

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS –UNIGOIÁS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO PRESENCIAL – PROEP
SUPERVISÃO DA ÁREA DE PESQUISA CIENTÍFICA - SAPC
CURSO DE DIREITO

**DIREITOS FUNDAMENTAIS INERENTES A PESSOA HUMANA NO ACESSO A
SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA.**

JORDANNA MESQUITA SOUZA
ORIENTADOR: CASSIRA LOURDES DE ALCANTARA DIAS RAMOS JUBÉ

GOIÂNIA
Abril/2021

JORDANNA MESQUITA SOUZA

DIREITOS FUNDAMENTAIS INERENTES A PESSOA HUMANA NO ACESSO A
SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA.

Trabalho final de curso apresentando e julgado como requisito para a obtenção do grau de
bacharelado no curso de direito do Centro Universitário de Goiás – UNIGOIÁS na data de
_____.

Assinatura digital

Profa. Ma. Cassira Lourdes Alcântara Dias Ramos Jubé – orientadora
Centro Universitário de Goiás - UNIGOIÁS

Prof./Profa. Dr./Dra. M.e/M.a Esp. Nome do/a examinador/a (Orientador/a)
Instituição do/a Examinador/a

Prof./Profa. Dr./Dra. M.e/M.a Esp. Nome do/a examinador/a (Orientador/a)
Instituição do/a Examinador/a

DIREITOS FUNDAMENTAIS INERENTES A PESSOA HUMANA NO ACESSO A SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Jordanna Mesquita Souza¹

Cassira Lourdes Alcântara Dias Ramos Jubé - orientadora²

Resumo: Esta pesquisa científica aborda o tema Direitos Fundamentais inerentes a pessoa humana no acesso a saúde em tempos de pandemia, no final do ano de 2019 foi detectado o primeiro caso do novo coronavírus na China, com passar dos meses, no início do mês de março de 2020, foi decretado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estado de calamidade mundial da crise sanitária, com isso ficou demonstrado a contextualização dos direitos fundamentais em tempos de pandemia, a dignidade da pessoa humana, o histórico do direito à saúde no mundo e do direito a saúde no Brasil e o combate a pandemia do novo coronavírus no Brasil e as formas de acesso a saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A demonstração de como é o SUS em comparação com outros países do mundo, a forma de como a pandemia vem sendo conduzida no país, as garantias fundamentais e dignidade são interligada de uma forma que difícil um existir sem a outra, o histórico do direito à saúde, como surgiu, como foi garantido pela Carta das Nações unidas, nos pactos internacionais em que o Brasil é signatário, a Carta a Humanidade, Pacto de San José. Como a pandemia vem interferindo no direito a saúde, as formas de contenção para frear o covid19, como são distribuídos os leitos nas unidades de terapia intensiva, como o SUS foi concebido e criado garantindo a todos os brasileiros o acesso a saúde universal, integral e gratuito a todos os brasileiros natural e naturalizados.

Palavras-chave: Dignidade. Coronavírus. Sistemas de saúde. Crise sanitária.

Abstract: This scientific research addresses the theme Fundamental Rights inherent to the human person in accessing health care in times of a pandemic. At the end of 2019, the first case of the new coronavirus in China was detected, over the months, at the beginning of the month of March 2020, the World Health Organization (WHO) declared a state of global calamity for the health crisis, thus demonstrating the contextualization of fundamental rights in times of pandemic, the dignity of the human person, the history of the right to health in the world and the right to health in Brazil and combating the pandemic of the new coronavirus in Brazil and the forms of access to health in the Unified Health System (SUS). The demonstration of how SUS is compared to other countries in the world, the way the pandemic has been conducted in the country, the fundamental guarantees and dignity are interconnected in a way that it is difficult for one to exist without the other, the history of the right to health. health, as it emerged, as guaranteed by the United Nations Charter, in the international pacts to which Brazil is a signatory, the Charter on Humanity, San José Pact. As the pandemic has been interfering with the right to health, the forms of contention to stop covid19, how beds are distributed in intensive care units, how SUS was conceived and created guaranteeing all Brazilians access to universal, comprehensive and free health care for all natural and naturalized Brazilians.

Keywords: Dignity. Coronavirus. Health systems. Health crisis.

INTRODUÇÃO

A proposta desse estudo é analisar os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana no acesso à saúde em tempos de pandemia. No final do ano de 2019, um novo vírus surgiu no continente chinês, onde esse vírus se multiplicou de forma muito rápida e o número de

¹ Graduanda do Curso de direito do Centro Universitário de Goiás – UNIGOIÁS. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1718073887633363> E-mail: jordanams01@gmail.com

² Graduada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás; advogada; Professora Mestre do Centro Universitário de Goiás UNIGOIÁS; Especialista em Direitos Humanos pela Academia de Polícia Militar; e Mestre em Direitos Humanos pela Universidade Federal de Goiás; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6792979547523586> E-mail: cassiralourdes@gmail.com

infectados foi aumentando cada vez mais em tempo recorde, no mês de março do ano de 2020 foi decretado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pandemia global, as fronteiras de todos os continentes do mundo foram fechadas, os comércios foram fechados só podiam ficar abertos os de extrema necessidade como por exemplos: farmácias e supermercados, as escolas e universidades também foram fechadas, aeroportos e portos fechados do mesmo modo, teatros e cinemas do mesmo modo.

De uma hora para outra, a vida como as pessoas conheciam foi modificada sem as pessoas entenderem o que estava ocorrendo no mundo, já não saiam para trabalharem, nem para estudar, não podiam mais ter lazer, pois os cinemas, teatros e parques já não podiam mais ser frequentados como antes, as crianças, jovens, adultos e idosos foram confinados dentro de casa, foram separados dos amigos, famílias, pois não podia mais ter contato com outras pessoas. Esse vírus o covid19 veio para mudar completamente as relações de amigos, famílias, a realidade mundial.

Os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana no acesso a saúde em tempos de pandemia, o objetivo geral é a análise se os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana no acesso a saúde está sendo respeitados no tempo de crise sanitária, os objetivos específicos promover o estudo a respeito dos direitos fundamentais inerentes a pessoa humana; analisar os direitos fundamentais na saúde em tempo de pandemia; compreender a realidade da população na saúde na crise sanitária, analisar o direito a saúde como preceito constitucional.

O estudo do tema apresentado é de extrema importância, pois o presente artigo mostra o que está do sendo vivenciado por todos os países, a forma de como o novo coronavírus tem afetado a vida e saúde de toda a população do mundo, onde a cada dia as restrições estão cada vez mais presente, com elevados índices de morte e ocupação dos leitos de UTIs que vem preocupando a população brasileira cada vez mais.

Na primeira sessão está demonstrado os direitos fundamentais, o históricos ao longo da história mundial e brasileira, na segunda sessão o direito a saúde, seu histórico e desenvolvimento tanto internacional, como internamente e na última sessão o direito a saúde especificamente no Brasil no enfrentamento do novo coronavírus.

O paradoxo entre as crescentes e complexas necessidades humanas em matéria sanitária e a omissão do poder público na implementação de políticas públicas satisfatória, muitas vezes sob a justificativa da insuficiência de recursos públicos, que constitui um dos grandes impasses que o Brasil enfrenta na atual situação.

Reveste-se de elevada relevância social a medida em que o núcleo essencial do direito a saúde integra o mínimo existencial, portanto, o conjunto de prestações estatais imprescindíveis para a vida humana mediante nível elementar de dignidade humana.

No momento da pandemia como vai demonstrado, que esse direito desta magnitude encontra-se ameaçado pelo novo coronavírus, desafiando resposta do poder estatal adequadas e suficiente dos impactos da doença por ele causada.

Os principais autores usados neste trabalho científico são Flávia Piovesan, Henry Steiner, Antônio Augusto Cançado Trindade, Réne Cassin, Eduardo Muylaert Antunes, Luís Roberto Barroso, Luciana Muniz Gaspar.

As doutrinas são Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional, a Carta das Nações Unidas, Carta Universal dos Direitos Humanos, Pacto Internacional dos Direitos civis e econômicos, Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Constituição Federal de 1988, Lei do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Para proceder a pesquisa qualitativa e quantitativa, sobre o acesso a saúde em tempos de pandemia no Brasil, primeiramente foi pesquisado os direitos fundamentais ao longo da história, como surgiu e suas mutações ao longo da história mundial e internamente no Brasil, onde ficou elencados na constituição federal de 1988, que foi o marco brasileiro para a aplicação dos direitos fundamentais a todo o povo brasileiro.

