, estuda-se o Estado Social e Democrático de Direito, que agrega, para além das conquistas anteriores, o elemento democrático, possibilitando a participação população como expressão da cidadania.

No capítulo seguinte, propõe-se o estudo do direito fundamental e social à saúde no contexto do Estado Social e Democrático de Direito, especialmente a partir da ótica da teoria dos direitos fundamentais, bem como os principais desafios atuais para sua concretização. Será abordado o direito à saúde como direito humano fundamental, que nasceu efetivamente (no cenário global) somente após a criação da

Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1948. Momento a partir do qual se desenvolve o conceito amplo de saúde, que passa a ser destinada a promover a plenitude da saúde física, mental e emocional de todos os indivíduos, abrangendo não apenas o tratamento, mas igualmente a prevenção, higiene e educação (SCLIAR, 2007). Ato contínuo, será estudada a Instituição do Ministério Público, suas raízes históricas e as funções que passa a desempenhar com o advento da Constituição Federal de 1988, que atribuiu ao MP o caráter de “[...] instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (BRASIL, 1988). Em especial, será abordada a atuação extrajudicial do Ministério Público (aquela que ocorre sem a submissão da demanda ao Poder Judiciário), identificando-se os mecanismos utilizados pela Instituição na tutela do direito fundamental e social à saúde.

Ao final, no terceiro capítulo, será apresentada análise dos dados que refletem a atuação em âmbito extrajudicial do Ministério Público Federal, na tutela do direito fundamental e social à saúde, no Estado de Santa Catarina, especificamente no período de 2019 à 2022, objetivando responder ao problema central da pesquisa.

2. OS DIREITOS FUNDAMENTAIS E O MINISTÉRIO PÚBLICO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 A PARTIR DOS FUNDAMENTOS DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Em um primeiro momento se faz necessário compreender o modelo de Estado Social e Democrático de Direito, consolidado no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, em que a garantia de direitos fundamentais é requisito indispensável para a legitimidade do próprio Estado. Nessa dinâmica, o Ministério Público assumirá papel de destaque no que se refere à promoção e garantia desses direitos fundamentais. Não é por menos que algumas doutrinas classificam o MP como “*ombudsmam*”, que significa – em tradução livre - “ouvidor”, ou seja, aquele que ouve os problemas levados pela sociedade na tentativa de mediar eventuais conflitos e promover os direitos fundamentais.

Para tanto, estudaremos no presente capítulo os modelos de Estado que antecederam o atual para, em seguida, analisar a instituição do Ministério Público e seus antecedentes históricos, de modo a compreender a função que desempenha no contexto do Estado Social e Democrático de Direito.

2.1 RAÍZES HISTÓRICAS DO MODELO DE ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Para compreensão do atual conceito de Estado Social e Democrático de Direito, marco teórico da presente pesquisa, e suas implicações na Constituição Federal de 1988, sobretudo no que se refere aos direitos sociais, dentre os quais encontra-se o direito à saúde, se faz necessário uma retomada de seus antecessores históricos. Como se verá adiante, o primeiro conceito que surge no que se refere a uma concepção de Estado moderno será o Estado Absolutista, em que o poder está centrado nas mãos de um soberano – notadamente o Rei.

Sobre as origens do Estado moderno, lecionam Celia Lessa Kerstenetzky e Jaques Kerstenetzky que:

Relatos das origens do Estado moderno apontam o Tratado de Westfália de 1648 como marco histórico da conformação do mundo como um sistema de Estados nacionais. Apesar de seu significado mais amplo ser aberto à disputa, é geralmente aceito que o Tratado teria formalizado a soberania do Estado sobre o seu território, perante sejam vizinhos sejam residentes no

interior de suas fronteiras geográficas, desse modo reduzindo a limites manejáveis as ameaças externas, a fragmentação política interna baseada em religião ou outras clivagens e as inevitáveis combinações entre esses elementos. No mínimo, o Tratado gerou a expectativa legítima desse reconhecimento, cuja violação justificaria o uso da violência por parte do Estado. (KERSTENETZKY, 2015, p. 583)

Vale registrar que alguns autores defendem que o Estado, em verdade, seria resultado de uma evolução histórica milenar, defendendo que suas origens remontariam às primeiras civilizações organizadas, sobretudo a partir da Grécia antiga. No entanto, não se pode confundir o Estado moderno - enquanto instituição política nos moldes que a conhecemos hoje - com as instituições pré-modernas, isso porque sua base fundante ocorre somente no medieval tardio, em decorrência das exigências do modelo capitalista de produção (ENGELS, 2000), momento a partir do qual se operacionaliza uma separação rígida das esferas públicas e privadas, de tal modo que a Sociedade deixa de integrar a esfera pública. Há, portanto, uma clara oposição entre indivíduo e o Estado (GILISSEN, 1995; LOBRANO, 2009).

Novais (2006, p. 33) deixa claro que, diferentemente do atual Estado moderno, no Estado antigo, embora se tenha reconhecido aos sujeitos uma esfera de liberdade e independência do Estado, nunca se chegou a “ter consciência de uma oposição entre indivíduo e Estado (o povo dos cidadãos é o próprio soberano), faltava o pressuposto essencial da consciência de uma esfera livre dos cidadãos como instituição jurídica”.

Durante o Estado Absolutista se havia implantado um Estado de Polícia para justificar a intervenção do Estado (que se personificava na figura do Rei) nas esferas individuais da população, de modo que o Príncipe poderia invadir a esfera privada dos indivíduos a pretexto de garantir o “interesse público”, mas isso se dava independentemente de qualquer procedimento ou justificativa. Assim, surge o Estado de Direito, em oposição ao Estado de Polícia, justamente para limitar essa usurpação dos direitos de liberdade (NOVAIS, 2006, p. 37).

Dado o contexto apresentado, Hobbes (2000) irá sustentar que todos os indivíduos abrem mão de parcela de sua liberdade em prol da criação de um ente superior, o Estado, dotado de um poder absoluto, a fim de que esse possa regular a convivência entre os homens. Pois em um estado de natureza não haveria possibilidade de convivência harmônica entre os indivíduos, sendo necessário criar uma entidade para evitar “uma guerra que é de todos os homens contra todos[...].”

(HOBBS, 2000, p. 109). Portanto, Hobbes defende a existência de um pacto voluntário de submissão dos homens ao Estado.

Portanto, para essa teoria – conhecida como jusnaturalismo contratualista¹, esses indivíduos inicialmente nascidos livres (estado de natureza), quando passam a conviver em sociedade (estado civil), elaboram um pacto racional, por meio do qual abrem mão de parte da sua liberdade em favor do Estado, a fim de que este proporcione segurança e estabilidade à ordem social. Assim, deve o Estado intervir quando há violação desses direitos para reestabelecer a ordem natural violada, especialmente em relação à propriedade privada (BOBBIO, 1998, p.12-13).

Merece destaque a lição de Streck e Bolzan (2008, p. 29-30), para quem:

Assim, o pensamento contratualista pretende estabelecer, ao mesmo tempo, a origem do Estado e o fundamento do poder político a partir de um acordo de vontades, tácito ou expresso, que ponha fim ao estágio pré-político (estado de natureza) e dê início à sociedade política (Estado Civil). Para os autores dessa escola, o estado civil surge como um artifício da razão humana para dar conta das deficiências inerentes ao estado de natureza, constituído como hipótese lógica negativa ou, para alguns, como fato histórico na origem do homem civilizado. O contrato clássico aparece como um instrumento de legitimação do Estado – já existente – e a base sistemática de construção do sistema jurídico.

Partindo das mesmas premissas de que o homem nasce em um estado de natureza e que necessita firmar uma espécie de contrato para o surgimento do Estado, John Locke irá defender, diferentemente de Hobbes, que esse Estado não pode ser Absoluto, ou seja, defende um modelo de Estado mínimo. Logo, para Locke o poder do Estado deve ser limitado e revogável. O seu pensamento influenciou fortemente a Revolução Gloriosa de 1688 na Inglaterra (LASKI, 1964, p. 24).

Sobre tais fundamentos será construído o modelo de Estado Liberal e com ele o conceito de Estado de Direito, como resultado dos movimentos da classe burguesa em face do regime absolutista, fortemente influenciada pelos ideais iluministas do século XVII, cujo objetivo primeiro será impor limites à atuação do soberano (limitação e separação dos Poderes do Estado), ao argumento de promover os direitos de liberdade inerentes ao ser humano (BOBBIO, 1998, p.12-13; VIEIRA, 2013, p. 38).

¹ Os principais pensadores dessa escola são Rousseau; Thomas Hobbes e John Locke. Muito embora haja divergências na doutrina de cada um deles, é certo que todos sustentavam que havia um estado de natureza prévio em que o ser humano seria dotado de direitos naturais, em especial relacionados a liberdade. Porém, haveria a necessidade de um acordo para formação de um poder comum para manter a segurança e a ordem, qual seja, o Estado (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 30-39).

Assim se operacionalizou uma ruptura revolucionária calcada no princípio da liberdade do indivíduo frente ao Estado. Nascia o liberalismo, movimento liderado pela burguesia, para quem “[...] o Estado foi sempre o fantasma que atemorizou o indivíduo. O poder, de que não pode prescindir o ordenamento estatal, aparece, de início, na moderna teoria constitucional como o maior inimigo da liberdade.” (BONAVIDES, 2009, p. 40).

Conforme Norberto Bobbio (1998, p.14)

[...] historicamente, o Estado liberal nasce de uma contínua e progressiva erosão do poder absoluto do rei e, em períodos históricos de crise mais aguda, de uma ruptura revolucionária (exemplares os casos da Inglaterra do século XVII e da França do fim do século XVIII); racionalmente, o Estado liberal é justificado como o resultado de um acordo entre indivíduos inicialmente livres que convencionam estabelecer os vínculos estritamente necessários a uma convivência pacífica e duradoura.

A nova fase do Estado Moderno – o Liberalismo Clássico - será inaugurada a partir de movimentos revolucionários que ocorriam na Europa Ocidental, sobretudo em França e Inglaterra, sendo a revolução francesa de 1789 o marco histórico dessa virada. Tais movimentos nascem em razão do descontentamento da classe burguesa frente à concentração do poder econômico nas mãos do soberano (VIEIRA, 2013, p. 38).

Importa mencionar que, em verdade, antes do advento do liberalismo, a classe burguesa já recebia alguns privilégios que favoreceram o fortalecimento do sistema capitalista da época e criaram as condições necessárias para que a classe burguesa ascendesse ao poder. Para Streck e Bolzan:

A monarquia favoreceu consideravelmente os interesses da burguesia nascente, mormente na área econômica. Já lhe era impossível represa-los. A monarquia absoluta, já sem meios de qualquer ação impeditiva à expansão capitalista da primeira idade do Estado Moderno, passa a estimulá-la com a adoção de políticas mercantilistas, políticas de reis sequiosos de fundos com que manter a burocracia e os exércitos permanentes, política da qual a aristocracia tirava também a sua fatia de participação ociosa[...] (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 52).

Para Novais (2006, p. 52-53), a Carta Magna inglesa do século XIII, muito embora não se comparasse com as cartas de franquia do medievo europeu, tratava-se de um verdadeiro acordo entre o Príncipe e os senhores feudais, por meio do qual o Príncipe concedia benefícios aos estamentos e interesses locais em troca da

manutenção da supremacia real, desta forma sustenta que “[...] embora consagrasse fundamentalmente direitos estamentais, a Magna Carta fornecia já abertura para a transformação dos direitos corporativos em direitos do homem [...]”.

Pois bem, à medida que se tinha sucesso nas revoluções, concretizavam-se os direitos de primeira dimensão², vale dizer: aqueles relacionados à liberdade, igualdade e proteção da propriedade privada, tidos como direitos negativos, pois se tratam de limitar o Poder Estatal para que este deixe de adentrar na esfera de liberdade do indivíduo. Ato seguinte, tais direitos começaram a ser escritos “através das declarações de direitos ou mediante consagração constitucional direta, os direitos e liberdades individuais recebem aqui (especialmente na França e nos Estados Unidos) uma proteção reforçada [...]” (NOVAIS, 2006, p. 51).

Embora não seja possível definir uma data exata em que se tem o surgimento do Estado Moderno (mesmo porque coexistiam modelos distintos de Estado naquele período), fato é que a partir da Revolução Francesa instaurou uma nova ordem política, econômica e social (GROSSI, 2007).

Conforme ensina Novais:

Mas é sobretudo no século XVII, com as convulsões sociais e políticas que o atravessaram, que consagra na Inglaterra o reconhecimento dos direitos do homem, não já como privilégios outorgados ou pactuados, mas como liberdades naturais oponíveis ao Poder, incluindo o parlamento por cuja soberania entretanto se lutava. A *Glorious Revolution* fazia-se não só em nome da limitação do poder real a favor do Parlamento, mas também a favor das Liberdades individuais progressivamente consideradas como invioláveis mesmo relativamente ao próprio legislador. O homem livre, cujo direitos a Magna carta reconhecia, deixa então de ser identificado como o proprietário da terra, pois os direitos não são já o mero resultado em um equilíbrio imposto ao monarca pelos estamentos socialmente mais poderosos, mas antes concebidos como verdadeira exigência da natureza humana. (NOVAIS, 2006, p. 53).

Atualmente, não se pode conceber um modelo de Estado garantidor dos direitos fundamentais do indivíduo sem que ele tenha, inexoravelmente, a separação dos poderes como pilar estruturante de sua organização, pois do contrário estaria todo o poder político centrado nas mãos de um único ente, o Poder Executivo, e não

² Para fins desse estudo adotou-se o termo dimensão para classificar os direitos fundamentais (em substituição ao termo geração), pois como estudaremos, os direitos fundamentais são incorporados ao longo de um processo histórico, não havendo uma sobreposição ou superação em relação aos direitos anteriormente conquistados, se encontrando em permanente processo evolutivo, conforme defendido pelo professor Ingo Sarlet (2007, p. 55). A teoria dos direitos fundamentais e suas gerações será objeto de estudo no item 2.3 do presente trabalho.

haveria limitações no exercício desse poder, de modo que haveria sérios riscos de se instaurar um governo tirano, tal como em uma ditadura (BOBBIO, 1998, p.42-43).

Observa-se que a evolução do Estado absoluto para um Estado de Direito é marcada, sobretudo, pela limitação dos poderes do soberano, os quais passam a ser vinculados à lei, de modo a possibilitar o reconhecimento e garantia de direitos naturais do ser humano. Para além de uma reestruturação da organização estatal e da divisão de poderes, somente será considerado Estado de Direito aquele que se preocupa com a defesa e garantia de direitos fundamentais (NOVAIS, 2006, p. 103). No mesmo sentido, Streck e Bolzan (2008, p. 56) mencionam que:

“[...] o liberalismo significou uma limitação da autoridade, bem como uma divisão da autoridade, sendo que o governo popular se formula a partir do sufrágio e da representação restritos a cidadãos prósperos, embora esta situação tenha se transformado já em fins do séc. XIX, quando a representação e o sufrágio se universalizam (primeiro com o voto masculino independente de renda). Com isto há a consolidação das conquistas liberais, tais como: liberdades, direitos humanos, ordem legal, governo representativo, legitimação da mobilidade social, etc.

Há de se ressaltar que a teoria da separação dos poderes contemporânea já não comporta o modelo dogmático proposto no âmbito do liberalismo, cuja finalidade era limitada à promoção dos interesses da classe burguesa. Como afirma Paulo Bonavides (2009, p. 65):

A separação de poderes é, como vimos, técnica em declínio, sujeita a gradual superação, imposta por requisitos novos de equilíbrio político e acomodação a esquemas constitucionais cujo pensamento já não assenta em razões preponderantes de formalismo na proteção de direitos individuais, conforme o teor clássico de sua elaboração inicial e finalidade precípua do velho liberalismo.

Isso se deve em decorrência de que o modelo clássico proposto tinha como premissa a promoção dos direitos individuais de uma classe burguesa que assumia o poder, sobretudo os direitos de liberdade relacionados à propriedade privada. Sob esse viés todos os direitos conquistados eram vistos a partir da lógica da propriedade, pois esta é tida como bem supremo.

Dado o contexto histórico é possível notar que o Estado de Direito, surgido a partir das bases do liberalismo, é o modelo de Estado em que o poder político-administrativo é repartido entre diferentes esferas, todas vinculadas à lei, justamente com a finalidade limitar a atuação estatal e garantir os direitos de liberdade individual,

considerados, portanto, direitos de primeira dimensão – direito de não intervenção do Estado na vida privada do indivíduo, por essa razão afirma Novais (2006, p. 25) que:

[...] as formas de organização do poder político e os sistemas de governo não serão necessariamente idênticos, mas só haverá Estado de Direito quando, no cerne das preocupações do Estado e dos seus fins, figurar a proteção e garantia dos direitos fundamentais, verdadeiro ponto de partida e de chegada do conceito.

No que concerne à vinculação do Poder à lei no Estado de Direito, ensina Mônia Leal (2007, p. 10) que:

Nesta perspectiva, o Estado passa a ter competências e atribuições bem delimitadas, sendo que o melhor instrumento para ordenar estes regramentos sobre competências e atribuições - e para assegurar os direitos individuais de uma maneira neutra e racional - é a lei, que pode ser caracterizada como uma regra geral (norma geral) que surge com o consentimento do povo - por meio do sistema representativo - num procedimento caracterizado pela discussão e pela publicidade.

Ocorre que a proposta inicialmente apresentada pela burguesia no sentido de universalidade dos princípios e direitos não se sustentou, revelando-se apenas uma luta de classes para proteção dos interesses burgueses. Apesar de suas importantes contribuições, especialmente a imposição de limites à atuação estatal e a separação dos Poderes do Estado, o modelo liberal clássico entra em conflito, sobretudo no início do século XIX diante da grave crise social desencadeada pelos processos de revolução industrial, “quando os seus esquemas de Estado jurídico pura se evidenciaram inócuos, e de logicismo exageradamente abstrato, em face de realidades sociais imprevistas e amargas[...]” (BONAVIDES, 2009, p. 43).

Com o advento da revolução industrial³, implementada a partir do início do século XVIII até meados do século XIX na Inglaterra, mudou-se o paradigma do sistema de produção de bens com a criação de máquinas capazes de aumentar a quantidade de produtos produzidos em curto espaço de tempo. Assim, uma série de fatores começam a colocar em crise o modelo político liberal, a saber: o êxodo rural,

³ Considera-se Revolução Industrial o intenso processo de desenvolvimento iniciado por volta de 1760 na Grã-Bretanha, tendo como características marcantes: a aplicação do conhecimento científico para melhoria dos processos produtivos, especialmente a construções de grandes máquinas capazes de aumentar exponencialmente a produção; a ampliação dos mercados a nível internacional; migração das comunidades do campo para os centros urbanos; início dos movimentos da classe operária; utilização intensiva de recursos naturais; a concessão de crédito em larga escala dentre outros (DEANE, 1975, p. 12-13).

pois grande parte da população de camponeses começa a migrar para os grandes centros para trabalhar nas indústrias onde aumentava a demanda por mão de obra barata; as péssimas condições de trabalho a que eram infligidos os trabalhadores, que suportavam enormes cargas de trabalho durante a maior parte do dia e da noite em condições insalubres; inexistência de direitos sociais mínimos, tais como previdência e saúde, de modo que as pessoas adoeciam e, em decorrência disso, não podiam exercer a atividade e eram largadas na miséria, dentre inúmeros outros fatores que contribuíram para a ruína do modelo liberal clássico (DEANE, 1975, p. 12-13).

Soma-se a tudo isso as mazelas decorrentes das duas grandes guerras mundiais que impuseram aos Estados a necessidade de adotar medidas para conter a grave crise socioeconômica do período, de modo que iniciava-se a luta da classe operária por condições mínimas de trabalho e seguro social. Para Gosta Esping-Andersen (1991):

[...] com a industrialização, surgiram as massas proletárias, para quem a democracia era um meio de reduzir os privilégios da propriedade. Os liberais temiam com razão o sufrágio universal, pois era provável que este politizasse a luta pela distribuição, pervertesse o mercado e alimentasse ineficiências. Muitos liberais concluíram que a democracia usurparia ou destruiria o mercado.

Tendo como pressuposto o livre desenvolvimento das forças socioeconômicas, fundamento do Estado Liberal, cuja base são as relações de propriedade, inevitavelmente o resultado será a dominação e estratificação dos indivíduos em classes sociais, de modo a sujeitá-los “à dependência, à servidão e à miséria física e moral da personalidade” (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 3). Nota-se que tais efeitos são contraditórios em relação aos princípios do próprio Estado de Direito, vez que este sustenta que todos seriam livres e iguais, dotados de direitos fundamentais, de modo que o modelo Liberal clássico entra em crise, pois “a estabilidade estatal se vê ameaçada pelos movimentos que levam à revolução social, pronta para despontar assim que as classes oprimidas começam a ter acesso à cultura, e, através disso, a adquirir consciência de sua situação.” (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 3).

No contexto de crises, começam a surgir diversos movimentos políticos como tentativas de controlar o agravamento do cenário socioeconômico negativo. A título de exemplo, Novais (2006, p. 174) cita o caso dos modelos autoritários “fascista e nacional-socialista, de um lado, e a revolução soviética, por outro”.

Todavia, diante das ameaças de movimentos revolucionários, em particular da expansão da revolução bolchevique na Europa⁴ e das pressões surgidas em face das corporações de ofício, o modelo de Estado Social surgirá como uma adaptação ao liberalismo clássico, de modo a manter o sistema capitalista de produção e ainda assim conceder alguns direitos sociais. Acerca da transição do Estado Liberal clássico para as formas de Estado Social que surgirão vale transcrever a lição de Streck e Bolzan, para quem:

A passagem da fórmula liberal do Estado Mínimo para o Estado Social, em sentido amplo, importou na transformação do perfil do modelo adotado pelo liberalismo clássico, onde, como visto acima, à autoridade pública incumbia-se apenas, e tão-só, a manutenção da paz e da segurança limitada que estava pelos impedimentos próprios às liberdades negativas da época. A partir de meados do século XIX percebe-se uma mudança de rumos e de conteúdos no Estado Liberal, quando este passa a assumir tarefas positivas, prestações públicas, a serem asseguradas ao cidadão como direitos peculiares à cidadania, ou a agir como ator privilegiado do jogo socioeconômico. (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 63).

Assim é que o Estado Social se mostra como uma nova configuração frente ao antigo Estado de Direito fundado no liberalismo clássico. Para Novais, esse modelo foi:

[...] configurado originariamente nas Constituições mexicana de 1917 e de Weimar, em 1919, e retomado posteriormente em várias Constituições do segundo pós-guerra - constituirá o quadro histórico por excelência de recepção e preservação do princípio do Estado de Direito nas condições do século XX. (NOVAIS, 2006, p. 174)

Na fase embrionária de formação do Estado Social desenvolveram-se políticas destinadas a minimizar as mazelas que afligiam as populações menos favorecidas economicamente, logo eram apenas medidas corretivas que não possuíam o condão de alterar a estrutura social. Por outro lado, as políticas sociais que surgem nos países industrializados e pós industrializados têm como característica a prevenção e maior cobertura no atendimento, ou seja, visa a proporcionar melhoria significativa na qualidade de vida das classes trabalhadoras e médias, contribuindo para a diminuição, em termos percentuais, de classes economicamente menos favorecidas (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 6).

⁴ Episódio revolucionário sucedido na Rússia em 1917, a partir do qual se estabeleceu o controle do poder pelo partido bolchevique e a consequente criação da União Soviética (GOMES, 2018).

Fazendo um comparativo entre a democracia existente no modelo do Estado Liberal e aquela idealizada pelo Estado Social, Bruno de Farias Favaro (2019, p. 32) demonstra que:

[...] a democracia idealizada para o Estado Social se distingue daquela do Estado Liberal. A valer, enquanto a democracia formal do liberalismo se exercia por meio do sufrágio censitário, cujo acesso era franqueado apenas aos membros de determinada classe, no Estado Social a democracia busca assumir um caráter material, mediante a universalização do sufrágio. Em tal cenário, por conseguinte, a vontade popular, antes exercida apenas formalmente no liberalismo clássico, passa a ser imposta de maneira concreta, com a participação de todos.

No período de transição ocorrido no século XIX, importantes mudanças foram implementadas na ordem social, econômica e política da Europa, influenciando, na sequência, toda a ordem global. Foi nesse período que encerrou-se a escravidão (ao menos formalmente), abriu-se espaço para a tolerância religiosa, liberdade de imprensa, direito de associação e foram implementadas políticas de estímulo à educação. Outra importante contribuição dos ideais pregados nesse período foi a ampliação do sufrágio, que até então era restrito apenas aos homens com propriedades e escolaridade. Além do mais, ganhou enfoque o modelo representativo de governo (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 64).

Demonstram Mônia Leal, Rosana Maas e Stephan Kirste (2021, p. 51) que:

Após a Revolução Industrial do Século XIX e das primeiras conquistas dos movimentos sindicais em diferentes países, os direitos de segunda dimensão aparecem, em nível Constitucional, no Brasil, no Século XX, com a Constituição de 1934, porém com baixa normatividade e dotados de eficácia duvidosa.

Essas são as bases sobre as quais será construído o Estado de Bem-Estar Social, *Welfare State*, cuja principal finalidade será romper com o paradigma do Estado Liberal e propor um novo modelo de Estado Assistencial. Trata-se de um modelo em que o Estado intervém nas relações socioeconômicas para proporcionar melhores condições sociais. Inicialmente, criam-se programas de saúde do trabalhador e previdência privada, bem como estímulos ao pleno emprego. Acerca do *Welfare State*, Garcia-Pelayo esclarece que:

O conceito de *Welfare State* se refere basicamente a uma dimensão da política estatal: a finalidade de produzir bem-estar social. É um conceito

mensurável em função da distribuição das cifras do orçamento destinadas aos serviços sociais e de outros índices. (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 3).

Portanto, o *Welfare State* será apresentado como alternativa para conter o agravamento do cenário crítico anteriormente apresentado, particularmente intensificado em razão das grandes guerras mundiais. Nesse contexto, o Estado passa a intervir mais intensamente nas relações privadas, principalmente naquelas relacionadas ao processo produtivo, tais como direitos do trabalhador, previdência, saúde e demais questões de âmbito social, a fim de apresentar respostas à crise e garantir condições mínimas especialmente para as populações menos favorecidas (VIEIRA, 2013, p. 147; STRECK e BOLZAN, 2008, p. 78).

Kerstenetzky (2015, p. 594) descreve como esse processo se desenvolveu na Alemanha do século XIX:

A Alemanha de Otto Von Bismarck passou por mudanças aceleradas, não só na industrialização e urbanização, como na demografia e no sistema político. Nas últimas décadas do século XIX, a seguridade social foi proposta pelo governo conservador em busca de controle social e neutralização da penetração socialista. A partir de sua introdução, o sistema de bem-estar evoluiu como resultado de negociação de classes e representação parlamentar, com a política social se estabelecendo com base em contribuições do capital e do trabalho, se estendendo para além dos trabalhadores industriais a outras ocupações, assumindo novas formas e maiores benefícios. (KERSTENETZKY, 2015, p. 594)

Novais (2006, p. 174) coaduna com esse entendimento, pois para ele

[...] é sobretudo nos finais do século XIX que, sob o impulso conjugado das lutas populares e de intenções políticas de reforma social, se assiste, na generalidade dos países europeus a partir das mútuas privadas, ao progressivo estabelecimento, por parte do Estado, dos seguros contra acidentes de trabalho ou doenças profissionais e ao aparecimento de uma legislação laboral tendente a refrear os excessos mais chocantes do capitalismo selvagem, especialmente nos domínios dos horários de trabalhos e do trabalho infantil e feminino.

Oportuno ressaltar que o modelo de Estado Social não se confunde com o Estado Socialista. Ao passo que o Estado Social visa a adotar medidas paliativas para corrigir as deficiências do modelo liberal, dada a impossibilidade do sistema se autorregulamentar tal como proposto inicialmente pela teoria clássica, justamente com o objetivo de manter o sistema capitalista de produção; o modelo Socialista, por outro lado, busca o rompimento com o sistema capitalista de produção através da adoção

de medidas estatais tendentes a limitar sobremaneira a livre iniciativa privada. Consoante Vieira (2013, p. 144):

Um ponto a ser ressaltado é que o Estado Social não rejeita o modo de produção capitalista e nem é uma etapa em direção a uma sociedade socialista. O seu objetivo é atenuar as desigualdades sociais ocasionadas pelo individualismo liberal. Caracteriza-se numa alteração do originário Estado Liberal, conservando a matriz econômica capitalista como hegemônica.

Ademais, vale registrar que a superação do paradigma do Estado Liberal clássico não significa o abandono total das importantes conquistas daquele período e do reconhecimento do Estado de Direito, entendido no contexto que se há apresentado, como base de sustentação a um modelo de Estado Democrático. Em verdade, somente com a manutenção dos direitos individuais de primeira dimensão – aqueles relacionados com a igualdade e liberdade de todos os indivíduos, particularmente no que toca a propriedade privada – bem como com a limitação do Poder Estatal, especificamente com a divisão de poderes, será possível cogitar um modelo Democrático, conforme estudaremos a seguir.

Não obstante, somando-se às conquistas do período anterior, com as constituições que surgiram no século XX, precipuamente a partir da 2ª Guerra Mundial, serão incorporados novos instrumentos a possibilitar abertura para as questões sociais no âmbito político, em outros termos, o Estado que antes era inerte (na lógica do modelo liberal o Estado apenas iria intervir quando e se fosse necessário) passará a ter um papel ativo na promoção dos direitos sociais, “[...] no sentido de regulação de certas distorções provocadas pelo modelo anterior” (LEAL, 2007, p. 31).

Paralelamente aos processos desencadeados com o modelo de Estado Social, pouco a pouco, vão se incorporando os princípios de um Estado Democrático, o qual terá como pressuposto o sufrágio universal, ou seja, a possibilidade de todos os indivíduos participarem ao menos da escolha de seus representantes políticos, razão pela qual afirma Bonavides (2009, p. 66-67) que:

[...] sentido peculiar em que evoluiu o constitucionalismo moderno, que não segue a rota do individualismo tradicional, favorecido e amparado pela separação clássica, mas envereda pelos caminhos do social, visando não apenas a afiançar ao Homem os seus direitos fundamentais perante o Estado (princípio liberal), mas, sobretudo, a resguardar a participação daquele na formação da vontade deste (princípio democrático), de modo a conduzir o aparelho estatal para uma democracia efetiva, onde os poderes públicos

estejam capacitados a proporcionar ao indivíduo soma cada vez mais ampla de favores concretos.

Para Streck e Bolzan (2008, p. 109), embora existam múltiplos conceitos e perspectivas de análise acerca do conceito de democracia – até mesmo porque trata-se de um conceito em constante transformação que varia a depender do Estado e do momento histórico de cada sociedade – é certo afirmar que em um regime democrático sempre haverá espaços abertos para os conflitos (legítimos), pois através deles é que se pode verificar as necessidades e os interesses sociais, bem como estabelecer direitos que, uma vez instituídos, devem ser reconhecidos e garantidos pelo Estado. Somando-se a isso, os autores mencionam que:

[...] nas sociedades democráticas, indivíduos e grupos organizam-se em associações, movimentos sociais e populares, classes se organizam em sindicatos, criando um contra poder social que, direta ou indiretamente, limita o poder do Estado; e, segundo lugar, a democracia é a sociedade verdadeiramente histórica, isto é, aberta ao tempo, ao possível, às transformações e ao novo. (STRECK; BOLZAN, 2008, p. 109-110)

Demonstra Garcia-Pelayo (2009, p. 3-4) que há uma estreita relação entre a Democracia e o Estado Social, pois, a universalidade do sufrágio e a participação do povo nas tomadas de decisão política – requisito essencial do Estado Democrático – tende a proporcionar maior representatividade de classes menos favorecidas, especialmente dos trabalhadores, abrindo maior espaço na agenda política para ações sociais destinadas a amenizar as distorções do sistema capitalista moderno.

Em relação às implicações do Estado Democrático frente ao liberalismo clássico, Gosta Esping-Andersen (1991) afirma que:

A democracia tornou-se o calcanhar de Aquiles de muitos liberais. Enquanto o capitalismo se mantivesse com um mundo de pequenos proprietários, a propriedade em si pouco teria a temer da democracia. Mas, com a industrialização, surgiram as massas proletárias, para quem a democracia era um meio de reduzir os privilégios da propriedade. Os liberais temiam com razão o sufrágio universal, pois era provável que este politizasse a luta pela distribuição, pervertesse o mercado e alimentasse ineficiências. Muitos liberais concluíram que a democracia usurparia ou destruiria o mercado.

