



Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*

LETÍCIA ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA

**PRINCÍPIOS DO DIREITO SANITÁRIO NA CLT/43:
FERRAMENTAS DE CONCRETIZAÇÃO DOS DIRETOS TRABALHISTAS**

BRASÍLIA - 2012

LETÍCIA ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA

**PRINCÍPIOS DO DIREITO SANITÁRIO NA CLT/43:
FERRAMENTAS DE CONCRETIZAÇÃO DOS DIRETOS TRABALHISTAS**

Trabalho apresentado como requisito à obtenção do título de Especialista em Direito do Trabalho e Processo do Trabalho junto ao Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP.

Orientador: Prof. José Gervásio Meireles

BRASÍLIA - 2012

QUADRO DE SÍMBOLOS E DE SIGLAS (por ordem alfabética)

ADCT	Ato das disposições constitucionais transitórias
ADPIC	Acordo Relativo aos Aspectos do Direito da Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio
art.	Abreviatura de artigo
BCG	Vacina Bacilo Calmette-Guérin intradérmica
Camem	Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica
Cbve	Curso Básico de Vigilância Epidemiológica
CEM	Campanha de erradicação da malária
Ceme	Central de medicamentos
Cenadi	Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos
CEV	Campanha de erradicação da varíola
CF/88	Constituição Federal de 1988
Cive	Curso Intensivo de Vigilância Epidemiológica
CLT/43	Consolidação das Leis do Trabalho
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
Dataprev	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
Dsei	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
Dasp	Departamento Administrativo do Serviço Público
Dees	Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde
DENERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
Ensp	Escola nacional de Saúde Pública
Fsesp	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundação Nacional de Saúde
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GT	Grupos de trabalho
GT/CQI	Grupo de Trabalho para o Controle da Qualidade de Imunobiológicos
Gtem	Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
Ibam	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
Idort	Instituto de Organização Racional do Trabalho
IEC	Instituto Evandro Chagas
ILO	<i>International Labour Organization</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
Ipen	Instituto de Patologia Experimental do Norte
MG	Estado de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
Snabs	Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
Sida	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Sucam	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Suds	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
§	Símbolo de "parágrafo"
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana para a Saúde
Pasni	Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos
PNI	Plano nacional de imunobiológicos
RN	Estado do Rio Grande do Norte
RJ	Estado do Rio de Janeiro
SMN	Serviço de Malária do Nordeste
SP	Estado de São Paulo
Sucam	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde Brasileiro
Tbve	Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
TRIPs	<i>Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights</i>

RESUMO

O Direito Sanitário do Trabalho é sub-ramo do Direito Sanitário que trata do cuidado com a higiene do ambiente de trabalho e com a saúde do trabalhador. Ambos não foram constituídos de uma única vez, trata-se de um longo processo histórico, incluindo pesquisas biomédicas, mortes por problemas de saneamento básico, epidemias e suas vacinações, o qual se confunde com a formação do próprio conceito atual de saúde. Os mais importantes princípios do Direito Sanitário se encontram insculpidos no art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que foi a responsável pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Dentre os treze incisos do referido artigo, cinco merecem destaque por representarem seis princípios específicos e fundamentais deste Sistema: universalidade, integralidade, equidade, participação popular, descentralização e comando único, regionalização e hierarquização. Porém, outros vários merecem destaque quando se trata de direito do trabalhador. O objetivo geral do presente trabalho foi estudar o Direito Sanitário à luz dos trabalhistas por meio de uma revisão de literatura do tema. Os objetivos específicos foram: a) estudar a vertente do Direito Sanitário que cuida das normas sobre higiene nas relações de trabalho (Direito Sanitário do Trabalho); b) estudar os princípios de Direito Sanitário; e c) estudar algumas das aplicações desses princípios ao Direito do Trabalho. As considerações finais foram no sentido de que existe uma estreita relação entre o Direito do Trabalho e o Sanitário. Os princípios do SUS complementam a Consolidação das Leis do Trabalho, assim como esta os complementam também. Tudo isso, ainda, se concretiza especialmente pelo poder de polícia estatal.