Depois foi estudado o direito a saúde no Brasil, o histórico do direito a saúde durante as décadas anteriores, como o direito a saúde foi sendo construído durante a história brasileira, como foi elencado um direito fundamental na constituição federal de 1988 é um direito protegido pela carta magna brasileira, que foi assegurado de forma universal, integral e gratuita a toda população brasileira, com a criação da lei nº8.080 do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por último foi estudado o acesso a saúde no Brasil no contexto pandêmico em que está presente nos dias de hoje, a forma em que o Brasil vem usando para enfrentar a pandemia do novo coronavírus, como está sendo a forma que está sendo conduzido a disponibilização dos leitos na unidade intensiva de tratamento (UTI), a disponibilidade dos médicos brasileiros, a compra das vacinas.

Se está sendo garantido a todos a um acesso a saúde de qualidade, e de forma universal, gratuita e integral, pois é um direito fundamental assegurado por tratados internacionais e pela constituição federal de 1988, ou seja, todas as pessoas tem o direito de ter uma saúde de qualidade fornecido pelo governo federal, estadual e municipal a população brasileira.

E uma pesquisa explicativa e descritiva sobre o acesso a saúde em tempos de pandemia, as técnicas usadas na presente pesquisa foi revisão bibliográfica, usando os presentes autores Flávia Piovesan, Marcelo Duque, Luís Roberto Barroso e Luciana Gaspar Melquides Duarte.

1. DIREITOS FUNDAMENTAIS

1.1 HISTÓRICO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Os direitos fundamentais vem sofrendo mutações ao longo da história mundial, isso influenciou e constituiu, a seu tempo, o motivo condutor (Leitmotiv) da cultura jurídica contemporânea, que é exatamente o papel primordial dos direitos humanos, em um cenário no qual a pessoa humana está no centro do direito. (DUQUE, 2014, p. 35-36).

A partir do momento em que a evolução dos direitos fundamentais, remete-se à criação dos direitos humanos que, essencialmente abriram caminho para direitos fundamentais modernos. (ERICHSEN, 2001, p.39).

Os direitos fundamentais podem ser observados em diferentes épocas e diferentes modelos, na idade média nos contratos de terras dava para identificar direitos com o conteúdo de liberdade sem fundamentações de direitos subjetivos. (STERN, 2000, p.60 ss; PLANISS,1930, p.598 ss; MERTEN, 1976, Rn.4). Em momento posterior vieram a ideia da filosofia do Estado e do direito de liberdade que movimento do iluminismo (séculos XVII e XVIII) trouxe consigo, com as declarações das revoluções inglesas e francesas, logo depois desse movimento veio as primeiras constituições dos Estados-membros após o final da segunda guerra mundial e a declarações de direitos humanos das Nações Unidas (1945).

A dignidade humana está entrelaçada com os direitos fundamentais tanto ao longo da história, como no momento atual, em vários momentos que estão conectadas como por exemplo: na Roma antiga, passando pela Idade Média e chega até o surgimento do Estado liberal, a dignidade – *dignitas*- era um conceito ligado ao status pessoal de alguns indivíduos ou de determinadas instituições. (McCRUDDEN, 2008 n.19, p.655-7)

A dignidade decorria um dever geral de respeito, honra e deferência, devido aqueles indivíduos e instituições merecedores de tais distinções, uma obrigação cujo o desrespeito poderia ser sancionado com medidas civis e penais. (GIRARD; HENNETE-VAUCHEZ, 2005. P. 24).

No final do século XVIII a dignidade não estava relacionadas com os direitos os humanos. Com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, ela

estava entrelaçada com as ocupações e posições públicas, artigo 6: “todos os cidadãos são iguais aos olhos da lei e igualmente admissíveis a todas as dignidades, lugares e empregos públicos, segundo a sua capacidade e sem distinções que não seja a das suas virtudes e de seus talentos.”

Nos Estados Unidos tem citações à dignidade nos Artigos Federalista, diziam respeito a cargos, ao governo ou a nação como um todo. (RABKIN, n.23, 2003, p. 145,146; RAO, n.14, p.238, 2007-2008). Isso mostra, que cultura ocidental, começando na era romana até o século XVIII, o primeiro sentido a dignidade estava associado a um status superior, uma posição social mais alta.

Na atualidade a dignidade humana é um dos princípios fundamentais mais importante, pois todas as pessoas tem que ter sua dignidade respeitada e protegida, o ser humano tem um valor especial no universo. A compreensão atual da dignidade humana teve início com pensamento clássico que veio com surgimento do iluminismo, com tradição judaico-cristã e com fim da segunda guerra mundial. Sobre a ótica religiosa tem como marco inicial a unidade da raça humana é corolário natural da unidade divina (HERSHEY,2008.). Após o período do renascimento a lenta mas constante secularização da sociedade reduziu o comando temporal da religião. (GRAYLING, 2002).

Foi somente com a chegada do movimento iluminista, com os teóricos contratualistas como Hobbes, Rousseau e Locke que o conceito de dignidade humana tomou o devido impulso. Kant afirmou que o iluminismo é saída do seu humano da sua autoimposta imaturidade (KANT; SCHMIDT,1996. p. 58,62,63).

Um dos marcos mais importantes para novo conceito de dignidade humana foi com o fim dos horrores da segunda guerra mundial. Na reconstrução do mundo devastado pelo totalitarismo e pelo genocídio, a dignidade humana foi incorporada ao discurso político dos vitoriosos como uma das bases para uma longamente aguardada era de paz, democracia e proteção dos direitos humanos. (Q.WHITMAN, n.113, 2004, p.1166,1187,).

De acordo com Luís Roberto Barroso:

Nessa teoria jurídica renovada, na qual a interpretação das normas legais é fortemente influenciada por fatos sociais e valores éticos, a dignidade humana desempenha um papel preeminente. (BARROSO, 2016, p.19).

No final da segunda década do século XX que a dignidade humana começou a aparecer como preceito do direito fundamentais nos documentos jurídicos, primeiramente na Constituição do México (1917) e com a Constituição alemã da República de Weimar (1919). (McCRUDDEN, n.19, 2008, p.664).

De acordo com Luís Roberto Barroso: após a segunda guerra mundial, a dignidade foi incorporada a importantes documentos internacionais, como a Carta das Nações Unidas (1945), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e outros numerosos tratados e pactos que exercem um papel central nos debates atuais sobre direitos humanos. Mais recentemente a dignidade recebeu atenção especial na Carta Europeia de Direitos Fundamentais (2000) e no esboço da Constituição Europeia (2004). (BARROSO, 2016, p.20).

Ficou conhecida que a ascensão da dignidade como um conceito jurídico que tem sua origem no direito alemão. A lei fundamental de 1949 dispõe no artigo I: “A dignidade humana deve ser inviolável. Respeitá-la e protege-la será dever de toda autoridade estatal”. (TOMUSCHAT; CURRIE, 2003, p. 405-407).

O Tribunal Constitucional Federal Alemão diz que a dignidade humana está no ápice do sistema constitucional, representando um valor supremo, um bem absoluto, no qual outros dispositivos devem se espelhar e ser interpretado. E o fundamento de todos os direitos mais básicos, na cláusula da dignidade humana tem dimensões objetivas e subjetivas, investindo os indivíduos em certos direitos e impondo determinadas prestações positivas para o Estado (DONALD, 1997, p. 312).

Após a Segunda Guerra Mundial, relevantes fatores contribuíram para que se fortalecesse o processo de internacionalização dos direitos humanos. Entre eles, o mais importante foi a máxima expansão de organização internacionais com propósito de cooperação internacional. De acordo com Henkin:

O direito internacional pode ser classificado como o direito anterior a Segunda Guerra Mundial e o direito posterior a ela. Em 1945, a vitória dos Aliados introduziu uma nova ordem com importantes transformações no Direito Internacional, simbolizadas pela Carta das Nações Unidas e pela suas organizações (HENKIN, 1990, p.3).

A criação das Nações Unidas, com suas agências especializadas, demarca o surgimento de uma nova ordem internacional, que instaura um novo modelo de conduta nas relações internacionais, com preocupações que incluem a manutenção da paz e segurança internacional, o desenvolvimento de relações amistosas entre os Estados, adoção de cooperação internacional no plano econômico, social e cultural, a adoção de um padrão de saúde, a proteção ao meio ambiente, a criação de uma nova ordem econômica e proteção internacional dos direitos humanos.

Na França foi apenas no de 1994 que o Conselho Constitucional, combinado com diferentes pontos do Preâmbulo da Constituição de 1946, tornou a dignidade como um princípio com status constitucional. (CC Decisão n.94-343/344DC, 27 de julho de 1994). A dignidade humana é um elemento necessário subjacente a todo o direito positivo francês (ROBERT,

1999.p.43), é um conceito fundamental e normativo (GIRARD; HENNETE-VAUCHEZ, 2005, p.17), é a pedra filosofal de todos os direitos fundamentais (ROUSSEAU, 1998, p.60).