Logo, nota-se que a construção de um modelo de Estado Democrático tende a estabelecer freios em face do liberalismo clássico (aquele que não admite a intervenção do Estado na economia), vez que se ampliam os espaços de participação popular e o Estado passa a intervir para regular as relações produtivas, especialmente

para se evitar as mazelas anteriormente mencionadas e proporcionar maior justiça social. Significa dizer que no Estado liberal defende-se “[...] como ‘naturais’ a propriedade privada, a exploração do trabalho assalariado e a realização de um pacto desigual (apesar do discurso ideológico da igualdade dos contratantes)” (VIEIRA, 2013, p. 120), ao passo que no Estado Democrático busca-se a abertura de espaços públicas que estimulem a ampla participação popular e a criação de mecanismos para o fortalecimento da democracia e da justiça social (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 77-78).

Por essa razão Garcia-Pelayo (2009, p. 3-4) sustenta que “as formas políticas do futuro serão a democracia social - caracterizada constitucionalmente pelo sufrágio universal e administrativamente por sua tendência de neutralizar as desigualdades sociais - ou a monarquia social [...]”. Por esse motivo defende o autor que a reforma social:

[...] não poderá realizar-se sem o apoio da população, que deve ser oriundo das classes despossuídas e também do resto da sociedade. Afinal, o interesse é o princípio que move a sociedade, e a elite adquirirá consciência de que seu próprio, supremo e bem entendido interesse exige a reforma social, exige substituir o interesse parcial por um sistema global de interesses recíprocos. (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 3-4).

Importante, ainda, registrar que não existiu um único modelo de Estado Social, mesmo porque diversas formas políticas foram implantadas com o decorrer dos anos pelos Estados, assumindo diferentes concepções, a exemplo:

[...] a concepção europeia que já possui as suas bases desde o século XIX dentro do cenário da luta social frente ao contexto de um capitalismo avançado; a latino-americana, que, em sua origem, esteve inserta na realidade de governos autoritários, vindo a reconhecer direitos sociais (em diversas situações, de forma parcial) no contexto de um capitalismo periférico e dependente e de um modelo corporativo e centralizador e de restrição da organização social, inclusive da democracia liberal partidária; até a existência de Estados que não o conheceram. (VIEIRA, 2013, p. 147-148)

Certo é que a teoria econômica desenvolvida por Keynes em 1936 surgiu como resposta para o enfrentamento da crise do final da segunda guerra mundial, bem como para o alcance de novos objetivos:

De acordo com ela, era possível e necessário alcançar a abolição do desemprego por meio de métodos democráticos e sem alterar a estrutura da economia capitalista. Isso ocorreria mediante o aumento da capacidade aquisitiva das massas, que atuaria, por sua vez, como causa do crescimento

da população e, por conseguinte, da oferta de emprego. Esses fins seriam alcançados através da orientação e controle do processo econômico por parte do Estado, mantendo-se a propriedade privada dos meios de produção (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 6).

Desta forma, estruturou-se uma estratégia para o desenvolvimento social sem alterações na estrutura do sistema capitalista, tendo como uma de suas bases estruturantes o pleno emprego, a fim de proporcionar maior justiça social (ESPING-ANDERSEN, 1991). Partindo-se da lógica de que quanto mais pessoas exercem atividade laborativa maior será a arrecadação do Estado e, conseqüentemente, maiores serão as possibilidades para formulação de políticas sociais que garantam melhorias na condição de vida da população, especialmente no que se refere à saúde e previdência social, o resultado será a diminuição da pobreza e aumento da qualidade de vida dos cidadãos, razão pela qual um dos pilares do *Welfare State* será o desenvolvimento de políticas voltadas à promoção do pleno emprego.

Ademais, nesse modelo de atuação estatal também terão enfoque os direitos no âmbito das relações de produção, a saber: direitos trabalhistas, assistência e previdência social, saúde, medidas sanitárias, moradia, transporte etc. Esse se deve especialmente aos movimentos sociais da classe operária na luta por direitos sociais anteriormente mencionada. (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 149).

Nota-se que, enquanto no modelo de Estado Liberal a sociedade e o Estado eram tidos como entidades totalmente separadas, de modo que o Estado deveria se abster de intervir nas relações privadas para garantir a plena autonomia do indivíduo, o Estado Social nasce justamente para corrigir as distorções produzidas no modelo anterior, pois verificou-se que “[...] a sociedade, deixada, total ou parcialmente, a seus mecanismos autorreguladores, conduz à pura irracionalidade” (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 10). Por essa razão, Streck e Bolzan (2008, p. 149) afirmam que o reconhecimento dos direitos sociais no contexto de luta da classe operária acaba por impulsionar a transição de um Estado Mínimo – aquele calcado no liberalismo clássico, a quem caberia somente garantir a não-intervenção no livre desenvolvimento das relações de mercado – para o Estado Intervencionista, o qual assume responsabilidades até então próprias da iniciativa privada.

Coaduna com essa doutrina a lição de Vieira (2013, p. 150), segundo o qual:

[...] podemos compreender o Estado Social como aquele tipo estatal que tem a sociabilidade como um dos seus princípios elementares, que se expressa pelo reconhecimento e garantia dos direitos sociais, por meio de um sistema

que articula o direito como um todo para instrumentalizar a concretização desses direitos.

Em sendo assim, cabe ao Estado Social o desenvolvimento de políticas capazes de contribuir para o desenvolvimento da ordem socioeconômica. De fato, surgem diferentes formas de atuação estatal, sob diversos aspectos, de modo que não há um padrão único de atuação, mas cada Estado soberano desenvolve os meios e recursos para este desenvolvimento (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 10-11; STRECK e BOLZAN, 2008, p. 149-150).

Haverá, portanto, um movimento cíclico em que o Estado proporciona condições para o desenvolvimento socioeconômico, possibilitando a participação dos indivíduos através dos mecanismos democráticos, sendo certo que, quanto maior a participação das classes trabalhadoras e menos favorecidas, maiores serão as políticas sociais para alteração das condições sociais, razão pela qual afirma Garcia-Pelayo (2009, p. 12-13) que:

Afinal, o Estado estrutura e reestrutura a sociedade, sua ação afeta os interesses concretos dos grupos estratos e, em geral, dos atores sociais. Por causa disso, evidentemente, estes devem estar interessados - não tanto por razões políticas, quanto por seus próprios interesses vitais quotidianos - em influenciar a política do Estado e em interpenetrar seus centros de decisão, Desse modo, o Estado Social está necessariamente vinculado ao influxo dos grandes grupos de interesses parciais ou setoriais no sistema político.

Streck e Bolzan (2008, p. 64) sustentam que, com os movimentos sociais, especialmente da classe operária, proporcionou-se ampliação dos espaços democráticos, de modo que o Estado passou a buscar novas estratégias para o seu atendimento o que contribuiu para um avanço qualitativo das políticas sociais e a regulamentação das relações produtivas. Assim, informam que “intervenções são assumidas para manter os desamparados; oficinas públicas são mantidas para resolver o desemprego, legislação sobre o trabalho de menores, regulação da jornada de trabalho, leis relativas à segurança no trabalho, etc.” (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 65).

Ao passo que no Estado Liberal foram implantadas as “garantias negativas” frente ao Estado, de tal modo que esse deveria abster-se de intervir no contexto social e econômico, no âmbito do Estado Social de Direito ocorre o inverso, pois nele o Estado, “[...] além de garantir as liberdades negativas de forma universal, obriga-se a

garantir ações que acabem ou venham reduzir as desigualdades sociais”. (VIEIRA 2013, p. 150)

É nesse arranjo que surgem os direitos sociais, também chamados “direitos obrigacionais” (saúde, educação, direitos dos trabalhadores, moradia, etc.), pois representam ações positivas do Estado em prol do bem-estar dos seus cidadãos. Caberá, pois, ao Estado, além de garantir as liberdades anteriormente conquistadas, proporcionar melhores condições sociais a todos os indivíduos, de modo a concretizar (ao menos em grande medida) a justiça social (CADEMARTORI, 2006).

Como resultante de todos os fatores elencados surgirá o Estado de Bem-Estar Social, cujo objetivo será adotar medidas corretivas face às disfuncionalidades do liberalismo clássico, sem, contudo, alterar a estrutura do sistema capitalista. Busca-se, pois, promover medidas assistenciais de tal modo que “com o Estado Social de Direito, projeta-se um modelo onde o bem-estar e o desenvolvimento social pautam as ações do ente público.” (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 96).

Diante de todos os pressupostos até aqui estudados pode surgir o questionamento se o Estado Social teria solucionado todas as questões afetas à justiça social. A resposta é não, pois embora se reconheça os avanços conquistados com o Estado Social, esse limitou-se a um modelo meramente representativo, ficando a sociedade excluída em grande medida dos processos decisórios. Como bem aponta Vieira (2013, p. 153):

Assim, esse Estado Social, que além das garantias fundamentais e individuais veio a reconhecer os direitos fundamentais e coletivos, não conseguiu resolver a crise jurídica e política do paradigma moderno, por ter usado apenas os instrumentos jurídicos e políticos da cidadania representada.

As dificuldades enfrentadas pelo Estado Social vão abrir espaço ao surgimento de um novo modelo político: o Estado Social e Democrático de Direito. Afirmam Streck e Bolzan (2008, p. 97) que muito embora no Estado de Bem-Estar Social se tenha o desenvolvimento de políticas focadas no desenvolvimento social e no assistencialismo, ainda permanecem os cenários de desigualdade social, razão pela qual apontam para o surgimento do Estado Democrático de Direito, tido como uma evolução conceitual, em que há promoção das conquistas democráticas, dos preceitos legais e ainda há desenvolvimento de políticas voltadas ao social. Isso posto, o Estado

Democrático de Direito será aquele que busca, para além da igualdade formal, a realização material do princípio da igualdade social.

Não se trata de refutar as conquistas decorrentes de todo processo evolutivo, mas de adicionar o caráter democrático em sua conjuntura. Para Favaro (2019, p. 34) “essa nova forma de Estado vai mais além, pois visa a incorporar, concretamente, o princípio democrático como seu elemento constitutivo, de forma a garantir a justiça social e a efetiva participação do povo no controle das decisões estatais”.

Assim, mencionam Streck e Bolzan que:

O Estado Democrático de Direito tem um conteúdo transformador da realidade, não se restringindo, como o Estado Social de Direito, a uma adaptação melhorada das condições sociais de existência. Assim, o seu conteúdo ultrapassa o aspecto material de concretização de uma vida digna ao homem e passa a agir simbolicamente como fomentador da participação pública no processo de construção e reconstrução de um projeto de sociedade, apropriando-se do caráter incerto da democracia para veicular uma perspectiva de futuro voltada à produção de uma nova sociedade, onde a questão da democracia contém e implica, necessariamente, a solução do problema das condições materiais (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 97-98).

Por essa razão Novais (2006, p.183) aponta que ocorre o fenômeno da socialização do Estado, o qual vai “impregnar todas as dimensões da sua atividade” à medida em que o Estado passa a ter como principal diretriz: proporcionar a mudança da realidade concreta no âmbito social. Isso se dá através da realização de políticas públicas de caráter assistencial e da intervenção na economia, contribuindo efetivamente para a justiça social, criando assim melhores condições de igualdade e distribuição de riqueza. Trata-se, portanto, de um modelo em que o Estado assume a responsabilidade de adotar medidas que proporcionem mudanças concretas e estruturais em âmbito socioeconômico, contribuindo para o pleno desenvolvimento dos indivíduos em sociedade.

Para Vieira (2013, p. 187):

Portanto, o Estado Democrático de Direito pode ser considerado como uma evolução ou transformação das matrizes do Estado de Direito Liberal e do Estado Social de Direito, pois não os nega, mas os incorpora a partir de uma leitura que reconhece que somente as garantias por eles estabelecidas são insuficientes para a concretização de uma concepção de justiça social e de ampliação da cidadania. Deste modo, ele concretiza a democracia para além das meras regras procedimentais e eleitorais, pois vislumbra a importância da democracia como fundamental, tanto nos resultados obtidos quanto nos meios utilizados para o alcance desses resultados.

Tratando do modelo de Estado Social e Democrático de Direito, Novais (2006, p.184-185) leciona que:

Como vimos, tratava-se, agora, não de atuar sobre aspectos parcelares da sociedade civil, mas de desenvolver uma atuação global, da qual a política econômica constituía um instrumento basilar, tendente à conformação ou estruturação da sociedade pelo Estado e não apenas à mera correção das deficiências marginais de um sistema autorregulado. Este projeto, orientado para a prossecução de uma justiça social generalizada, desenvolve-se, não apenas numa política econômica com sentido referido, mas também na providência estadual das condições de existência vital dos cidadãos, na prestação de bens, serviços e infraestrutura materiais, sem os quais o exercício dos direitos fundamentais não passa de uma possibilidade teórica e a liberdade de uma ficção[...].

Ressalta-se que, dada a complexidade da sociedade atual e de sua diversidade, o modelo de Estado Social e Democrático de Direito varia de acordo com as peculiaridades de cada local e período histórico, sendo certo, porém, assumir que nesse modelo, o Estado deve buscar assegurar uma série de políticas públicas fundamentais para o pleno desenvolvimento social, tais como aquelas relacionadas aos seguintes sistemas: saneamento básico (incluído aqui o fornecimento de água potável), eletricidade, transporte, proteção do meio ambiente, cultura, saúde, segurança, direitos sociais e trabalhistas (em especial aqueles que possibilitem uma vida mais digna ao trabalhador e coloque freios ao sistema capitalista exploratório, tal como salário mínimo, jornada de trabalho humanizada, previdência e assistência sociais), dentre outros (NOVAIS, 2006, p. 185-186).

Tendo em vista que o Estado Social e Democrático de Direito tem como pressuposto de legitimidade a autonomia individual e a garantia dos direitos fundamentais, esses se revestem de caráter vinculante frente ao poder estatal, de modo que “se impõe materialmente ao próprio poder constituinte originário” (GARCIA-PELAYO, 2009, 212), em outras palavras podemos dizer que, nos moldes como tem sido proposto, esse modelo de Estado não admitiria a extinção de direitos fundamentais, vez que a manutenção destes se constitui elemento básico e vinculador da esfera de atuação do Estado contemporâneo, sob pena de perda da sua legitimidade.

Logo, é possível identificar uma série de requisitos para a caracterização de um Estado como Social e Democrático Direito, a saber: a) a promulgação de uma Constituição, enquanto norma superior, elaborada a partir da participação popular, a

qual deve estabelecer a organização e limitação dos poderes (assim como as diretrizes necessárias ao seu pleno funcionamento), de modo a organizar a estrutura estatal de forma harmônica; b) respeito ao princípio democrático, ou seja, o povo deve eleger os seus representantes (democracia representativa) e participar das tomadas de decisão de interesse público (democracia participativa), bem como a garantia dos direitos fundamentais; c) manutenção de um “sistema de direitos fundamentais”, ou seja o estabelecimento de direitos individuais, sociais e coletivos, incluindo-se mecanismos que permitam a sua efetividade material; d) que o Estado assuma a responsabilidade pela justiça social, compreendida como as políticas públicas de âmbito social e a intervenção no sistema econômico com a finalidade de promover maior distribuição de riqueza e igualdade social; dentre outros elementos que possam ser incorporados na estrutura estatal a fim de atender às peculiaridades de cada território, do momento histórico ou do próprio povo (SILVA, 2011, p. 122).

Vale ressaltar que o termo Estado Democrático de Direito, por si só, já comporta a integralidade da esfera social, pois como temos visto, a proteção de direitos sociais fundamentais é condição imprescindível para a manutenção da ordem democrática. Entratanto, como bem menciona Garcia-Pelayo (2009, p. 210), é extremamente relevante a utilização do termo Estado Social e Democrático de Direito a fim de deixar expresso a plenitude do processo de construção do Estado, não como mera junção de termos, mas para compreensão da integralidade dos compromissos assumidos pela concepção atual de Estado que rompe com o modelo anterior e se instaura como novo paradigma.

No caso brasileiro, a construção de um modelo de Estado Social e Democrático de Direito – consolidado com o advento da Constituição Federal de 1988 - ocorre de forma lenta e gradual, incluindo inúmeros retrocessos e entraves, conforme veremos no tópico seguinte. De modo que se mostra relevante mencionar alguns aspectos históricos imprescindíveis para sua compreensão, especialmente no que se refere aos dilemas que assolam o Estado brasileiro no período anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, sendo certo que tais não são novidades, mas decorrentes de uma retórica que acompanha, de longa data, a cultura e a política nacional.

2.2 O ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

No período que antecede a consolidação da Constituição Federal de 1988 o Brasil enfrentou um longo período de crise, marcado pela ditadura militar que se instaurou em 1964 e passou a governar o país através de inúmeros atos institucionais, por meio dos quais foram restringidos direitos fundamentais, fechados órgãos e instituições democráticas, inclusive o Congresso Nacional, e aniquilado as formas de participação popular (tanto a forma representativa quanto a direta), em suma, a população assistiu ao desmonte da democracia. Além do mais, importa mencionar a intensa perseguição política, filosófica, cultural e de qualquer outra forma que se manifestasse minimamente contrária aos ideais do governo estabelecido.

Naquele momento histórico, o país passou a ser governado por intermédio dos chamados atos institucionais. Mecanismo criado na tentativa de dar legitimidade ao governo autoritário imposto. Paulo Bonavides e Paes de Andrade (2006, p. 433-434) afirmam que “[...] a verdadeira Constituição daqueles anos foram os atos institucionais”.

O golpe militar de 1964 contou com amplo apoio das classes médias urbanas, dos pequenos e grandes proprietários, da indústria, do comércio e detentores do capital, em suma, da classe burguesa em geral, tendo nítido objetivo de restabelecer um padrão dominante e suprimir os direitos fundamentais e sociais - principalmente no tocante à classe trabalhadora (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989, p. 196).

Já no ato inaugural do regime, o Ato Institucional nº 1, restringiram-se as garantias constitucionais, especialmente aquelas relativas aos membros do Poder Judiciário e do Legislativo, bem como foram cassados mandatos legislativos e impedida a análise judicial de tais atos. Por intermédio do AI-2 todos os partidos políticos foram extintos, com exceção daquele filiado aos interesses do regime. Desta forma, o Poder Executivo, na figura do Presidente da República, passa a governar o país de forma plena, possibilitando-lhe a expedição de atos complementares, decretos-leis, bem como o direito de determinar o recesso do Congresso Nacional. Ademais, fixou-se a eleição indireta para Presidente e Vice-Presidente da República, os quais passaram a ser eleitos pelo colégio eleitoral. Logo na sequência, através do AI-3, estendeu-se a eleição indireta também para governadores e vice-governadores (BONAVIDES; DE ANDRADE, 2006, p. 434).

Os demais Atos Institucionais e outros decretos expedidos pelo Poder Executivo continuaram a limitar o princípio democrático e os direitos fundamentais anteriormente conquistados. As poucas instituições tidas como democráticas que ainda permaneciam vigentes, o eram apenas no sentido formal, longe de representar o ideal democrático, por essa razão defendem Baquero, Ranincheski e Castro (2018, p.90) que:

E, finalmente, em 1964, as forças autoritárias impõem um golpe de Estado militar que durará 20 anos. Neste período de ditadura militar, funcionam algumas das instituições assim chamadas democráticas, como eleições para alguns cargos políticos (exceto para presidente da República e governadores de Estado). O funcionamento destas instituições, no entanto, não corresponde à ideia ou à realidade de uma democracia. Novamente a cultura autoritária se impõe à política brasileira.

Nas palavras de Bonavides e Andrade (2006, p. 435) a “intervenção cirúrgica” acabou durando mais do que se imaginava. O arbítrio se instalou definitivamente e a sociedade foi emudecida, seus líderes perseguidos, torturados, assassinados [...].

Esse foi o cenário crítico enfrentado pela nação brasileira desde a implantação do regime em 1964 até a reestruturação da democracia em 1988 com a nova Constituição Federal.

Pedia-se o fim daquela ruptura prolongada que a chamada “revolução permanente” do golpe de Estado de 1964, cuja derradeira tempestade, ainda em plena vigência do AI-5, se concretizou com o célebre “pacote” de 29 de abril de 1977, do presidente Geisel. (BONAVIDES E DE ANDRADE, 2006, p. 455)

Oportuno mencionar que o processo de reabertura política não ocorreu em um ato de ruptura, mas sim através de um longo processo que durou mais de 10 anos, o qual certamente não contou com o interesse do Estado, mas foi resultado de uma série de fatores que levaram o povo e os movimentos democráticos a exigirem o retorno à democracia (VIEIRA, 2013, p. 310-311).

Na década de 1970 o Brasil enfrentava forte crise econômica, altos índices inflacionários e recessão, somado às elevadas taxas de desemprego por todo o país. Esse cenário criou as condições para o fortalecimento de instituições democráticas, especialmente dos sindicatos e a criação de novos partidos políticos em oposição ao regime imposto.

Outro setor que sofreu com o golpe militar de 1964 foi o da saúde, sobre a qual sobreveio uma intensa política privatizante. De acordo com Vieira (2013, p. 306):

Desse modo, ocorreu nas décadas de 1960 e 1970 a privatização da prestação de serviços em saúde pelo Estado, mediante o repasse das verbas públicas do sistema para grupos privados. Como resultado dessa ação privatista, a partir de 1970 surge a medicina de grupo, pelo acordo de grandes empresas com grupos de médicos, com vistas a substituir os atendimentos do INPS.

Por esse ângulo ganha relevância a mobilização social pela redemocratização do país, cujo ápice foi o “Movimento das Diretas Já” da década de 1980 (FAGUNDES, FERRAZZO e LIXA, 2020, p.168).

Em outubro de 1988 foi promulgada a nova Constituição Federal, instaurando uma nova ordem política no cenário brasileiro com a redemocratização do país. No artigo 1º estabelece a carta maior que: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos [...]” (BRASIL, 1988). Deixa expresso, portanto, que se trata de um Estado Democrático de Direito, adquirindo as qualidades inerentes a esse modelo.

Importante lição do professor José Afonso da Silva merece transcrição:

A configuração do Estado Democrático de Direito não significa apenas unir formalmente os conceitos de Estado Democrático e de Estado de Direito. Consiste, na verdade, na criação de um conceito novo, que leva em conta os conceitos dos elementos componentes, mas os supera na medida em que incorpora um componente revolucionário de transformação do *status quo*. E aí se entremostra a extrema importância do art. 1º da Constituição de 1988, quando afirma que a República Federativa do Brasil se constitui em Estado Democrático de Direito, não como mera promessa de organizar tal Estado, pois a Constituição aí já o está proclamando e fundando. (SILVA, 2011, p. 119).

Por certo que não bastaria a menção da constituição de um Estado Social e Democrático de Direito se não houver as diretrizes, princípios e os meios que permitam florescer esse sistema, razão pela qual a Constituição Federal de 1988 estabelece, nos incisos do art. 1º, os fundamentos da nação, quais sejam: “I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e o V - pluralismo jurídico” (BRASIL, 1988).

Ademais, também são estabelecidos, no art. 3º, os objetivos fundamentais a serem perseguidos:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

O estabelecimento dos fundamentos, diretrizes e objetivos na Constituição Federal de 1988 vincula a atividade estatal, de tal modo que o Poder Legislativo, quando da elaboração das demais normas, terá como norte os ditames constitucionais. Da mesma forma os Poderes Executivo e Judiciário deverão seguir as diretrizes da Constituição Federal quando da realização de suas atividades, pois a Constituição, no contexto do Estado Social e Democrático de Direito que aqui temos tratado, se reveste de um “plano global normativo” e, portanto, vinculante, a medida em que o Estado assume a responsabilidade pela sua concretização (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 106).

A lição de J.J. Gomes Canotilho (2008, p. 100-102) acerca do dirigismo constitucional ou da Constituição Dirigente vai ao encontro do anteriormente afirmado, pois para ele a Constituição de uma nação se reveste em um instrumento “compromissário-vinculante”, pois vincula a atividade estatal de seus poderes, especialmente no que se refere a garantia de direitos sociais fundamentais e do funcionamento das instituições democráticas (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 107).

Muito embora as críticas que surgiram a este modelo “utópico” de Constituição Dirigente, mais especificamente no que tange às complexidades da sociedade moderna e a dificuldade do texto constitucional (e do direito como um todo) em concretizar-se, ou seja, alcançar todos os objetivos a que se propõe e atender às mais variadas demandas sociais no contexto da globalização e do neoliberalismo (STRECK e BOLZAN, 2008, p. 107), certo é que a Constituição é responsável por estabelecer os princípios e diretrizes essenciais que darão legitimidade ao sistema político, de tal modo que o professor Canotilho (1996) afirma que:

Uma constituição - desde logo pela sua gênese histórica e política - se não pode ser hoje um documento sagrado ou um condensado de políticas, tem de continuar a fornecer as exigências constitucionais mínimas (*constitucional essential*, nas palavras de Rawls), ou seja, o complexo de direitos e liberdades definidoras das cidadanias pessoal, política e econômica intocáveis pelas maiorias parlamentares. Aqui o dito constitucional é uma dimensão básica da legitimidade moral e material, e, por isso, um elemento de garantia contra a deslegitimação ética e desestruturação moral de um

texto básico através de desregulações, flexibilidades, desentulhos e liberalizações.

Não seria diferente no caso brasileiro, pois como afirma Favaro (2019, p. 36):

De toda sorte, a par dos importantes desafios para a concretização do Estado Social e Democrático de Direito, não há dúvidas de que sua constitucionalização representou avanço na busca por igualdade material e justiça social. Pode-se citar, nesse sentido, a própria realidade do Brasil, cuja carta constitucional prevê uma vasta gama de direitos, inclusive de caráter social e de prestação positiva [...] (2019, p. 36)

Pois bem, feitas as ressalvas, voltando à análise da Constituição Federal de 1988, esta dedicou um título específico para a consagração dos direitos e garantias fundamentais, qual seja o Título II, estando este dividido nos seguintes capítulos: I. Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos (art. 5º); II. Dos Direitos Sociais (art. 6º e seguintes), no qual está inserido os direitos a “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”, bem como dos direitos dos trabalhadores; III. Da Nacionalidade (art. 12 e 13); IV. Dos Direitos Políticos (art. 14 e seguintes), dos quais destacam-se aqueles relacionados ao sufrágio universal e igualitário, com valor igual para todos, assim como as formas de participação popular; e V. Dos Partidos Políticos (art. 17) (BRASIL, 1988).

Para além da mera enumeração de direitos e garantias fundamentais, a Constituição Federal de 1988 trouxe normas de eficácia plena, com o intuito de possibilitar a concretização direta e imediata desses direitos. Consoante a classificação de José Afonso da Silva (2011, p. 150), as normas de eficácia plena são

[...] aquelas que, desde a entrada em vigor da Constituição, produzem, ou têm possibilidade de produzir, todos os efeitos essenciais, relativamente aos interesses, comportamentos e situações, que o legislador constituinte, direta ou indiretamente, quis regular”.

Como exemplo menciona-se aquelas relativas à seguridade social, inseridas no Título VIII “Da Ordem Social”, tendo estabelecido no art. 194 que: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Logo na sequência, a Constituição Federal de 1988 passa a estabelecer uma série de diretrizes e princípios que regem a seguridade social, como deve ser estruturada e, inclusive, como se dá o seu custeio, estabelecendo que:

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais [...] (BRASIL, 1988)

A partir do art. 196, a CF88 passa a estabelecer as diretrizes para a garantia do direito à saúde, estruturando o Sistema Único de Saúde – SUS, o qual será objeto de análise em capítulo específico a seguir. Nota-se, portanto, que a CF88 estabeleceu o direito à saúde como norma de eficácia plena, com aplicabilidade imediata, significa dizer que a sua realização não está condicionada à existência de uma norma regulamentadora, nem por essa pode ser reduzido. Para Favaro (2019, p. 47) “a inserção do direito à saúde dentre os direitos fundamentais sociais é decisiva para sua configuração, pois lhe confere aplicabilidade imediata e impede que sua concretização dependa das vontades e da volatilidade do legislador ordinário”.

Sustenta Vieira (2013, p. 321-322) que o direito à saúde, para além de um direito fundamental com aplicabilidade direta e imediata, é um direito humano transdimensional, pois a sua garantia perpassa por todas as demais dimensões de direitos, afinal não há como se garantir os demais direitos sem que o indivíduo tenha saúde para usufruí-los.

Para Streck e Bolzan (2008, p. 106):

[...] a Constituição do Brasil não é mero “instrumento de governo”, enunciador de competências e regulador de processos, mas, além disso, enuncia diretrizes, fins e programas a serem realizados pelo Estado e pela sociedade. Não compreende tão somente um “estatuto jurídico do político”, mas um “plano global normativo” da sociedade e, por isso mesmo, do Estado brasileiro. Daí ser ela a Constituição do Brasil e não apenas a Constituição da República Federativa do Brasil. Os fundamentos e os fins definidos em seus artigos 1º e 3º são os fundamentos e fins da sociedade brasileira. Outra questão, diversa dessa, é a relativa a sua eficácia jurídica e social e a sua aplicabilidade. De tal modo, o legislador está vinculado pelos seus preceitos, ainda que sob distintas intensidades vinculativas, conforme anotava Canotilho já na primeira edição de sua tese, ao cogitar genericamente dessa questão.

Logo, a Constituição Federal de 1988 consolidou o modelo de Estado Social e Democrático de Direito, pois para além de estabelecer um rol de direitos sociais

fundamentais e estruturar as instituições democráticas em conformidade com a evolução histórica que até aqui temos visto, tratou de estabelecer as diretrizes para o funcionamento e concretização deste sistema, em outras palavras, a Constituição Federal de 1988 trouxe normas de eficácia plena que permitem dar efetividades aos direitos sociais fundamentais nela estabelecidos, de tal modo que é possível identificar que ela inaugura o Estado Social e Democrático de Direito, não pelo fato de seu art. 1º assim estabelecer, mas em decorrência do conjunto de normas e princípios que visam dar-lhe efetividade.

2.3 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS: BASES TEÓRICAS E O RECONHECIMENTO DE SUA DIMENSÃO SOCIAL

Revela-se de extrema importância o estudo dos direitos fundamentais, suas raízes históricas e o reconhecimento de sua dimensão social para a compreensão do objeto central dessa pesquisa - o acesso ao direito à saúde, pois como se verá este é tido como um dos direitos mais básicos da humanidade, intimamente relacionado com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana, sem ele o indivíduo estará impedido de acessar todos os demais direitos.

Acerca do conceito de direitos fundamentais e sua distinção em relação ao termo "direitos humanos", seguimos a lição dos Professores Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2016, p. 301), para quem:

De acordo com o critério aqui adotado, o termo "direitos fundamentais" se aplica aqueles direitos (em geral atribuídos à pessoa humana) reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado," ao passo que a expressão "direitos humanos" guarda relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e em todos os lugares, de tal norte que revelam um caráter supranacional (internacional) e universal.

Logo, direitos fundamentais são aqueles que constam no texto constitucional de um Estado Democrático. Em geral, são decorrentes das conquistas sociais perpetradas ao longo do processo evolutivo do próprio Estado, como temos identificado nos tópicos precedentes.

A partir do momento em que o ser humano deixa de viver em pequenos agrupamentos e passa a conviver em sociedade, inicia um processo de apropriação

de bens, especialmente da terra, pois o principal meio para produção de alimento será a agricultura. Surge, pois, nas palavras do professor José Afonso da Silva (2011, p. 150) “[...] uma forma social de subordinação e de opressão, pois o titular da propriedade, mormente da propriedade territorial, impõe seu domínio e subordina tantos quanto se relacionam com a coisa apropriada.” Dado o contexto, o Estado surgirá como instrumento para a manutenção desse “sistema de dominação”. Daí que surge a importância do reconhecimento de direitos fundamentais como forma de limitar o uso indevido da propriedade privada – tida como meio de dominação - de tal modo a atender os interesses sociais que o Estado deve resguardar (SILVA, 2011, p. 150-151).

Muito embora seja possível identificar algumas instituições de direitos na Idade Antiga, somente na Idade Média é que irão surgir as primeiras declarações de direitos, entendida essas como documentos escritos que visam a estabelecer alguns direitos aos indivíduos, ainda que, em um primeiro momento, possua alcance restrito, tais declarações contribuiriam sobremaneira para a consolidação das modernas declarações de direitos humanos que hoje conhecemos (BATISTA, 1999, p. 254).

A primeira construção de uma teoria de direitos fundamentais remonta ao naturalismo, teoria segundo a qual o homem nasce detentor de direitos que lhe são inerentes por natureza, os quais não podem ser violados, de modo que cabe ao Estado se abster de intervir na esfera de direitos naturais do ser humano, nesse grupo de direitos encontram-se a igualdade (ainda que apenas formal), liberdade e a propriedade. Vale mencionar que, de acordo com a teoria jusnaturalista, para se alcançar tais direitos é necessário impor limitações ao Poder Estatal, razão pela qual consolida-se a teoria da separação dos poderes, conforme anteriormente estudado no tópico 2.1.