Palavras-chave: Direitos, Direito Sanitário, Direito Sanitário do Trabalho, Direitos Humanos, Princípios.

ABSTRACT

The Labour Sanitary Law is a sub-branch of the Sanitary Law that deals with the care of the hygiene of the work environment and with the health of the worker. Both had not been constructed in a once, they have been built under a long historical process, including biomedical researches, deaths caused by problems evolving basic sanitation, epidemics and its vaccinations, which are confused with the elaboration of the current concept of health. The most important principles of the Sanitary Law are brought by the 7th article of the Brazilian Organic Health Law (Law # 8,080/90), that have been the one responsible for the implementation of the Unique System of Health (called SUS) in Brazil. Amongst the thirteen propositions of the related article, five deserve prominence for representing six specific and basic principles of this System: universality, completeness, fairness, popular participation, decentralization and only command, regionalization and hierarquization. Though, many other principles must be taken when we discuss worker's rights. The general object of the present study was study the Sanitary Law under the light of the labour rights by a literary revision of the theme. The specific objectives had been: a) to study the source of the Sanitary Law that takes care of of the norms on hygiene in the work relations (Labour Sanitary Law); b) to study the Sanitary Law principles; and c) to study some of the applications of these principles in the Labour Law. The final considerations were that there is an straight relation between the Sanitary Law and the Labour Law. The SUS's principles complement the Labour Laws Consolidation; by the way, it complements the SUS's principles as well. All that is still concretized by the police power of the State.

Key-words: Law, Sanitary Law, Labour Sanitary Law, Human Rights, Principles.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. Introdução ao estudo.....	7
1.2. Objetivos.....	9
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1. A saúde.....	10
2.1.1. O conceito de saúde e sua evolução	
2.1.2. A Saúde Pública e a Saúde Coletiva	
2.2. Direito à saúde.....	14
2.2.1. Os deveres na garantia do direito à saúde	
2.2.2. Saúde como direito (humano fundamental)	
2.3. O Direito Sanitário.....	17
2.3.1. Origem e evolução do Direito Sanitário	
2.3.1.1. O Direito Sanitário na antiguidade	
2.3.1.2. O Direito Sanitário no Brasil	
2.3.2. Autonomia didática do Direito Sanitário	
2.3.3. Direito Sanitário e legislação sanitária	
2.4. O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).....	24
2.5. O poder de polícia como forma de garantia sanitária.....	25
2.5.1. Histórico mundial do poder de polícia estatal	
2.5.2. O poder de polícia do Estado brasileiro	
2.5.3. As agências reguladoras em saúde	
2.5.4. O poder de polícia do trabalho	
2.6. Princípios.....	31
2.6.1. O que são princípios	
2.6.2. Aplicação concreta dos princípios	
2.6.3. Princípios e legislação simbólica	
3. MÉTODOS.....	34
4. DESENVOLVIMENTO.....	35
4.1. Os princípios do SUS.....	35
4.2. Considerações iniciais sobre o Direito Sanitário na CLT/43.....	35
4.3. Princípios do SUS e sua relação com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT/43).....	37
4.3.1. Princípio da universalidade (do acesso à saúde) no SUS	
4.3.1.1. Princípio da universalidade na CLT/43	
4.3.2. Princípio da integralidade (de assistência) no SUS	
4.3.2.1. Princípio da integralidade na CLT/43	
4.3.3. Princípio da equidade no SUS (igualdade de assistência) no SUS	

- 4.3.3.1. Princípio da equidade na CLT/43
- 4.3.4. Princípio da regionalização e hierarquização da rede, ações e serviços de saúde no SUS
- 4.3.4.1. Princípio da regionalização e hierarquização da rede, ações e serviços na CLT/43
- 4.3.5. Princípio da participação popular (da comunidade) no SUS
- 4.3.5.1. Princípio da participação popular (da comunidade) na CLT/43
- 4.3.6. Princípio da descentralização e comando único no SUS
- 4.3.6.1. Princípio da descentralização e comando único na CLT/43