Na Suprema Corte do Canadá, a dignidade humana é muito recorrida e citado em dezenas de casos (ULLRICHE, n.3, 2003, p.1). A Corte também diz que a dignidade humana possui uma dimensão comunitária, sendo acompanhada por uma série de responsabilidades (R.v.*Salituro*,[1991] 3 SCR 654-676).

Na África do Sul, a dignidade humana está presente na Constituição, ela é considerada tanto o valor fundacional quanto direito exequível (JORDAAN, n.8, 2009, p.1). Em Israel, a Lei Básica protege a dignidade do homem como membro de sua comunidade.

A dignidade humana que é um direito fundamental mais importante dos seres humanos, tem sido muito usada em documentos e jurisprudência internacionais, são alguns exemplos em que dignidade humana vem sendo usada: ela já foi usada na Corte Interamericana de Direitos Humanos, cujo o objetivo é a interpretação e aplicação da Convenção Americana de Direitos Humanos, é assim porque a violação aos direitos humanos fere;

A dignidade e o respeito devidos a cada ser humano...a punição de quem praticou o ato reestabelece a dignidade e a autoestima da vítima(...) e da comunidade”.
(V.*Bulacio v. Argentina*, *Inter-Am.CHR Series C. No.77* (1999)).

Ela também foi usada na Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH), em Estrasburgo, foi instituída para aplicar a Convenção Europeia sobre Direitos Humanos (1950). A Convenção foi adotada pelo Conselho da Europa, que também institui a Corte. O Conselho da Europa, composto por 47 Estados europeus, não está diretamente relacionado com a União Europeia ou com a Corte Europeia de Justiça. A Corte Europeia de Justiça (CEJ), tribunal mais elevado da União Europeia, está sediada em Luxemburgo, também tem usado muito o direito fundamental da dignidade da pessoa humana para tomar suas decisões em vários casos.

No Brasil, o princípio da dignidade humana está presente no documento mais importante do país que é a Constituição Federal de 1988, que fala no seu artigo 1:

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; Parágrafo único. Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

De acordo com Duncan Kennedy, o pensamento jurídico clássico enxergava o direito como um sistema e tinha como característica principais a distinção entre o direito público e privado, individualismo e um compromisso com a lógica formal, abusando-se da dedução

como método jurídico, esse estudo ficou conhecido como método transnacional. (KENNEDY, 1850-2000).

Com chegada do fim do século, esse fenômeno chamado como transposição jurídica, a importação de um país do direito e das instituições jurídicas desenvolvidas para outro país, tornou-se parte de cada vez mais da rotina de desenvolvimento dos desenhos institucionais. (SCHAUER, n.44, Apr.2000, n.2).

As Cortes Supremas e os Tribunais Constitucionais de todos os lugares do mundo começaram a se engajar em um crescente diálogo constitucional (SLAUGHTER,2004. p.70) com citação mútua, palestras de intercâmbio acadêmico (TUSHNET. 2005, p.176) e organização de fóruns públicos como Comissão de Veneza. De acordo com site eletrônico, a Comissão europeia para democracia através do Direito, mais conhecida como Comissão de Veneza, é um órgão de consultoria do Conselho da Europa e se tornou um grupo de reflexão sobre o direito constitucional.

A comissão coleta e resume posicionamentos de cortes constitucionais em todo mundo. Outras cortes foram instituídas mais recentemente, como Corte Constitucional da África do Sul e a Suprema Corte do Canadá, tornaram-se particularmente influentes e são frequentemente citadas por outras cortes. (SCHAUNER, n.2, Apr. 2000 p.12). As decisões judiciais estrangeiras podem oferecer novas informações e perspectivas, e também ajudar na construção de consensos. (SLAUGHTER. 2004. p.77, 78).

A dignidade humana é, na primeira posição um valor, é um conceito axiológico para Robert Alexy, citando von Wright, afirma que o conceito de razão prática é dividido em três grupos: axiológico vem da ideia de bem, deontológico vem da ideia de dever, de exigência e antropológico que vem da ideia do interesse, vontade e necessidade. (ALEXY, ,2004, p.44-69). É um conceito vinculado à moralidade, a conduta correta e à vida boa. Para Ronald Dworkin tem proposto uma distinção entre a ética, que é o estudo de como viver bem e moralidade que é como devemos tratar as outras pessoas. (V. *Justice for hedgehogs*,2011, p.13).

De acordo com os dois pilares do pensamento jurídico clássica, a summa divisio entre direito privado e público e no estudo no formalismo e no raciocínio extremamente dedutivo. De acordo com Ducan Kennedy:

O mainstream do final do século XIX via o direito como um sistema, tendo uma forte coerência estrutural interna, baseada em três característica que foram exaustivamente desenvolvidas, a distinção entre o direito privado e público, individualismo, e compromisso com formalismo jurídico interpretativo. (KENNEDY. Three globalizations of law and legal thought: 1850-2000. In: TRUBEK; SANTOS, 2006.p.25).

De acordo com Luís Roberto Barroso:

A dignidade humana, portanto, é um valor fundamental, mas não deve ser tomada como absoluta. A melhor maneira de classificar a dignidade humana é como um princípio jurídico com status constitucional, e não como direito autônomo. Como um valor fundamental que é também um princípio constitucional, a dignidade humana funciona tanto como justificação moral quanto como fundamento jurídico-normativo dos direitos fundamentais. (BARROSO, 2016.p.64).

De acordo com Robert Alexy diz: “os princípios são mandados de otimização, cuja aplicação varia em diferentes graus, de acordo com que é fática e juridicamente possível”. (ALEXY, 2004, p.47,48).

Em então de acordo com a teoria de Alexy, princípios estão sujeitos à ponderação e a proporcionalidade, e sua pretensão normativa pode ceder, conforme as circunstâncias, a elementos contrapostos (ALEXY, 2004.p.48).

Porém, em qualquer caso, os argumentos tem que ser levados em consideração pelos juízes e como todo princípio exige a boa-fé com a sua realização, na medida em que essa realização seja possível. De acordo com Patricia Birnie, Alan Boyle e Catherine Redgwell eles falam: “eles implicam pelo menos um compromisso de boa-fé, uma expectativa de que eles serão respeitados”. (BIRNIE; BOYLE, 2009, p.34).

As funções do princípio da dignidade humana: são interpretativo e funcionar como uma fonte de direitos e portanto de deveres, incluindo os direitos não enumerados, que são reconhecidos como partes da sociedade democráticas maduras. (BARROSO, 2016, p.66). São confirmados que os princípios e os direitos são interligados. De acordo com Ronald Dworkin:

Os argumentos de princípios são aqueles destinados a consagrar um direito individual; os argumentos políticos são aqueles destinados a consagrar uma meta coletiva. Os princípios são preposições que descrevem direitos; as políticas são preposições que descrevem metas. (Dworkin, 1997, p.90).

Portanto os direitos fundamentais quantos princípios constitucionais representam uma abertura do sistema jurídico ao sistema da filosofia moral. (ALEXY, 2004, p.4).

Os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana estão interligados de uma forma ampla que não é possível falar de um sem falar do outro, a dignidade da pessoa humana complementa os direitos fundamentais e os direitos fundamentais são de suma importância para dignidade da pessoa humana. Um dos teóricos de uma obra clássica mais importante para o direito fundamentais é Jellinek sobre a posição do indivíduo perante o Estado, ele descreveu quatro posição distintas de status: passiva, negativo, positivo e ativo.

O status passivo aponta para sujeição do indivíduo ao Estado, nas esferas de suas obrigações individuais (JELLINEK, 1976, p.86 ss). Mostra a submissão do indivíduo a lei, ou

seja, no qual o cidadão deve obediência ao Estado. (JELLINEK, 1976, p.86). É uma expressão de um dever ou proibição estatal ao qual o particular está sujeito. (SACHS, p.43, Rn.38. Interpretando o conceito de status passivo, V. ALEXY, 1995 p.230 ss).

O status negativo é vedada aos poderes estatais a prática de intervenções na esfera de liberdade do particular, ou seja, é a liberdade do cidadão perante o Estado (SACHS, M. GR, p.44, Rn.40). Essa é a esfera individual da liberdade, na qual os fins estritamente individuais encontram satisfação por meio da livre ação do indivíduo. (JELLINEK, 1976, p.87).

O status positivo é no qual o particular pode exigir do Estado a prática de prestações positivas, o que impõe ao Estado a obrigação jurídica de se tornar ativo o interesse do particular (JELLINEK, 1976, p.121, sustentando que o status apresenta-se em oposição ao negativo). Aqui empregado é a atividade total do Estado é exercida no interesses dos seus cidadãos. (JELLINEK, 1976, p.87).