Na Idade Média, mais especificamente em 1215, firmou-se a *Magna Charta Libertatum*, tratando-se de um acordo firmado pelo Rei João Sem-Terra com bispos e nobres ingleses com o intuito de proporcionar-lhes benefícios, dentre os quais os direitos de propriedade, *habeas corpus* e devido processo legal. Em que pese seja um documento direcionado ao atendimento de demandas de um pequeno grupo da sociedade estamental, ou seja, àqueles que faziam parte do clero e da nobreza, tal acordo é tido pelos estudiosos da temática como o mais importante pacto sobre direitos do homem do período medieval, especialmente pelo fato de abrir caminho para a conquista de novos direitos e proporcionar condições de possibilidade para que

estes sejam estendidos, ainda que lentamente, para outros grupos sociais (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2016, p. 307).

Em seguida, começam a ganhar espaço os pensamentos filosóficos da teoria do direito natural:

A partir do século XVI, a doutrina do direito natural começa a avançar na seara do pensamento filosófico europeu, com destaque, no que diz com as primeiras formulações a respeito de direitos da pessoa humana, para os teólogos espanhóis Vitoria y las Casas, Vázquez de Menchaca, Francisco Suárez e Gabriel Vázquez, que pugnaram pelo reconhecimento de direitos naturais aos indivíduos, deduzidos do direito natural e tidos como expressão da liberdade e dignidade da pessoa humana. (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2016, p. 307).

Para Silva (2011, p. 151-152) diversas cartas contendo a previsão de direitos do homem começam a surgir, especialmente na Inglaterra, a partir do ano 1225, a exemplo da Magna Carta inglesa e do *Bill of Rights* (datado de 1688), dentre outros. Todavia, tais documentos não podem ser considerados “declarações de direitos no sentido moderno”, pois são limitadas em seu conteúdo e direcionadas a um grupo restrito de pessoas, qual seja a burguesia ascendente. Em outras palavras, muito embora tais cartas contivessem a previsão de alguns direitos, esses eram direcionados àqueles que detinham posses, propriedades e títulos, não alcançavam, portanto, à população em geral, nem mesmo previa a abolição da escravatura. Vale mencionar que, na sociedade estamental, o grupo de pessoas que pertenciam a essas classes privilegiadas era extremamente restrito, de modo que a maioria das pessoas não detinha acesso a tais privilégios e na maioria das vezes nem mesmo sabiam de sua existência.

A Revolução francesa de 1789 é o marco inaugural para a imposição de limitações ao Estado absolutista, com a conseqüente implantação do modelo de Estado liberal. A partir dele consolidam-se os chamados direitos de primeira dimensão, associados aos direitos de liberdade e propriedade, os quais passam a constar efetivamente em textos constitucionais (PINHO, 2020, p. 178).

Luigi Ferrajoli descreve esse primeiro processo de inserção dos direitos fundamentais em textos constitucionais do seguinte modo:

Sin duda, la enunciación de los derechos humanos en las cartas constitucionales data de mucho antes que el segundo período de posguerra. Data de las primeras Constituciones y Declaraciones revolucionarias del ‘700 –la Declaración de los derechos de Virginia de 1776, la Constitución

norteamericana de 1787, la Declaración francés de los derechos humanos y del ciudadano de 1789– y luego a las Constituciones y a los Estatutos del '800. (FERRAJOLI, 2016, p. 21).

Somente após o advento da industrialização e das consequências dela decorrentes, em especial a migração em massa de trabalhadores para os centros urbanos e a formação de uma classe operária, as liberdades formais decorrentes do movimento liberal clássico se mostraram insuficientes para conter as graves crises do período. De um lado limitava-se o poder do soberano a pretexto de garantir os direitos de liberdade e igualdade, de outro o entregava aos detentores do poder econômico. Merece transcrição a lição do professor José Afonso da Silva (2011, p. 159):

No entanto, o desenvolvimento industrial e a conseqüente formação de uma classe operária logo demonstraram insuficiência daquelas garantias formais, caracterizadoras das chamadas *liberdades formais*, de sentido negativo, como resistência e limitação ao poder. Pois a opressão não era, em relação a ela, apenas de caráter político formal, mas basicamente econômico. Não vinha apenas do poder político do Estado, mas do poder econômico capitalista. De nada adiantaria as constituições e leis reconhecerem liberdades a todos, se a maioria não dispunha, e ainda não dispõe, de condições *materiais* para exercê-las.

É nesse cenário que surgem os movimentos da classe operária, vinculados ao pensamento crítico que se fazia ao liberalismo clássico. Tais movimentos estavam alinhados às teorias socialistas que influenciaram diversas revoluções e cartas de direitos do período, tais como a Revolução de 1848 em Paris, a Constituição Mexicana de 1917 e a Revolução Soviética de 1917 (VIEIRA, 2013, p. 143). Nesse ponto se faz pertinente esclarecer que o Estado Social, tal como estudamos anteriormente, não se confundi com o socialismo, pois esse tem como objetivo “[...] realizar uma nova concepção da sociedade e do Estado e, também, uma nova ideia de direito, que buscase libertar o homem, de uma vez por todas, de qualquer forma de opressão” (SILVA, 2011, p. 161), daí que o socialismo busca estabelecer uma nova forma de organização político-econômica, por outro lado o Estado Social visa a conceder direitos sociais dentro da lógica do sistema capitalista, justamente com o objetivo de corrigir distorções do sistema e garantir a sua manutenção (VIEIRA, 2013, p. 144).

Com o fim da segunda guerra mundial começam a surgir declarações de direitos humanos de cunho universalizante, ou seja, documentos firmados em âmbito nacional por diversos países com o objeto de garantir direitos fundamentais a todas

as pessoas independentemente de qualquer condição, requisito ou nacionalidade. Foi em 1945 que a Carta das Nações Unidas, firmada inicialmente por vinte e um países, manifestou a preocupação com os “direitos fundamentais do homem”, resultando, posteriormente, na elaboração da Declaração Universal dos Direitos do Homem (SILVA, 2011, p. 162).

Para Ferrajoli (2016, p. 23-24):

Todo esto cambia radicalmente en esa extraordinaria temporada constituyente que fue el quinquenio 1945-1949, que vio la elaboración de la Carta las Naciones Unidas en 1945, de la Constitución japonesa del 1946, de la Constitución italiana del 1948, de la Declaración Universal de los derechos humanos en el mismo año, de la Ley Fundamental alemana en 1949. Es gracias a estas Cartas que se realizan los dos grandes logros y las dos grandes revoluciones institucionales que he mencionado al principio; las cuales cambian la naturaleza y la estructura del derecho y de las instituciones políticas disolviendo la soberanía interna, mediante los límites y las restricciones constitucionales impuestas al poder legislativo, la otra la soberanía externa mediante la prohibición de la Guerra y la adjudicación de los derechos fundamentales a cada ser humano. (FERRAJOLI, 2016, p. 23-24).

Como metodologia didática e com o objetivo de melhor visualizar o conteúdo relacionado aos direitos fundamentais, alguns doutrinadores passaram a dividi-los em dimensões ou gerações de direitos. A esse respeito Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2016, p. 310) mencionam que há consenso doutrinário ao menos em relação às três primeiras dimensões dos direitos fundamentais, de tal modo que esses poderiam ser assim classificados: a) direitos de primeira dimensão: seriam aqueles relacionados aos direitos fundamentais conquistados em sede do Estado Liberal burguês, relacionados às liberdades formais, direitos de propriedade, dentre outros, essa primeira dimensão representa os “direitos de cunho negativo” pois tem como objetivo limitar a atuação estatal na esfera privada dos indivíduos; b) direitos de segunda dimensão: aqui inclui-se os direitos conquistados no âmbito do Estado Social como resultado dos movimentos da classe operária do século XIX, fala-se em uma “dimensão positiva” ao passo que atribui-se ao Estado o dever de agir, intervindo no âmbito social para corrigir as distorções do modelo anterior, sobretudo por intermédio da promoção de direitos sociais e econômicos (direitos dos trabalhadores, saúde, educação, previdência social, dentre outros); c) direitos de terceira dimensão: são aqueles relacionados aos direitos transindividuais, difusos ou coletivos, os quais são direcionados não ao ser individual, mas à coletividade, são exemplos de direitos de

terceira dimensão o meio ambiente, a paz, qualidade de vida, dentre tantos outros. Há quem defenda, ainda, a existência de direitos de quarta, quinta e até sexta dimensão. Embora a controvérsia acerca da existência de tais dimensões, assim como de quais direitos estariam elencados em cada uma delas, é correto afirmar que todos os demais direitos, de certa forma, já estariam abrangidos na clássica divisão anteriormente mencionada (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2016, p. 307).

Importante ressaltar que a previsão de direitos fundamentais não ocorre de modo uniforme/linear em todos os Estados, sendo certo que a sua efetividade depende de cada contexto histórico em que determinada sociedade está inserida, razão pela qual é comum que ocorram avanços e retrocessos na previsão de direitos, ou mesmo que existam Estados que não preveem uma série de direitos tidos como fundamentais.

Uma vez delineada a evolução histórica no que toca a promoção de direitos fundamentais, importa mencionar que estes somente serão considerados reconhecidos como tal se estiverem fixados em um texto constitucional⁵. A esse respeito merece transcrição a lição de Canotilho (2003, p. 377):

Os direitos fundamentais serão estudados enquanto direitos jurídicos-positivamente vigentes numa ordem constitucional. Como iremos ver, o local exacto dessa positivação jurídica é a constituição. A positivação de direitos fundamentais significa a incorporação na ordem jurídica positiva dos direitos considerados "naturais e inalienáveis" do indivíduo. Não basta uma qualquer positivação. É necessário assinalar-lhes a dimensão de *Fundamental Rights* colocados no lugar cimeiro das fontes de direito: as normas constitucionais. Sem esta positivação jurídica, os «direitos do homem são esperanças, aspirações, ideias, impulsos, ou, até, por vezes, mera retórica política», mas não direitos protegidos sob a forma de normas (regras e princípios) de direito constitucional (Grundrechtsnormen).

Outro ponto que merece destaque é que a concepção meramente formal ou processualista da democracia, entendida essa como a forma de governo em que o poder público é exercido pelo povo ou por sua maioria, direta ou indiretamente, tendo

⁵ Registra-se que com o fim da II Guerra Mundial e com a criação da Organização das Nações Unidas - ONU, inaugura-se uma nova ordem de promoção dos direitos Humanos em nível global, passando os mesmos a contar com uma proteção multinível. Assim, serão criadas Organizações e mecanismos Internacionais, inclusive Tribunais supranacionais, destinados a verificar a compatibilidade da ordem interna de um Estado em relação aos Tratados Internacionais de proteção dos Direitos Humanos. Dentro dessa lógica afirma Marmelstein (2019, p. 230) que: "Hoje, determinados problemas jurídicos são enfrentados ao mesmo tempo por diversas instâncias decisórias, dentro daquilo que se convencionou chamar de "proteção multinível dos direitos" (Pernice). Um mesmo caso de violação de direitos pode ser julgado tanto por cortes nacionais quanto por cortes internacionais, supranacionais ou mesmo estrangeiras. Canotilho chama esse fenômeno de interconstitucionalidade, para destacar a necessária troca de informações e de decisões pelos diversos níveis de jurisdição".

como fundamento a autonomia de criar suas próprias regras, é “excessivamente simplificada” e insuficiente para conceituar as democracias atuais, pois segundo Ferrajoli (2016, p. 95):

Ciertamente la dimensión formal de la democracia como poder legitimado, directa o indirectamente, por la voluntad popular lo constituye un territorio absolutamente necesario: una conditio sine qua non, en ausencia de la cual no se puede hablar de “democracia” en modo alguno. Pero ésta no es ni la única condición necesaria, ni una condición suficiente. Por tres razones, corresponden a otras tantas aporías, que exigen que esta dimensión sea integrada por límites y restricciones sustanciales o de contenido que son típicamente los derechos fundamentales constitucionalmente estipulados. (FERRAJOLI, 2016, p. 95)

O processo de constitucionalização dos direitos fundamentais proporciona o reconhecimento de direitos no texto fundamental do Estado, conseqüentemente o Estado se responsabiliza por sua promoção e proteção (eficácia vertical dos direitos fundamentais), mas não só, os direitos fundamentais também precisam ser observados e garantidos no domínio das relações privadas (eficácia horizontal dos direitos fundamentais). Como visto anteriormente, a Constituição de um Estado não é apenas um texto enunciativo de direitos, mas traduz a essência da nação e os valores que por ela devam ser defendidos, de modo que, para além de estabelecer rol de direitos, a Constituição deve criar condições para sua efetividade, pois consoante a teoria da constituição dirigente, o texto Constitucional vincula a atividade do Estado, estabelecendo as diretrizes para sua atuação. Nesse sentido:

A constitucionalização tem como consequência mais notória a proteção dos direitos fundamentais mediante o controlo jurisdiccional da constitucionalidade dos actos normativos reguladores destes direitos. Por isso e para isso, os direitos fundamentais devem ser compreendidos, interpretados e aplicados como normas jurídicas vinculativas e não como trechos ostentatórios ao jeito das grandes "declarações de direitos" (CANOTILHO, 2003, p. 377).

Importa mencionar que a teoria da Constituição dirigente, de que é precursor o professor José Joaquim Gomes Canotilho, atualmente, não abandona a importância do texto Constitucional enquanto norma jurídica vinculante, porém reconhece que, dadas as complexidades da sociedade contemporânea e dos desafios enfrentados em uma comunidade global - que não está limitada ao âmbito interno de um determinado Estado, mas inserida em um contexto de globalização que, inevitavelmente, se relaciona com o cenário global e com organismos transnacionais

(GARCIA-PELAYO, 2009, p. 3) -, sofre influência do cenário externo (acordos e tratados internacionais, organismos internacionais, relações entre outras nações e etc.), de tal modo que a Constituição sofre fortes influências do cenário externo o qual, por sua vez, também influencia a atuação dos poderes estatais (CANOTILHO, 2008; STRECK e BOLZAN, 2008, p. 107).

Desta forma, a Constituição por si só, não é capaz de proporcionar integral mudança da realidade concreta nos mais diversos vários âmbitos (social, econômico, político e etc.), devendo, pois, estar aliada a vários outros instrumentos, tais como as políticas públicas e instituições de transformação social.

Nota-se, portanto, que há uma evolução histórica dos direitos fundamentais, ainda que esse processo não ocorra de forma constante e linear, e ressalvadas as peculiaridades de cada Estado, é possível identificar algumas fases marcantes desse processo e sua relação com o modelo de Estado, tendo como origem o liberalismo clássico, em que se previu os direitos de primeira dimensão – direitos negativos face ao Estado; posteriormente, a construção de um Estado Social representando os direitos de segunda dimensão, em que se exige do Estado prestações positivas para a garantia de direitos sociais (especialmente direitos do trabalho, saúde, educação, previdência social, dentre outros) até a consolidação de um modelo de Estado Social e Democrático de Direito, tal como previsto na Constituição Federal de 1988, em que para além de se preverem direitos sociais fundamentais tratou-se de criar os meios para sua efetividade, tal como a criação do Sistema Único de Saúde para a garantia do direito à saúde (objeto de análise do próximo capítulo), razão pela qual a Constituição Federal de 1988 abriu espaço para a concretização dos direitos sociais fundamentais.

No contexto do Estado Social e Democrático de Direito, os direitos sociais fundamentais – aqueles relacionados às conquistas da classe operária no início do século XX, considerados de segunda dimensão, dentre os quais está inserido o direito à saúde (SILVA, 2010, p. 160) – adquirem viés coletivo, na medida em que se destinam a toda coletividade e possuem como objetivo proporcionar maior justiça social através da redistribuição de riquezas.

Como ensina Canotilho (2008, p. 102) os direitos sociais fundamentais são efetivados a partir de uma dinâmica de mão dupla entre o Estado e a sociedade, pois é por intermédio do sistema de arrecadação tributário que o Estado aloca recursos que, na sequência, serão destinados à concretização das políticas públicas sociais

(saúde, educação, previdência social, dentre outros). Desta forma, os direitos sociais fundamentais transcendem à esfera individual do sujeito e passam a afetar toda a coletividade, razão pela qual são considerados direitos coletivos.

Pois bem, no que se refere à previsão dos direitos sociais fundamentais no bojo do sistema constitucional e a sua conseqüente aplicabilidade, vale transcrever importante lição dos autores Sarlet; Marinoni e Mitidiero (2016, p. 319-320):

A fundamentalidade formal encontra-se ligada ao direito constitucional positivo, no sentido de um regime jurídico definido a partir da própria constituição, seja de forma expressa, seja de forma implícita, e composto, em especial, pelos seguintes elementos: (a) como parte integrante da constituição escrita, os direitos fundamentais situam-se no ápice de todo o ordenamento jurídico, gozando de supremacia hierárquica das normas constitucionais; (b) na qualidade de normas constitucionais, encontram-se submetidos aos limites formais (procedimento agravado) e materiais (cláusulas pétreas) da reforma constitucional (art. 60 da CF), muito embora possa controverter a respeito dos limites da proteção outorgada pelo constituinte (...); (c) além disso, as normas de direitos fundamentais são diretamente aplicáveis e vinculam de forma imediata as entidades públicas e, mediante as necessárias ressalvas e ajustes, também os atores privados (art. 5.º, §1º., da CF).

A par dos pressupostos mencionados em relação ao Estado Social e a garantia dos direitos fundamentais, será construída a teoria das dimensões, segundo a qual os direitos fundamentais, para além do alcance meramente subjetivo (ou seja, direcionado ao indivíduo), logram uma dimensão objetiva, ao passo que representam os valores mais elevados ansiados pela sociedade, razão pela qual deverão nortear a atividade estatal como um todo.

Foi a partir da Constituição Alemã de 1949 (Lei Fundamental de Boon) que ganhou impulso a teoria da dupla dimensão dos direitos fundamentais, sendo difundida pela jurisprudência da Corte Federal da Alemanha, para quem os direitos fundamentais não são direcionados unicamente à proteção do indivíduo frente ao Estado (dimensão subjetiva), mas também assumem o papel norteador para interpretação e aplicação da própria Constituição, vinculando a atividade estatal (SARLET, 2006, p. 167).

Por meio da dimensão objetiva dos direitos fundamentais é possível sustentar a proibição do retrocesso em termos de direitos sociais, isso por que a segurança jurídica deixa de ser mero direito subjetivo individual oposto ao Estado, mas um dos valores essenciais em um Estado Democrático de Direito (SARLET, 2015, p. 476).

Logo, é possível notar que os direitos sociais fundamentais são categorizados como direitos coletivos, vez que afetam a coletividade como um todo e não apenas a um indivíduo de forma isolada. Via de regra tais direitos são dotados de eficácia plena, podendo ser exercidos de imediato pelo cidadão (SILVA, 2010, p. 180).

Ora, se a Constituição Federal (norma maior do ordenamento jurídico) estabelece direitos sociais fundamentais, tal como é o caso do direito de acesso à saúde pública, e tendo em vista que tais direitos possuem eficácia plena, ou seja, podem ser exercidos de pronto pela coletividade sem a imposição de pré-requisitos/condicionantes, ganha relevância o estudo da instituição do Ministério Público, enquanto entidade destinada, dentre outras funções, à tutela dos direitos sociais fundamentais.

2.4 O MINISTÉRIO PÚBLICO ENQUANTO INSTITUIÇÃO LEGITIMADA À TUTELA DOS DIREITOS INDISPONÍVEIS, TRANSINDIVIDUAIS, DIFUSOS E COLETIVOS

2.4.1 Antecedentes históricos do Ministério Público

Não há consenso doutrinário acerca da origem exata do Ministério Público, mesmo porque trata-se de uma instituição que evolui historicamente e assume, a depender do Estado e do momento histórico em que está inserido, diferentes atribuições. Todavia, é possível identificar que algumas competências hoje exercidas pelo MP possuem antecessores que remontam à idade antiga, é o caso dos *éforos* na Grécia antiga, espartanos e *tesmótetas* de Atenas, os quais eram incumbidos da tarefa de acusar, perante os magistrados, os investigados pela prática de delitos, bem como de tutelar os interesses da Coroa (GARCIA, 2017, 111-116; CRUZ, 2019, p. 148-149).

No período do Império Romano foi criado o cargo de *procuratores caesaris*, procuradores do César (tradução nossa), autoridade pública instituída pelo Imperador romano com a principal tarefa de “cuidar dos domínios imperiais e da arrecadação de receita” (CRUZ, 2019, p. 148-149).

De acordo com Mário Cruz (2019, p. 151), o antecessor histórico que guarda maior relação com a instituição do Ministério Público tal como hoje é conhecido surgiu na França medieval. Naquele período, o Rei e os senhores feudais eram representados em juízo por Procuradores designados pela nobreza e tinham a função,

basicamente, de defender os interesses da Coroa. Contudo, diante dos novos ideais acerca do interesse público e da necessidade de o Estado reprimir delitos – o que antes ficava a cargo exclusivo da iniciativa privada - atribuiu-se a esses Procuradores a missão de postular em juízo ações criminais em prol do interesse da sociedade. Menciona o autor que:

Em se tratando de um sistema judicial eminentemente acusatório, a justiça somente intervinha se provocada e nos estritos limites de tal provocação. Com o afloramento das desvantagens de tal modelo, o que veio acompanhado da reconsideração da autoridade real, adquiriram relevo os benefícios do sistema inquisitório em pro da concepção do interesse geral. A partir de então, a repressão dos delitos passa a ser considerada uma exigência pública, vindo o poder persecutório a ser confiado não mais apenas às vítimas. Nesse contexto de finais da Idade Média, surge um Ministério Público em sua feição mais atual, que volta as tenções dos Procuradores do Rei de uma atividade de defesa dos direitos particulares do soberano para outra consistente na tutela do interesse geral. (CRUZ, 2019, p. 151)

Foi no período da Revolução Francesa que ocorre a unificação do Ministério Público, que deixa de ser uma instituição destinada a tutela dos interesses do Rei e passa a ter a competência de defender o interesse público, ainda que inicialmente sua atuação seja direcionada primordialmente a ações criminais. Ademais, para além das tarefas administrativas passa a atuar em âmbito processual (TRASSARD, 2008, p. 127). No mesmo sentido menciona Emerson Garcia (2017, p. 120) que após a Revolução Francesa o MP se consolida enquanto Instituição e adquire independência em relação ao Poder Executivo, especialmente com o advento do Código de Instrução Criminal de 1808. Nesse momento, os representantes do MP “(...) de meros procuradores do rei, função hoje desempenhada por órgãos específicos, evoluíram à condição de procuradores da sociedade, passando a defender os interesses gerais desta.” (GARCIA, 2017, p. 122).

Aponta Mário Cruz (2019, p. 152) que, com o advento do Código de Processo Penal napoleônico – datado de 1808 – o Ministério Público assume novas feições. A partir de então, o MP recebe o encargo de titular da ação penal pública (tal como atualmente), desenvolvendo tanto questões de âmbito administrativo quanto processual.

Esses são os principais antecedentes históricos em comum relacionados ao Ministério Público. A partir de então, a depender do sistema em que está inserida a Instituição, diversas são as funções e os modelos de organização que assume. A título de exemplo, menciona Emerson Garcia (2017, p. 122-130) que no âmbito do sistema

jurídico da *common law*, predominante em países de origem anglo-saxônica, os membros do Ministério Público normalmente são escolhidos através de eleições ou por meio de contratação direta, sendo que, em alguns casos, o MP ainda encontra-se vinculado ao Poder Executivo, muito embora possua grande autonomia. Já nos países cuja base é o *civil law*, em geral, os membros do MP são nomeados após a aprovação em concurso público. No que se refere à organização, por vezes o MP integra a estrutura de algum Poder do Estado (como é o caso do modelo italiano, o qual faz parte do Poder Judiciário), em outros casos não estão diretamente vinculados a nenhum outro Poder, muito menos subordinado, tal como ocorre com o Ministério Público brasileiro, adquirindo plena independência funcional.

Importante mencionar alguns aspectos relacionados ao desenvolvimento do Ministério Público de Portugal, pois como não poderia ser diferente, o MP brasileiro, em sua gênese, tratou-se de um órgão vinculado à Coroa Portuguesa.

2.4.3 O Ministério Público português

Pois bem, data de 1289 o registro da criação de um cargo destinado à defesa dos interesses reais em Portugal, o de “Procurador do Rei”. Posteriormente, esse órgão passa a ser disciplinado através de diversas Ordenações, tais como as Ordenações Afonsinas de 1447, as Ordenações Manuelinas de 1521, as Ordenações Filipinas de 1603, dentre outros instrumentos normativos. Somente no século XIX é que ocorre a independência e estruturação do MP português, que até então esteve vinculado às funções da magistratura (GARCIA, 2017, p. 133-138).

A primeira Constituição portuguesa – outorgada em 1822 – estabeleceu que seriam criados os órgãos necessários para a administração da justiça, o que fora efetivado pela lei que criou, no mesmo ano, a Procuradoria Geral da Coroa, “cujo Chefe seria o Procurador-Geral da Coroa, que também desempenharia a função de consultor jurídico do governo e atuaria junto ao Supremo Tribunal de Justiça” (GARCIA, 2017, p. 138).

Menciona Emerson Garcia (2017, p. 144) que:

Os Decretos n. 24 e 27, de 16 e 19 de maio de 1832, foram os diplomas responsáveis pela efetiva instituição do Ministério Público português, que teve o seu primeiro estatuto editado em 15 de dezembro de 1835. O art. 259 do Decreto n. 24/1832 classificava os Delegados e os Subdelegados, agentes

do Ministério Público, como “aspirantes a juízes de direito”, no que sedimentava um lamentável sentimento de subalternidade.

De início, tal como ocorrera no modelo francês, o Ministério Público estava inserido na estrutura organizacional do Poder Executivo e suas atribuições iniciais estavam a de consultoria e representação dos interesses do Rei, além de promover a ação penal (GARCIA, 2017, p. 139).

A atual Constituição portuguesa passou a dispor sobre o Ministério Público em capítulo próprio (Capítulo IV – Ministério Público), o qual, por sua vez, está inserido no Título V – Tribunais, ou seja, atualmente o MP português está inserido na estrutura organizacional do Poder Judiciário (PORTUGAL, 1974). Porém, a doutrina considera o Ministério Público português órgão independente de qualquer poder do Estado, dotado de plena autonomia funcional (GARCIA, 2017, p. 139; CANOTILO, 2002, p. 680).

Acerca das atribuições do MP português, menciona Emerson Garcia (2017, p. 146-147) que cabe ao Ministério Público “(...) o ajuizamento da ação penal e a defesa da legalidade democrática e dos demais interesses previstos em lei, dentre os quais se incluem a defesa dos interesses privados do Estado e dos interesses difusos e coletivos.”

2.4.3 O Ministério Público brasileiro

No período do Brasil-Colônia toda a organização do sistema jurídico brasileiro esteve subordinada ao direito lusitano, sobretudo por meio das ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas (GARCIA, 2017, p 178). Fora instituído em 1609 o Tribunal da Relação da Bahia, no qual atuava um “Procurador da Coroa”, a quem cabia o exercício das funções de promotor de justiça. Como vimos anteriormente, no período em questão, as funções de Procurador/Promotor eram desempenhadas unicamente para defesa dos interesses do Rei (MAZZILLI, 2014, p. 55-56).

De acordo com Emerson Garcia (2017, p. 188), durante o período imperial as atribuições do MP brasileiro eram exercidas perante os diversos Tribunais de Relações, tendo iniciado um processo de unificação apenas com a instalação da Corte Suprema em 1891. Menciona o citado autor que:

Nas fases colonial e monárquica, o Ministério Público não era propriamente uma Instituição, mas um aglomerado de atribuições que recaía sobre agentes dissociados entre si e que não gozavam de quaisquer garantias, sendo nítida a subordinação à Chefia do Executivo. (GARCIA, 2017, p. 188)

Com o advento da primeira Constituição Republicana, promulgada em 1891, o Ministério Público passou a ser tratado como entidade, ainda que inserida dentro da estrutura organizacional do Poder Judiciário. A partir de então, cada Estado passou a dispor acerca do seu Procurador-Geral e de suas atribuições (GARCIA, 2017, p. 188). A título de exemplo, menciona Garcia (2017, p. 189) que a Constituição do Rio Grande do Sul de 1891 concedeu ao Ministério Público a atribuição de “representar e defender os interesses do Estado, os da justiça pública e os dos interditos e ausentes perante os juízes e tribunais”. Além disso, dispôs que em cada comarca atuará um Promotor de Justiça, a ser nomeado pelo “presidente do Estado”.

A Constituição de 1934 trouxe avanços no que se refere à Instituição do Ministério Público, embora o tenha inserido dentro do Título que tratou do Poder Executivo, criou um capítulo próprio intitulado “dos órgãos de cooperação nas atividades governamentais” (GARCIA, 2017, p. 188).

A esse respeito menciona o professor Mário Luiz Vieira Cruz (2019, p. 187-188) que:

Com a Constituição de 1934, tem-se finalmente a institucionalização, ao nível constitucional, do MP brasileiro, vindo o constituinte a colocar a instituição em seção específica, qual seja, o Capítulo VI (arts. 95 a 98), Dos órgãos de cooperação nas atividades governamentais, No art. 95 da Lei Maior de 1934, constava previsão de que lei federal organizaria o Ministério Público da União, no Distrito Federal e nos Territórios, e que leis locais tratariam do Ministério Público nos Estados-Membros.

Entretanto, logo na sequência, com a Constituição de 1937 – outorgada pela ditadura Vargas – o Ministério Público sofreu retrocessos, o texto constitucional trouxe apenas dispositivos esparsos indicando que os membros do MP estariam subordinados (mais uma vez) ao Poder Executivo (CRUZ, 2019, p. 188).

Aponta Mário Vieira Cruz (2019, p. 188-189) que com o regime democrático decorrente da Constituição de 1946 o MP voltou a possuir um título próprio na Lei Fundamental, qual seja o Título III Do Ministério Público. Porém, mais uma vez, a Instituição sofreu forte redução em razão do golpe militar de 1964. Com a Carta de 1967 – outorgada pelo regime imposto – o MP passou a constar na seção dedicada ao Poder Judiciário. Em seguida, com a emenda constitucional n. 1/1969, o MP foi

inserido na estrutura organizacional do Poder Executivo e o Procurador-Geral da República passou a ser nomeado diretamente pelo Presidente da República, sem qualquer participação do Poder Legislativo.

Mesmo diante das restrições impostas pelo regime ao Ministério Público, é possível identificar algumas conquistas da Instituição em âmbito infraconstitucional, tal como a atribuição de *custos legis*, concedida pelo Código de Processo Civil de 1973, consistindo na tarefa de intervir, no curso dos processos, como fiscal da lei e da ordem jurídica. Outro destaque é a Lei Complementar n. 40/1981 “primeira Lei Orgânica Nacional do Ministério Público que se definiu um estatuto básico e uniforme para o MP nacional, nela figurando as principais atribuições, garantias e vedações da instituição sob análise (CRUZ, 2019, p. 190).

De acordo com o art. 1º da LC n. 40/1981:

O Ministério Público, instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, é responsável, perante o Judiciário, pela defesa da ordem jurídica e dos interesses indisponíveis da sociedade, pela fiel observância da Constituição e das leis, e será organizado, nos Estados, de acordo com as normas gerais desta Lei Complementar. (BRASIL, 1981)

Importante contextualizar que a citada Lei Orgânica Nacional do Ministério Público surge na década de 1980, no período de redemocratização do Estado brasileiro. Ao longo do percurso histórico é possível notar que regimes autoritários tendem a suprimir os órgãos e entidades de defesa do interesse geral e coletivo, ao passo que os regimes democráticos dependem de Instituições que defendam a democracia e os direitos fundamentais, tal como ocorre com o Ministério Público, que se revela entidade imprescindível no contexto do Estado Social e Democrático de Direito – ainda em construção na década de 1980 no Estado brasileiro. Por essa razão afirma Mário Vieira Cruz (2019, p. 146) que:

Notável a importância que a instituição sob análise vem adquirindo no contexto do Estado Social de Direito, com destaque para sua decisiva atuação no concerto dos sistemas de Justiça. Tal destaque extrapola inclusive o estrito âmbito do monopólio da violência legal - diretamente relacionado à tradicional atuação do MP no campo da persecução penal -, estando em causa o crescimento do protagonismo de um ator cujas tarefas, em alguns aspectos novas, noutros reconstruídas, encontram-se invariavelmente repletas de plasticidade e eminentemente relacionadas não só à reestruturação do Estado, como também ao incremento da complexidade social.