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....52

APÊNDICE 1.....	56
APÊNDICE 2.....	57
APÊNDICE 3.....	58
APÊNDICE 4.....	59
APÊNDICE 5.....	60
APÊNDICE 6.....	61
APÊNDICE 7.....	62
APÊNDICE 8.....	63
APÊNDICE 9.....	64
APÊNDICE 10.....	69
APÊNDICE 11.....	70
APÊNDICE 12.....	75
APÊNDICE 13.....	77

1. INTRODUÇÃO

1.1. Introdução ao estudo

O Direito Sanitário e, posteriormente, o Direito Sanitário do Trabalho, não foram constituídos de uma única vez, trata-se de um longo processo histórico, o qual se confunde com a formação do próprio conceito atual de saúde (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Nesse processo, pesquisas biomédicas, mortes por problemas de saneamento básico, epidemias e suas vacinações, forçaram o surgimento de ramos do conhecimento, como a Saúde Pública (mais ampla) e a Saúde Coletiva, que pudessem promover saúde em massa (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Diante de tais acontecimentos, a necessidade de se estruturar um ramo do conhecimento que cuidasse da regulação e regulamentação dessa busca de uma saúde em massa, também se fez presente. Surge, então, o Direito Sanitário e seus subseqüentes ramos (como o Direito Sanitário do Trabalho). Este não se resume a um conjunto de normas jurídicas sanitárias (que já existiam), ele é ramo autônomo do Direito, com princípios e outros regramentos próprios (DALLARI, 2003, p. 52).

As normas em geral se dividem basicamente em regras e princípios. Os princípios, mais flexíveis e amplos do que as regras, apenas enunciam motivos, estando mais próximos da idéia de direito e justiça do que as regras. Este caráter abstrato faz com que apenas indiquem caminhos no processo de interpretação e criação das normas, sejam elas emanadas pelo legislador ou pelo juiz na solução de casos concretos (SILVA, 2005, p. 20-1 & MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 96-104).

O conceito atual de direito à saúde envolve o entendimento de que é um direito humano fundamental, de segunda geração. Isso faz com que exija prestações positivas por parte do Estado em prol de toda a sociedade (a saúde é direito de todos: acesso universal). Estes preceitos já foram consolidado em diversos documentos internacionais e nacionais. Dentre os nacionais, destaca-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), responsável pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios específicos no Brasil (BRASIL, 1990, s.p.).

Os mais importantes princípios do Direito Sanitário se encontram insculpidos no art. 7º desta Lei Orgânica da Saúde. Dentre os treze incisos do referido artigo, apenas cinco se referem efetivamente a seis princípios específicos deste Sistema, quais sejam: universalidade (I), integralidade (II), eqüidade (IV), participação popular (VIII), descentralização e comando único (IX, a), regionalização e hierarquização. Porém, no que tange ao Direito Sanitário do Trabalho, tais princípios se mostram insuficientes para garantir a saúde dos trabalhadores (IX, b) (BRASIL, 1990, s.p. & MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 3).

No Brasil, diversos órgãos se encarregam da regulação e regulamentação do que tange à saúde do trabalhador, como o Ministério do Trabalho e Emprego, a Secretaria de Inspeção do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho. No âmbito internacional, um órgão essencial para a análise do direito humano ao trabalho é a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (SÜSSEKIND, 1994, p. 19).

A OIT surgiu com o intuito de cooperação internacional, visando à melhoria nas condições de vida dos trabalhadores. Este Organismo Internacional é uma pessoa jurídica de direito público internacional, de caráter permanente, constituída de Estados, que assumem, soberanamente, a obrigação de observar as normas constitucionais da organização e das convenções que ratificam, integrando o sistema das Nações Unidas como uma de suas agências especializadas (SÜSSEKIND, 1994, p. 19).