O status ativo descreve o direito do cidadão a participação política estatal. (SACHS, 1995, p.44, Rn.42). Um mandamento ou proibição impostos ao particular representam para o status passivo, que uma faculdade representa para o status negativo e que o direito algo que representa para o status positivo, é representando pelo conceito de competência para status ativo. (JELLINEK, 1976, p.87).

Os direitos-liberdade representam a maior parte dos direitos fundamentais previstos no catálogos das constituições modernas (JARASS, 2006, Rn.15), servindo para assegurar a esfera de liberdade do particular de violações dos poderes públicos. (BVerfGE 7, 198 (204); 50. 290 (336f.); 68, 193 (205)). Eles tem uma visão de liberdade do Estado típica dos status negativo. (JARASS, 2006, Rn.16).

Segundo a teoria liberal os direitos fundamentais são direitos de liberdade oponíveis pelo particular contra o Estado. A teoria dos direitos fundamentais como garantias institucionais, esses direitos possuem um caráter de princípios ordenadores objetivos para a vida por ele protegido. A teoria valorativa, os direitos fundamentais são a expressão de valores coletivos fundamentais que servem de base para a integração estatal, o que aponta a origem da teoria para doutrina integradora Rudolf Smend. A teoria democrático-fundamental compreende os direitos fundamentais a partir de sua função pública e política. A teoria social-estatal coloca em primeiro plano os direitos fundamentais como pretensões a prestações estatais sociais dirigidas as Estado. (BOCKENFORDE, 1993p.1.531-1.535).

Na forma básica, o Estado social significa um alinhamento para humanidade, pela destruição da pobreza e dos privilégios culturais, por meio da eficiência (na LF ele está previsto no artigo 20 Abs. I; na CRFB a previsão encontra expressão, sobretudo no artigo 6, que formula

amplos direitos sociais), situação está contemplada pela constituição federal/88. (MAUNZ; ZIPPELIUS, 1991, p.360 ss).

A Constituição é mais que um documento legal. É um documento com intenso significado simbólico e ideológico-refletindo tanto o que nós somos enquanto sociedade, como o que queremos ser. (JACKMAN, 1992).

Após o fim da ditadura militar, deflagrou-se o processo de democratização no Brasil, exigiu a criação de um novo código, que refizesse o pacto político-social. Tal processo, trouxe a superfície brasileira a promulgação de uma nova ordem constitucional, nascendo a Constituição Federal de outubro de 1988.

A carta magna de 1988, institucionalizou a instauração de um regime político democrático no Brasil, introduziu avanços na consolidação legislativa dos direitos de garantias e direitos fundamentais e na proteção dos vulneráveis da sociedade brasileira. A partir dela, os direitos humanos se tornaram de extrema relevância, tornando a constituição de 1988 como o documento mais abrangente e permenorizado sobre os direitos humanos jamais adotado pelo Brasil.

2 DIREITO A SAÚDE

2.1 HISTÓRICO DO DIREITO A SAÚDE

O início do direito à saúde ocorreu no plano internacional nos anos de 1917 e em 1919, com as constituições sócias do México e de Weimar, respectivamente (FERNANDES, 2018, p.71), mas o conceito universal de saúde só se tornou viável no ano de 1946, com a criação da Organizações Das Nações Unidas (ONU), e da Organização Mundial de Saúde (OMS), que o termo passou a designar o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças (FERNANDES, 2018, p.32).

A Carta das Nações Unidas de 1945, com a criação da Organização das Nações Unidas, com suas agências especializadas, que instauram uma nova ordem internacional, que criaram um novo modelo de conduta nas relações internacionais, com preocupações que incluem manutenção da paz e segurança internacional, o desenvolvimento de relações amistosas entre os Estados, a adoção de um padrão internacional de saúde, a proteção ao meio ambiente, a criação de uma nova ordem econômica internacional e a proteção internacional de direitos humanos.

O artigo 55 da Carta das Nações Unidas diz:

Com o fim de criar condições de estabilidade e bem-estar, necessárias as relações pacíficas e amistosas entre nações, baseadas no respeito ao princípio da igualdade de direitos e da autodeterminação dos povos, as Nações Unidas favorecerão: a) níveis mais altos de vida, trabalho efetivo e condições de progresso e de desenvolvimento econômico e social; b) a solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexos; a cooperação internacional, de caráter cultural e educacional; e o respeito universal e efetivo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião.

Com a nova concepção, somada com a ideia da qualidade de vida, que surgiu nos anos 1970, passou a orientar as interpretações e as reflexões voltadas a construção histórica do direito à saúde. Embora sejam da mesma época, os estudos de Boorse (1977), que culminaram na teoria funcionalista, associando a ausência de enfermidade, prevaleceu o conceito amplo e pleno, que melhor representava os ideais do fim do colonialismo e da ascensão do socialismo no século XX.

No Brasil, a saúde integra o rol dos direitos fundamentais (BRASIL, 1988) e foi assim reconhecida em razão de movimentos verificados no período de redemocratização política, que trouxe a participação popular no benefício da definição dos objetivos constitucionais na Assembleia Constituinte de 1987-88 (DALLARI, 2009, p.10), no Brasil o processo foi mais tardio.

No artigo 196 diz:

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

No pós-guerra representou certas mudanças no campo sanitário, com a criação do Ministério da Saúde. Durante ao período colonial e no período imperial no Brasil, não foram adotadas amplas políticas públicas de saúde, apenas medidas pontuais destinadas a controlar surtos de epidemias (AGUIAR, 2015, p.18), limitando-se, o texto constitucional da época, a fazer referência a garantia de “socorros públicos” (SARLET; FIGUEREDO, 2013, p.74) em seu dispositivo. O acesso a tratamentos médicos dependia de sua classe social a qual pertencia, de modo que escravos e pobres eram direcionados às Santas Casas de Misericórdia constituíam o meio de acolhimento para quem não tinha condições financeiras, tendo uma organização sanitária incipiente (PAIM, 2011, p.16).

Na Primeira República, a hegemonia da produção de café concentrava as ações e programas de saúde no controle de doenças que pudessem afetar a economia agrária e em intervenções sanitárias, principalmente nas localizações dos portos (PAIM, 2011, p.16), afim de trazer uma política de imigração (AGUIAR, 2011, p.20).

Na Era Vargas, não trouxe nenhuma mudança significativa no campo sanitário, principalmente porque os problemas já existentes foram acrescidos outros, decorrentes do processo de industrialização, como por exemplo o stress, a desnutrição e as doenças profissionais (AGUIAR, 2015, p.24), além disso o texto constitucional de 1934 limitou-se a prever a garantia de inviolabilidade do direito a subsistência e a competência decorrente a União e dos Estados para promover cuidados da saúde e da assistência públicas.

Com o fim da Segunda Guerra mundial, no ano de 1945, o mundo globalizado precisavam de uma nova compreensão dos direitos fundamentais, que trouxe a consolidação de vários documentos internacionais, que são eles a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948); o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC, 1966); a Convenção Americana de Direitos Humanos, conhecida como Pacto de São José da Costa Rica de 1969, Protocolo Adicional, o Protocolo de São Salvador de 1988; e a Declaração de Alma-Ata de 1978 (SARLET; FIGUEREDO, 2013, p.76).

No Brasil o período 1953 e também a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde no qual foi apresentado estudos a criação de sistema único e descentralizado. O período da Ditadura Militar, acabou prejudicando a implementação, gradualmente, se tornou um sistema burocrático técnico e pela mercantilização da saúde, o que somado pelo alto custo da assistência, menor arrecadação financeira e aos desvios de recursos estabeleceu uma crise na saúde pública (AGUIAR, 2015, p.29-31), o repercutiu discussões políticas em torno deste direito e deu a Reforma Sanitária.

Com período de transição democrática, o movimento reformista já contava com ampla participação social. Com esse contexto, foram implementadas iniciativas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS, 1979), as Ações Integradas de Saúde (AIS, 1986), e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS, 1987). Com inclusão da saúde nas agendas políticas, trouxe a realização da 8ª Conferência de Saúde no ano 1988 se tornou um marco na consolidação da saúde como um direito fundamental inerente a pessoa humana. (Duarte, 2020, p.46)

O resultado do processo de lutas e reivindicações, a inserção da saúde de forma efetiva e sistemática, no Brasil foi efetivada em 1988 pela constituição de 1988 consagrando a universalização das políticas sociais brasileiras, no artigo 196, que diz:

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

Nesse mesmo contexto de socialidade estatal, o constituinte criou o Sistema Único de Saúde (SUS, 1988) é uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; do atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e da participação da comunidade (BRASIL, 1988). As razões da dificuldade de materialização do intento universal e igualitário as prestações sanitárias (BRASIL, 1988) o que pode ter um fator de embaraço as dimensões continentais do país e suas desigualdades sociais e regionais (PAIM, 2011, p. 11).