Portanto, o modelo de Ministério Público, surgido na década de 1980 e consolidado com o advento da Constituição Federal de 1988, detém funções que se alinham ao Estado Social e Democrático de Direito, pois este modelo tem como características marcantes os seguintes elementos: a) atribuições previstas diretamente na Constituição Federal, constituindo-se de independência funcional, ou seja, não está subordinado a nenhum dos outros três Poderes; b) atua como defensor da ordem jurídica legal e constitucional; c) é o titular da persecução penal pública; e d) é legitimado para tutelar, em juízo e fora dele, os direitos sociais fundamentais e o interesse público (CRUZ, 2019, 167).

Alexandre Amaral Gavronski e Andrey Borges de Mendonça (2015, p. 109) demonstram o avanço institucional do Ministério Público brasileiro com a Constituição Federal de 1988, mencionando que:

Do processo constituinte que consolidou a abertura democrática em nosso país emergiu uma Instituição de Estado desvinculada dos três poderes tradicionais e classificada como “função essencial à justiça”, dotada de autonomia funcional, administrativa, financeira e orçamentária, e que acumula funções tradicionais do Ministério Público, como de titular da ação penal (art. 129, I) e de controle da atividade policial (art. 129, VII), com funções que nos Estado contemporâneos usualmente são atribuídas a outras instituições de Estado, como a de *ombudsman*⁶ (art. 129, II), e outras para as quais os Ministérios Públicos de outros países encontram dificuldades de exercê-la com independência e efetividade, caso de função de legitimado coletivo universal (art. 129, III).

Atualmente, a Constituição Federal dispõe acerca do Ministério Público no capítulo IV Das Funções Essenciais à Justiça, dedicando a seção I exclusivamente ao Ministério Público. O art. 127 praticamente reproduziu o disposto no art. 1º da LC nº 40/81, dispondo que “O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (BRASIL, 1988).

Ressalta-se que o atributo de instituição permanente, previsto no art. 127 da Constituição Federal de 1988, tem como objetivo impedir a supressão ou descaracterização do MP, enquanto entidade essencial à função jurisdicional do Estado, seja pelo poder constituinte derivado, seja por qualquer outra norma

⁶ A função de “*ombudsman*” normalmente é atribuída a um órgão vinculado ao Poder Legislativo para a “defesa dos interesses do povo”. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 atribuiu essa função ao Ministério Público, especialmente quando menciona que a ele cabe “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição” (BRASIL, 1988; GAVRONSKI e MENDONÇA, 2015).

infraconstitucional (MAZZILLI, 2014, p. 136-142), em outras palavras, não pode ocorrer a extinção do Ministério Público e nem mesmo a alteração de suas atribuições a ponto de descaracterizar o importante papel que desempenha no Estado Social e Democrático de Direito.

Acerca das funções atribuídas ao Ministério Público pela Constituição Federal de 1988 merece destaque o art. 129, II, segundo o qual cabe ao MP “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” (BRASIL, 1988).

Desta forma, o texto constitucional atribui ao Ministério Público a importante tarefa de tutelar os direitos assegurados na Constituição, mas não é só, a CF também trouxe meios pelos quais o MP pode alcançar tal missão, tal como o disposto no art. 129, III, que prevê a possibilidade de o MP “promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos” (BRASIL, 1988).

Diante da consolidação do Ministério Público a partir da Constituição Federal de 1988, Mário Vieira Cruz (2019, p. 192-193) sustenta que:

Ademais, a Constituição de 1988 cometeu ao Ministério Público a função de verdadeiro *Ombudsman* ou Defensor do Povo (apesar de não se ter valido de tais expressões), por meio da qual lhe incumbe zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos nela assegurados, promovendo as medidas necessárias à sua garantia tanto no âmbito judicial como fora dele. É fato que, enquanto o MP esteve ligado ao Executivo, tal situação era vista como algo que o desqualificava para a defesa de direitos ou interesses que, muitas vezes, era lesionados pelos próprios agentes públicos governamentais. Contudo, foi indubitavelmente com a Constituição democrática de 1988 que o MP brasileiro alcançou maturidade e reconhecimento inéditos, sequer comparáveis aos demais países do entorno geográfico ou de semelhante tradição cultural.

Em sendo assim, verifica-se que o Ministério Público, no contexto do Estado Social e Democrático de Direito, é Instituição destinada, dentre outras funções, à tutela dos direitos sociais fundamentais, dentre os quais encontra-se o direito de acesso à saúde. Cabe, portanto, ao Ministério Público a defesa desses direitos tanto em juízo como fora dele. Para tanto, a Constituição Federal de 1988 trouxe, de forma exemplificativa, alguns instrumentos como a Ação Civil Pública (meio processual) e o Inquérito Civil (instrumento extrajudicial) que possibilitam ao MP o exercício de sua missão institucional na tutela desses direitos.

Diante dessa conjuntura, e especificamente no que toca ao objeto central de nossa pesquisa, é possível verificar que o Ministério Público, enquanto Instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, dotado de plena independência e autonomia funcional, é legitimado para a tutela do direito de acesso à saúde pública. Para tanto dispõe de uma série de mecanismos para o alcance de sua missão institucional, dos quais destacam-se a Ação Civil Pública, regulamentada pela lei n. 7.347 de 1985, e os meios extrajudiciais, tal como o Inquérito Civil, a recomendação e a possibilidade de requisitar informações, conforme disposto no art. 129, III e VI da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Uma vez delineado os contornos do Estado Social e Democrático de Direito e as suas contribuições para a promoção e garantia dos direitos sociais fundamentais, bem como a Instituição do Ministério Público e o papel institucional que adquire, sobretudo com o advento da Constituição Federal de 1988, na tutela desses direitos sociais fundamentais, passaremos a análise específica do direito ao acesso à saúde pública no capítulo seguinte.

3. O DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE E O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: OS DESAFIOS PARA O ACESSO

Certo é que, com o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde, no Brasil, é tida como direito fundamental universal, cabendo ao Estado proporcionar o seu acesso integral e gratuito. Entretanto, nem sempre foi assim, razão pela qual se torna imprescindível o estudo e a contextualização histórica e conceitual do direito fundamental e social à saúde para que, na sequência, possamos compreender a importância do Sistema Único de Saúde – enquanto política pública do Estado Social e Democrático de Direito –, assim como os desafios enfrentados para garantir o acesso a esse direito.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE: DOCUMENTOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS

Importante salientar que as concepções de saúde e doença não se desenvolveram de modo linear e uniforme ao longo do tempo, sendo comum que culturas diversas tenham visões distintas sobre a temática. Da mesma forma, ocorreram avanços e retrocesso ao longo dos anos, conforme estudaremos a seguir.

Por muito tempo acreditou-se que a saúde estava relacionada com “um mundo espiritual” em que as doenças eram desencadeadas por entidades e seres mitológicos, de tal forma que a saúde (inicialmente compreendida apenas como ausência de doença) seria obtida através de rituais místicos, benzeduras e rezas. A título de exemplo, Moacyr Scliar (2005, p. 5) descreve que os povos Assírios e Babilônios atribuíam a demônios a causa das doenças, sendo a cura obtida pela intervenção de um sacerdote, o qual se utilizava dos astros como guia no processo de cura. Similar ocorria no Egito antigo em que “[...] a primeira medida no tratamento de um paciente era o exorcismo dos demônios, pelo uso de amuletos e rituais.” (SCLIAR, 2005, p. 5).

Embora alguns povos, com o passar dos anos, tenham avançado na tentativa de dissociar a saúde de influências espirituais, por grande parte do período medieval ainda não se tinha conhecimento acerca da origem das doenças, o que impossibilitava

o correto diagnóstico, razão pela qual prevaleciam as crenças populares que pregavam que as enfermidades seriam uma penitência divina em decorrência do pecado (VIEIRA, 2013, p. 266).

Igualmente, Moacyr Scliar (2005, p. 4) afirma que

Para a maior parte das doenças sempre foi difícil estabelecer relações de causa e efeito; é um tipo de raciocínio que depende do grau de desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Privados destes recursos, os povos primitivos explicavam a doença dentro de uma concepção mágica do mundo: o doente é vítima de demônios e espíritos malignos, mobilizados talvez por um inimigo.

Data do período da Roma antiga (por volta do século V a.C.) os primeiros escritos dedicados ao estudo da medicina de forma empírica, desvinculada das crenças religiosas e místicas, sendo atribuído a Hipócrates de Cós o título de “pai da medicina”, embora acredite-se que, em verdade, os escritos teriam sido elaborados por diversas pessoas ao longo de vários anos, dada a grande quantidade de informações e casos relatados. Nesse período, já se discutiam as influências do ambiente (água, ar, limpeza e etc) na propagação de doenças (CONIL, 2013, p. 209; SCLiar, 2005, p. 8).

Por certo que os estudos científicos sobre a origem de doenças e possíveis formas de combatê-las ocorriam de modo isolado, prevalecendo a religião e o misticismo como formas predominantes para tentar justificar a origem das doenças e os rituais como meio de cura.

Grandes contribuições são atribuídas, ainda no século XV, ao médico suíço *Paracelso* no que se refere à superação dos métodos místicos para cura de pacientes, para ele os processos que desencadeiam as doenças seriam químicos e não espirituais, de modo que os medicamentos mais adequados para tratá-las também deveriam ser igualmente químicos (DALLARI, 2013, p. 44).

Devido ao processo acelerado de industrialização e aos problemas dele decorrentes, tais como a migração das populações para os centros urbanos, somada à inexistência de sistema de coleta dos efluentes, grandes problemas assolaram a sociedade como um todo em meados do século XIX. Conforme Scliar (2005, p. 39), no campo da saúde, o retorno de epidemias anteriormente controladas teve destaque, especialmente daquelas relacionadas à contaminação dos recursos hídricos, tendo ressurgido a cólera, tifo, febre recorrente. Ademais, ressalta que a população mais

afetada eram os operários e os mais vulneráveis economicamente, pois “as classes média e alta não sofriam os efeitos desta situação, porque a urbanização implicava o relativo isolamento das classes trabalhadoras nos bolsões de miséria das grandes cidades” (SCLIAR, 2005, p. 39).

Importante mencionar que os primeiros hospitais surgem como instituições de caridade, originados no âmbito das igrejas e congregações com o objetivo de atender aos doentes que não tinham condições financeiras. Portanto, conforme aponta (DALLARI, 1988, p. 329) esses hospitais que acolhiam pacientes pobres sempre foram organizados e mantidos pela própria comunidade, ou seja, sem qualquer auxílio do Estado.

Foi no final do século XIX que ocorreu a revolução pasteuriana, cujo principal expoente foi Louis Pasteur, cientista francês que, com o auxílio do microscópio, descobriu a existência uma série de microrganismos causadores de doenças. A partir de então, o microscópio passa a ser utilizado com a finalidade médica, permitindo a descoberta da origem de diversas doenças assim como a criação de soros e vacina (DALLARI, 1995, p. 18).

Desta forma, as doenças pouco a pouco passam a ser enfrentadas pelo viés científico, ao invés do misticismo e da religião. Em outras palavras, o estudo da medicina conquista o caráter científico e, uma vez aliada às novas tecnologias, abre espaço para novas descobertas na área da saúde. A partir da descoberta dos elementos causadores da doença é possível determinar os métodos mais adequados para combatê-los.

Nesse sentido, o Renascimento – e sua influência nas ciências – teve impacto para a construção de uma concepção de saúde que rompesse com a ideia do sobrenatural ou da vinculação à punição divina em razão do pecado. Durante esse processo, a Igreja Católica agia contraditoriamente, pois, ao mesmo tempo em que os monges resgatavam métodos da medicina grega, a mesma Igreja perseguia os criadores dessas inovações científicas. (VIEIRA, 2013, p. 267)

Vale ressaltar que o crescimento econômico decorrente dos ideais pregados pelo liberalismo, assim como a consolidação de um novo modelo de Estado, implicam no surgimento de iniciativas sanitárias, tais como canalização de dejetos, recolhimento de lixos, pavimentação de ruas e etc. (SCLIAR, 2007; ROSEN, 1994), razão pela qual sustenta Vieira (2013, p. 267) que:

Portanto, fica claro que a mudança de postura em relação à saúde, na busca de ações de prevenção sanitária, esteve vinculada a mudanças estruturais econômicas, que deixaram para trás o feudalismo e fizeram surgir o capitalismo enquanto modelo hegemônico.

Todavia, no momento histórico em questão, a saúde ainda era tida em seu conceito mais restrito, ou seja, saúde significava tão somente a ausência de enfermidades, o que se considera o “aspecto negativo da saúde” (SCHWARTZ, 2001, p. 33), ou seja, as ações em saúde eram adotadas tão somente para curar doenças e não para preveni-las.

Ao longo de todo esse processo praticamente não houve iniciativa concreta por parte do Estado para o cuidado da saúde, predominando ações oriundas da própria sociedade (tal como os hospitais de caridade) ou da burguesia ascendente, pois se via obrigada a adotar medidas para o próprio desenvolvimento econômico. Somente em meados de 1941, na Inglaterra, após estudos sobre o cenário do seguro social, “[...] foi criado, como parte do *Welfare System*, que prometia proteção ‘do berço à tumba’, o Serviço Nacional de Saúde, destinado a fornecer atenção integral à saúde a toda população com recursos dos cofres públicos” (SCLIAR, 2005, p. 36).

Em 1948, com a criação da Organização Mundial da Saúde - OMS⁷, integrante da ONU, foi divulgado a carta de princípios sobre saúde. Nela constou o conceito mais amplo de saúde, qual seja: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1946).

Não é por menos que o artigo 1º da Constituição da OMS estabeleceu que “o objetivo da Organização Mundial da Saúde (daqui em diante denominada Organização) será a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (OMS, 1946).

A partir de então, surge o conceito amplo de saúde que envolve não apenas a ausência de doenças, mas o completo bem-estar físico, mental e social. Além do mais, diversos países se comprometeram a promover ações para o cuidado da saúde nos mais diversos níveis, razão pela qual a criação da OMS e a assinatura da carta de princípios por diversos países representa um marco sem precedentes para a saúde

⁷ Cabe registrar que a OMS se constitui de uma Organização Internacional de extrema importância no cenário global para a promoção da saúde, desenvolvendo ações e programas que auxiliam os Estados na consecução dos objetivos propostos. Ademais, a OMS detém competência para criar normas sanitárias internacionais, bem como expedir recomendações aos Estados membros das Nações Unidas para sua correta observância.

no cenário internacional, pois estabelece um novo conceito para a saúde e estimula que medidas sejam adotadas por todos os Estados Membros para sua promoção e garantia.

No Brasil, as primeiras ações em saúde ocorrem no início do século XIX em decorrência da chegada da família real portuguesa. As ações em saúde, nesse primeiro momento, estavam restritas às medidas para combater lepra e algumas pestes. Somente em 1870 é que são adotadas ações mais efetivas através do modelo “campanhista”, em que o Poder Pública se utiliza da força para a erradicação de algumas doenças, sobretudo da febre amarela (BARROSO, 2009, p. 13).

No começo do século XX, no cenário brasileiro, uma profunda crise socioeconômica e sanitária, especificamente provocada pela febre amarela, doença que comprometeu a mão-de-obra das indústrias cafeeiras e prejudicou sobretudo as exportações, estimulou o país na busca de soluções sanitárias, oportunidade em que Oswaldo Cruz assume o Departamento Nacional de Saúde e inicia-se um árduo processo de combate às endemias (febre amarela, varíola, peste bubônica). Aqui as ações adotadas assumiram o caráter de “campanha”, em decorrência da compulsoriedade em que eram executadas, ou seja, eram aplicadas multas aos estabelecimentos insalubres, doentes eram removidos e a utilização de soros e vacinas era obrigatória (SCLIAR, 2005, p. 25-26; VIEIRA, 2013, p. 267).

Nota-se, em uma primeira análise, que as ações de saúde pública apenas foram executadas amplamente em decorrência dos prejuízos econômicos causados pelas endemias, sobretudo devido ao fechamento dos portos ao comércio internacional e falta de mão-de-obra para trabalhar nas indústrias e no meio rural. Ademais, eram restritas a essa finalidade, de modo que não se tinham outras ações relevantes no que se refere à prevenção ou tratamento de outros agravos à saúde pública.

Em seguida, no ano de 1923, foi criado o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão - CAPs através do Decreto nº 4.682/1923, que ficou conhecido como Lei Elói Chaves. Esse sistema contava com o financiamento da União, dos empregadores e dos empregados e tinha como objetivo atender aos segurados, proporcionando assistência médica (BRASIL. Decreto-lei nº 4.682 de 1923). Portanto, apenas participavam do CAPs aqueles trabalhadores devidamente registrados e que contribuíam para o sistema através das empresas credenciadas. Como bem menciona Marconi do Ó Catão (2011, p. 174):

Assim, as CAPs foram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tendo como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes; ademais, elas eram consideradas entidades públicas com ampla autonomia com relação ao Estado e sua administração era através de representação direta de empregados e empregadores, com uma finalidade exclusivamente assistencial, ou seja, benefícios em pecúnia e prestação de serviços.

Na década de 1930 houve a formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), administrados pelo Estado na forma de autarquias, cujo objetivo era promover a institucionalização do seguro social abrangendo ações de saúde, previdência e assistência social. Seu financiamento ocorria da mesma forma que o CAPs, com contribuição do Estado, empregados e empregadores, com a única diferença que a contrapartida dos empregadores estava vinculada ao valor pago a título de remuneração (CATÃO, 2011, p. 174).

Somente no ano de 1966 ocorre a unificação de todo o sistema previdenciário através do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, porém prevalece o modelo privatizante da saúde, pois o sistema de assistência social instaurado é de caráter contributivo, dele participando apenas trabalhadores devidamente registrados e que contribuíam efetivamente para a sua manutenção (COHN, et al., 2010, p. 16; VIEIRA, 2013, p. 294; GRANJA et al., 2010, p. 3)

Desta forma, o que se tinha antes do advento da Constituição Federal de 1988 era um modelo de saúde privada, pois apenas os trabalhadores devidamente registrados e que efetivamente contribuíam para o sistema é que poderiam usufruir de seus benefícios, ou seja, quem estava filiado de algum modo teria acesso a alguns serviços de previdência e saúde, por outro lado, aqueles que não eram filiado ou que exerciam atividades sem registro formal ficavam a mercê das casas de caridade. Embora se verifique avanços em termos de saúde no cenário nacional, a exemplo do sucesso obtido no combate às endemias, ainda não havia um sistema de saúde pública destinado ao atendimento de toda a população, o que irá ocorrer apenas com o advento da Constituição Federal de 1988.

3.2 O DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

No período que antecede a consolidação da Constituição Federal de 1988, não havia um direito à saúde pública, nem mesmo um sistema de saúde capaz de atender satisfatoriamente à população. O que se tinha, como dito anteriormente, era tão somente um sistema privativo, ou seja, apenas recebiam algum atendimento em saúde os trabalhadores(as) devidamente registrados no sistema de Previdência Social e que, conseqüentemente, contribuía compulsoriamente para sua manutenção (GRANJA et al., 2010, p. 3).

Disso resulta uma série de agravos à população em geral, especialmente pelo fato de que a grande maioria do trabalho era realizado de modo informal, de tal modo que grande parte dos trabalhadores nem mesmo conseguiam acessar os serviços de saúde. O cenário é ainda mais grave se levarmos em consideração que muitos desses trabalhadores(as) dependiam do trabalho rural, onde a situação era ainda mais precária.

Além disso, esse modelo de saúde era predominantemente focado na medicina curativa, não levando em consideração outros aspectos da saúde, tais como a educação, prevenção e recuperação de pacientes. Esse quadro resultou graves problemas para a saúde coletiva no Brasil, tais como o retorno de epidemias e o crescimento de indicadores negativos, como a mortalidade infantil (POLIGNANO, 2001, p. 17).

Na década de 1970 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o qual se constitui de uma série de entidades destinadas a ampliar e melhor estruturar algumas políticas públicas. Dentre as entidades que compõem o SINPAS destacamos o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, cujo objetivo era administrar os benefícios previdenciários e o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, destinado a promover a assistência médica aos segurados do sistema (BRASIL. Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977).

Ainda no início da década de 1970 se estruturou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cujo objetivo será promover a democratização da saúde, especialmente no momento em que “(...) novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura” (PAIM, 2007, p. 21).

Importante mencionar que, muito embora já houvesse um movimento sanitário brasileiro encabeçado por médicos e sanitaristas em momento anterior, é somente na década de 1970 que ele se estrutura e ganha força. Conforme sustenta Vieira (2013, p. 314), o Movimento da Reforma Sanitária - MRSB esteve aliado aos processos de

luta social em prol da redemocratização do país, onde movimentos sociais e diversas classes se organizavam em oposição ao regime ditatorial implantado em 1964 por um golpe militar.

Deste modo, “(...) o surgimento do direito à saúde une-se à organização da Sociedade pelo fim do regime de exceção e pela construção de um novo paradigma jurídico e político constitucional para o Brasil.” (VIEIRA, 2013, p. 311)

Partindo-se do pressuposto de que a saúde é um direito básico de todo indivíduo, estritamente ligado à dignidade da pessoa humana, buscava-se romper com o paradigma da saúde privada e seletiva, para construir um novo sistema de saúde com caráter universal e igualitário, que proporcionasse a inclusão social. Diante disso, evidencia-se “[...] o caráter contra-hegemônico do projeto civilizatório do MRSB, ao afirmar a saúde como direito universal de cidadania” (SOUTO e OLIVEIRA, 2016, p. 205).

De acordo com Vieira (2013, p. 311):

Para tanto, no que tange à saúde, precisa-se romper com o modelo privatista, baseado no seguro social e fundado na contribuição previdenciária, que deixava milhões de brasileiros sem qualquer atenção à saúde, salvo na qualidade de um ato de caridade. Portanto, ao invés de direito à saúde, para a maioria da população brasileira havia um tratamento de indigência. Por conseguinte, romper com esse paradigma e construir um novo modelo baseado nos pressupostos dos direitos humanos fazia-se necessário. Precisava-se criar um modelo de saúde com base nos princípios da seguridade social e foi que a Sociedade brasileira fez no curso do MRSB e na concretização da RSB.

O Movimento da Reforma Sanitária continuou se fortalecendo e buscou apoio político, estabelecendo laços com parlamentares, gestores da saúde e diversos movimentos sociais (PAIM, et al. 2011, p. 18).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde-CNS, realizada no ano de 1986 que, contando com ampla participação social, se estruturou um projeto de saúde pública, cujo texto, logo em seguida, seria utilizado como base para elaboração da Constituição Federal de 1988 (VIEIRA, 2013, p. 312; SOUTO e OLIVEIRA, 2016, 210-211; AGUIAR, 2011, p. 44; PAIM, 2002, p. 62).

Conta do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde que:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua

individualidade. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-los. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (BRASIL, 1986)

Ao cabo do processo de redemocratização do país, a Constituição Federal foi promulgada em 05 de outubro de 1988 e nela passou a constar que

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Em sendo assim, é possível verificar que o Sistema Único de Saúde, tal como estabelecido na Constituição Federal de 1988, de caráter universal e gratuito, nasce da insatisfação da sociedade com as restrições do regime militar imposto e dos sistemas privativos anteriormente existente. Diante disso, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB e os movimentos sociais exerceram papel fundamental na construção de um novo paradigma para a saúde pública no Brasil, de tal modo que é possível afirmar que o SUS é resultante dos movimentos sociais e não de uma política pública originária do Estado.

Para além de prever que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, assim como as formas de financiamento do sistema. Estabelece o art. 198 (BRASIL, 1988) que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.

Na sequência, os dispositivos constitucionais que tratam do SUS foram regulamentados pela Lei nº 8.080/1990 – lei orgânica da saúde, a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990), bem como pela Lei nº 8.142/1990 que estabeleceu o formato da participação

popular no âmbito do Sistema Único de Saúde e dispôs acerca das transferências de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Da leitura sistemática dos dispositivos constitucionais e legais que tratam do Sistema Único de Saúde, é possível constatar que foram estabelecidos os seguintes princípios/diretrizes (expressos ou implícitos): a) universalidade; b) unidade/unicidade; c) descentralização; d) regionalização e hierarquização; e) integralidade; f) igualdade; e, g) participação da comunidade (VIEIRA, 2013, p. 330).

O princípio da universalidade está expresso no art. 196 da Constituição Federal, acima mencionado, pois deixa claro que “a saúde é direito de todos”, ou seja, refere-se ao “público alvo” das políticas públicas em saúde que, nesse caso, são direcionadas a todas as pessoas sem qualquer limitação ou condicionante, daí decorre a universalidade do atendimento (WEICHERT, 2004, p. 159).

A unidade/unicidade refere-se ao fato de que, muito embora existam diversos órgãos que tratam da saúde pública no Brasil, bem como uma série de programas e ações nos mais diversos aspectos que compõem a saúde, todos eles integram um sistema único e que, desta forma, devem observar aos princípios e diretrizes de todo o sistema, afinal é único. Acerca do princípio da unicidade menciona Vieira (2013, p. 332) que:

A concepção de unidade ou unicidade do SUS parte do pressuposto que, havendo a hierarquização e regionalização no planejamento da prestação dos serviços, bem como a existência de uma multiplicidade de órgãos nos diversos entes federativos, estes não são segmentados, mas integram um único sistema de saúde, o SUS.

A descentralização, por sua vez, prevê a forma de organização do sistema em níveis diferentes de cuidado à saúde no âmbito da federação, de tal modo que os municípios passaram a ter responsabilidade pela promoção de políticas públicas em saúde voltadas à sua realidade local (VIEIRA, 2013, p. 333). Isso representou grande avanço para a concretização do sistema, pois permite melhor racionalidade dos recursos a serem executados de acordo com as necessidades da comunidade a que se direcionam.

Já a regionalização e hierarquização do SUS refere-se a organização do sistema no território nacional e a sua estrutura em níveis hierárquicos, permitindo a adoção de medidas em conformidade com o perfil populacional. Desta forma, tendo por base indicadores regionais é possível adotar estratégias em saúde que melhor

atendam à população daquela região. No ponto em questão, menciona Gustavo Corrêa Matta (2007, p. 75), ao tratar do princípio da regionalização que: “A lógica proposta é: quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e melhor será a forma de gesto do acesso e dos serviços para a população”. A hierarquização, por sua vez, organiza o sistema em três níveis de complexidade, prevendo ações desde o nível primário (básico) até o nível terciário onde estão previstas ações de maior complexidade e especialização.

A integralidade do sistema indica que o SUS busca promover ações que atendam ao indivíduo como um todo – em sua integralidade -, abrangendo aspectos preventivos e curativos. Portanto, rompe-se com o modelo anterior (segmentado) e se desenvolve um conjunto integrado de políticas em saúde para o atendimento dos indivíduos em sua plenitude, abrangendo ações desde o cuidado preventivo até a mais alta complexidade (VIEIRA, 2013, p. 336).

Outro princípio/diretriz que rege o SUS é o da igualdade/equidade. Este princípio refere-se a não discriminação no sentido material, ou seja, deve-se buscar promover ações afirmativas que garantam o acesso à saúde a todos e proporcione maior igualdade no atendimento levando em consideração as condições de todos os sujeitos (VIEIRA, 2013, p. 336).

O SUS também é regido pelo princípio/diretriz da participação da comunidade, de acordo com o qual deve haver participação dos interessados no desenvolvimento e implantação das políticas públicas em saúde. Em verdade, a participação popular em saúde sempre esteve presente ao longo do processo de redemocratização do país e possibilitou a criação do próprio SUS. De acordo com Vieira (2013, p. 338)

As experiências participativas se interligam com todo processo histórico realizado pela Sociedade para desprivatizar o público e torná-lo um patrimônio da coletividade. Desse modo, essa mobilização popular, realizada em grande parte da República preponderantemente pelo movimento sindical, teve do processo de luta contra a ditadura militar a confluência de várias manifestações dos novos movimentos sociais, que se uniram no processo de democratização brasileira após a ditadura e na construção de uma constituição não somente formalmente democrática, mas verdadeiramente democrática, no sentido de reconhecer a cidadania participativa como um dos elementos fundantes de sua concepção de Estado e no reconhecimento de direitos pleiteados coletivamente e também a possibilidade permanente de uma recriação tanto de novos direitos quanto dos espaços de participação democrática.

Conforme Evelina Dagnino (1994), durante a construção do modelo atual de saúde pública ampliou-se o conceito de cidadania, que deixa de ser tida pelo aspecto meramente representativo (no qual os cidadãos apenas elegem representantes) e incorpora a noção de cidadania participativa, na qual abre-se espaços para que os sujeitos participem efetivamente nos diálogos para a tomada de decisão acerca das políticas públicas, proporcionando assim inclusão social. Logo, no contexto da democracia participativa, é imprescindível criar espaços de efetiva participação dos sujeitos e das instituições representativas, a fim de se proporcionar o engajamento da sociedade nos assuntos públicos.

Desta forma, é possível verificar que o Sistema Único de Saúde se reveste de uma complexa rede de políticas públicas que visam a garantir o direito de acesso à saúde de forma universal e gratuito, atendendo aos usuários nos mais diversos aspectos, de modo a possibilitar-lhes melhor bem-estar em sua plenitude, ou seja, o SUS se propõe a garantir a saúde em seu conceito amplo, tal como proposto pela OMS - “[...] estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2005, p. 37), tendo como norte a dignidade da pessoa humana. Ademais, a sua implementação e execução ocorre de forma hierarquizada e regionalizada, possibilitando que os serviços em saúde sejam entregues em atendimento às necessidades regionais e locais, pois os gestores estão próximos das comunidades e podem, assim, melhor compreendê-las. Por fim, o SUS também prevê a participação social como um dos seus princípios fundamentais, possibilitando que todos os envolvidos possam participar da elaboração, implantação e execução das políticas públicas em saúde.

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENQUANTO CONCRETIZAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Diante do exposto acima, e tendo por base teórica os conceitos e princípios relacionados ao Estado Social e Democrático de Direito, tal como estudado no capítulo 2 dessa pesquisa, é possível constatar que o Sistema Único de Saúde - SUS, tal como implementado pela Constituição Federal de 1988, se consolida como uma política pública do Estado Social e Democrático de Direito, pois nascido dos movimentos sociais aliados ao processo de redemocratização do país, de tal modo

que visa a dar concretude aos próprios princípios fundamentais desse modelo de Estado.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu, já no seu art. 1º que:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; **II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana;** IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político. (BRASIL, 1988). **[Grifo nosso]**

Ora, como temos visto até aqui, não há como exercer os direitos de cidadania se não forem garantidas condições aos cidadãos para tal. Desta forma, é imprescindível que os indivíduos tenham garantido o direito à vida e à saúde para que possam exercê-la. Ademais, o direito de acesso à saúde se manifesta como expressão da própria dignidade da pessoa humana – enquanto fundamento do Estado Social e Democrático de Direito -, significa dizer que não há dignidade da pessoa humana sem acesso à saúde.

Outro elemento do Estado Social e Democrático de Direito que se coaduna com o conceito de saúde estabelecido pela Constituição Federal de 1988 é a participação social. De modo que devem ser criados espaços para que os usuários participem ativamente nas tomadas de decisão acerca das políticas públicas em saúde que lhe digam respeito. Conforme Vieira

Assim, com base na CRFB/1988 e nos pressupostos do Estado Democrático de Direito, temos a democracia participativa e a dignidade humana como elementos norteadores do Estado e da Sociedade brasileiros. Esse cenário parte do pressuposto de que a democracia e a cidadania devam ser reinventadas, e não ficar apenas adstritas aos canais formais de participação. Elas são uma conquista da Sociedade e não uma doação feita pelo Estado. (VIEIRA, 2013, p. 453).