Nesse sentido, a OIT tem o poder de editar Normas Internacionais do

Trabalho que devem ser observadas por seus Membros, que àquela se associam de modo voluntário. Estas Normas, apresentadas em sua maioria no formato de Convenções, trazem diretrizes buscando a melhoria das formas de trabalho e combate a formas não dignas de prestação laboral, como o trabalho forçado, infantil e etc (SÜSSEKIND, 1994, p. 19).

Por tais motivos, o estudo do Direito Sanitário do Trabalho sob um enfoque principiológico, em especial, sob enfoque dos princípios orientadores dos Direitos Humanos (ou Fundamentais) se faz necessário. Muitos destes princípios se encontram em Convenções da OIT, algumas tratando de normas de Direito Sanitário do Trabalho, inclusive.

1.2. Objetivos

O objetivo geral do presente trabalho é estudar o Direito Sanitário à luz dos direitos trabalhistas. Especificamente, tem-se como objetivos: a) estudar a vertente do Direito Sanitário que cuida das normas sobre higiene nas relações de trabalho (Direito Sanitário do Trabalho); b) estudar os princípios de Direito Sanitário; e c) estudar algumas das aplicações desses princípios ao Direito do Trabalho, especialmente no que tange ao Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT/43).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A saúde

2.1.1. O conceito de saúde e sua evolução

O conceito de saúde evoluiu e se modificou ao longo dos anos. Ainda hoje, o conceito de saúde é fortemente influenciado pela doença (e seus riscos). Em geral, o conceito de saúde é algo relativizado, ou seja, depende do ambiente social ao qual está inserido, sendo fortemente influenciado pelo repertório coletivo de noções e valores da comunidade. A influência do meio pode também ter relação direta com as doenças causadas, já que muitas delas são causadas por hábitos de vida não-saudáveis ou por ambientes insalubres, sem qualquer colaboração do sujeito (AITH, 2011, p. 14-15).

Inicialmente, a saúde se limitava à ausência de doença, com um enfoque exclusivamente médico-científico. Posteriormente, a concepção de saúde passou a ser centrada na idéia de estado de equilíbrio, consolidando-se principalmente com esta inserção no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946: "*A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades*" (AITH, 2011, p. 14-16).

Um documento internacional, importante ao reconhecimento da saúde como algo universal, foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), pois, em seu artigo XXV, refere:

1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e

direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Em consonância com a necessidade de se ampliar o conceito de saúde, exclusivamente físico, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (1966) expõe que:

Artigo 10º [...] 3. [...] O emprego de crianças e adolescentes, em trabalho que lhes seja nocivo à moral e à saúde, ou que lhes faça correr perigo de vida, ou ainda que lhes venha prejudicar o desenvolvimento normal, será punido por lei. Os Estados devem também estabelecer limites de idade, sob os quais fique proibido e punido por lei o emprego assalariado da mão-de-obra infantil.

[...]

Artigo 12 §1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

Um dos primeiros documentos internacionais a ampliar o conceito de saúde foi a Declaração de Alma-Ata (1978), eis os mais importantes trechos:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

[...] III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

[...] VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Posteriormente, a Carta de Ottawa (1986) definiu saúde e seus os pré-requisitos:

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável - recursos sustentáveis - justiça social e equidade

O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

DEFESA DE CAUSA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

A Constituição Federal de 1988 foi importante no sentido de constitucionalizar direitos e garantias à saúde, como a participação popular, a fiscalização de atos estatais, a previsão de instrumentos processuais (mandado de segurança, habeas data, habeas corpus e ação popular), a previsão de instituições protetoras da população (Ministério Público e Defensoria Pública), além da previsão de crimes de responsabilidade às autoridades políticas infratoras (BRASIL, 1988, s.p.).