De acordo com Sarlet e Figueiredo (SARLAT; FIGUEIREDO 2013, p.90) dizem:

Que a caracterização do direito a saúde como um direito coletivo, ou mesmo como um interesse difuso em certas hipóteses, não lhe serve para afastar a titularidade individual que apresenta, visto que, a despeito das questões ligada a saúde pública e coletiva, jamais perderá o cunho individual que o liga a proteção da vida de cada um, da integridade física e corporal pessoal, assim como da dignidade da pessoa humana individualmente considerada em seus particularidades, até mesmo em termos de garantia das condições que constituam o mínimo existencial de cada pessoa.

A dignidade humana tem seu berço na filosofia, onde vários pensadores falaram sobre isso, como por exemplo Cícero, Picodella Mirandola e Immanuel Kant construíram ideias como antropocentrismo (onde o ser humana é centro do universo), o valor intrínseco de cada pessoa e capacidade individual de ter acesso a razão, de fazer escolhas morais e determinar seu próprio destino. A dignidade humana ter valor, que está interligado com a moralidade, ao bem, a conduta correta e a vida boa. Somente após Segunda Guerra mundial que a ideia de dignidade humana foi incorporada ao discurso política das nações. O conceito de dignidade humana é como um princípio jurídico com status constitucional, e não como um direito autônomo (BARROSO, 2016, p.64). Como foi dito por Sarlet e Figueiredo a dignidade da pessoa humana está relacionada com o mínimo existencial de cada pessoa.

A reivindicação perante o judiciário brasileiro da tutela do direito sanitário teve início efetivo na década de 90, com a constatação de que, conquanto o direito a saúde esteve constitucionalmente positivado, carecia de efetividade. No cenário atual do Brasil demonstra que judicialização da saúde no Brasil tem viabilizado a correção de políticas públicas insatisfatórias, sanando, em regra, omissões indevidas dos poderes responsáveis pela elaboração mais carente (DUARTE, 2020, p. 47).

A Constituição Federal de 1988, afirmou a eficácia imediata dos direitos fundamentais, no sentido clássico dos direitos fundamentais repousa no fato de assegurarem determinado acervo de bens jurídicos e de ações das pessoas, contra violações estatais. (HERZOG, 1987,

p.1.416). A sua ideia nuclear originária é que o Estado deve deixar o cidadão em paz (WINTRICH, 1955, p.15).

Como as partes integrantes das determinações constitucionais os direitos fundamentais são normas jurídicas e, como tal, fundamentam pretensões de respeito oponíveis por seus titulares em face do seu destinatário (SACHS, 2006, Rn.27). A essência dos direitos fundamentais é a garantia da sua dignidade. Muito comum aos ordenamentos jurídicos de feição livre e democrática é o fato de que a constituição assenta o centro valorativo dos direitos fundamentais no valor elementar da dignidade humana (MULLER, 2003, p.132).

Para Dworkin (2002, p.39-46) a diferença entre as espécies normativas não decorreria de uma distinção de grau, mas estrutura lógica das mesma. Na Teoria dos direitos fundamentais, Alexy (2002), a aplicação dos princípios deveriam levar em consideração as possibilidades jurídicas e reais existentes, de modo que os mesmos fossem aplicados na medida possível. Enquanto a solução dos conflitos entre os princípios se dariam no âmbito do peso, a colisão entre regras se resolveriam no âmbito da validade (ALEXY, 2002) está relacionada com o direito a saúde, pois a saúde é um direito fundamental inerente a pessoa humana protegido pela Constituição Federal/88, o Estado tem que oferecer aos cidadãos e com o fenômeno da judicialização as possibilidades tem que ser reais e existente para poder cobrar as demandas.

No direito à saúde, conforme a teoria de Alexy (2002, p.495), enquanto o mesmo assuma a natureza das regras diante de seu núcleo essencial, o direito é também tutelado sob a ótica dos princípios (DUARTE, 2020, p.166). Seguinte, impõe-se a aplicação da máxima da proporcionalidade, a partir da análise da adequação e da necessidade da prestação para a tutela da saúde do paciente, a fim de verificar as possibilidades fáticas da medida e da sua ponderação com outros princípios e direitos opostos, afim de se avaliar as possibilidades jurídicas decorrentes da proporcionalidade em sentido estrito (DUARTE, 2020, p.49).

Portanto, reconhecida a validade jurídica da norma que institui o direito social, as prestações inerentes ao núcleo essencial do direito devem ser obrigatoriamente efetivadas. O Estudos de Toledo (2017b, p.114), a ideia de mínimo vital encontra delimitação nas condições materiais mínimas necessárias para a sobrevivência do indivíduo, ou seja, nos pressupostos materiais imprescindíveis para existência física, ao passo que mínimo existencial transcende as necessidades físicas e biológicas, abrangendo as condições elementares para participação na vida social e cultural do país do qual cidadão é, portanto são de primeira necessidade a todos os cidadãos, com pandemia colidirão com os direitos de primeira necessidade.

No campo da pandemia no Brasil são de primeira necessidade a prioridade absoluta conferida a proteção da vida humana no contexto da pandemia da covid-19, evidenciada pela

adoção das medidas de mitigação da transmissão do novo coronavírus que afetam outros direitos, confirmam a precedência desse bem jurídico a outros que possam eventualmente com ele colidir (DUARTE, 2020, p.51).

Conforme Santos e Funcia (2019), foi calculado que o ato normativo acarretará, durante duas décadas da medida (incidência do percentual de 15% sobre as receitas líquidas da União, que consistia no piso mínimo em saúde, emenda n 86 feita em 2016) a supressão de aproximadamente R\$ 200 bilhões da saúde. Enquanto o gasto per capita/dia com saúde do cidadão brasileiro nas três esferas de governo corresponderia a R\$3,60 reais, o que implica em gasto público consolidado em saúde de 4% do PIB (Produto Interno Bruto) (SANTOS; FUNCIA, 2019).

De acordo com Luciana Gaspar Melquíades Duarte:

Análise de quanto custa o SUS (Sistema Único de Saúde) é relevante, pois na medida em que o regresso no subfinanciamento da saúde poderá representar um colapso sanitário, diante do contexto atual de envelhecimento da população brasileira, o que repercutirá na maior complexidade dos problemas sanitários e na necessidade de renovação das tecnologia farmacológicas. Agravará a já deficitária cobertura do sistema público sanitário, esvaziando os princípios da universalidade e da integralidade previsto na Constituição Federal de 1988. (DUARTE, 2020, p.57).

Foi constatado quando da comparação do impacto do investimento em saúde pública no produto interno bruto (PIB), constata-se o pouco financiamento e investimento no sistema de saúde brasileiro, no contexto da pandemia, em que demanda por recursos públicos se vê inflada pela premência da proteção da vida e da dignidade das pessoas.

De acordo com Dallari e Moutinho (2019, p.73) referida ao entendimento da natureza permissiva e imposta da progresso na realização do direito à saúde:

é, por um lado, uma permissão na medida em que não se exige sua satisfação plena e imediata- e, por outro lado, uma exigência dos ordenamentos jurídicos internacionais, enquanto direito humano e interno, no qual se positivou sua condição de direito fundamental. Logicamente, podem-se exigir do Estado as ações necessárias a realização progressiva do direito à saúde, vedada está adoção de medidas que conduzam ao retrocesso em sua fruição.

Percebe, a organização do orçamento público para contemplar as verbas de forma satisfatória para o provimento efetivo do direito, com a reformulação do papel da União, é indispensável para o alcance de um sistema público de saúde efetivo para a população brasileira. A falta de financiamento mais sólido dificulta o acesso a saúde de forma satisfatória as ações e serviços de saúde.

De acordo com Luciana Gaspar Melquíades Duarte referente a organização do orçamento público a saúde:

A organização do orçamento público de forma a contemplar verbas suficientes para provimento satisfatório do direito, inclusive com a reformulação do papel da União, é indispensável para o alcance de um sistema público de saúde efetivo. A ausência de financiamento sólido dificulta o acesso satisfatório às ações e serviços de saúde, fomentando a tutela jurisdicional (DUARTE, 2020, p.57).

O contexto atual mostra que a judicialização da saúde no Brasil tem viabilizado a correção de políticas públicas insatisfatórias, sanando omissões indevidas dos poderes responsáveis pela elaboração e execução, em benefício da população mais carente. Na pandemia ficou evidente a necessidade da expansão do financiamento do sistema público de saúde, de forma para cobertura das demandas de primeira necessidade de todos, como por exemplo ampliação dos leitos hospitalares, ao acesso a saúde de primeiras necessidades.