No mesmo sentido, Evelina Dagnino (2004, p. 5) demonstra o surgimento de uma nova cidadania, que vai além da cidadania representativa (em que os sujeitos apenas escolhem os representantes que tomaram todas as decisões) e se materializa na cidadania representativa, na qual devem ser criar espaços de participação popular para que os indivíduos possam influenciar nos processos decisórios relacionados à implantação das políticas públicas. Para a autora:

Um segundo ponto, que retoma o direito a ter direitos, é que a nova cidadania, ao contrário da concepção liberal, não se vincula a uma estratégia das classes dominantes e do Estado para a incorporação política progressiva dos setores excluídos, com vistas a uma maior integração social, ou como condição jurídica e política indispensável à instalação do capitalismo. A nova cidadania requer (e até é pensada como sendo esse processo) a constituição de sujeitos sociais ativos, definindo o que eles consideram ser os seus direitos e lutando pelo seu reconhecimento. Nesse sentido, ela é uma estratégia dos não cidadãos, dos excluídos, uma cidadania "de baixo para cima". (DAGNINO, 2004, p. 5)

Importante salientar que, no caso da saúde, a participação popular ocorre primordialmente através das Conferências e dos Conselhos de Saúde (art. 1º, I e II da Lei nº 8.142 de 1990), dentre outros mecanismos criados pelo Poder Público. A criação de espaços de participação popular é de suma importância no modelo de Estado Democrático, pois além de possibilitar a inclusão dos sujeitos, permitindo-lhes influenciar nos processos decisórios, também permite que a sociedade possa exercer o controle das atividades do Poder Público, contribuindo para a melhoria constante das políticas públicas. Vieira (2013, p. 348) salienta que:

Desse modo, pode-se afirmar que o controle social é responsabilidade de todo cidadão. Sua efetivação ocorre legalmente ao nível de conselho de saúde e conferências, que são instrumentos na definição das políticas públicas de interesse dos usuários.

Muito embora a Constituição Federal tenha criado o SUS com todos esses princípios e diretrizes, destinado a ser um sistema universal e gratuito na promoção e cuidado da saúde em sua concepção mais ampla, ou seja, abrangendo ações educativas, preventivas e curativas nos mais diversos níveis (atendimento básico, média e alta complexidade) para garantir o completo bem estar físico e emocional da população, observa-se que uma série de entraves e desafios dificultam a concretização da saúde em sua plenitude. Deste modo, analisaremos no tópico seguinte alguns desses desafios que envolvem o acesso ao direito fundamental e social à saúde.

3.4 PRINCIPAIS DESAFIOS PARA O ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE

Importante salientar que o objetivo aqui é apenas elencar alguns dos desafios para a concretização do acesso às políticas públicas em saúde, sem, contudo, esgotar

a temática ou realizar análises macroeconômicas, não sendo este o objeto da presente pesquisa. Pretende-se, pois, refletir sobre as principais dificuldades hoje enfrentadas pelo SUS e analisar alternativas para o seu fortalecimento do sistema sob o aspecto jurídico.

3.4.1 Subfinanciamento

Para a implementação de políticas públicas o primeiro requisito indispensável é a existência de recursos financeiros, sem recurso não é possível executar qualquer política. No caso da saúde isso fica ainda mais evidente, pois dada a sua complexidade são necessárias instalações físicas em diversos níveis e em todos os municípios do vasto território brasileiro, equipamentos de última geração com custos elevados, profissionais especializados, medicamentos, insumos e etc.

A Emenda Constitucional nº 29 de 2000 trouxe importantes contribuições no que se refere ao financiamento do SUS. A partir de sua edição “[...] estabeleceu-se um limite mínimo para as despesas da União com a saúde, equivalente ao montante empenhado no ano anterior, acrescido da variação do percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nominal.” (BRANDI e SILVA p. 253).

No entanto, Vinicius Ratton Brandi e Érica Quinaglia Silva (2019, p. 251) demonstram que o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde é histórico, desde a implantação do SUS, o que acaba por impedir a sua universalização na prática, bem como dificulta a melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Coaduna com esse entendimento Francisco Rózsa Funcia (2019, p. 2), para quem:

[...] a implementação da política de saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 foi parcialmente condicionada pelo processo de subfinanciamento crônico do SUS - que pode ser caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros tanto para cumprir plenamente os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade, como para equiparação comparativa a outros países que adotam sistemas públicos de saúde similares ao brasileiro.

O que se tem, em verdade, é um amplo sistema de saúde que se pretende atender a toda população – de modo universal e gratuito - no plano constitucional e normativo, mas que não se concretiza efetivamente na realidade concreta tal como previsto na norma, sendo um dos principais fatores que contribuem para esse cenário a falta de disponibilização de recursos financeiros para tal. Conforme aponta Gosta

Esping-Andersen (1995, p. 99-102), embora se identifique o fortalecimento de políticas públicas em seguridade social no Brasil, com “[...] um modelo razoavelmente universalista em termos de cobertura da população”, a efetividade desse modelo seria questionável devido a uma série de fatores, em especial o subfinanciamento. O autor demonstra que mesmo os países que não possuem sistemas universais de cobertura no atendimento em saúde investem percentual consideravelmente maior em relação ao PIB quando comparado com países da América do Sul, especialmente o Brasil. A título de exemplo, o autor cita que os países escandinavos investiam em torno de 30% do PIB em saúde na década de 1990, enquanto o Brasil investia apenas 10% (ESPING-ANDERSON, 1995, p. 108).

Embora tenham ocorrido tentativas de mudar esse cenário, sobretudo a partir da Emenda Constitucional nº 29 de 2000, bem como a adoção de uma política de investimentos na seguridade social, mais recentemente retornou-se a uma política de restrições de gastos públicos, especialmente nos serviços sociais, o que pode ser facilmente observado a partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como “emenda do teto dos gastos públicos”, o que resultou em inúmeros cortes de gastos públicos, sobretudo na saúde e outras políticas sociais. De acordo com Vinicius Ratton Brandi e Érica Quinaglia Silva:

[...] De acordo com esse novo regramento, a partir de 2018, as aplicações mínimas do governo federal em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) deixaram de ser fixadas com base em receitas tributárias e passaram a ser determinadas pelos próximos 20 anos com base no limite mínimo definido para o ano imediatamente anterior, corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Considerando-se que esse novo regime estabeleceu também um teto para as despesas primárias do governo federal com base nas despesas do ano anterior ajustadas pelo mesmo índice de preços, a ampliação dos gastos federais na área da saúde não mais ocorrerá automaticamente em função de expansão da arrecadação federal, dependendo exclusivamente da priorização e racionalização dos gastos públicos ao longo do processo orçamentário. (BRANDI e SILVA, 2019, p. 251).

Portanto, é possível verificar que um dos principais entraves para a concretização do acesso universal aos serviços de saúde perpassa pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

3.4.2 Judicialização em Matéria de Saúde Pública

Outro ponto de inflexão sobre o acesso à saúde pública no Brasil é a judicialização. Segundo Luiz Roberto Barroso (2009), a judicialização pode ser definida como o fenômeno de transferência do poder decisório acerca das políticas públicas para o Poder Judiciário, de tal modo que “[...] algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais[...]”. No mesmo sentido, Vanessa Elias de Oliveira (2019, p. 18) defini a judicialização como “crescente utilização do sistema de justiça, para o questionamento de falhas ou omissões na produção de políticas públicas (policies)”.

Cabe ressaltar que o viés da judicialização aqui adotado refere-se ao processo de utilização disfuncional da via judicial, ou seja, quando ocorre o crescimento exponencial de demandas de cunho individual de tal modo a sobrecarregar o sistema – tanto do Poder Judiciário quanto do Poder Executivo – que acabe proporcionando efeitos negativos para a concretização da saúde. Não se questiona a importância do amplo acesso ao Poder Judiciário, nem mesmo a garantia dos órgãos e instituições que demandam a concretização dos direitos sociais quando violados, pelo contrário, busca-se refletir sobre os principais entraves decorrentes do processo de judicialização em massa e suas consequências.

Dados do Conselho Nacional de Justiça - CNJ apontam um constante crescimento das demandas judiciais sobre a temática saúde. A título de exemplo, no ano de 2020 foram registradas 26.930 novas ações judiciais apenas no âmbito do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (abrange os Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), ao passo que, no ano de 2022, foram registradas 40.490 novas ações no TRF- sobre saúde (BRASIL, 2023).

Em sede do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, elaborado pelo CNJ, revela que existem 20.450 processos pendentes de julgamento que tratam exclusivamente do direito de acesso à saúde pública, representando uma média de 3,29 processos por cada mil habitantes.

Como apontam Leal e Alves (2015, p. 65) uma das causas para a judicialização tem origem na ineficácia dos Poderes Executivo e Legislativo em dar conta de implementar satisfatoriamente todas as políticas sociais definidas pela Constituição Federal de 1988. Soma-se a isso o amplo acesso ao Poder Judiciário garantido pela mesma Constituição Federal. Diante dessa conjuntura, por vezes, o cidadão que não

obtém o atendimento/tratamento médico de que faz jus não possui alternativas a não ser ingressar em juízo.

A judicialização de direitos sociais, como o direito à saúde, por exemplo, é um fenômeno presente em nosso cotidiano. As demandas buscando a concessão de direitos fundamentais sociais levadas ao Supremo Tribunal Federal demonstram a necessidade da real efetivação dessas garantias constitucionais e fazem com que o órgão, provocado, manifeste-se sobre uma questão latente em nossa sociedade, qual seja, o "protagonismo" do Poder Judiciário frente as omissões dos demais poderes. (LEAL e MORAES, 2022)

Por certo que é imprescindível a garantia do amplo acesso ao Poder Judiciário, o que possibilita ao cidadão postular em juízo a concretização dos seus direitos quando violados. Porém, quando há ineficácia das políticas públicas em larga escala – o que tem ocorrido frequentemente com relação ao acesso à saúde, como temos visto –, conseqüentemente, o Poder Judiciário também será demandado em larga escala. Esse cenário pode se tornar caótico, pois se o Poder Executivo já não consegue dar cabo de atender a todas as demandas ordinárias, ainda terá que cumprir e administrar as decisões judiciais. Portanto, a judicialização em massa – ainda quando restrita à tutela do direito individual - poderá resultar em efeitos adversos.

Importante estudo analisou decisões do Supremo Tribunal Federal sobre a implantação/concessão de políticas públicas e direitos sociais, tal como a saúde, tendo concluído que, muito embora a Suprema Corte argumente a sua competência para intervir na implementação de políticas públicas, a concessão da tutela ocorreu restrita ao direito individual. Significa dizer que, nas oportunidades em que o STF poderia garantir o direito constitucional violado em âmbito coletivo, aproveitando a todos os indivíduos, o fez restrito ao direito individual (LEAL e MORAIS, 2022).

De acordo com os dados apresentados pelo Supremo Tribunal Federal, havia mais de 1,3 milhões de demandas relacionadas ao direito à saúde em tramitação no ano de 2017, dessas 25% versavam exclusivamente sobre a concessão de medicamentos (SARLET, 2021). Ademais, o Conselho Nacional de Justiça-CNJ divulgou relatório em que se evidencia o ajuizamento de 2,25 milhões de novos processos com a temática saúde pública, em sua grande maioria restritas ao âmbito individual, isso apenas entre os anos de 2015 à 2020 (BRASIL, 2021).

De acordo com as pesquisadoras Rayane Vieira Rodrigues e Vanessa Elias de Oliveira (2019, p. 4) em um primeiro momento observou-se que a judicialização da saúde ocorria prioritariamente em âmbito coletivo, ou seja, as demandas visavam o

atendimento da política pública em sua universalidade para todos os pacientes que sofriam de determinado agrado. Contudo, devido ao crescimento exponencial das demandas individuais, a judicialização em saúde passou a ocorrer, quase que em sua totalidade, direcionado para o viés individual, ou seja, para a análise caso a caso das demandas postuladas em juízo, resultando em problemas para o sistema de saúde. Dentre as principais distorções ocasionadas pela judicialização em massa de demandas individuais, as autoras elencam a ineficiência em relação à correta divisão dos recursos públicos (pois aqueles que ingressam em juízo acabam recebendo em detrimento de outros pacientes que não postularam perante o Poder Judiciário); pode ocasionar “distorções na definição de competência federativa e aquisição de medicamentos que não constam nas listas oficiais e de medicamento não aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)” (RODRIGUES e OLIVEIRA, 2019, p. 5); há, ainda, eventuais influências exercidas pelas indústrias farmacêuticas nos processos de judicialização, dentre outras disfunções.

Assim, percebe-se que a judicialização em massa de demandas sob o aspecto individual pode produzir efeitos negativos, os quais dificultam ainda mais a concretização da saúde tal como preconizado pela Constituição Federal e demais normas que tratam dos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, ocorre a transferência da responsabilidade pela concretização da política pública ao Poder Judiciário. Significa dizer que, a política pública que deveria ser concretizada pelo Poder Executivo, a partir do estudo e direcionamento dos recursos, acaba, em grande medida, sendo implementada com base nas decisões judiciais sobre o tema.

Logo, a atuação do Ministério Público, enquanto instituição destinada à tutela dos direitos sociais fundamentais, pode contribuir para redução da judicialização em massa, especialmente a partir de sua atuação extrajudicial sob o viés coletivo, objeto central dessa pesquisa e que será tratado no próximo capítulo, ou seja, a atuação extrajudicial do Ministério Público surge como possível alternativa para a diminuição da judicialização em massa.

3.4.3 Tentativa de Privatização/Terceirização do SUS

Importante esclarecer, primeiramente que, como estudado anteriormente, enquanto o modelo de Estado Social propõe a intervenção do Poder Público para a concretização de políticas que visem ao atendimento das necessidades sociais, tais

como a previdência e assistência sociais, saúde, alimentação e etc., o modelo de Estado Liberal, por outro lado, busca a mínima intervenção do Estado e a redução dos investimentos em políticas sociais, ou seja, defende que tais atividades deveriam ser exercidas pela iniciativa privada. A esse movimento de transferência das políticas públicas ao setor privado é que se denomina “privatização”.

Conforme Vieira (2013, p. 175), o neoliberalismo se constitui de um movimento de retomada dos ideais anteriormente defendidos no âmbito do liberalismo, sob o argumento de que os investimentos em políticas públicas seriam a origem da crise social e econômica. Acerca do neoliberalismo menciona que:

O desenvolvimento do neoliberalismo não se deu de forma linear, mas expunha a própria contradição do sistema capitalista, que, após utilizar-se do Estado como instrumento para alavancar o seu crescimento, defendia, que ele e sua política intervencionista eram os culpados pela crise econômica e social. Portanto, tendo em vista a necessidade do capitalismo em retornar ao seu processo de acumulação, fazia necessária uma “renovação” que lhe permitisse sair da estagnação em que se encontrava. Por conseguinte o Estado mínimo tornou-se o mantra dos neoliberais, e a democracia somente seria útil se não criasse impedimentos para que esta mudança pudesse ser implantada e efetivada na sua plenitude. (VIEIRA, 2013, p. 175)

O Sistema Único de Saúde, ainda hoje, e mesmo estando inserido na Constituição Federal 1988 como direito social fundamental, universal e gratuito, sofre com tentativas de privatização de diversas formas. Uma delas é a redução orçamentária em matéria de saúde. Ora, se não há recursos suficientes para o atendimento de toda a demanda, inevitavelmente, parte da atividade acaba sendo delegada à iniciativa privada.

Na outra ponta, que afeta diretamente os usuários dos serviços do SUS, em não havendo recursos suficientes para o atendimento dos usuários, resta a estes tão somente buscar planos de assistência privados ou, como ocorre com a grande maioria da população, ficar desassistido.

No governo do Ex-presidente da República Jair Bolsonaro essa tentativa de privatização foi articulada por intermédio do Decreto nº 10.530/2020, o qual pretendia lançar as diretrizes para a “[...] política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada” (BRASIL, 2020), em outras palavras, o referido projeto pretendia

entregar à iniciativa privada o principal meio de acesso do cidadão aos serviços de saúde – a atenção primária.

Para Áquilas Mendes e Leonardo Carnut (2020):

Na realidade, o aprofundamento da privatização que trata o Decreto Presidencial n. 10.530/2020 é mais uma peça de uma sequência de ações governamentais (normatizadas em Portarias, Decretos etc.) que desfinanciam o Sistema Único de Saúde (SUS), desta vez transferindo recursos para o setor privado através de sofisticadas manobras jurídicas.

Diante da enorme pressão social e após intensos debates no âmbito do Poder Legislativo, o mencionado decreto fora revogado pelo então Presidente da República (BRASIL, 2020).

Sustentam Bravo; Pelaez e Mezes (2019) o Sistema Único de Saúde é resultante dos conflitos entre “projetos antagônicos existentes na sociedade brasileira desde antes da redemocratização e da Constituição de 1988”. De acordo com as autoras essas forças políticas entre um modelo neoliberal e privatizante dos serviços públicos de um lado, e o modelo universal e gratuito tal como consolidado na atual Constituição de outro continuam em constante tensionamento, de tal modo que, a depender do grupo político que se encontre no Poder, as características de um ou de outro modelo prevalecem. Conforme as autoras:

O Projeto Privatista tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte de lucros. Na década de 1990 tem-se como marco a proposta dos chamados “Novos Modelos de Gestão” em substituição à gestão estatal, que associado a subvenções e isenções fiscais, avança sobre o fundo público para a garantia de acumulação de capital. (BRAVO; PELAEZ e MEZES 2019)

Portanto, é fácil notar que as ações executadas no intuito de privatizar o SUS causam graves problemas à população, pois o enfoque deixa de ser a concretização dos direitos fundamentais sociais, sendo direcionado para o lucro. O resultado inevitável é o desatendimento da população e a diminuição da qualidade dos serviços prestados. Em suma, resulta no enfraquecimento do Sistema Único de Saúde e do Estado Social e Democrático de Direito.

De acordo com Bravo; Pelaez e Mezes (2019), a partir da ascensão ao poder de um grupo político conservador em 2016 – como resultado das “manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma

Rousseff da presidência da república” – culminou na implementação de medidas neoliberais que restringiram direitos sociais e políticas públicas, especialmente na área da saúde.

Logo, é possível verificar que ainda hoje o SUS sofre tentativas diretas e indiretas de privatização e terceirização dos serviços públicos, afetando diretamente a concretização plena da saúde tal como idealizada pela Constituição Federal de 1988.

3.4.4 Fortalecimento da Participação Democrática

A participação democrática representa a abertura de espaços políticos nos quais os indivíduos possam interagir entre si, de maneira democrática, com o objetivo de deliberarem sobre determinadas temáticas e influenciar a tomada de decisão pelos gestores públicos, especialmente no que se refere à implantação e execução de políticas públicas (ESCOREL e MOREIRA, 2012, p. 853).

Como estudado no capítulo dedicado ao Estado Social e Democrático de Direito, a participação democrática é requisito indispensável nos processos de implantação e execução de políticas públicas, pois ela legitima a tomada de decisões pelo Poder Público. Conforme Paulo Bonavides (2008, p. 33 e 35), a democracia participativa se concretiza enquanto um:

[...] direito constitucional progressivo e vanguardeiro. É direito que veio para repolitizar a legitimidade e reconduzi-la às suas nascentes históricas, ou seja, àquele período em que foi bandeira de liberdade dos povos. Neste novo contexto existe a formação de uma teoria constitucional que nos aparta dos modelos representativos clássicos. Pertence à democracia participativa e faz do cidadão-povo a medula da legitimidade de todo o sistema. Acaba-se então a intermediação representativa, símbolo de tutela, sujeição e menoridade democrática do cidadão – meio povo, meio súdito.

Assim, verifica-se que a participação democrática representa o próprio exercício da cidadania, que se reveste na possibilidade de influência dos sujeitos nas decisões políticas.

Evelina Dagnino (1994, p. 5) demonstra que os movimentos sociais que contribuíram decisivamente para a redemocratização do Brasil consolidaram uma nova perspectiva para o conceito de cidadania, mais amplo do que a cidadania

meramente representativa – na qual o povo apenas escolhe seus representantes -, uma cidadania que constrói espaços para a efetiva participação popular nos processos de decisão política.

Acerca dessa nova amplitude do conceito de cidadania, a autora menciona que:

Um segundo ponto, que retoma o direito a ter direitos, é que a nova cidadania, ao contrário da concepção liberal, não se vincula a uma estratégia das classes dominantes e do Estado para a incorporação política progressiva dos setores excluídos, com vistas a uma maior integração social, ou como condição jurídica e política indispensável à instalação do capitalismo. A nova cidadania requer (e até é pensada como sendo esse processo) a constituição de sujeitos sociais ativos, definindo o que eles consideram ser os seus direitos e lutando pelo seu reconhecimento. Nesse sentido, ela é uma estratégia dos não cidadãos, dos excluídos, uma cidadania "de baixo para cima". (Evelina Dagnino (2004, p. 5)

Portanto, a Constituição Federal de 1988 – marco da redemocratização do Estado brasileiro, estabeleceu como fundamento a cidadania participativa, dispondo sobre a necessidade de se criar espaços de participação popular (BRASIL, 1988). Importante ressaltar que a cidadania participativa não exclui a forma representativa, mas representa um instrumento complementar de legitimidade, de maneira que objetiva contribuir para a manutenção da democracia (VIEIRA, 2013, p. 29).

No que se refere ao SUS, a Constituição Federal de 1988, no art. 198, inciso III, fixou como uma de suas diretrizes a participação da comunidade (BRASIL, 1988). No plano infraconstitucional, a participação da comunidade no âmbito do SUS foi regulamentada pela lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a qual estabelece que a participação e o controle social das ações em saúde ocorrem por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Conforme sustenta Vieira (2013, p. 341):

Deve-se destacar que a inclusão da participação comunitária como um princípio/diretriz do SUS não foi acidente; traduz uma construção histórica, mundial e nacional de luta pela democracia e cidadania e se constituiu em uma determinação da Sociedade em ágora, o que nos leva a seguinte constatação: sem a participação da Sociedade no processo de construção permanente e concretização do SUS, esse sistema, poderá ser tudo, menos o SUS que foi gerado pela Sociedade.

Verifica-se, pois, que a participação democrática nos processos de implantação, execução e controle de políticas públicas são indispensáveis no Estado Social e Democrático de Direito, a qual se exerce, no caso do SUS, predominantemente através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Vale

registrar, ainda, que existem outros espaços criados para possibilitar a participação dos cidadãos no que se refere à saúde pública, tais como os espaços digitais criados pelo Ministério da Saúde, consultas públicas, enquetes, ouvidorias, dentre outros.

Embora existam, de fato, alguns espaços de participação democrática no âmbito do SUS, é importante ressaltar que ainda há uma série de dificuldades para a efetiva concretização da cidadania participativa, dentre elas destaca-se a dificuldade do acesso a tais espaços, pois muitos nem mesmo conhecem a sua existência ou possuem dificuldades físicas e materiais para acessá-los, a título de exemplo podemos mencionar o caso das comunidades indígenas, quilombolas e demais minorias (GARNELO, 2004 p. 5).

Outra dificuldade em relação à participação democrática em saúde decorre da uma política neoliberal implantada no Brasil. Com o argumento de redução de gastos públicos diversos espaços destinados à participação popular foram reduzidos ou extintos, exemplo desse movimento é o Decreto nº 9.759 de 2019, o qual “extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal” (BRASIL, 2019). O decreto extinguiu, por ato unilateral do chefe do Poder Executivo, todos os conselhos, comitês, comissões e demais espaços participativos instalados com base em atos normativos “inferiores a decreto”, ou seja, todos os colegiados destinados à participação popular no âmbito Federal que não tenham sido criados por lei em sentido estrito foram extintos. É inegável o retrocesso que esse movimento produz em termos de participação democrática em vários setores sociais, sobretudo na saúde pública brasileira.

Verifica-se, portanto, que o Sistema Único de Saúde, enquanto política pública de Estado para o cuidado universal e gratuito da saúde em sentido amplo, é uma conquista dos movimentos sociais aliados ao processo de redemocratização do país, que construíram esse modelo de SUS – tal como implantado pela Constituição Federal de 1988 – no contexto de consolidação do Estado Social e Democrático de Direito. Todavia, embora o SUS seja uma garantia constitucional, enfrenta constantemente uma série de desafios para a sua concretização, tais como o subfinanciamento, entraves para a participação democrática, tentativas de sua privatização/terceirização, judicialização em matéria de saúde (acima mencionados), dentre outros fatores. É nesse contexto que a atuação do Ministério Público pode contribuir para o fortalecimento das políticas públicas em saúde e, conseqüentemente para a própria manutenção do Estado Social e Democrático de Direito.

4 ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA TUTELA DO ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA

4.1 ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Primeiramente, importa esclarecer que o Ministério Público atua tanto na esfera estadual como na esfera federal. Assim, o MP é composto pelos Ministérios Públicos Estaduais, que atuam na esfera estadual através das Promotorias de Justiça, e pelo Ministério Público da União, que atua na esfera federal. O MPU, por sua vez, compreende o Ministério Público Federal – MPF; o Ministério Público do Trabalho – MPT; o Ministério Público Militar – MPM; e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDF (BRASIL, 1989), essa divisão se deve para facilitar a atuação, sendo dividida as atribuições por temática.

Para a nossa análise, iremos abordar especificamente a atuação do Ministério Público Federal – MPF, dando enfoque para a atuação extrajudicial no Estado de Santa Catarina em relação à promoção do direito social fundamental à saúde.

No entanto, antes de adentrarmos na análise específica da pesquisa, importa esclarecer como ocorre a atuação extrajudicial no âmbito do Ministério Público.

Pois bem, como dito anteriormente, “o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (BRASIL, 1988), de modo que a ele compete a tutela dos direitos sociais fundamentais (denominada tutela coletiva) – dentre os quais encontra-se o direito à saúde – e o faz, basicamente, de duas formas: através da atuação judicial (quando atua perante o Poder Judiciário, seja ingressando com ações judiciais ou atuando como fiscal da lei – “*custos legis*”); e por meio da atuação extrajudicial, objeto central de nosso estudo, que ocorre quando o MP utiliza meios administrativos (também chamados “extraprocessuais”) para resolução de demandas, significa dizer que, nesses casos, a atuação se dá sem a necessidade de ingressar em juízo (GAVRONSKI; MENDONÇA, 2015, p. 109; MAZZILLI, 2004, p. 25 e 134).

No âmbito da atuação judicial, na esfera civil, o Ministério Público assume duas funções. A primeira delas ocorre quando o MP atua como agente, hipótese em que exerce o próprio direito de ação ingressando com uma demanda judicial, tal como ocorre com as Ações Cíveis Públicas. O MP também atua em juízo como “interveniente” (fiscal da lei ou *custos legis*), caso em que irá intervir em ações judiciais já em curso, protocoladas por terceiros, nos casos e hipóteses que a lei definir a conveniência de sua intervenção (GARCIA, 2017, p. 494).

Por outro lado, a atuação extrajudicial do Ministério Público ocorre por intermédio de uma série de instrumentos previstos na Constituição e na legislação específica, cuja finalidade é solucionar as demandas que lhe são trazidas ou, em não sendo possível solucioná-las no âmbito administrativo, colher as informações imprescindíveis para a propositura da Ação Civil Pública correspondente (FERRARESI, 2010, p. 3; MAZZILLI, 2004, p. 134).

São instrumentos que possibilitam a atuação do MP em âmbito extrajudicial, cada qual com suas características peculiares: a) Notícia de Fato; b) Procedimento Administrativo; c) Procedimento Preparatório; e d) Inquérito Civil, os quais passaremos a analisar a seguir.

A notícia de fato é o procedimento extrajudicial instaurado para apurar quaisquer notícias que cheguem ao conhecimento do Ministério Público, versando sobre fatos que toquem a sua temática de atuação. Nos termos do art. 1º da Resolução 174/2017 do Conselho Nacional do Ministério Público temos que:

Art. 1º A Notícia de Fato é qualquer demanda dirigida aos órgãos da atividade-fim do Ministério Público, submetida à apreciação das Procuradorias e Promotorias de Justiça, conforme as atribuições das respectivas áreas de atuação, podendo ser formulada presencialmente ou não, entendendo-se como tal a realização de atendimentos, bem como a entrada de notícias, documentos, requerimentos ou representações. (BRASIL, 2017)

Em geral, a notícia de fato é instaurada a partir de uma manifestação apresentada pelo cidadão, seja presencialmente ou por meio de requerimento eletrônico, em que apresenta determinado fato e solicita a intervenção do MP para a solução da demanda. Nesse caso, o procedimento é utilizado para uma primeira análise acerca da pertinência dos fatos e dos elementos apresentados, bem como para verificar se a Instituição detém competência para atuar naquela temática, razão pela qual possui um prazo mais curto de tramitação (30 dias, prorrogáveis por mais

90 dias), ao fim dos quais o membro oficiante deverá converter o procedimento em Inquérito Civil, caso entenda que há elementos suficientes para iniciar a atividade investigativa; promover o declínio de atribuição, caso não detenha atribuição sobre os fatos ou, ainda, promover o arquivamento quando verificar que a manifestação é infundada ou não preenche os requisitos mínimos (MASSON; VILHENA JR., 2022, p. 265).

Para Ferraresi (2010, p. 41), “a representação nada mais significa do que um escrito encaminhado ao Promotor de Justiça para que tome providências a respeito de determinado fato que constitua lesão a direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos”.

Já o procedimento administrativo possui previsão na Constituição Federal de 1988, em seu art. 129, VI, bem como na Lei Orgânica Nacional do Ministério Público – Lei nº 8.625/1993 – no art. 26, inciso I. Em seguida, fora regulamentado pela Resolução nº 174/2017 do Conselho Nacional do Ministério Público, a partir do art. 8º, a qual estabelece que o procedimento administrativo é o instrumento adequado para:

Art. 8º O procedimento administrativo é o instrumento próprio da atividade-fim destinado a:

- I – acompanhar o cumprimento das cláusulas de termo de ajustamento de conduta celebrado;
- II – acompanhar e fiscalizar, de forma continuada, políticas públicas ou instituições;
- III – apurar fato que enseje a tutela de interesses individuais indisponíveis;
- IV – embasar outras atividades não sujeitas a inquérito civil.

Conforme Cleber Masson e Ernani Vilhena Jr. (2022, p. 276):

O objeto do procedimento administrativo tem abrangência subsidiária para englobar as atividades ministeriais não adequadas ao inquérito civil. Enquanto no inquérito civil o objeto é a investigação de fato referente a interesses difusos e coletivos, no procedimento administrativo, a investigação fica restrita aos interesses individuais indisponíveis. No mais, é o instrumento adequado para atividades de acompanhamento e fiscalização e outras atividades que o caso concreto exigir a formalização em um procedimento.

Logo, o procedimento administrativo possui natureza subsidiária, pois abrange as funções não previstas para o inquérito civil, sendo adequado, em geral, para o acompanhamento e fiscalização de situações em que seja adequada a instauração de um procedimento administrativo, tal como para o acompanhamento das

disposições de Termo de Ajustamento de Conduta – TAC porventura firmado entre o MP e o responsável por determinado fato. (MASSON; VILHENA JR., 2022, p. 276).

O procedimento preparatório é utilizado quando não for possível definir com precisão o objeto da investigação ou o investigado, por isso é tido como “preparatório”, pois prepara a instauração do Inquérito Civil (instrumento próprio para a atividade investigativa), tendo previsão normativa no art. 26, inciso I da Lei nº 8.625/1993 (FERRARESI, 2010, p. 51).

Para Masson e Vilhena Jr. (2022, p. 287):

O procedimento preparatório ao inquérito civil, como o próprio nome demonstra, é um procedimento que irá preceder a instauração do inquérito civil apenas quando necessário reunir maiores elementos em relação ao objeto da investigação e ao investigado.

O Inquérito Civil - IC é um procedimento extrajudicial utilizado pelo Ministério Público para promover a investigação de fatos que possam ensejar, a posteriori, a propositura da correspondente ação civil pública. Segundo Ferraresi (2010, p. 10):

O inquérito civil é uma investigação administrativa, de caráter inquisitorial, unilateral e facultativo, instaurado e presidido pelo Ministério Público e destinado a apurar a ocorrência de danos efetivos ou potenciais a direitos ou interesses difusos, coletivos ou individuais homogêneos, servindo como preparação para o exercício das atribuições inerentes às suas funções institucionais.

Conforme Masson e Vilhena Jr. (2022, p. 294), o inquérito civil é um instrumento de exclusividade do MP, destinado a promover investigações sobre fatos “minimamente determináveis”. Significa dizer que existe certa limitação na utilização do referido instrumento, não podendo o membro do Ministério Público – a seu bel-prazer – instaurar inquérito civil sem que se tenha a delimitação do seu objeto e elementos minimamente razoáveis que indiquem a ocorrência de possíveis irregularidades (GARCIA, 2017, p. 1019 - 1021).

O IC é o procedimento extrajudicial de maior relevância para a atuação extrajudicial do Ministério Público, tendo sido criado pela lei nº 7.134/85 juntamente com a Ação Civil Pública (GAVRONSKI; MENDONÇA, 2015, p. 804). Dispõe o art. 8º da mencionada lei que:

Art. 8º Para instruir a inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, a serem fornecidas no prazo de 15 (quinze) dias.

§ 1º O Ministério Público poderá instaurar, sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias úteis.

Interessante notar que, inicialmente, o Inquérito Civil foi tido tão somente como instrumento preparatório para o ingresso em juízo, ou seja, um meio de se obter informações para a propositura da Ação Civil Pública – “para instruir a inicial”.