Hoje, o conceito de saúde não envolve apenas a questão da universalidade e engloba aspectos físicos e mentais, ele é mais amplo, (obrigatoriamente) multidisciplinar e vai além das Ciências da Saúde. Os "fatores estruturais do indivíduo", conjunto de reflexos das condições econômicas e sociais no meio exterior do indivíduo, se tornaram especialmente importantes nesse processo de saúde e doença. A amplitude do conceito envolve até o âmbito coletivo, o que exige constantes pesquisas e investimentos estatais para a manutenção de um estado de saúde coletivo (AITH, 2011, p. 16-17).

Mais recentemente, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005), em seu artigo 14, assim tratou do tema:

ARTIGO 14 – RESPONSABILIDADE SOCIAL E SAÚDE

a) A promoção da saúde e o desenvolvimento social para sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.

b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

(i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;

(ii) o acesso à nutrição adequada e à água de boa qualidade;

(iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;

(iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e

(v) a redução da pobreza e do analfabetismo.

2.1.2. A Saúde Pública e a Saúde Coletiva

A ciência/disciplina Saúde Pública, inicialmente, chamava-se "higienismo" e, historicamente, representava um exercício de poder estatal. Hoje é, ao mesmo tempo, uma realidade epidemiológica, um modo de gestão, uma área de atividade e um campo do conhecimento. Trata-se de um conceito mais amplo do que o de Saúde Coletiva, pois se refere a toda a coletividade, seja uma cidade, um país, um continente ou o mundo todo (AITH, 2011, p. 17).

Na verdade, existem diversas definições para saúde pública, contudo, ressalta-se a elaborada por Charles-Edward Winslow (1920, p. 23-27):

A saúde pública é a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e de promover a saúde e a integridade física através de esforços coordenados da comunidade para a preservação do meio ambiente, o controle das infecções que podem atingir a população, a educação do indivíduo sobre os princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de saúde para o diagnóstico precoce, o tratamento preventivo de patologias, o desenvolvimento de dispositivos sociais que assegurem a cada um nível de vida adequado para a manutenção da saúde.

A Saúde Coletiva, mais estrita, se consolidou no Brasil passando por três fases: a de um projeto preventivo, a de uma medicina social e, por fim, a de uma saúde coletiva. Trata-se de campo do conhecimento que envolve principalmente conhecimentos biológicos e sociais, voltados ao estudo de coletividades específicas e seus problemas sanitários (NUNES, 1994, p. e 19).

2.2. Direito à saúde

O direito à saúde é um direito humano fundamental e pertence à segunda geração de direitos (direitos sociais). Isso exige ações concretas por parte do Estado na sua promoção. Hoje, toda atividade administrativa estatal deve ser realizada nos exatos limites autorizados pela lei, além, é claro, da limitação pelo princípio da supremacia do interesse público sobre o privado e pelo da indisponibilidade do interesse público. O que ocorre é que os Estados acabam sendo forçados a proteger a saúde em todas as esferas e de todos os perigos. A saúde pública tem este forte caráter coletivo (DALLARI, 2003, p. 47).

Também, o direito à saúde pode ser considerado como um direito subjetivo público, ou seja, um direito abstrato de ação de todas as pessoas recorrerem ao Poder Judiciário para sua concretização. Agora, a maior questão não é mais se existe um direito à saúde, mas sim como concretizá-lo na prática (AITH, 2011, p. 24).

2.2.1. Os deveres na garantia do direito à saúde

E, por ser a saúde um direito humano fundamental, como os demais de sua espécie, exige compromisso do Estado na sua garantia. Este compromisso foi, inclusive, um dos pontos de destaque da Declaração de Alma-Ata (1978), eis alguns trechos que merecem destaque:

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

Nesse cerne, o princípio da proibição do retrocesso social evita que o legislador, de forma comissiva, ao revogar lei definidora de direito social, faça com que se retorne ao estado anterior, ou seja, de ausência do direito social. Assim, com seu caráter teleologicamente negativo, o princípio afasta o lado negativo da ambivalência da bivetorialidade que caracteriza o agir do Estado em matéria de direitos sociais. Nota-se, porém, que, ao lado de um dever negativo (de não retroceder), existe também um dever positivo (de progredir) que protege estes direitos, oriundo de documentos internacionais firmados pelo país (CUNHA; TORRONTEGUY, 2011, p. 199-200).