3 ACESSO A SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA NO BRASIL

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO BRASIL

Com o fim da ditadura militar (1964-1985), a Constituição Federal de 1988 garantiu uma série de direitos individuais e políticos, como também direitos sociais. Nesse contexto, a saúde foi considerada um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado, de forma que abrange todos os brasileiros, independentemente de renda ou qualquer outra condição, pudessem aproveitá-lo (artigo 196 da CF, 1998).

A lei n. 8.080 de 1990 veio para operacionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS), são princípios básicos a universalidade, a igualdade e a integralidade:

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

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

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º: Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. [\(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013\)](#)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Com o fundamento na lei n.8.080 de 1990, ficou demonstrado que o Estado tem o dever de garantir a saúde para todas as pessoas de forma integralidade, universalidade e com equidade, o artigo 3 da lei n.8.080 de 1990 ficou posicionada que níveis de saúde expressa a organização

social e econômica do país, o parágrafo único diz que o Estado deve garantir o bem-estar físico, mental e social. Por demarcar a preponderância do setor público no cuidado da saúde, delegando ao setor privado um papel complementar. O SUS é gratuito, cobrindo áreas que os sistemas de saúde de países desenvolvidos não o fazem, como por exemplo cuidados dentários e subsídios para compra de remédios (BANCO MUNDIAL, 2013).

Ainda que seja um sistema de saúde universal de grande extensão e possua uma arrecadação que implique em uma carga tributária equivalente a 32,3% do PIB (STATISTA, 2020), o Brasil investe muito pouco em saúde pública em comparação com outros países de medicina socializada, apenas 3,78% em relação ao PIB. No Brasil, os gastos na saúde privada supera os gastos na saúde pública, isso porque quase metade da população recorre a planos de saúde privados ou paga por serviços privados diretamente.

O Brasil, entre as onze nações mais populosas da América Latina, está nos que menos investem em saúde pública, superando somente a Guatemala, México, Peru e Venezuela (MOUTINHO; DALLARI, 2019). Com isso quase um terço dos brasileiros recorre a plano de saúde privados (CARRANÇA, 2018), resultando em 5,22% de gastos em saúde privada em relação ao PIB.

Nesse contexto, o Brasil é um dos poucos países que investe mais em saúde privada, levando em conta que tem um Sistema Único de Saúde completamente universal, integral e gratuito. Apesar disso, o SUS tem expandido o número de instalações de saúde mais que triplicou, passando de 22 mil em 1981, para 75 mil em 2009. (DUARTE, 2020, p. 283).

O Banco Mundial (2013) mostra que os índice de mortalidade infantil e a expectativa de vida teve melhoras substancial, mais que duas vezes a média de melhora latino-americana, grande parte por mérito do SUS, a revista Bloomberg (2018) considera a saúde brasileira como um todo pouco eficiente, ocupando a 51 posição, com 9% de gastos em relação ao PIB e uma expectativa de vida de 75,4 anos. Com esses números, o Brasil fica atrás de países latino-americanos mais pobres, como por exemplo Cuba (78,6 anos) e Equador (76,5 anos) (BANCO MUNDIAL, 2019).

O cálculo da reserva legal é uma disciplina constitucional que cada país oferece ao direito a saúde e com o escopo de mensurar sua extensão, analisar indicadores de como o impacto da carga tributária e dos gastos públicos com sistema de saúde no PIB e a eficiência do sistema público de saúde. A eficiência de um sistema público de saúde relaciona-se ao impacto dos gastos públicos com saúde no seu PIB e a expectativa de vida, uma vez que, se um Estado investir pouco em saúde pública e, ainda assim, a sua população tiver elevada

longevidade, isso demonstrará que os recursos públicos foram bem aplicados e produziram bons resultados.

De acordo com Bloomberg (MILLER; LU, 2018), foi criado um coeficiente de participação pública na expectativa de vida de uma população, por meio da aplicação da porcentagem de gastos públicos em relação aos gastos totais em saúde na expectativa de vida, evitando, assim, que o sistema de saúde privado de um país fossem confundidos com a eficiência do sistema público:

Como por exemplo, a expectativa de vida do Brasil é de 75,4 anos, e 42% dos gastos totais em saúde são públicos. Dado isso, o coeficiente brasileiro de participação pública na expectativa de vida significa 42% de 75,4; o que resulta em 31,668. Para manter esse número na ordem de grandeza estabelecida, foi dividido por 100, resultando em um coeficiente de eficiência do sistema público de saúde brasileiro é de 0,31668 (DUARTE; Luciana; OLIVEIRA, Lucas, 2020, p.284).

Para o cálculo da pertinência do emprego do princípio da reserva do possível pelo Estado, foi adicionado uma variável da carga tributária, partindo da presunção de que o Estado deve oferecer serviços públicos em uma extensão proporcional aos recursos públicos dos quais dispõe. Portanto, foi considerado que, quanto maior a carga tributária de um Estado, ele disporá de mais recursos financeiros para ser investido em saúde pública, e, assim, menor será a pertinência da alegação, por ele, do princípio da reserva do possível e o impacto da carga tributária no PIB, são consideradas inversamente proporcionais.

Foram considerados a plausibilidade do emprego do princípio da reserva do possível: a extensão do direito à saúde, o impacto dos gastos com o sistema público de saúde em relação ao PIB e a eficiência do sistema público de saúde (DUARTE; Luciana; OLIVEIRA, Lucas, 2020, p.284-285).

A pertinência do princípio da reserva do possível pelo Estado brasileiro, a escusa estatal pela ausência de efetividade de uma prestação de saúde poderia, num primeiro momento, ser considerado legítima, em virtude da elevada extensão: universal, gratuito e integral, o direito foi amparado pela Constituição Federal de 1988. Porém, a pertinência decai a medida que observam os gastos relativamente reduzidos com saúde pública (3,78% do PIB), um coeficiente baixo de eficiência do sistema público de saúde (0,32) e um elevado impacto de carga tributária nacional no PIB de 32,3%.

A realidade brasileira tende uma redução nesse financiamento, em virtude, da Emenda Constitucional nº 95 de 2016. Antes da Emenda Constitucional nº95, o financiamento do sistema público de saúde estava prescrito no parágrafo 2 do artigo 198 da CF. Nele, está vinculado a União o valor mínimo a ser investido em saúde, era de 15% da receita (RCL).

No entanto, de acordo com o novo regime fiscal que foi estipulado pela EC nº95 de 2016, entre 2018 e 2036, o valor mínimo a ser obrigatoriamente desembolsado em serviços públicos de saúde será igual a 15% da RCL do exercício financeiro de 2017, valor esse atualizado anualmente somente pelo IPCA/IBGE. Isso mostra uma redução nominal, a cada ano, do investimento público em saúde.

Valor mínimo real absoluto permanece congelado, não sofrerá decréscimo, à medida que a população cresce, o investimento da União em saúde pública per capita do Brasil, de R\$ 525,32 em 2017, será de R\$ 480,74 em 2035. Sofrerá encolhimento igualmente, a relação entre investimento em saúde pela União e PIB: caso haja um crescimento médio de 2,7% anualmente, em 2036, os gastos em saúde pela União representarão 1,05% do PIB; em 2017, esse número foi de 1,66% do PIB, valor notoriamente diminuto, tendo em vista a extensão do SUS (MOUTINHO; DALLARI, 2019, p.68-90).

Ainda que saúde seja garantida por um piso, existe a forte tendência de piorar os índices de qualidade da saúde do brasileiro a longo prazo, dado o agravamento do subfinanciamento da área.

Nesse cenário, no qual o direito social a saúde é assegurado a todos cidadãos e as normas da natureza dos princípios tem a sua vinculação reconhecida, o Poder Judiciário passou a ter um importante papel na efetivação do direito a saúde, exercendo o controle externo sobre a gestão dos respectivos serviços públicos, com reconhecimento de sua violação pelo poder público, seja na concretização de políticas, no controle de constitucionalidade e legalidade dos atos normativos.

A medida que cada dia mais as ações judiciais concernentes a efetivação do direito se avolumam, perante a deficiência na prestação dos serviços públicos a ele concedida, faz-se necessárias a definição de critérios objetivos para concessão judicial desses pleitos, considerando não apenas o direito positivado pelo Estado, mas também os casos concretos e a doutrina.

No cenário atual de pandemia de Covid-19 ocasionado pelo coronavírus, tem exigido de todas as nações, inclusive do Brasil, elevados investimentos públicos e levando ao endividamento estatal. Esse fator somado as dificuldades enfrentadas pelo setor privado em decorrência do isolamento social necessário a contenção do avanço da transmissão do vírus para vislumbrar uma crise econômica, o que leva ao aumento a racionalidade no deslocamento de recursos públicos, inclusive mediante ao judicial.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), visando melhorar a prestação jurisdicional, tem realizado análises acerca da judicialização da saúde, oferecendo orientações aos

magistrados na condução dos processos. Apesar das contribuições do Conselho Nacional de Justiça para matéria de direito a saúde, os estudos promovidos pelo órgão apontam a baixa adesão dos membros do Poder Judiciário aos parâmetros definidos em marcos institucionais e deliberativos sobre o tema do direito a saúde.