Posteriormente, o IC adquiriu *status* constitucional. Consoante dispõe o art. 129, inciso III da Constituição Federal: “São funções institucionais do Ministério Público: [...] III - promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos” (BRASIL, 1988). Desta forma, fica evidente que o Inquérito Civil deixa de ser um mero ato preparatório para o ingresso em juízo e passa a ser utilizado como instrumento para a promoção e proteção de direitos sociais e interesses difusos e coletivos.

Ainda, a Lei nº 8.625/1993 – Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, estabelece, em seu art. 25, inciso IV que:

Art. 25. Além das funções previstas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e em outras leis, incumbe, ainda, ao Ministério Público: [...] IV - promover o inquérito civil e a ação civil pública, na forma da lei: a) para a proteção, prevenção e reparação dos danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, e a outros interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos; [...] (BRASIL, 1993).

Não restam dúvidas, portanto, que o inquérito civil – enquanto mecanismo de atuação extrajudicial do Ministério Público – é o meio adequado para a promoção de interesses “difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos”, tal como o direito fundamental de acesso à saúde.

Importante ressaltar que qualquer pessoa é parte legítima para requer a atuação do Ministério Público sobre questões de sua competência. De posse de informações que evidenciem possíveis lesões a interesses que o MP seja legitimado a defender, seja por requerimento do cidadão, seja de ofício, poderá instaurar o inquérito civil através de portaria “[...] baixada pelo membro do Ministério Público com

atribuições para a investigação do fato e ajuizamento de eventual ação civil pública” (MASSON e VILHENA JR., 2022, p. 295).

De acordo com o art. 8º da Lei Complementar nº 75/1993 – que dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União:

Art. 8º Para o exercício de suas atribuições, o Ministério Público da União poderá, nos procedimentos de sua competência: I - notificar testemunhas e requisitar sua condução coercitiva, no caso de ausência injustificada; II - requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades da Administração Pública direta ou indireta; III - requisitar da Administração Pública serviços temporários de seus servidores e meios materiais necessários para a realização de atividades específicas; IV - requisitar informações e documentos a entidades privadas; V - realizar inspeções e diligências investigatórias; VI - ter livre acesso a qualquer local público ou privado, respeitadas as normas constitucionais pertinentes à inviolabilidade do domicílio; VII - expedir notificações e intimações necessárias aos procedimentos e inquéritos que instaurar; VIII - ter acesso incondicional a qualquer banco de dados de caráter público ou relativo a serviço de relevância pública; IX - requisitar o auxílio de força policial. (BRASIL, 1993)

No mesmo sentido apontam Gavronski e Mendonça (2015, p. 812), que

[...] os membros do Ministério Público Federal podem, no regular exercício de suas funções, requisitar informações e documentos da Administração Pública e de particulares, diligências investigatórias e serviços temporário de outros órgãos, perícias, bem como notificar pessoas para prestar depoimentos (testemunhas sobre os fatos apurados) e esclarecimentos (o próprio interessado ou quem dispunha de informações úteis) no interesse da investigação, podendo, inclusive, determinar a sua condução coercitiva com o recurso de força policial. Podem, igualmente, realizar inspeções e diligências investigatórias e ter acesso a locais públicos ou privados, respeitadas, tão somente, as limitações constitucionais pertinentes à inviolabilidade a domicílio. São, todos, poderes investigatórios expressamente previstos nos artigos antes referidos da LC 75.

Logo, os membros do Ministério Público possuem uma série de mecanismos para a instrução do inquérito civil, devendo a realização de tais atos investigatórios ser precedido do correspondente despacho registrado no procedimento extrajudicial (GARCIA, 2017, p. 1021). São mecanismos para instrução do IC os seguintes expedientes: a) Ofício; b) Recomendação; c) Termo de Ajustamento de Conduta – TAC; d) Audiências Públicas.

O ofício é o documento mais utilizado pelo membro do Ministério Público na instrução dos procedimentos extrajudiciais, cuja finalidade é, basicamente, a requisição de informações, documentos e outros elementos para a instrução do IC, o qual pode ser entregue diretamente ao destinatário através do próprio setor

administrativo das Promotorias/Procuradorias. Além disso, o ofício também poderá ser encaminhado por correio. Em todo caso, o membro oficiante fixa o prazo para apresentação de resposta às requisições (MAZZILLI, 2000, p. 215).

A recomendação, por outro lado, é um documento expedido pelo membro do MP, contendo diretrizes a serem observadas pelo destinatário para correção ou prevenção de possíveis irregularidades que possam afetar serviços públicos ou direitos difusos e coletivos. Nos termos do art. 6º, inciso XX da LC nº 75/93:

Art. 6º Compete ao Ministério Público da União: [...] XX - **expedir recomendações**, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis. (grifou-se). (BRASIL, 1993). (grifo nosso)

Conforme lesionam Gavronski e Mendonça (2015, p. 841):

A concretização dos direitos protegidos e a correção de condutas que ameçam ou violam direitos coletivos se viabiliza por meio da recomendação quando o Ministério Público Federal, à luz das peculiaridades do caso concreto, interpreta o direito aplicável e, fundamentadamente, especifica elementos (modo, tempo e lugar) e conceitos jurídicos indeterminados que são, uns e outros, necessários para assegurar efetividade aos direitos prejudicados pela conduta, indicando a necessidade da correção desta. Serve como instrumento, assim, para proteção direta dos direitos e interesses da qual está incumbido o Ministério Público Federal.

Em suma, demonstram os autores que a recomendação é importante instrumento para auxiliar o Ministério Público em suas funções essenciais, especialmente para: “1. Zelar pela observância dos direitos constitucionais dos cidadãos por parte dos poderes e serviços públicos [...]; 2. Promover o respeito aos interesses, direitos e bens de cuja defesa está incumbida a Instituição[...]”. (GAVRONSKI; MENDONÇA, 2015, p. 838).

Nota-se que a recomendação é um importante instrumento extrajudicial para a concretização do direito social fundamental de acesso à saúde. Por meio dela, o membro oficiante pode atuar preventivamente (evitando que determinada situação ocorra), tal como expedir recomendação para que as secretarias de saúde regularizem os estoques de determinado medicamento imprescindível para o tratamento de determinadas doenças, antes que ocorra a falta e prejudique o direito; ou, ainda, podem ser expedidas recomendações para correção de situações

irregulares identificadas no curso do IC, para que as autoridades adotem as medidas necessárias para sua correção.

Outro relevante instrumento extraprocessual utilizado pelo Ministério Público é o Termo de Ajustamento de Conduta – TAC, o qual trata-se de “[...] um instrumento, com natureza de negócio jurídico, que constitui título executivo extrajudicial, e que tem finalidade a adequação da conduta de pessoa física ou jurídica à lei e à constituição” (MASSON e VILHENA JR., 2022, p. 351).

Nos termos do §6º do art. 5º da Lei nº 7.347/1985 – Lei da Ação Civil Pública, [...] “os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial”. (BRASIL, 1985).

Posteriormente, o dispositivo fora regulamentado pela Resolução nº 87 do Conselho Superior do Ministério Público Federal, a qual estabelece, em seu art. 20, que:

Art. 20 - O órgão do Ministério Público poderá tomar, em qualquer fase da investigação ou no curso da ação judicial, compromisso do interessado quanto ao ajustamento de sua conduta às exigências legais, impondo-lhe o cumprimento das obrigações necessárias à reparação do dano ou prevenção do ilícito. Parágrafo único - Quando o compromisso de ajustamento de conduta for firmado no curso de ação judicial, o mesmo será submetido à homologação judicial. (BRASIL, 2010)

Nota-se que o TAC, como o próprio nome sugere, destina-se a formalizar o compromisso assumido pela parte no sentido de adequar a sua conduta às exigências legais, sendo, portanto, utilizado quando se constata alguma irregularidade, seja pelo Poder Público ou por qualquer particular, a exemplo do que ocorre quando há falta de prestação dos serviços públicos. Importante ressaltar que o TAC pode ser firmado a qualquer momento, seja no curso das investigações ou até mesmo no curso da ação judicial, evidenciando tratar-se de mais um mecanismo que estimula a resolução de conflitos pelas próprias partes, de modo consensual.

Para Alexandre Amaral Gavronski (2006, p. 115-117):

Se o consenso é a melhor solução para uma crise, como é correntemente afirmado, o compromisso de ajustamento de conduta é o melhor dos instrumentos de atuação do Ministério Público para a solução efetiva dos problemas relacionados à falta de efetividade ou à afronta aos interesses coletivos. Possui o TAC, no mínimo, duas grandes vantagens sobre a via judicial: (1) tende a equacionar de forma mais rápida e efetiva a irregularidade, visto que pressupõe, em princípio, boa vontade para

cumprimento espontâneo da obrigação assumida por parte daquele que está descumprindo a lei, e (2) prevê mecanismos de sanção exigíveis desde logo (as multas ou outras cominações acordadas) para caso de eventual descumprimento. Há ainda outras vantagens: permite que a discussão seja ampliada para além da irregularidade motivadora da negociação, ajustando-se à lei, no compromisso, outras práticas do interessado; viabiliza, paralelamente à correção da conduta, a adoção de mecanismos eficazes na repressão ou prevenção de condutas futuras; permite que se ajuste à lei, concomitantemente e de forma idêntica, a conduta de vários interessados, sem o tumulto que isso causaria em um processo com inúmeros réus e, ainda, enseja maior participação da sociedade na identificação das soluções (mormente quando o TAC é precedido de audiências públicas).

O Termo de Ajustamento de Conduta, desde que cumpridos os requisitos essenciais para a validade da celebração, terá eficácia de título executivo judicial, consoante Ferraresi (2010, p. 82):

O ajuste de conduta constitui título executivo extrajudicial, de sorte que, em caso de descumprimento, o responsável poderá ser executado sem necessidade de prévio processo de conhecimento. Por se tratar de título executivo extrajudicial, o compromisso de ajuste de conduta deverá ser líquido, vale dizer, a obrigação assinada deverá ser certa quanto à sua existência e determinada quanto ao seu objeto.

Desta forma, fica evidente que o Termo de Ajustamento de Conduta é um importante mecanismo à disposição do Ministério Público na atuação extrajudicial, podendo contribuir efetivamente para a garantia do acesso à saúde pública, enquanto direito social fundamental de todo indivíduo, assim como aos demais direitos coletivos que à Instituição incumbe defender, razão pela qual afirmam Gavronski e Mendonça (2015, p. 860) que “o TAC é, sobretudo, um instrumento destinado à concretização dos direitos coletivos [...]”.

As audiências públicas se revestem de mais um mecanismo de auxílio na atuação extrajudicial do Ministério Público, possibilitando ouvir as partes envolvidas para melhor compreender as demandas de cunho social, abrindo espaços, inclusive, para estimular a resolução de conflitos e conciliar os interesses envolvidos.

Conforme dispõe o art. 22 da Resolução nº 87/2010 do Conselho Superior do Ministério Público Federal:

Art. 22 - Os órgãos de execução do Ministério Público, no âmbito do inquérito civil, poderão realizar audiências públicas, com a finalidade de defender a obediência, pelos Poderes Públicos e pelos serviços de relevância pública e social, dos direitos e garantias constitucionais. (BRASIL, 2010).

De acordo com Pedro Roberto Decomain (1994, p. 112),

[...] as audiências públicas revelaram-se mecanismos eficientes de equacionamento de problemas ligados a direitos e interesses difusos e coletivos de modo geral, como aqueles relacionados ao meio ambiente, ao consumidor, etc. Também são eficazes em matéria de serviços públicos, porque permitem um debate amplo em torno da atuação da Administração Pública, que tem sua eficiência analisada e questionada publicamente pelos destinatários dela, ou seja, pelas pessoas da coletividade de modo geral. Cabe ao Ministério Público então promover referidas audiências, conduzindo durante elas os debates. Com isso toma plena ciência daquilo que a coletividade realmente deseja em determinado assunto, informando-se e formando um juízo mais próximo dos verdadeiros interesses comunitários, antes de empreender quaisquer providências.

Logo, fica evidente a importância das audiências públicas no Estado Social e Democrático, vez que permite ampla participação da sociedade em temas que lhe são afetos, permitindo ao Ministério Público e demais Instituições a identificação de demandas e a possibilidade de solução consensual dos conflitos.

A título de exemplo, em 2014, o Ministério Público promoveu uma ação nacional para a realização de audiências públicas em todos os Estados, visando a promoção do acesso e melhoria dos serviços públicos na atenção básica em saúde. Procuradorias de todo o Brasil realizaram audiências públicas para verificar as principais demandas relacionadas à temática e instruir sua atuação na melhoria dos serviços públicos. (CONSELHO NACIONAL DO MP, 2014).

4.2 O ESTADO DE SANTA CATARINA E O ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E DA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A ESTE DIREITO

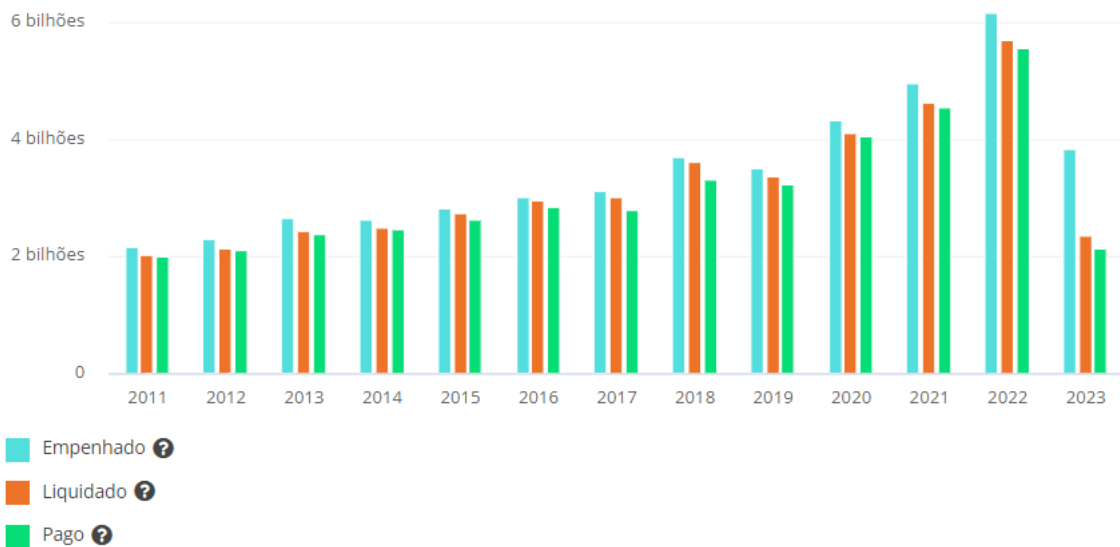
Nesse tópico faremos um levantamento geral acerca da promoção do acesso à saúde no Estado de Santa Catarina, apresentando dados disponibilizados pela Secretaria Estadual e pelo Ministério da Saúde, bem como informações relacionadas à judicialização sobre a temática, de modo a visualizar um panorama geral sobre a saúde em Santa Catarina. A proposta aqui não é analisar a integralidade dos dados disponível sobre saúde no Estado, mas apenas trazer à tona alguns dos aspectos mais relevantes sobre a questão e que se relacionam com o objeto da presente pesquisa.

O Sistema Único de Saúde no Estado de Santa Catarina abrange atendimentos em saúde desde o nível básico (através das Unidades Básicas de Saúde – UBS e outros postos de atendimento), até a mais alta complexidade, sendo prestado de maneira regionalizada e descentralizada (MACEDO; MARTIN, 2014, p. 1). Atualmente, o Estado encontra-se dividido nas seguintes macrorregiões: Macro Grande Oeste; Macro Meio Oeste; Macro Planalto Norte; Macro Nordeste; Macro Foz do Rio Itajaí; Macro Vale do Itajaí; Macrorregião Grande Florianópolis; Macro Serra Catarinense; Macro Sul (BRASIL, 2023d). Desta forma, pretende-se realizar a cobertura de todos os Municípios e disponibilizar, no âmbito de cada macrorregião, a integralidade dos serviços disponibilizados via SUS.

Em termos de atenção primária, a Secretaria Estadual da Saúde em Santa Catarina – SES/SC conta com uma estrutura de 1704 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, distribuídas pelo Estado, sendo a principal porta de acesso do cidadão aos serviços de saúde. De acordo com o Portal da SES/SC, 42 hospitais (entre públicos, conveniados e prestadores de serviços) que recebem recursos diretos do Estado para o atendimento da média e alta complexidade (BRASIL, 2023d). A saúde no Estado também disponibiliza uma rede de atendimento intermediária através das Unidades de Pronto Atendimento – UPA, que funcionam 24 horas, ao todo são 11 UPA. Importa mencionar que o Estado também conta com uma gama de programas e serviços que oferecem atendimento à população, não estando limitado às UBS, UPA e hospitais (BRASIL, 2023e).

Dados do Portal da Transparência do Estado de Santa Catarina demonstram as despesas realizadas em saúde ao longo dos anos, os quais foram tabulados no seguinte gráfico:

Gráfico 1 - Valor do orçamento comprometido pelo Governo do Estado em ações e serviços públicos de saúde.



Fonte: Dados coletados pelo autor no site Portal da Transparência/SC (SANTA CATARINA, 2023).

Considerando os valores que foram efetivamente pagos (barras em verde), é notório que não houve incremento significativo entre os anos de 2011 a 2019 no investimento em saúde pública no Estado. Ademais, entre os anos de 2016 e 2017 houve redução significativa do investimento, visto que no ano de 2016 foram investidos aproximadamente 2,85 bilhões, enquanto em 2017 os valores chegaram a 2,8 bilhões, representando uma redução de aproximadamente 50 milhões. Soma-se a isso os altos índices de inflação⁸ - no período a inflação foi em torno de 6,69% (BRASIL, 2023a), ou seja, ao passo que todos os bens e serviços tiveram reajustes inflacionários (aumentando o custo geral), ainda assim houve redução do investimento. Logo, é inegável a redução da qualidade e da quantidade dos atendimentos em saúde prestados à população no período.

Somente a partir de 2020 é que se percebe um certo reajuste no valor investido, período que coincide com a pandemia de Covid-19 que assolou a nação brasileira e o mundo, causando a morte de mais de 700 mil pessoas no país (BRASIL, 2023b). De acordo com o último boletim epidemiológico, foram registrados 27.790 óbitos por Covid-19 no Estado do e Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2023).

⁸ A inflação pode ser definida como o aumento geral dos preços de produtos e serviços na economia. No Brasil, os índices de inflação são medidos com base em indicadores de referência, sendo os principais o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) e o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), cujo objetivo, em suma, é mensurar a variação dos preços em produtos determinados em um certo período. (IBGE, 2023)

Na data da consulta (09/08/2023), o Estado de Santa Catarina contava com uma estrutura de 1.220 leitos de UTI⁹, sendo que desses, 1.136 estariam ocupados. Significa dizer que, conforme as informações disponibilizadas pela SES/SC, 93,11% dos leitos de UTI no Estado estavam ocupados na data da pesquisa. Outra informação relevante disponível no site eletrônico da Secretaria Estadual da Saúde menciona que a quantidade de leitos disponíveis é apenas um dado relacionado ao leito que ainda não foi ocupado, ou seja, estaria apenas “virtualmente disponível”, sendo que, em verdade, já poderiam encontrar-se reservados para os pacientes constantes na fila de espera e que ainda não tenham efetivamente ocupado o leito (BRASIL, 2023d).

Em sendo assim, é possível concluir que os leitos de UTI operam com alta taxa de ocupação (próximo da capacidade máxima), bem como que, para além deles, ainda existe uma fila de espera. Vale mencionar que a quantidade de pacientes que aguardam na fila de espera, seja por leitos de UTI ou para a realização de consultas e procedimentos, não é divulgada pela SES/SC.

A partir dos dados apresentados não é difícil perceber a afronta ao direito constitucional de acesso à saúde, eis que muitos pacientes estão aguardando um leito de UTI em unidade hospital no Estado. Pacientes esses que se encontram em estado grave de saúde (a demandar UTI) e que simplesmente não tem acesso devido à falta de leitos no estado.

Outro tema sensível no Estado é a formação de longas filas de espera para a realização de cirurgias eletivas. Por serem eletivas, a realização dessas cirurgias pode ser agendada para o paciente, contudo, deve-se respeitar um tempo razoável, pois caso o paciente permaneça aguardando por muito tempo (esse prazo é definido caso a caso junto ao médico responsável), poderá sofrer agravos em sua saúde.

Diante de tal quadro, a Secretaria Estadual da Saúde instituiu, no ano 2017, o Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas no Estado de Santa Catarina, tendo por objetivo identificar os procedimentos e localidades com maior demanda e direcionar recursos e profissionais para a realização dos procedimentos em maior escala.

Importa registrar que a SES/SC disponibiliza um sistema eletrônico denominado “Fila de Espera”, o qual disponibiliza informações acerca da quantidade

⁹ São considerados leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI aqueles instalados em unidades hospitalares, que forneçam estrutura capaz de atender aos casos mais graves e que contem com equipe multidisciplinar especializada para o monitoramento e pronto atendimento do paciente (BRASIL, 2023c).

de pacientes que aguardam para a realização de procedimentos eletivos, indicando, inclusive, a previsão de atendimento em dias. Contudo, ao acessar o sistema, verificou-se que ele é segmentado por Municípios, prestadores de serviços e por procedimentos, o que inviabiliza uma consulta geral sobre a quantidade de pacientes constantes na fila de espera, especialmente pelo fato de que existem vários prestadores de serviços em cada município. Além do mais, o nome do procedimento pode variar entre os prestadores, impossibilitando saber com precisão a realidade das filas de espera para procedimentos eletivos no Estado.

Em termos de judicialização da saúde, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) criou o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, segundo o qual, apenas no Estado de Santa Catarina existem mais de 20.450 processos pendentes de julgamento, os quais estão classificados como “direito de acesso à saúde pública”, representando uma média de 3,29 processos por cada mil habitantes. O objeto de maior destaque nas demandas é o fornecimento de medicamentos. Apenas no ano de 2022, no âmbito da Justiça Estadual (TJ/SC), foram protocoladas 5790 novas ações judiciais cujo pedido principal foi a concessão de medicamentos via SUS. Já sobre a temática “Tratamento Médico Hospitalar” foram registradas 726 novas demandas em sede do TJSC no mesmo período (BRASIL, 2023).

Quando analisados os dados no âmbito da Justiça Federal, verifica-se que a problemática é ainda maior. No âmbito do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (envolvendo Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) foram registradas 48.170 novas demandas judiciais exclusivamente sobre saúde pública. Assim como na Justiça Estadual, o fornecimento de medicamentos via SUS também lidera o ranking de demandas em sede da Justiça Federal, tendo registro de 13.880 novas ações sobre o tema apenas no ano de 2022. No mesmo período, foram registradas 7.780 novas demandas que buscam a realização de tratamento médico hospitalar. O painel também apresenta uma média de 7 processos para cada mil habitantes no Estado de Santa Catarina que versam sobre saúde pública (BRASIL, 2023).

Fica evidente, portanto, que a judicialização da saúde é uma temática recorrente em sede dos tribunais, demonstrando que as políticas públicas em saúde, por vezes, não são suficientes para o atendimento das demandas da população, podendo gerar efeitos negativos como já apontado anteriormente.

Feitas tais considerações, será abordado no tópico seguinte a atuação extrajudicial do Ministério Público Federal no Estado de Santa Catarina, a fim de

identificar se essa pode ser considerada uma via para o fortalecimento das políticas públicas em saúde e contribuir para a redução da judicialização no Estado.

4.3 ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL DO MPF NO ESTADO DE SANTA CATARINA NOS CASOS QUE ENVOLVEM A GARANTIA DO ACESSO AO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE

Com o objetivo de verificar a atuação extrajudicial do MPF no Estado de Santa Catarina, nos casos que envolvam a promoção do direito de acesso à saúde, realizou-se pesquisa no sistema informatizado da Instituição¹⁰ – Sistema Único – com os seguintes parâmetros: a) Texto para pesquisa: “saúde”; b) Gênero: “Auto Administrativo”; c) Área de Atuação: “Cível - Tutela Coletiva”; d) UF Localização: “Santa Catarina”; e) Data de Autuação: “01/01/2019 - 01/01/2022”.

Importa esclarecer que o gênero (auto administrativo) e a área de atuação (cível – tutela coletiva), correspondem aos procedimentos extrajudiciais de natureza cível (que tramitam no âmbito interno da Instituição, sem demandar em juízo) e abrangem todas as categorias anteriormente estudadas (Notícia de Fato, Inquérito Civil, Procedimento Preparatório e Procedimento Administrativo).

Ao todo foram encontrados 503 procedimentos extrajudiciais com os parâmetros indicados. Do total de procedimentos localizados, foram excluídos aqueles que, embora utilize o termo “saúde”, não trataram especificamente de questões afetas ao acesso à saúde via SUS, mas de temática diversa (tal como direito do consumidor, combate à corrupção, criminal e etc.). Do mesmo modo, também foram excluídos os procedimentos sigilosos, aqueles que contêm alguma informação sensível que justifique a concessão do sigilo (devidamente fundamentado pelo Procurador da República). Após a aplicação de todos os filtros, restaram 213 procedimentos extrajudiciais que tratam sobre o acesso à saúde pública no Estado de Santa Catarina no período indicado na pesquisa (janeiro de 2019 à janeiro de 2022).

De posse de tais informações, cada um dos 213 procedimentos foi acessado via Sistema Único do MPF e categorizado com base na atuação (individual ou

¹⁰ O Ministério Público Federal, por intermédio da Secretaria Jurídica e de Documentação da Procuradoria Geral da República, concedeu autorização para a referida pesquisa no Sistema Único da instituição, através da Informação nº 7992/2022 e Despacho nº 830/2022, ambos proferidos no Procedimento Administrativo nº 1.00.000.003004/2020-46.

coletiva), objeto e o resultado, indicando as providências que foram adotadas pelo Ministério Público.

Analisando-se os dados, constatou-se que dos 212 expedientes encontrados, 116 procedimentos foram categorizados como atuação de âmbito coletivo, hipótese em que, para além de verificar o direito individual apresentado pela parte, o MPF também buscou analisar a situação de modo sistêmico, tendo como finalidade proporcionar o acesso a determinado medicamento ou procedimento em âmbito geral e coletivo. Por outro lado, em 96 procedimentos, atuou-se apenas em âmbito individual, vale dizer, buscou-se apenas solucionar a demanda apresentada pela parte. Assim temos que, no período correspondente a pesquisa, especificamente no que toca a atuação extrajudicial do MPF no Estado de Santa Catarina, 55% dos expedientes tiveram o enfoque coletivo, ao passo que 45% limitaram-se ao direito individual.

Ainda assim, constata-se uma expressividade de expedientes que se limitaram a analisar a demanda sob o viés individual. Em que pese seja relevante verificar a demanda trazida pela parte no âmbito individual, especialmente quando há alguma urgência no caso ou quando, diante da peculiaridade da questão posta reste apenas o âmbito individual a ser analisado, não se pode olvidar da atuação sob o viés coletivo, isso porque, conforme já mencionado anteriormente, a atuação com enfoque unicamente sob o viés individual poderá gerar prejuízos ao sistema, tal como a alteração indevida na fila de espera, pois o paciente que está aguardando pela realização de determinado procedimento ou medicamento acaba sendo preterido por aquele que buscou auxílio de algum órgão de proteção (como a Defensoria Pública ou o MP) ou ingressou com a demanda em juízo.

Um exemplo de caso em que o procedimento foi instaurado a partir de manifestação individual, mas que o MPF atuou em âmbito coletivo foi a Notícia de Fato nº 1.33.005.000347/2021-49, em que a paciente, acometida de enfermidade oncológica, relatou a falta do medicamento “*Anastrozol* 1mg” no Hospital Municipal São José. Nessa situação específica, o Ministério Público Federal, para além de garantir o acesso da paciente ao referido medicamento (direito individual), também tratou de verificar a reposição do estoque, de modo a garantir que todos os demais pacientes que eventualmente dele necessitam tenham acesso.

Por outro lado, ao analisarmos situações que a atuação esteve limitada a análise do direito individual, constatou-se que, em muitos casos, o procedimento

acaba sendo remetido à Defensoria Pública (declínio de atribuição) ou, ainda, arquivado sob o fundamento de tratar-se de questão meramente individual.

Em 08/11/2019 compareceu à Procuradoria da República no Município de Joinville um cidadão relatando que seu pai, acometido de Câncer de Cólon e Doença Diverticular do Cólon, necessitava realizar procedimento cirúrgico de urgência. Ocorre que, em decorrência da agenda do hospital, o procedimento restou agendado apenas para 17/12/2019. Contudo, dado o agravamento do estado de saúde do paciente, o qual já estava aguardando a realização do procedimento, e tratando-se de cirurgia de urgência, solicitou a intervenção do Ministério Público, vez que o hospital se recusava a realizar a cirurgia antes da data aprazada. Após o relato fora instaurada a Notícia de Fato nº 1.33.005.000812/2019-27.

Como medida inicial, expediu-se ofício ao Hospital, requisitando informações sobre o paciente e a realização do procedimento. O nosocômio, por sua vez, se limitou a informar que a cirurgia estava agendada e que, em caso de piora do quadro clínico, o paciente deveria procurar o pronto atendimento (medida que o paciente já havia adotado e não encontrou solução). O Procurador da República oficiante, ao instruir o feito, determinou a promoção de arquivamento ao argumento de que se trata de direito individual e que, caso a parte tenha interesse, poderia ingressar com ação judicial através de advogado particular ou através da defensoria pública.

O mesmo procedimento (arquivamento sumário do expediente extrajudicial ao argumento de se tratar de direito individual) fora observado em 18 outros procedimentos, tendo como fundamento o enunciado nº 11 da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão-PFDC, segundo o qual "em questões individuais de saúde, é facultada ao membro do Ministério Público Federal a remessa do procedimento às Defensorias Públicas já instaladas, observados os Enunciados nºs 6 e 7 da PFDC" (BRASIL, 2023e).

Pois bem, passando para análise dos procedimentos que tiveram como enfoque a atuação em âmbito coletivo foi possível constatar a quantidade de problemas relatados em relação ao Sistema Único de Saúde, os quais foram sintetizados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Problemas relatados ao MPF em relação ao SUS no Estado de Santa Catarina (atuação sob o viés coletivo no período da pesquisa)

Problema Relatado	Quantidade de Expedientes
SERVIÇO DE SAÚDE	50
MEDICAMENTO	33
VACINA	8
PROCEDIMENTOS ELETIVOS	7
INSUMOS DE SAÚDE	6
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	2
CIRURGIA DE URGÊNCIA	2
FALTA DE LEITO	2
INFORMAÇÃO	2
QUALIDADE DO SERVIÇO	2
ALTA COMPLEXIDADE	1
SAÚDE BUCAL	1
Total Geral	116

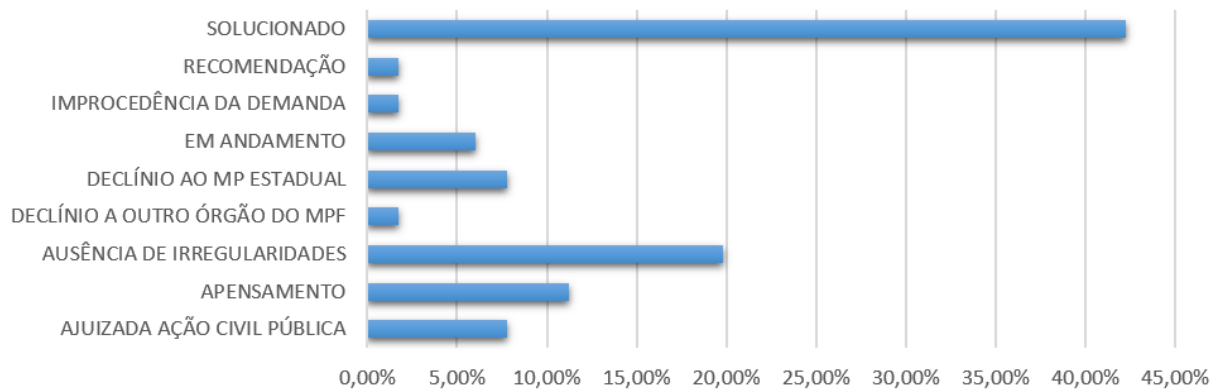
Fonte: Dados coletados pelo autor no Sistema Único do Ministério Público Federal.

Nota-se que os problemas com maior número de incidência estão categorizados como “serviço de saúde” que são aqueles que tratam do funcionamento geral de algum dos serviços disponibilizados via SUS, a exemplo os casos em que se relata falta de unidades e equipe para o atendimento da saúde indígena em dada localidade, assim como aqueles que tratam da falta de profissionais para o atendimento ou, ainda, sobre o fechamento de unidades, dentre outros casos que possam afetar o serviço de saúde de um modo mais amplo.

Outro problema bastante recorrente são os casos relacionados à dispensação de medicamentos à população, para os quais foram encontrados 33 procedimentos com atuação de âmbito coletivo.

Ao examinar o direcionamento dado a essas demandas, foi possível constatar que a maioria das questões trazidas ao conhecimento do Ministério Público Federal no período foram solucionadas com base na atuação extrajudicial (49 procedimentos, o que representa 42,24% dos casos), vale dizer, sem a necessidade de buscar a intervenção do Poder Judiciário. Os dados sobre a resolução das demandas extrajudiciais foram tabulados e sintetizados na tabela a seguir:

Gráfico 2: Resolução das demandas em âmbito coletivo



Informações extraídas pelo próprio autor a partir dos dados constantes no Sistema Único do MPF

Outro dado relevante é que 23 expedientes (19,83%) foram categorizados como “ausência de irregularidades”, casos em que o manifestante relatou determinado problema ou deficiência na prestação do serviço e, após a atuação do Ministério Público Federal constatou-se que não havia qualquer irregularidade ou que se tratou de uma questão pontual já solucionada pelo ente público responsável.

Do total de casos em que houve atuação sob o âmbito coletivo, em apenas 9 o Ministério Público Federal ingressou com a Ação Civil Pública (representando aproximadamente 7% dos casos).

Resta, portanto, verificar se a atuação do Ministério Público Federal, em âmbito coletivo, pode ser considerada uma alternativa à judicialização do direito fundamental e social à saúde.

4.4. A UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTO EXTRAJUDICIAIS PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL PODE SER UMA ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE

Tendo como premissa os dados apresentados no tópico anterior, bem como diante dos dados sobre a judicialização em termos de saúde, que demonstram crescimento exponencial das demandas sobre saúde no Poder Judiciário, anteriormente relatados, é possível verificar que a atuação do Ministério Público Federal no período indicado contribuiu para a contenção de novas ações judiciais sobre a temática, vez que a maioria das demandas foram solucionadas pelo próprio MPF no âmbito extrajudicial.

Constatou-se, ao longo da pesquisa, que do total de 212 casos, 76 deles foram solucionados extrajudicialmente pelo MPF, ou seja, 36% das demandas. Por outro lado, em apenas 6% dos casos foi necessário ingressar em juízo com a correspondente Ação Civil Pública. Cabe ressaltar que, em número considerável das manifestações que chegaram à Instituição, concluiu-se pela ausência de irregularidades (17,45%). Esse número é relevante pois representa aquelas demandas que seriam levadas ao conhecimento do Poder Judiciário, teriam regular tramitação e, ao final, seriam julgadas improcedentes, deixando mais evidente ainda a importância da atuação do Ministério Público Federal em âmbito extrajudicial, pois em grande medida os casos são solucionados sem a necessidade de intervenção do Poder Judiciário, sendo, portanto, um importante mecanismo para prevenir a judicialização em termos de saúde pública.

Exemplificando a atuação extrajudicial do MPF, foi selecionado o Procedimento Administrativo nº 1.33.003.000284/2019-26, instaurado a partir de representação formulada pela Comissão Intergestora de Saúde (CIR) da Região Carbonífera, na qual relata "a falta de acesso dos pacientes da região da AMREC para realizar a reversão de ostomia" (cirurgia eletiva).

Após a expedição de ofício à SES/SC, verificou-se que havia 40 pacientes na fila de espera para a realização do referido procedimento, apenas na Região Sul do Estado. Em resposta, a SES/SC informou que estava providenciando um incremento no valor pago pela realização do procedimento, a fim de atrair novos prestadores de serviço capazes de realizá-lo, visto que não se tinha estrutura capaz de atender a toda a demanda naquele momento.

Ato contínuo, o Hospital São José se credenciou junto à SES/SC e se comprometeu em realizar, em regime de urgência, os procedimentos eletivos para reversão de ostomia.

Por fim, transcorrido o prazo para a realização das cirurgias, realizou-se novo levantamento da fila de espera, tendo constatado que havia apenas 7 pacientes aguardando e que houve considerável redução do tempo de espera. Diante de tais informações, considerou-se exitosa a atuação extrajudicial, razão pela qual promoveu-se o arquivamento do feito pela "correção das irregularidades".

Para Rogério Arantes (2019, p. 96), em muitos casos, a mera instauração de um Inquérito Civil por parte do Ministério Público já teria o condão de impulsionar o Poder Público para a adoção de medidas no sentido de implementar ou corrigir

deficiências em relação às políticas públicas. O IC, sob essa perspectiva, seria uma espécie de instrumento de coação, pois caso o Poder Público não solucione determinada questão, poderá estar sujeito aos demais instrumentos coativos do MP e, em último caso, até mesmo à ACP.

Por certo que a atuação do MP na via extrajudicial também deve ser vista com certa parcimônia, à medida em que os Promotores (no âmbito Estadual) e Procuradores (o âmbito Federal) são detentores de autonomia, podendo “selecionar” os casos – com certa discricionariedade – que terão maior enfoque. Registra-se, por oportuno, que dentro da Instituição existem órgãos de revisão, tais como as Câmaras de Coordenação e Revisão do MPF, não obstante, dado a grande quantidade de casos que passam pela Instituição, não é possível a análise caso a caso pelos Órgãos Revisionais.

Para auxiliar na uniformização da atuação do MP, os órgãos revisores emitem Orientações e Enunciados, os quais devem ser observados quando da atuação do Ministério Público. Além do mais, também há espaço para que o cidadão protocole recurso, quando não concordar com determinada providência adotada pela Instituição, caso em que, necessariamente, o expediente deverá ser remetido para análise do órgão revisor.

Observadas tais peculiaridades, GAVRONSKI (2011, p 433) advoga que a atuação extrajudicial do Ministério Público, sobretudo no que permeia o direito de acesso à saúde, é uma alternativa para “[...] assegurar maior efetividade possível aos direitos sob a perspectiva coletiva, com rapidez e qualidade (baixo custo, resolutividade e satisfação das partes)”.

Da mesma forma, sustenta ASENSI (2010, p. 19-20) que:

Uma estratégia utilizada pelo MP tem sido a atuação extrajudicial, que amplia as possibilidades de sua atuação e de efetivação do direito à saúde. Isso possibilita pensar a ideia de *juridicização* das relações sociais (conflitos são discutidos sob o ponto de vista jurídico), sem ocorrer necessariamente uma *judicialização* (ao máximo, se evita levar os conflitos ao Judiciário). Em virtude dessa atuação, observa-se uma valorização desta instituição em função da possibilidade de ampliação do diálogo, de modo a gerar ações efetivas no encaminhamento e resolução dos conflitos.

O fato da atuação extrajudicial do Ministério Público ser dinâmica e abrangente, possibilitando a utilização de uma série de mecanismos voltados a solucionar as demandas, bem como abrindo espaços para o diálogo entre os atores sociais, tem se

mostrado um meio eficaz para os casos que envolvam a promoção do direito à saúde, especialmente sobre o viés coletivo.

Não obstante, a doutrina pontua eventuais efeitos negativos que podem ocorrer em sede da atuação extrajudicial do MP, tais como a discricionariedade do membro atuante, que possui ampla possibilidade de escolha sobre quais temáticas atuar e quais os meios que considera mais adequados, não havendo muitos meios para responsabilizá-lo em possíveis falhas na atuação. Outro ponto de inflexão seria a concentração do Poder nas mãos da Instituição, capaz de influenciar a ação estatal mesmo em situações contrárias à lei (ASENSI, 2010, p. 65).

Na tentativa de neutralizar, ou ao menos minimizar possíveis efeitos negativos dessa atuação, foram criadas algumas estruturas internas no Ministério Público, tais como as Câmaras de Coordenação e Revisão, que possuem como objetivo central revisar a atuação dos membros em sede extrajudicial, bem como a uniformização de entendimentos com a expedição de orientações e enunciados que visam a padronizar a atuação da Instituição. Há que se ressaltar ainda, nesse ponto, a atuação das corregedorias que permitem identificar eventuais atuações disfuncionais dos Promotores de Justiça e Procuradores da República.

Fato é que, para além de eventuais efeitos negativos da atuação extrajudicial, essa tem se mostrado um meio efetivo para a resolução de demandas, especialmente sobre a temática saúde. Nessa perspectiva, Oliveira (2015, p. 157) advoga que:

A atuação do MP voltada para o modelo resolutivo, com prestígio dos instrumentos de atuação extrajudicial, muito contribui para a efetividade do direito à saúde. Nesse contexto, o cumprimento das funções institucionais deve ser buscado diretamente – como regra, sem recurso à atuação em juízo. A afirmação do direito à saúde de forma mais legítima e coerente com a Constituição exige a construção de soluções compartilhadas e assentadas no diálogo entre todos os atores sociais envolvidos. Mesmo nesse cenário, a judicialização por vezes pode ser necessária, devendo ser resguardada, contudo, para os casos de insucesso no uso dos instrumentos de atuação extrajudicial.

Em que pese se tenha observado, ao longo da pesquisa, que o Ministério Público Federal no Estado de Santa Catarina privilegie a atuação extrajudicial quando o tema é acesso à saúde, vez que apenas 7% dos casos (aproximadamente) resultaram no ingresso em Juízo, através de Ação Civil Pública, identificou-se que grande parte da atuação ainda ocorre exclusivamente sobre o viés individual (em torno de 45%). Revelando a necessidade de se criar estratégias que aborem a saúde

pública de modo coletivo e sistêmico, evitando-se distorções na execução da política pública.

Constatou-se, ainda, que a grande maioria das demandas trazidas ao conhecimento do Ministério Público Federal, em que a atuação se deu em âmbito coletivo, foram solucionadas pela via extrajudicial (49 procedimentos, o que representa 42,24% dos casos), somando-se a isso, identificou-se que aproximadamente 20% dos casos não possuem qualquer irregularidade, de modo que, após a regular tramitação do feito, são arquivados por ausência de irregularidade. Assim sendo, é correto afirmar que ao menos 62,24 % dos casos foram solucionados pelo MPF na via extrajudicial, sem a necessidade de ingressar em juízo com a demanda apresentada pela parte.

Logo, a atuação extrajudicial do MPF, sobretudo no viés coletivo, tem se mostrado um importante mecanismo na tutela do direito de acesso à saúde, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas em saúde, bem como auxiliando na contenção de novas demandas judiciais sobre a temática.

5. CONCLUSÃO

Ao longo do primeiro capítulo foi possível visualizar a construção histórica dos modelos de Estado, desde o Estado Liberal clássico ao Estado Social e Democrático de Direito. Inicialmente, identificou-se as importantes contribuições do Estado Liberal clássico, que se consolidou com a Revolução Francesa de 1789, dentre as quais destaca-se a noção de Estado de Direito, pela qual o Poder passa a estar vinculado à lei e não mais aos caprichos de um soberano; a divisão dos poderes e a conquista de direitos fundamentais (que pouco a pouco passaram a constar no texto constitucional). Entretanto, dado que o liberalismo clássico se assentava na ideia de não intervenção do Estado no âmbito social e econômico, somado às mazelas decorrentes dos processos de industrialização (Revolução Industrial), que proporcionaram grandes modificações na Europa, tais como o êxodo rural e a formação de uma massa de operários nos centros urbanos, o liberalismo já não suficiente para conter uma profunda crise social e econômica, sobretudo a partir do início do século XIX. Naquele período, ganharam força os movimentos sociais em prol de melhores condições para as classes economicamente menos favorecidas, havendo ameaças de ruptura do sistema capitalista por meio do Marxismo e da Revolução Russa.

Dado o cenário de crise e diante das ameaças de movimentos revolucionários, o modelo de Estado Social surgirá como uma adaptação ao liberalismo clássico, de modo a manter o sistema capitalista de produção e, ainda assim, conceder alguns direitos sociais. Desta forma, o Estado Social se materializa como modelo intervencionista, pelo qual o Estado, além de proporcionar a garantia dos direitos de primeira dimensão (relacionados às liberdades individuais) se reveste de agente promotor dos direitos de segunda dimensão, a saber a saúde, assistência sociais, direitos do trabalhador, dentre outros.

Posteriormente, o modelo de Estado Social e Democrático de Direito, nessa linha evolutiva, agrega novos elementos ao Estado, de tal modo que é possível identificar uma série de requisitos para a sua concretização, a saber: a) a promulgação de uma Constituição, enquanto norma superior, elaborada a partir da participação popular; b) respeito ao princípio democrático, ou seja, o povo deve eleger os seus representantes (democracia representativa) e participar das tomadas de decisão de interesse público (democracia participativa), bem como a garantia dos direitos

fundamentais; c) manutenção de um sistema de direitos fundamentais; d) o Estado assumira a responsabilidade pela justiça social, dentre outros.

Logo, não se pode dissociar a ideia de Estado da promoção de direitos fundamentais, dentre os quais encontra-se o direito à saúde, imprescindíveis à garantia da dignidade da pessoa humana. No Brasil, o Estado Social e Democrático se consolidou a partir da Constituição Federal de 1988, através da qual também o direito à saúde alcançou lugar de destaque, pois somente após a promulgação da CF de 1988 é que a saúde passa a ser reconhecida como “direito de todos e dever do Estado”, abrangendo o conceito mais amplo de saúde (visando ao mais completo bem-estar físico e emocional, proporcionando medidas para o tratamento, prevenção, educação em saúde, dentre outros).

A promoção da saúde, enquanto política pública do Estado tal como hoje a conhecemos, é resultante de um longo dinamismo histórico, sendo certa a grande influência dos movimentos sociais que culminaram em sua concretização. No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária exerceu papel de destaque, em especial a partir da década de 1980, através das chamadas Conferências Nacional de Saúde, as quais influenciaram fortemente o próprio texto constitucional. Nesse contexto nasceu o Sistema Único de Saúde - SUS, política pública estruturada de forma descentralizada e hierarquizada, tendo por objetivo a prestação dos serviços de saúde desde o atendimento mais básico (atenção primária) até a média e alta complexidade. São princípios do SUS, dentre outros, o acesso universal, gratuito e igualitário aos serviços de saúde.

Todavia, identificam-se alguns entraves para a sua concretização, em especial: o subfinanciamento histórico (identificou-se que o Brasil é um dos países que menos investe em saúde em relação ao PIB); os problemas afetos à judicialização em matéria de Saúde Pública (que alcança níveis alarmantes em termos de quantidade de demandas levadas ao Poder Judiciário); tentativas de privatização/terceirização do SUS; e a falta de participação democrática nos processos de tomada de decisão que afetam diretamente os serviços de saúde, dentre outros.

Ganha destaque, diante de tais constatações, a atuação do Ministério Público, vez que, assim como o direito à saúde, o MP também ganhou papel de maior destaque com a Constituição Federal de 1988, para além das clássicas atribuições já anteriormente outorgadas (de titular da ação penal, de órgão interveniente e etc.), momento a partir do qual o MP é elevado ao patamar de instituição permanente,

indispensável ao Estado Social e Democrático de Direito, sendo-lhe atribuída a incumbência de defender o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis, vale dizer, o MP passou a ser legitimado para a tutela dos direitos transindividuais, coletivo e individuais indisponíveis, razão pela qual também o é para a promoção e tutela do direito fundamental de acesso à saúde, tido como direito fundamental indisponível, essencial à dignidade da pessoa humana. O Ministério Público não mais atua de maneira restrita às ações judiciais, mas também foi dotado de um amplo leque de instrumentos extrajudiciais que permitem a resolução de demandas sem a necessária intervenção do Poder Judiciário. Assim, a atuação extrajudicial do MP privilegia o diálogo e a solução consensual dos conflitos, por meio dela a Instituição pode, ainda, expedir ofícios, recomendações, firmar Termos de Ajustamento de Conduta – TAC, realizar audiências públicas e etc., tendo como norte a promoção do interesse transindividual, difuso e coletivo.

No intuito de verificar como se dá a atuação extrajudicial do Ministério Público Federal no Estado de Santa Catarina, realizou-se, dentro do recorte temporal de 2019 a 2022, levantamento dos dados da atuação extrajudicial através do Sistema Único disponibilizado pelo MPF.

Uma vez levantados os procedimentos afetos à promoção do acesso à saúde pública, e feito estudo geral dos dados relativos à cada caso, foi possível identificar um alto índice de resolutividade pela via extrajudicial (42,24%), somando-se a esse índice temos que em 19,83% dos casos não se constatou qualquer indício de irregularidade, razão pela qual é possível afirmar que mais de 60% demandas foram resolvidas pela atuação extrajudicial, vale frisar, sem a necessidade de submeter a demanda para análise do Poder Judiciário. Por outro lado, em apenas 9% das demandas identificou-se o ingresso em juízo. Identificou-se que uma parcela significativa dos procedimentos extrajudiciais esteve restrita à tutela do direito individual (aproximadamente 45%), ou seja, nesses casos o MPF se restringiu a analisar eventual direito específico da parte demandante, sem verificar qualquer aspecto de âmbito coletivo ou geral. Importante mencionar que, em termos de saúde, a atuação deve ser orientada de modo sistêmico, proporcionando um olhar coletivo, pois a atuação restrita ao interesse individual (salvo nos casos de urgência ou que justifique a atuação individual pela peculiaridade do caso) poderá produzir efeitos adversos, como alterações indevidas na fila de espera, direcionamento das políticas públicas especificamente para as questões que são levadas ao Juízo e etc.

Fixadas todas as premissas e realizada a análise dos dados, retoma-se a questão central objeto do estudo, qual seja: *Considerando o reconhecimento pela Constituição Federal de 1988 da saúde na qualidade de um direito fundamental social amparado nos postulados teóricos e jurídicos do Estado Social e Democrático de Direito, em que medida a atuação extrajudicial do Ministério Público Federal contribui para a concretização das políticas públicas em saúde e para a contenção do fenômeno da judicialização sobre a temática?*

Conclui-se que a atuação extrajudicial do Ministério Público pode contribuir significativamente para a concretização das políticas públicas em saúde e para a contenção do fenômeno da judicialização sobre a temática, pois a grande maioria das demandas levadas ao conhecimento do *Parquet* obtiveram solução pela via extrajudicial, privilegiando o diálogo e a adoção de instrumentos alternativos, sem a necessária intervenção do Poder Judiciário. A exemplo, foi selecionado o Procedimento Administrativo nº 1.33.003.000284/2019-26, instaurado a partir de representação formulada pela Comissão Intergestora de Saúde (CIR) da Região Carbonífera, na qual relatou "a falta de acesso dos pacientes da região da AMREC para realizar a reversão de ostomia" (cirurgia eletiva), tendo se constatado que havia uma fila de espera de 40 pacientes para a realização do referido procedimento, apenas na Região Sul do Estado. Após a atuação extrajudicial do MPF, estabelecido o diálogo com a SES/SC, foi possível encontrar soluções que permitiram a realização das cirurgias em regime de urgência, diminuindo rapidamente a fila de espera, bem como promoveu-se o credenciamento do Hospital São José (no âmbito da macrorregião sul) enquanto entidade especializada para a realização dos procedimentos de reversão de ostomia, de modo a evitar a formação de nova fila de espera. Ao final, constatou-se que apenas 7 pacientes aguardavam o procedimento dentro de prazo razoável.

Não obstante, é possível ressaltar que a atuação extrajudicial, sobretudo no que se refere à promoção do acesso ao direito fundamental à saúde, deve ter maior enfoque no âmbito coletivo (tal como ocorreu no procedimento acima mencionado), de modo a analisar as demandas de maneira sistêmica, sob pena de ocasionar eventuais distorções na concretização das políticas públicas em saúde.

6 REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

APPIO, Eduardo. **A ação civil pública no Estado Democrático de Direito**. Curitiba: Juruá, 2005.

ARANTES, Rogério Bastos. **Ministério Público, política e política pública**. In: OLIVEIRA, Vanessa Elias de (org.). **Judicialização de políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 95-122

ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização: o Ministério Público e o direito à saúde**. Rio de Janeiro : Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.

BARROSO, Luis Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. 2009. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/eadcnpj/mod/resource/view.php?id=47743>> Acesso em 22 dez. 22.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: **Revista de Direito Social**. Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>> Acesso em 05 jun. 23.

BATISTA, Vanessa Oliveira. As declarações de direitos. In: **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**. Belo Horizonte, n. 36, p. 251-267, 1999.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria do estado**. 3 ed., rev. e ampl. São Paulo: Malheiros, 1995.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa: por um direito constitucional de luta e resistência; por uma nova hermenêutica; por uma repolitização da legitimidade**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

BRANDÃO, Paulo de Tarso. **Ação Civil Pública**. Florianópolis: Obra Jurídica, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 06 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização e Sociedade: Ações para acesso à saúde pública de qualidade**, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade.pdf>. Acesso em: 14/07/2021.

BRASIL. **Lei Complementar n. 40**, de 14 de dezembro de 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp40.htm>. Acesso em: 16/08/22.

BRASIL. **Lei Complementar n. 75**, de 20 de maio de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp75.htm>. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 6.439**, de 1º de setembro de 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6439.htm>. Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.625/1993**, de 12 de fevereiro de 1993 – Lei Orgânica Nacional do Ministério Público. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8625.htm>. Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Resolução nº 171**, de 4 de julho de 2017. Disponível em: <<https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolucao-174-1.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Painel da Judicialização**. Disponível em: <https://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw_l%2FPainelCNJ.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT>. Acesso em 09 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Superior do Ministério Público Federal. **Resolução nº 87**, de 6 de abril de 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/bitstream/handle/11549/37227/RES_CSMP_F_2010_87.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jan. 23.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Inflação**. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>>. Acesso em 12 jun 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. Disponível em: < <https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em 12 jun 2023b.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Unidade de Tratamento Intensiva. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/folheto_informativo_uti.pdf >. Acesso em 18 de jun de 2023c.

BRASIL. **Secretaria Estadual da Saúde no Estado de Santa Catarina**. Painel Leitos UTI SUS. Disponível em: < <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMTgwN2I4NTEtM2RhYi00OTYzLWJiMmYtOTRmNjBmZmM4Y2NjliwidCI6ImExN2QwM2ZjLTRiYWMTNGI2OC1iZDY4LWUzOTYzYTJlYzRlNiJ9>> Acesso em 18 de jun de 2023.

BRASIL. **Secretaria Estadual da Saúde no Estado de Santa Catarina**. Regionais de Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/a-secretaria/regionais-de-saude>>. Acesso em 22 de out de 2023d.

BRASIL. **Secretaria Estadual da Saúde no Estado de Santa Catarina**. Unidades de Pronto Atendimento - UPA. Disponível em: < <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/redes-de-atencao-a-saude-3/rede-de-urgencia-e-emergencia-1/upa-leg>>. Acesso em 22 de out de 2023e.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Enunciados da PFDC**. Disponível em < <https://www.mpf.mp.br/pfdc/enunciados>> Acesso em 18 de jun de 2023e.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16., 2019, Brasília, DF**. Anais: Ginásio Nilson Nelson, 2019, p. 1-13. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1878/1836>>. Acesso em: 09 jan. 2023.

CADEMARTORI, Sergio. **Estado de direito e legitimidade**: uma abordagem garantista. 2. ed. Campinas: Millennium, 2006.

CAMBI, Eduardo; LIMA, Thadeu Augimeri de Goes. **Revista dos Tribunais**. Compromisso de Ajustamento de Conduta: um eficaz instrumento à disposição do Ministério Público para a implementação de políticas públicas e a efetivação de direitos fundamentais sociais.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional**. 6. ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1993.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 6. ed. Coimbra: Livraria Almedina, 2002.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre direitos fundamentais**. São Paulo: Revista dos Tribunais. Coimbra: Coimbra, 2008.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Rever ou Romper com a Constituição Dirigente? defesa de um constitucionalismo moralmente reflexivo. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, vol. 15, p. 7-17, jun. 1996.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre Direitos Fundamentais**. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

CATÃO, Ó Marconi. O Sistema de Saúde brasileiro. In: **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 169-210. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/szgxv/pdf/catao-9788578791919.pdf>>. Acesso em: 05 nov 2022.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

CONILL, Eleonor Minho. Epidemiologia e Sistemas De Saúde: Fundamentos históricos e conceituais para uma discussão sobre o acompanhamento de direitos na prestação de serviços. In: **Ministério da Saúde Direito Sanitário e Saúde Pública**, Brasília, vol. 1. 2013.

DAGNINO, Evelina. **Anos 90 - Política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 28 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: direito sanitário. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 22, n. 4, p. 327-334, 1988.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Direito Sanitário. In: **Ministério da Saúde Direito Sanitário e Saúde Pública**, Brasília, vol. 1, p. 39-61, 2013.

DEANE, Phyllis. **A Revolução Industrial**. Tradução de Meton Porto Gadelha. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1975.

DECOMAIN, Pedro Roberto. **Comentários à Lei Orgânica Nacional do Ministério Público**. Florianópolis: Obra Jurídica, 1994.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 853-884.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Lua Nova**, 35, 1995. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451995000100004>> ou <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n35/a04n35.pdf>>. Acesso: 25 fev 2022.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Estado de Bem-Estar Social. in: **Lua Nova**. Revista de Cultura e Política. n° 24. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006>. Acesso em: 25 fev 2022.

FERRARESI, Eurico. **Inquérito Civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. In: _____ (Org.). **Saúde e democracia**. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.

FLORES, Joaquín Herrera. **A (re)invenção dos direitos humanos**. Tradução de Carlos R. D. Garcia, Antônio H. G. Suxberger e Jefferson A. Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: Referências preliminares para a alocação adicional de recursos. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 24. n.12 – dez 2019.

GARCIA, Emerson. **Ministério público**: Organização, atribuições e regime político. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

GARCIA-PELAYO, Manuel. **As transformações do Estado contemporâneo**. Tradução e prefácio de Agassiz Almeida Filho. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. **Tutela Coletiva**: Visão Geral e Atuação Extrajudicial. Brasília-DF: ESMPU, 2015.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral; MENDONÇA, Andrey Borges de. **Manual do Procurador da República**: teoria e prática. 2. ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm, 2015.

GILISSEN, John. **Introdução histórica ao direito**. Tradução de A. M. Hespanha e L. M. Macaísta Malheiros. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.

GLOBKNER, Osmir Antonio. **A tutela individual e coletiva do direito à saúde pelo Ministério Público**. Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo, v. 8, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/PC/Downloads/209-Texto%20do%20Artigo-813-1-10-20160212.pdf>>. Acesso em 27/01/2022.

GRANJA, Gabriela Ferreira et al. **Equidade do sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados**. 2010, p. 3-12. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1415.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. **Técnicas Extraprocessuais de Tutela Coletiva**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p 433.

GROSSI, Paolo. Da sociedade de sociedades à insularidade do Estado entre medievo e idade moderna. In: **Revista Seqüência**, Florianópolis, n. 55, p. 9-28, 2007.

GOMES, Leandro Ribeiro. **Libertários e Bolcheviques: a repercussão da Revolução Russa na imprensa operária anarquista brasileira (1917-1922)**. 2012. 242 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/94089>> Acesso em 05 jun 2023.

KERSTENETZKY, Celia Lessa; KERSTENETZKY, Jaques. O Estado (de Bem-Estar Social) como Ator do Desenvolvimento: Uma História das Ideias. In: **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 58, nº 3, 2015, pp. 581 a 615.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig. **Jurisdição Constitucional Aberta: Reflexões sobre a Legitimidade e os Limites da Jurisdição Constitucional na Ordem Democrática – Uma Abordagem a Partir das Teorias Constitucionais Alemã e Norte-Americana**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; ALVES, Felipe Dalenogare. A Judicialização da Política e do Direito: um fenômeno decorrente de múltiplas causas, sob diferentes abordagens. In: **Anais do XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**. Santa Cruz do Sul: EdUNISC, 2014.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MORAES, M. V. O Supremo Tribunal Federal e a (não) intervenção em matéria de políticas públicas: da omissão como justificativa à relação entre poderes. In: **Revista Jurídica**. Curitiba: Unicuritiba, v. 01, p. 378-402, 2022.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MAAS, Rosana Helena; KIRSTE, Stephan. **Direitos Fundamentais (Justiciabilidade): Brasil, Alemanha e Áustria**. Curitiba: Ítalo. 2021.

LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. **Participação popular em saúde e Ministério Público: contribuições para a efetivação do sistema único de saúde na pós-modernidade**. 2013. Dissertação – Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.

LIXA, Ivone; FERRAZZO, Débora; MACHADO, Lucas. **Cultura Jurídica Latino-americana: Entre o pluralismo e o monismo na condição da colonialidade**. México: Cenejus, 2020.

LOBRANO, Giovanni. A teoria da *respublica* (fundada sobre a “sociedade” e não sobre a “pessoa jurídica”) no *Corpus Juris Civilis de Justiniano* (Digesto 1.2-4). **Revista Sequência**, n. 59, p. 13-41, dez. 2009.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. **Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)**: significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. 2014, p. 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807576220140597.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MASSON, Cleber; VILHENA JR., Ernani. **Prática penal, civil e tutela coletiva**: Ministério Público. 6. ed., rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Método, 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **A Defesa dos Direitos Difusos em Juízo**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **Tutela dos Interesses Difusos e Coletivos**. 4. ed. São Paulo: Damásio de Jesus, 2004.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **O Inquérito Civil**: investigações do Ministério Público, compromissos de ajustamento e audiências públicas. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MOREIRA, Luciano de Oliveira *et al.* Ministério Público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. **Revista direito sanitário**. São Paulo. v.15 n.3, p. 142-161, nov. 2014/fev. 2015.

NOVAIS, Jorge Reis. **Contributo para uma teoria do Estado de direito: do Estado de direito liberal ao Estado social e democrático de direito**. Coimbra: Almedina, 2006.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da previdência social no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1989.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, de 22 de julho 1946. Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf> Acesso em 06 jun. 23.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão crítica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. in: **Saúde no Brasil**, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2022.

PINHO, R. C. R. **Teoria geral da constituição e direitos fundamentais**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. 2001, p. 17. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2020.

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso perspectivas e desafios**. 2011.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa de 1976** Disponível em: <<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>>. Acesso em: 09 ago. 2022.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução de Marcos Fernando da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec - Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um sistema único de saúde. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs.). **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 21-61.

SANTOS, Boaventura de Sousa; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 8ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 5. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Painel sobre a judicialização da saúde**. Palestra elaborada ao I Colóquio Jurídico Brasil – Organização dos Estados Americanos

(OEA), org. Conselho Nacional de Justiça – CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_mQmpR8hflc&t=3770s>. Acesso em 14/07/2021.

SANTA CATARINA. **Portal da Transparência**. Disponível em: <<https://www.transparencia.sc.gov.br/despesa/2023/indicador/2304>>. Acesso em: 12 jun 2023.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2005.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: Efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: SENAC São Paulo, 2005.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 43. ed. Salvador: Editora Jus Podivm, 2020.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2007.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. in: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

STRECK, Lenio Luiz; MORAIS, José Luis Bolzan de. **Ciência política & teoria do Estado**. 6. ed., rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gatão Wagner de Sousa *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-562.

VENERIO, Carlos Magno Spricigo. **A concepção de democracia de Hans Kelsen: relativismo ético, positivismo jurídico e reforma política**. Criciúma: Edunesc, 2010.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na república participativa: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde**. 2013. Tese de doutorado – Universidade Federal de Santa Catarina.

VITORELLI, Edilson. **Processo Civil Estrutural: Teoria e Prática**. Salvador: JusPodivm, 2020.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Ideologia, Estado e direito**. 4. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

WOLKMER, Antonio Carlos. Fundamentos da Crítica no Pensamento Político e Jurídico Latinoamericano. In: WOLKMER, A.C. (Org.). **Direitos Humanos e Filosofia Jurídica na América latina**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. PP. 01-46.

ANEXOS

ANEXO 1 - Procedimentos Extrajudiciais extraídos do Sistema Único do MPF, correspondente aos dados da atuação no período de janeiro de 2019 à janeiro de 2022.