Asensi e Pinheiro no ano de 2016 constatou que a maioria de magistrado ignoraram, em suas decisões, Audiência Pública nº 4 do Supremo Tribunal Federal do ano de 2009, na qual a judicialização onde o direito a saúde foi tema. Grande parte das decisões investigadas não levou em consideração a Recomendação nº 31 do CNJ de 2010, na qual fornece subsídios aos magistrados para maior eficiência nas demandas envolvendo assistência a saúde, e muito menos os enunciados interpretativos aprovados na Jornadas Nacionais da Saúde realizadas pelo CNJ dos últimos anos.

A Constituição Federal elenca o direito a saúde nos artigos 6º e no 196º como um direito fundamental social.

O artigo 6º diz:

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

O artigo 7º

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Esse pressuposto, cabe ao Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas, serviços públicos na área da saúde de modo integral, gratuito, universal e igualitário. O referido direito é vinculado por princípio (DUARTE, 2020), o que requer, portanto, que os agentes públicos adotem medidas destinadas a alcançar a máxima eficácia.

O tratamento constitucional do direito a saúde no Brasil tem como fundamento sua definição ampla propugnada pelo estatuto da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946, em que a saúde é compreendida não somente sob o prisma da prevenção de doenças, mas também visa a garantia do pleno bem-estar de cada pessoa:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS,1946).

No Brasil, o legislador constituinte não se ateu a mera definição da saúde como um direito, mas instituiu uma série de garantias institucionais, de acordo com Sarlet e Figueiredo (2013, p.93-94). Essas especificação são reconhecidas na formação do Sistema Único de Saúde,

modelo de gestão de saúde pública norteado pelo princípios da integralidade e da universalidade.

O princípio da universalidade sustenta o amplo acesso as “Ações e serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem a possibilidade de imposição de qualquer preconceito ou privilégio.” (DALLARI; MAGGIO, 2017, p.54).

Portanto em seu turno, a integralidade consiste na ideia de que a:

Oferta de saúde deve incluir ações de prevenção, recuperação e tratamento em qualquer nível de complexidade, levando em consideração que o ser humano é uma totalidade, um todo indivisível. (DALLARI; MAGGIO, 2017, p.54).

Apesar das importantes conquistas alcançadas com Constituição Federal de 1988, as insatisfações sociais são evidentes, o que tem levado os cidadãos a procura da efetivação de seus direitos pela via judicial. Surgiu então o fenômeno da judicialização. De acordo com Barroso (2019, p.19), tal movimento significa que:

[...] algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o poder Executivo [...]. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade.

O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro.

Mameluk (2012) comenta que a judicialização do direito a saúde tem sido muito discutida na atualidade, e pode ser compreendida com a provocação e a atuação do Poder Judiciário em prol da efetivação da assistência médico-farmacêutico, sendo essa efetivação considerada, entre outros exemplos, como a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares.

De fato, quanto maior a escassez de recursos, maior é a necessidade de que, no plano democrático, decisões alocativas sejam realizadas com responsabilidade e transparência (SARLET, 2015, p.472). Esta necessidade tem sido constatada, sobretudo, no que diz respeito aos leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI), cuja insuficiência tem justificado a propositura de ações judiciais e de discussões referentes a possibilidade de destinação das vagas da rede privada de saúde a usuários do sistema público.

Com o rápido alastramento da covid-19 causado pelo novo coronavírus, as autoridades sanitárias precisaram adotar várias medidas para acolher e tratar pacientes infectados, bem como para evitar novos contágios e, assim proteger a saúde e vida da população. Porém, o nível de eficiência das respostas oferecidas por diversos países, e, internamente no Brasil, por diversos Estados e Municípios, variou significativamente até o presente momento, o que pode

ser observado por meio dos dados referentes ao número de casos confirmados, número de óbitos e número de pacientes curados.

De acordo com Galdino (2005), os direitos não nascem em árvores, mas demandam a análise dos limites orçamentários e financeiros para a promoção de gastos públicos que possam, de forma efetiva, beneficiar os cidadãos. Na matéria de saúde, decisão emblemática foi proferida no Agravo Regimental em Suspensão de Tutela Antecipada nº233 (Brasil, 2008), que considerou que a cláusula da reserva do possível não pode violar o núcleo básico referente ao mínimo existencial, mormente no que concerne a proteção da vida e saúde. No entanto, que, apesar da existência das aludidas restrições, os contornos outrora determinados em benefícios do equilíbrio orçamentário tornam-se mais flexíveis no cenário atual, haja vista a premência do combate a disseminação da doença e ao tratamento daqueles que necessitam da ação estatal, essa por exemplo, a lição de Alexy (2015, p.513), que afirma que:

é exatamente nos tempos de crise que a proteção constitucional, ainda que mínima, de posições sociais parece ser imprescindível”. De forma a justificar até mesmo o endividamento público. A limitação de recursos financeiros não podem ser um empecilho para a ampliação da capacidade de atendimento da rede pública de saúde exigida pelo aumento da demanda decorrente da pandemia e para a garantia de renda mínima para os cidadãos socialmente vulneráveis, derivada da inviabilização do trabalho durante o isolamento social.

Para Sarlet (2015, p.471), o mencionado conceito se apresenta sob uma perspectiva tríplice: (a) a disponibilidade fática de recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; (b) a disponibilidade jurídica de recursos, o que envolve aspectos relacionados ao orçamento e a distribuição dos gastos públicos; (c) a dimensão do indivíduo, no tocante a razoabilidade daquilo que se pode exigir do Estado. Com relação as despesas especificamente dirigidas ao combate a pandemia, segundo o Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2020e), a previsão de realização de despesas com recursos concernentes ao combate a doença equivale a, aproximadamente, 39 bilhões de reais.

Em gastos diretos na esfera federal, a previsão equivale a cerca de 11,56 bilhões de reais, enquanto a transferências aos Estados (e ao Distrito Federal) e aos Municípios equivale, respectivamente, a 9,93 e 16,78 bilhões.

Uma vez esgotadas as possibilidades de ampliação dos recursos estatais aptos a socorrer as demandas de saúde e subsistindo a hipótese de sua insuficiência para atender as demandas de todos num dado momento, impor-se-á a observância de critérios éticos para alocação de recursos de saúde severamente escassos (DUARTE; MAGALHAES, 2018). Essas decisões implicam a escolha de quem vive e quem morre. Atualmente, a Resolução nº 2.156 do Conselho Federal de Medicina (CFM, Brasil, 2016) vincula admissão na UTI deve ser dada,

priorizada, aos pacientes que necessitam de intervenções de suporte a vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. Já os pacientes estáveis, que necessitam de monitorização intensiva contínua, por conta do alto risco de precisarem de intervenção imediata (com ou sem limitação de intervenção terapêutica), devem ser admitidos prioritariamente em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas).

Para pacientes com doenças em processo terminal irreversível ou sem possibilidade de recuperação, o CFM recomenda as unidades de cuidados paliativos como as mais adequadas ainda que o ingresso desses pacientes em uma UTI possa ser justificado em caráter excepcional. A Resolução em questão, único ato normativo que disciplina a destinação de leitos de UTI a pacientes no país, adota o critério do benefício médico.

O critério do benefício médico orienta a alocação dos recursos escassos de acordo com as condições de saúde de cada paciente. Por meio dele, constata-se o afastamento da subjetividade, além do respeito à aplicação da máxima da proporcionalidade, que a decisão somente é tomada em benefício de um paciente se seu quadro clínico atestar a aptidão para obtenção de uma evolução médica. Portanto, a virtude da objetividade do parâmetro distintivo, sua aplicação pode ocorrer sem uma mitigação da eficácia do princípio da igualdade, motivo pelo qual se defende sua aplicação.

Com o avanço da judicialização da saúde no contexto da crise sanitária deflagrada pelo novo coronavírus, o Conselho Nacional de Justiça- CNJ editou a recomendação nº66 (Brasil,2020c), em que consigna, para os magistrados que receberem demandas relativas a ocupação de vagas nos leitos hospitalares, a orientação de que confirmem maior deferência as decisões levadas a cabo por gestores de saúde, nos termos do artigo 22 inserido no Decreto-Lei nº 4.657 (Brasil, 1942), Lei de Introdução as Normas do Direito Brasileiro, pela Lei nº 13.655 (Brasil, 2018).