PROCEDIMENTO	TEMA	DATA
1.33.008.000152/2019-54	CONSUMIDOR	22/05/2019
1.33.007.000137/2019-16	SUS	29/04/2019
1.33.009.000014/2020-07	SUS	05/03/2020
1.33.005.000869/2021-41	SUS	13/12/2021
1.33.005.000693/2019-11	SUS	07/01/2021
1.33.005.000571/2019-16	SUS	01/08/2019
1.33.009.000186/2020-72	SUS	29/06/2022
1.33.000.000713/2020-29	SUS	24/08/2021
1.33.005.000089/2019-86	PROCEDIMENTO SIGILOSO	*****
1.33.011.000147/2018-10	SUS	18/12/2018
1.33.011.000148/2018-56	SUS	18/12/2018
1.33.000.002387/2018-70	PLANO DE SAÚDE UNIFLEX	18/10/2019
1.33.010.000095/2019-64	SUS	27/06/2019
1.33.000.001411/2019-34	SUS	14/07/2020
1.33.005.000012/2020-40	SUS - MEDICAMENTO	13/01/2020
1.33.009.000145/2018-61	PROCEDIMENTO SIGILOSO	*****
1.33.010.000175/2017-58	SUS	14/06/2022
1.33.009.000096/2019-48	SUS	18/04/2022
1.33.005.000034/2020-18	SUS	23/01/2020
1.33.005.000653/2019-61	SUS	02/09/2019
1.33.001.000004/2020-33	PLANO DE SAÚDE AGEMED	10/01/2020
1.33.016.000152/2018-74	SUS / PRESIDIO	12/12/2019
1.33.005.000554/2019-89	PROCEDIMENTO SIGILOSO	*****
1.33.002.000206/2019-31	PLANO DE SAUDE UNIMED	08/09/2021
1.33.005.000859/2021-13	SUS	07/12/2021
1.33.005.000535/2021-77	SUS	13/08/2021
1.33.000.002404/2021-74	PROCEDIMENTO SIGILOSO	*****
1.33.009.000124/2020-61	SANEAMENTO	30/06/2022
1.33.009.000129/2019-50	SUS / INFRAESTRUTURA	30/06/2022
1.33.009.000064/2019-42	SUS	29/06/2022
1.33.005.000347/2021-49	SUS	07/06/2021
1.33.009.000021/2021-81	SUS	12/04/2022
1.33.005.000118/2019-18	SUS	13/02/2019
1.33.005.000151/2019-30	PROCEDIMENTO SIGILOSO	*****
1.33.009.000078/2019-66	SUS/ TERRA INDIGENA	06/06/2019
1.33.005.000086/2019-42	SUS	29/04/2019
1.33.005.000330/2019-77	SUS	12/09/2019
1.33.005.000740/2021-32	SUS	05/11/2021
1.33.005.000647/2011-56	CORRUPÇÃO	12/09/2019
1.33.009.000185/2020-28	SUS	11/10/2021
1.33.005.000165/2019-53	PROCEDIMENTO SIGILOSO	*****

1.33.005.000343/2019-46	SUS	06/05/2019
1.33.009.000010/2020-11	SUS/ TERRA INDIGENA	11/10/2021
1.33.005.000661/2021-21	SUS	27/09/2021
1.33.005.000385/2019-87	SUS	21/05/2019
1.33.005.000339/2021-01	SUS	02/06/2021
1.33.005.000232/2019-30	PROCEDIMENTO SIGILOSO	*****
1.33.005.000890/2019-21	SUS	19/12/2019
1.33.005.000930/2017-73	PROCEDIMENTO SIGILOSO	*****
1.33.001.000164/2019-49	PLANO DE SAUDE ODONTOLOGICO	26/04/2019
1.33.005.000501/2019-68	SUS	27/06/2019
1.33.000.001553/2019-00	CONSUMIDOR	16/07/2021
1.33.011.000112/2019-53	SUS	10/12/2019
1.33.012.000157/2018-37	SUS	22/01/2020
1.33.005.000701/2021-35	SUS	14/10/2021
1.33.005.000796/2019-72	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.001.000636/2019-63	SUS / INDIGENA	10/03/2020
1.33.005.000544/2021-68	SUS	16/08/2021
1.33.015.000014/2020-10	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.010.000010/2019-48	SUS	18/01/2019
1.33.003.000536/2017-55	SUS	09/05/2019
1.33.005.000655/2021-74	SUS	23/09/2021
1.33.000.002576/2018-42	SUS / INDIGENA	16/07/2019
1.33.005.000810/2019-38	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000607/2020-03	SUS	19/11/2020
1.33.008.000482/2020-83	CONSUMIDOR / CORRUPÇÃO	28/06/2022
1.33.005.000455/2021-11	SUS	14/09/2022
1.33.012.000197/2020-01	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.012.000121/2017-72	SUS / CORRUPÇÃO	07/10/2021
1.33.000.000042/2021-87	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.002.000448/2019-25	SUS / CORRUPÇÃO	17/10/2019
1.33.005.000622/2021-24	SUS	13/09/2021
1.33.015.000098/2020-91	SUS	23/08/2021
1.33.005.000433/2021-51	CONSUMIDOR / PLANO DE SAÚDE	05/07/2021
1.33.015.000014/2018-03	SUS	09/12/2020
1.33.003.000095/2021-78	SUS	25/05/2022
1.33.007.000055/2018-91	CORRUPÇÃO	07/04/2022
1.33.005.000562/2021-40	SUS	18/08/2021
1.33.002.000274/2021-15	CORRUPÇÃO	17/09/2021
1.33.005.000772/2021-38	SUS	16/11/2021
1.33.005.000812/2019-27	SUS	08/11/2019
1.33.003.000153/2021-63	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.009.000063/2020-31	SUS - INDIGENA	15/03/2022
1.33.005.000140/2019-50	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.002.000105/2019-61	SAÚDE INDIGENA	19/08/2019
1.33.000.001129/2015-23	CORRUPÇÃO	10/02/2021
1.33.005.000856/2019-57	SUS	02/12/2019
1.33.000.001953/2020-41	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000441/2019-83	SUS	17/05/2021
1.33.002.000209/2019-75	SUS	17/05/2021
1.33.009.000094/2019-59	SUS	03/07/2019
1.33.005.000008/2020-81	SUS	09/01/2020
1.33.005.000367/2021-10	SUS	11/06/2021
1.33.009.000214/2020-51	SUS	17/11/2020

1.33.005.000603/2019-83	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000604/2019-28	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000022/2020-85	SUS	20/01/2020
1.33.002.000560/2017-02	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000475/2019-78	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000672/2019-97	SUS	09/09/2019
1.33.010.000075/2016-41	IRREGULARIDADE ADMINISTRATIVA	14/02/2020
1.33.011.000062/2019-12	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000616/2020-96	SUS	25/11/2020
1.33.005.000233/2019-84	SUS	29/04/2019
1.33.000.002249/2020-13	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000602/2021-53	SUS	01/09/2021
1.33.005.000521/2019-39	SUS	08/07/2019
1.33.016.000091/2018-45	SUS / VIOLENCIA OBTESTRICA	17/12/2018
1.33.005.000710/2021-26	SUS	20/10/2021
1.33.005.000699/2021-02	SUS	13/10/2021
1.33.005.000070/2020-73	SUS	13/02/2020
1.33.000.002244/2019-49	SUS	31/03/2020
1.33.010.000234/2018-79	SUS	10/05/2019
1.33.005.000093/2021-69	SUS	11/02/2021
1.33.005.000631/2021-15	SUS	16/09/2021
1.33.005.000538/2019-96	SUS	18/07/2019
1.33.015.000137/2019-17	SUS / TRATAMENTO DE CANCER	18/07/2019
1.33.005.000582/2021-11	SUS	21/09/2021
1.33.009.000007/2019-63	SUS/ ESTRANGEIRO	04/02/2019
1.33.011.000065/2019-48	SUS	10/05/2019
1.33.002.000459/2019-13	SAUDE INDIGENA	29/07/2020
1.33.005.000819/2019-49	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.016.000097/2016-51	SUS	23/07/2021
1.33.011.000066/2016-40	SUS	12/06/2020
1.33.005.000256/2019-99	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.000.001516/2018-11	CONSUMIDOR	28/02/2020
1.33.012.000277/2018-34	CADASTRO NACIONAL DE SAUDE	28/03/2019
1.33.011.000130/2016-92	SUS	08/10/2019
1.33.005.000604/2018-47	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.003.000168/2019-15	SUS	01/07/2022
1.33.002.000108/2019-02	SAUDE INDIGENA	23/07/2019
1.33.005.000574/2020-93	SUS	03/11/2020
1.33.005.000602/2019-39	SAUDE INDIGENA	18/02/2020
1.33.008.000425/2020-02	SUS	09/07/2020
1.33.008.000042/2016-40	CORRUPÇÃO	02/05/2022
1.33.002.000136/2019-11	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.007.000360/2018-82	CORRUPÇÃO	29/06/2020
1.33.008.000056/2021-21	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.003.000411/2021-10	SUS	05/10/2021
1.33.002.000061/2015-45	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000619/2019-96	SUS	19/08/2019
1.33.016.000009/2019-63	SUS / CORRUPÇÃO	19/02/2019
1.33.005.000105/2019-31	SUS	16/09/2019
1.33.000.000045/2018-15	SUS	11/03/2020
1.33.005.000581/2020-95	SUS	10/05/2021
1.33.000.000668/2021-93	SAUDE QUILOBOLA	08/09/2021
1.33.009.000047/2021-20	INDIOS	08/10/2021

1.33.001.000133/2021-11	SAUDE INDIGENA	23/04/2021
1.33.005.000364/2012-95	SSUS	14/05/2019
1.33.005.000228/2020-13	SUS	05/05/2020
1.33.005.000274/2019-71	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.002.000604/2020-91	SUS	18/08/2020
1.33.015.000026/2020-44	PRODUTO TOXICO	11/03/2020
1.33.005.000378/2019-85	SUS	17/12/2019
1.33.005.000581/2018-71	SUS	18/07/2019
1.33.000.002292/2018-56	IMPROBIDADE	27/04/2020
1.33.002.000176/2021-88	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000116/2021-35	SUS	22/02/2021
1.33.005.000246/2021-78	SUS	22/04/2021
1.33.009.000069/2019-75	SAUDE INDIGENA	20/05/2019
1.33.005.000371/2019-63	SUS/ LICITAÇÃO	14/05/2019
1.33.009.000187/2020-17	SUS	16/09/2020
1.33.002.000455/2020-61	SUS / VERBA	13/05/2021
1.33.000.001559/2020-11	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.006.000109/2017-47	SUS	06/09/2019
1.33.008.000506/2020-02	SUS	24/08/2020
1.33.005.000688/2019-08	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000689/2019-44	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000690/2019-79	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.000.000403/2017-17	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.009.000007/2020-05	SAUDE INDIGENA	18/04/2022
1.33.005.000288/2021-17	SUS	12/05/2021
1.33.009.000197/2020-52	SUS	15/10/2020
1.33.005.000656/2020-38	SUS	07/12/2020
1.33.005.000755/2021-09	SUS	09/11/2021
1.33.005.000584/2021-18	SUS	24/08/2021
1.33.001.000037/2021-64	SUS/ VACINAÇÃO	08/02/2021
1.33.000.001539/2019-06	PRODUTO TOXICO	19/07/2021
1.33.005.000719/2021-37	SUS	25/10/2021
1.33.001.000662/2019-91	SUS	30/10/2019
1.33.005.000693/2021-27	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.002.000451/2020-82	SAUDE INDIGENA	23/02/2021
1.33.005.000358/2019-12	SUS	07/01/2020
1.33.002.000299/2019-02	IMPROBIDADE/ SAUDE INDIGENA	03/09/2019
1.33.009.000028/2019-89	TRANSPORTES E SAUDE INDIGENA	29/03/2019
1.33.005.000540/2019-65	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000672/2021-10	SUS	04/10/2021
1.33.005.000080/2019-75	SUS	04/02/2019
1.33.002.000440/2019-69	CONSTRUÇÃO TERRA INDIGENA	23/09/2019
1.33.003.000128/2021-80	SUS	06/04/2021
1.33.005.000463/2021-68	SUS	13/07/2021
1.33.005.000730/2021-05	SUS	03/11/2021
1.33.005.000277/2019-12	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000829/2021-07	SUS	03/12/2021
1.33.002.000219/2021-25	CORRUPÇÃO INDIGENA	17/03/2022
1.33.009.000037/2021-94	SAUDE INDIGENA	28/06/2022
1.33.005.000125/2019-10	SAUDE INDIGENA	26/07/2019
1.33.009.000077/2019-11	INFRAESTRUTURA INDIGENA	29/06/2022
1.33.009.000033/2021-14	TERRA INDIGENA	17/10/2022
1.33.001.000149/2020-34	CORRUPÇÃO TERRA INDIGENA	04/07/2022

1.33.001.000159/2020-70	CORRUPÇÃO TERRA INDIGENA	04/07/2022
1.33.001.000152/2020-58	CORRUPÇÃO	04/07/2022
1.33.001.000161/2020-49	CORRUPÇÃO	17/04/2023
1.33.005.000862/2019-12	SAUDE INDIGENA	07/07/2022
1.33.005.000435/2021-41	SUS	05/07/2021
1.33.005.000275/2021-30	SUS	11/05/2021
1.33.009.000228/2020-75	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.009.000011/2021-46	CONSTRUÇÃO TERRA INDIGENA	29/06/2022
1.33.009.000072/2019-99	SANEAMENTO TERRA INDIGENA	29/06/2022
1.33.001.000157/2020-81	COMBATE À CORRUPÇÃO	28/06/2022
1.33.001.000150/2020-69	CORRUPÇÃO	28/06/2022
1.33.000.002696/2020-64	SUS/ CONCURSO MEDICO	16/12/2020
1.33.005.000853/2019-13	SUS	29/11/2019
1.33.003.000569/2016-14	CORRUPÇÃO	26/10/2021
1.33.015.000128/2019-26	INSS	01/07/2019
1.33.005.000064/2021-05	SUS	04/02/2021
1.33.000.002451/2019-01	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000726/2019-14	SUS	03/10/2019
1.33.005.000147/2021-96	PLANO DE SAUDE	10/03/2021
1.33.005.000793/2019-39	PLANO DE SAUDE	30/10/2019
1.33.003.000509/2016-00	SUS / CORRUPÇÃO	14/08/2020
1.33.000.001549/2021-58	SUS / CORRUPÇÃO	13/07/2021
1.33.000.002115/2020-94	SUS	17/12/2020
1.33.005.000321/2021-09	SUS / CONCURSO MEDICO	24/5/2021
1.33.015.000045/2020-71	SUS	03/04/2020
1.33.012.000317/2018-48	SUS	08/05/2019
1.33.005.000561/2021-03	SUS	18/08/2021
1.33.005.000267/2021-93	SUS	05/05/2021
1.33.012.000019/2018-58	SAUDE CORRUPÇÃO	20/09/2019
1.33.000.000922/2019-39	IMPROBIDADE SAUDE	22/04/2019
1.33.003.000428/2021-69	SUS	19/10/2021
1.33.005.000307/2021-05	SUS	19/05/2021
1.33.005.000309/2021-96	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.003.000259/2020-86	SUS	20/06/2022
1.33.002.000187/2020-87	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000126/2021-71	SUS	26/02/2021
1.33.000.002604/2021-27	SUS/ COVID	11/05/2022
1.33.009.000079/2014-04	SUS	02/12/2019
1.33.005.000175/2020-22	SAUDE CORRUPÇÃO	07/04/2020
1.33.000.000927/2020-03	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000599/2018-72	SUS	29/11/2021
1.33.005.000311/2021-65	SUS	20/05/2021
1.33.007.000007/2019-83	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.000.000739/2021-58	SUS	29/03/2021
1.33.005.000511/2020-37	PRECONCEITO	21/10/2020
1.33.005.000600/2020-83	COMSUMIDOR	16/11/2020
1.33.000.000423/2019-41	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000646/2019-69	SUS	28/08/2019
1.33.000.001448/2020-04	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000125/2020-45	SUS	16/03/2020
1.33.012.000017/2018-69	SAUDE CORRUPÇÃO	13/09/2019
1.33.008.000034/2019-46	POLUIÇÃO	15/01/2019
1.33.005.000244/2021-89	CORRUPÇÃO	22/04/2021

1.33.002.000422/2021-00	DIREITOS INDIGENAS	23/05/2022
1.33.005.000128/2021-60	SUS	02/03/2021
1.33.000.001374/2020-06	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000151/2020-73	SUS	02/04/2020
1.33.012.000116/2019-21	CORRUPÇÃO	03/05/2019
1.33.005.000734/2018-80	INSS	03/11/2021
1.33.005.000635/2020-12	SUS	30/11/2020
1.33.000.002828/2019-14	SUS	25/05/2020
1.33.005.000565/2019-69	SUS	31/07/2019
1.33.005.000176/2021-58	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.002.000605/2020-36	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.002.000385/2020-41	SAUDE CONCURSO	29/05/2020
1.33.005.000082/2021-89	SUS	09/02/2021
1.33.005.000788/2021-41	SUS	25/11/2021
1.33.005.000251/2021-81	SUS	03/09/2021
1.33.000.001405/2020-11	SUS	13/08/2021
1.33.000.000750/2020-37	SUS	06/04/2020
1.33.000.000805/2018-94	SAUDE INDIGENA	16/09/2019
1.33.016.000147/2018-61	SAUDE CONCURSOS MEDICOS	10/06/2019
1.33.000.002250/2021-11	SUS/ VERBA	08/10/2021
1.33.008.000440/2018-28	SUS / VERBA	30/06/2020
1.33.005.000097/2021-47	SUS	12/02/2021
1.33.001.000520/2016-81	SUS	02/12/2019
1.33.012.000018/2016-41	SUS / IRREGULARIDADES	08/04/2019
1.33.009.000011/2015-06	SUS / VERBA	13/12/2018
1.33.005.000544/2019-43	SUS	19/07/2019
1.33.005.000692/2019-68	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.005.000545/2020-21	SUS	16/10/2020
1.33.002.000347/2015-21	AGENTES COMUNITÁRIOS	07/11/2019
1.33.009.000072/2014-84	SAUDE INDIGENA	18/08/2021
1.33.015.000002/2012-85	SUS / VERBA	27/09/2019
1.33.015.000004/2020-84	SUS	15/01/2020
1.33.000.000546/2020-16	SUS / VERBA	09/11/2020
1.33.006.000128/2016-92	SUS	02/02/2022
1.33.005.000612/2020-16	SUS	24/11/2020
1.33.008.000670/2018-97	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.000.001303/2018-81	SUS/ PROCESSO DE SELEÇÃO	07/03/2019
1.33.009.000030/2019-58	SAUDE INDIGENA	02/04/2019
1.33.016.000026/2015-77	SUS/ VERBA	07/02/2020
1.33.001.000341/2020-21	SUS	03/12/2020
1.33.003.000462/2020-52	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.000.001713/2021-27	SUS	17/03/2023
1.33.008.000236/2021-11	PLANO DE SAUDE	07/12/2022
1.33.015.000031/2021-38	SUS	30/06/2022
1.33.005.000259/2021-47	SUS	30/04/2021
1.33.005.000439/2021-29	SUS	06/07/2021
1.33.005.000203/2021-92	SUS	29/03/2021
1.33.005.000342/2021-16	SUS	02/06/2021
1.33.005.000190/2021-51	SUS	24/03/2021
1.33.002.000070/2021-84	SUS/CORRUPÇÃO	08/07/2022
1.33.002.000463/2019-73	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.007.000340/2019-92	SAUDE INDIGENA	01/07/2022
1.33.015.000060/2021-08	SUS/ IMPROBIDADE	12/04/2023

1.33.005.000083/2020-42	SAUDE INDIGENA	28/06/2022
1.33.005.000617/2019-05	SUS	16/08/2019
1.16.000.000711/2018-04	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.003.000385/2021-11	SUS	21/09/2021
1.33.000.000285/2021-15	PROCEDIMENTO SIGILOSO	
1.33.003.000018/2021-18	SUS	27/01/2022
1.33.003.000438/2021-02	SUS	03/11/2021
1.33.007.000009/2021-97	SUS	08/01/2021
1.33.003.000005/2018-43	SUS	01/09/2020
1.33.001.000024/2017-17	SUS	17/01/2020
1.33.007.000333/2019-91	PLANO DE SAUDE	
1.33.000.001148/2021-06	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.003.000245/2019-29	SUS	11/07/2019
1.33.003.000371/2021-06	SUS	15/09/2021
1.33.003.000372/2021-42	SUS	15/09/2021
1.33.003.000373/2021-97	SUS	15/09/2021
1.33.000.002580/2020-25	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.007.000270/2019-72	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000188/2020-00	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000577/2020-27	SUS	12/04/2021
1.33.003.000254/2017-58	SUS	26/07/2021
1.33.003.000048/2019-18	SUS	25/02/2019
1.33.005.000419/2021-58	SUS	29/06/2021
1.33.003.000137/2021-71	COMBATE À CORRUPÇÃO	14/04/2021
1.33.000.000794/2020-67	INSS	14/04/2021
1.33.007.000105/2019-11	INFRAESTRUTURA	08/04/2019
1.33.015.000061/2020-63	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.002.000127/2021-45	SUS/ IMPROBIDADE	17/03/2021
1.33.001.000032/2020-51	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.012.000345/2020-80	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.000.002786/2019-11	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.012.000020/2018-82	SAUDE INDIGENA	29/09/2021
1.33.000.001991/2017-06	CAPES	28/01/2021
1.33.008.000467/2021-16	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.005.000673/2019-31	PROCEDIMENTO SIGILOSO	***
1.33.015.000160/2019-10	COMBATE À CORRUPÇÃO	14/04/2020
1.33.002.000178/2018-71	IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA	05/12/2019
1.33.001.000063/2021-92	SUS	02/03/2021
1.33.000.000324/2021-84	ADMINISTRATIVO SERVIDOR	24/05/2021
1.33.001.000503/2016-44	SUS	23/01/2019
1.33.003.000087/2021-21	CORRUPÇÃO	04/03/2021
1.33.000.002597/2019-49	IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA	18/11/2019
1.33.000.001147/2019-39	SUS - SAÚDE INDIGENA	03/07/2020
1.33.000.001519/2019-27	COMBATE À CORRUPÇÃO	03/03/2020
1.33.015.000037/2020-24	SAÚDE INDÍGENA	30/04/2020
1.33.015.000068/2020-85	SUS RECURSOS COVID	29/05/2020
1.33.015.000067/2020-31	SUS RECURSOS COVID	29/05/2020
1.33.001.000036/2021-10	HABITAÇÃO	08/02/2021
1.33.003.000035/2020-74	SUS - VACINAS	10/06/2021
1.33.003.000097/2017-81	SUS - ATENDIMENTO	30/03/2020
1.33.003.000268/2018-52	SUS COMBATE À CORRUPÇÃO	22/04/2021
1.33.000.002287/2011-77	SUS COMBATE À CORRUPÇÃO	11/08/2020
1.33.002.000405/2018-69	SUS - SAÚDE INDIGENA	03/04/2019

1.33.003.000167/2019-62	SUS - ATENDIMENTO BÁSICO	08/05/2019
1.33.008.000710/2018-09	POLUIÇÃO AMBIENTAL	03/04/2019
1.33.000.000981/2017-45	CONCURSO PÚBLICO	19/03/2019
1.33.003.000046/2021-35	SIGILOSO	***
1.33.000.001175/2017-94	MEIO AMBIENTE	27/02/2021
1.33.000.000307/2021-47	SIGILOSO	***
1.33.000.001623/2020-55	SUS - SAÚDE INDÍGENA	23/07/2020
1.33.005.000210/2021-94	MEDIDAS SANITÁRIAS COVID	06/04/2021
1.33.005.000214/2021-72	SUS - TESTE COVID	06/04/2021
1.33.002.000480/2018-20	SAÚDE INDÍGENA - PROCESSO SELETIVO	24/06/2020
1.33.000.001540/2021-47	SUS - VACINA ASPECTOS COVID	12/07/2021
1.33.015.000054/2020-61	SUS - COVID RECURSOS	29/05/2020
1.33.005.000526/2020-03	SUS - TRATAMENTO MÉDICO	06/10/2020
1.33.012.000132/2016-71	IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA	04/07/2019
1.33.012.000133/2016-16	IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA	05/07/2019
1.33.012.000134/2016-61	IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA	05/07/2019
1.33.012.000131/2016-27	IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA	04/07/2019
1.33.012.000303/2019-13	SIGILOSO	***
1.33.003.000200/2020-98	CRIMINAL	01/06/2020
1.33.015.000069/2020-20	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000070/2020-54	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000071/2020-07	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000072/2020-43	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000074/2020-32	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000075/2020-87	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000076/2020-21	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000077/2020-76	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000078/2020-11	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000073/2020-98	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000079/2020-65	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000080/2020-90	SUS - COVID RECURSOS	01/06/2020
1.33.015.000057/2019-61	SUS - ATENDIMENTO INDÍGENA	09/05/2021
1.33.001.000053/2020-76	SUS - MEDICAMENTO	20/02/2020
1.33.005.000173/2019-08	SUS - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	11/04/2019
1.33.000.000480/2021-45	SUS - ATENDIMENTO	23/02/2021
1.33.005.000364/2020-03	MEDICAMENTO	13/07/2020
1.33.003.000145/2011-45	COMBATE À CORRUPÇÃO	16/06/2020
1.33.003.000306/2021-72	COMBATE À CORRUPÇÃO	14/08/2021
1.33.000.001292/2021-34	VACINA COVID	31/05/2021
1.33.001.000532/2019-59	RESPONSABILIDADE CIVIL	03/12/2020
1.33.002.000268/2019-43	SUS - ATENDIMENTO	30/01/2020
1.33.003.000237/2016-30	SUS - TRANSPARÊNCIA	30/01/2019
1.33.003.000414/2021-45	SUS - MEDICAMENTO	06/10/2021
1.33.000.001530/2021-10	SUS - VACINA COVID	09/07/2021
1.33.008.000656/2018-93	COMBATE À CORRUPÇÃO	22/03/2019
1.33.005.000457/2020-20	SIGILOSO	***
1.33.007.000076/2016-44	COMBATE À CORRUPÇÃO	06/10/2019
1.33.002.000112/2019-62	SIGILOSO	***
1.33.012.000268/2020-68	COMBATE À CORRUPÇÃO	19/10/2020
1.33.005.000560/2021-51	SUS - TRATAMENTO MÉDICO	18/08/2021
1.33.005.000174/2020-88	SUS - SAÚDE INDÍGENA	07/04/2020
1.33.005.000238/2021-21	SUS - MEDICAMENTO	20/04/2021
1.33.005.000510/2020-92	SUS - SAÚDE INDÍGENA	01/10/2020

1.33.000.000824/2021-16	MEIO AMBIENTE	09/04/2021
1.33.000.000679/2020-92	MEDIDAS SANITÁRIAS COVID	19/04/2020
1.33.000.000457/2020-70	ENSINO	10/08/2020
1.33.000.002039/2018-01	MEIO AMBIENTE	26/11/2020
1.33.003.000187/2020-77	SUS - ATENDIMENTO	22/05/22
1.33.008.000192/2021-11	COMBATE À CORRUPÇÃO	24/11/2021
1.33.000.000683/2021-31	CONSUMIDOR	18/07/2021
1.33.007.000110/2021-48	SIGILOSO	***
1.33.000.000881/2021-03	SIGILOSO	***
1.33.003.000349/2019-33	SUS - MEDICAMENTO	24/09/2019
1.33.000.000700/2020-50	SUS - ATENDIMENTO	28/06/2020
1.33.000.001194/2019-82	MANIFESTAÇÃO POPULAR	28/05/2019
1.33.003.000426/2021-70	SUS - MEDICAMENTO	19/10/2021
1.33.015.000159/2019-87	SIGILOSO	***
1.33.003.000058/2019-45	SUS - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	11/03/2019
1.33.003.000284/2019-26	SUS - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	10/06/2020
1.33.003.000392/2021-13	SUS - MEDICAMENTO	24/09/2021
1.33.010.000088/2019-62	SUS - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	10/06/2019
1.33.003.000094/2019-17	COMBATE À CORRUPÇÃO	04/03/2020
1.33.002.000236/2020-81	VACINA	30/04/2020
1.33.015.000050/2019-40	INSS	18/04/2019
1.33.003.000377/2021-75	SUS - MEDICAMENTO	16/09/2021
1.33.003.000405/2021-54	SUS - MEDICAMENTO	04/10/2021
1.33.010.000011/2019-92	SUS - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	17/02/2019
1.33.000.000966/2020-01	ENSINO	17/07/2020
1.33.000.000644/2021-34	SUS - VACINA COVID	15/03/2021
1.33.003.000389/2021-08	SIGILOSO	***
1.33.005.000671/2021-67	SUS - MEDICAMENTO	30/09/2021
1.33.003.000403/2021-65	SUS - MEDICAMENTO	30/09/2021
1.33.007.000007/2021-06	ENSINO	08/01/2021
1.33.000.002194/2021-14	SIGILOSO	***
1.33.000.000299/2019-14	PLANO DE SAUDE	28/01/2019
1.33.003.000001/2018-65	COMBATE À CORRUPÇÃO	23/03/2020
1.33.008.000436/2021-65	SIGILOSO	***
1.33.003.000239/2020-13	SIGILOSO	***
1.33.000.001086/2021-24	SUS - VACINA COVID	06/05/2021
1.33.015.000065/2019-16	INSS	29/04/2019
1.33.003.000269/2019-88	SUS - TRANSPARÊNCIA	30/07/2019
1.33.000.002633/2020-16	SIGILOSO	***
1.33.015.000138/2019-61	SUS - MEDICAMENTO	18/07/2019
1.33.003.000138/2016-58	COMBATE À CORRUPÇÃO	26/04/2020
1.33.003.000124/2020-11	MEIO AMBIENTE	20/04/2020
1.33.000.000767/2020-94	SIGILOSO	***
1.33.000.000122/2019-18	SIGILOSO	***
1.33.000.000688/2021-64	SIGILOSO	***
1.33.000.002536/2018-09	ENSINO	10/01/2019
1.33.008.000138/2019-51	SIGILOSO	***
1.33.000.000301/2019-55	ENSINO	28/02/2019
1.33.000.000301/2019-55	SIGILOSO	***
1.33.000.001479/2019-13	SIGILOSO	***
1.33.008.000526/2021-56	SIGILOSO	***
1.33.000.000455/2020-81	SIGILOSO	***
1.33.015.000183/2019-16	SUS - MEDICAMENTO	05/01/2020

1.33.000.000071/2017-62	SUS - ATENDIMENTO	23/02/2019
1.33.003.000274/2021-13	SUS - MEDICAMENTO	01/07/2021
1.33.000.002281/2020-91	COMBATE À CORRUPÇÃO	20/10/2020
1.33.000.000435/2019-76	SIGILOSO	***
1.33.000.000878/2016-14	CONSUMIDOR	02/11/2020
1.33.007.000274/2021-75	COMBATE À CORRUPÇÃO	06/10/2021
1.33.015.000012/2021-10	INSS	11/03/2021
1.33.008.000237/2021-57	SUS - TRATAMENTO MÉDICO	08/06/2021
1.33.008.000047/2019-15	MEIO AMBIENTE	29/01/2019
1.33.012.000075/2019-73	SIGILOSO	***
1.33.000.000327/2021-18	SIGILOSO	***
1.33.002.000235/2020-37	INCLUSÃO SOCIAL	31/03/2020
1.33.000.000837/2019-71	SIGILOSO	***
1.33.000.002582/2019-81	PLANO DE SAUDE	28/04/2021
1.33.007.000014/2020-19	INDÍGENA	14/01/2020
1.33.008.000534/2021-01	MEIO AMBIENTE	06/12/2021
1.33.000.000578/2021-01	CRIMINAL	4/3/2021
1.33.000.002631/2019-85	ERRO MÉDICO	22/11/2019
1.33.000.000152/2019-24	MEIO AMBIENTE	16/01/2019
1.33.000.000570/2020-55	SIGILOSO	***
1.33.000.002587/2021-28	APLICATIVO E SISTEMAS	29/11/2021
1.33.000.001573/2019-72	INSS	11/08/2019
1.33.002.000770/2020-98	SIGILOSO	***
1.33.000.002468/2019-51	CRIMINAL	24/10/2019
1.33.000.002001/2020-44	SIGILOSO	***
1.33.007.000092/2020-13	MEIO AMBIENTE	23/04/2020
1.33.007.000232/2019-10	INSS	14/08/2019
1.33.008.000197/2020-62	INSS	27/03/2020
1.33.000.002670/2021-05	CRIMINAL	10/12/2021
1.33.008.000015/2020-53	INSS	10/01/2020
1.33.008.000017/2020-42	INSS	10/01/2020
1.33.000.002601/2020-11	SIGILOSO	***
1.33.007.000328/2019-88	INSS	27/11/2019
1.33.008.000147/2020-85	ENSINO	03/04/2020
1.33.000.001014/2019-62	COMBATE À CORRUPÇÃO	06/08/2019
1.33.008.000096/2020-91	INSS	31/01/2020
1.33.008.000500/2019-93	INSS	13/11/2019
1.33.008.000506/2019-61	SIGILOSO	*