Tais dificuldades, assiste a todo cidadão o direito de ação que lhe socorre diante da ausência de políticas públicas satisfatória ou justas, que possam efetivar seu direito subjetivo a saúde e a vida. Especialmente nas hipóteses em que a determinação judicial resultar em uma decisão sobre quem vive e quem morre, ou seja, impor-se diante de uma situação de escassez severa, impassível de ingerência humana para a sua redução ou supressão, de recursos imprescindível a sobrevivência, como por exemplo no casos de leito de UTI para pacientes em estado grave do coronavírus ou qualquer outra enfermidade que ameace a saúde e a vida, observar os preceitos éticos constitucionalmente referendados é imperativa.

Por receberem da sociedade confiança para adoção de decisões de tamanha relevância, colocado em que concerne a vida de seus membros, os agentes públicos precisam se

desincumbir da tarefa com honra e muita serenidade, o que se traduz em verdadeira exigência moral a ser observada, haja vista o necessário respeito a que faz jus toda e qualquer vida humana.

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada, ficou demonstrada que os direitos fundamentais estão interligado com direito a saúde, o direito a saúde que hoje conhecemos veio de uma construção complexa, no ordenamento jurídico brasileiro e mundial, foi desenvolvendo de forma lenta e fruto de um amadurecimento dos direitos fundamentais, estimulado, sobre tudo, pelo movimento reformista da década de 1970, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organizações das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), que trouxe previsões constitucionais de que saúde é direito de todos.

Que as ações e serviços do direito a saúde a ela relacionada formam um sistema único, organizado, integral e gratuito a da toda a população brasileira, de forma a considerar a autonomia dos entes federativos e a incorporação de níveis distintos de complexidade das prestações sanitárias oferecidas no território brasileiro.

Além disso, ficou demonstrado que para efetivação do direito a saúde percorre o reconhecimento do caráter deontológico dos princípios e dos direitos fundamentais inerentes a pessoa humana e pela compreensão de que o direito a saúde merece tanta proteção individual e a coletiva.

Portanto, ficou evidenciado a relevância do alcance da concepção de essencialidade que efetivamente consagre o direito à vida e o acesso a uma saúde de qualidade para todos os brasileiros e que também tutele a dignidade da pessoa humana a partir da intensidade que possa afetar os bens jurídicos, e o reconhecimento das demandas de primeira e de segunda necessidade.

Ficou constatado que o direito a saúde enseja não somente considerações de ordem financeira como também de investimento nos profissionais de saúde, em ampliação da rede saúde em todo território brasileiro, a ampliação de leitos de Unidade Intensiva de Urgência (UTI), ampliação das campanhas de vacinação, investimento nos estudos científicos para desenvolvimento de medicamentos e vacinas futuras e os orçamento a saúde.

No contexto da pandemia do novo coronavírus, ficou demonstrado a necessidade da expansão do financiamento e do orçamento do sistema público de saúde, de forma para cobrir as demandas de primeira e segunda necessidade de todos os brasileiros natos e naturalizados, de maneira que apenas em casos de extrema necessidade trágica de impossibilidade da

salvaguarda de todos se possa admitir escolhas entres os demandantes, sempre mediante a adoção de critérios éticos.

Concluiu que os fatores como a completude do sistema público de saúde, os investimentos em saúde, a redução da mobilidade social e a intensidade das medidas impostas pelo Estado, não caracterizam em certo ou fracasso em relação ao combate a pandemia do coronavírus.

Ficou comprovado, neste artigo, que o enfrentamento a pandemia do novo coronavírus como um problema muito complexo, que não pode ser considerado diante de apenas uma face. E possível que o sucesso na contenção dos avanços da doença com uma combinação entre os fatores explorados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto (org). **SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafio**. São Paulo: Martinari, 2015.

ALEXY, Robert. **A theory of constitutional rights**. Trad. Julian Rivers. New York: Oxford University Press, 2004.

ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni. Judicialização da saúde no Brasil: dados quaitativo sobre saúde pública. **UERJ/IMS/CEPESC**, Brasil, 2016.

BANCO MUNDIAL, **Current health expenditure (% of GDP)- Germany, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Rep., Spain, United States, France, Japan, Portugal, United Kingdom**.2018.

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo**. 12 ed. São Paulo: Editora Fórum, 2014.

BIRNIE, Patricia; BOYLE, Alan; REDGWELL, Catherine. **International law e the environment**. New York: Oxford University Press, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988)**. Brasília/DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei 8.080 Sistema Único de Saúde**. Brasília/DF: Senado Federal,1990.

CARRANÇA, Thais. **No Brasil, 70% não tem plano de saúde particular, apontam SPC e CNDL**, Valor Economico, 2018.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito a saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n.3, 2009.

DALLARI, Sueli Gandolfi; MOUTINHO, Donato Volker. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v.19, n.3, 2018.

DUARTE, Luciana. **Direito a Saúde Judicialização e pandemia do Novo Coronavírus**. 1. ed. São Paulo: Revista dos tribunais, 2020.

_____. **Possibilidades e Limites do Controle Judicial sobre as Políticas Públicas de saúde: um Contributo para a Dogmática do Direito a saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

DUQUE, Marcelo. **Direitos Fundamentais Teoria e Prática**. 4 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

DWORKIN, Ronald. **Taking rights seriously**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.

_____. **Levando os Direitos a Sério**. São Paulo: Martins Fonte, 2002.

FERNANDES, Antonio Joaquim Schellenberger. **Direito a saúde: tutela coletiva e mediação sanitária**. Belo Horizonte: D' Plácido, 2018.

ERICHSEN, Hans-Uwe. **Allegemeine Handlungsfreiheit**. VI, 152, 2001.

GALDINO, Flávio. **Introdução a teoria do custo dos direitos**: direitos não nascem em árvores. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

GIRARD, Charlotte; HENNETTE-VAUCHEZ, Stéphanie. **La dignité de la personne humaine**: recherche sur um processus de juridicisation. Paris: Presses Universitaires de France-PUF, 2005.

GRAYLING, A.C. **Meditations for the Humanist**: ethics for secular age. Oxford University Press, 2002.

HENKE, Norbert. **Gedanken Zum Vorbehalt des Gesetzes**. AOR, B.101. Tübingen: 1976.

JARASS, Hans. D. **Funktionen und Dimensionen der Grundrechte**. 2006.

JELLINEK, Georg. **Allgemeine Staatslehre**. 3. Auf. Kronberg: Athenaum, 1976.

JORDAAN, Donrich W. Autonomy as na elemento of human dignity in South African case law. **The Journal of Philosophy, Science e Law**, n.8, 2009.

KANT, Immanuel. AN answer to the question: what is enlightenment?. In: SCHMIDT, James (Ed). **What is enlightenment?**. Los Angeles: University of California Press, 1996.

KENNEDY, David; FISHER III, Willian. **The canon of american legal thought**. Princeton: Princetont University Press, 2006.

KENNEDY, Duncan. **The rise and fall of classical legal thought**. Washington, D.C: Beard Books, 2006.

MARTINS NETO, João dos Passos. **Direitos fundamentais: conceito, função e tipos**. São Paulo: Ed.RT, 2003.

MERTEN, Detlef. **Das Recht auf freie Entfaltung der Personlichkeit**. JuS. Munchen und Frankfurt: Beck, 1976.

MCCRUIDEN, Christopher. Dignity and judicial interpretation of human rights. **European Journal of International Law**, n.19, 2008.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia. BAHIA, Lígia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios, 2011.

PLANISS, Hans. **Zur Ideengeschichte der Grundrechte**. Berlin: 1930.

PIOVESAN, Flávia. **Direito Humanos e o Direito Constitucional**. 18 ed. São Paulo: Editora Saraiva Jur, 2018.

RABKIN, Jeremy. What can we learn about human dignity from international law. **Harv.J.L e Pub. Pol'y**, n.27, 2003.

ROBERT, Jacques. The principle of human dignity. **The principle of respect for human dignity**: Seminar Proceedings. Council of Euripe, 1999.

ROUSSEAU, Dominique. **Les libertés individuelles et la dignité de la personne humaine**. Paris: Montchrestion, 1998.

SACHS, Michael. **Abwehrrechte**. In: MERTEN, Detlef. 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Revista Gestão e Controle**, Porto Velho, 2013.

STERN, Klaus. **Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland**. 1984.

THUSING, Gregor. **Vom Kopftuch als Angriff auf die Vertragsfreiheit**. 2003.

TOMUSCHAT, Christian; CURRIE, David P; **Serviço de linguagem do parlamento alemão**. Lei fundamental da República Federal da Alemanha.

ULLRICH, Dierk. Concyrring visions: human dignity in the canadian charter of rights and freedoms and the basic law of the Federal Republic of Germany. **Global Jurist Frontiers**, n.3, 2003.

WHITMAN, James Q. The two western cultures of privacy: dignity versus liberty. **Yale Law Journal**, n.113, 2004.