DEVERES DOS INDIVÍDUOS: englobam os hábitos inerentes à própria saúde e àquelas pessoas com quem se convive, como a limpeza da casa, abstenção do uso de cigarros e participação em programas de vacinação (AITH, 2011, p. 30).

DEVERES DA SOCIEDADE: são esforços coletivos que buscam a proteção da saúde coletiva. Englobam as ações de organizações não governamentais (ONGs), associações de bairros e empresas (AITH, 2011, p. 30-1).

DEVERES DO PODER EXECUTIVO: apesar de haver separação de Poderes em nosso país (pacto federativo), um sistema de pesos e contrapesos permite que esta separação seja equilibrada. É competência comum da União, dos Estados e dos Municípios (o Distrito Federal engloba todas as competências de Estados e Municípios) cuidar da saúde (art. 23, II da CF/88): "*Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;*". O Sistema único de Saúde (art. 200 da CF/88), em especial, tem direção única (e descentralizada) em cada esfera de governo (art. 198, I da CF/88) (AITH, 2011, p. 33-4).

DEVERES DO PODER LEGISLATIVO: são dois, produzir leis sobre o assunto e fiscalizar as ações do Poder Executivo. A competência legislativa para questões de saúde é concorrente da União e dos Estados (art. 24, XII da CF/88): "*Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar*

concorrentemente sobre: [...] XII - previdência social, proteção e defesa da saúde,". A União é responsável pelas normas gerais, na sua ausência, a competência legislativa plena pertence aos Estados (art. 24, §1º a 4º da CF/88). As ações do Poder Executivo a serem fiscalizadas envolvem principalmente o fiel cumprimento das leis e a correta aplicação dos recursos (AITH, 2011, p. 31-2).

DEVERES DO PODER JUDICIÁRIO: sua principal função é assegurar direitos (art. 5º, XXXV da CF/88). Diante de tantos problemas, hoje, existentes, a judicialização da saúde (a interferência de decisões do Poder Judiciário nas do Poder Executivo) tornou-se uma constante. Uma audiência pública resultou na Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Ainda, para tratar da questão, foi criado o Fórum Nacional do Judiciário para Assistência à Saúde, tendo, como objetivos, a elaboração de estudos e a proposição de medidas e normas para o aperfeiçoamento de procedimentos e a prevenção de novos conflitos judiciais na área da saúde (AITH, 2011, p. 35-6 & CNJ, 2010, s.p.).

2.2.2 Saúde como direito (humano fundamental)

A proteção de um direito humano passa por três fases: o reconhecimento formal do direito pela Constituição ou por legislação infraconstitucional, a criação de garantias concretas para que o direito reconhecido seja de fato realizado e a efetivação do direito (execução de ações e serviços públicos ou privados). Esse processo de reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental só ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, especialmente com a criação da Organização das Nações Unidas (1945) (AITH, 2011, p. 25).

Os direitos humanos configuram permissões para a fruição dos bens a que a generalidade dos seres humanos atribui máximo valor. Hoje, é consenso que a saúde é um direito, inclusive, direito humano fundamental. Isso se

consolidou com as inúmeras normas internacionais que tratam do tema surgidas nos últimos anos (DALLARI, 2003, p. 52 & AITH, 2011, p. 14)

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966 - ratificado pelo Brasil em 1992), a Declaração de Alma-Ata (1978), a Carta de Ottawa (1986), a Declaração Mundial de Saúde (1988), a atual Constituição Federal Brasileira (1988 - vide **APÊNDICE 1**) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005), dentre outras normas, consolidaram este processo. Hoje, é consenso que a saúde humana é um valor universal, intimamente ligado ao conceito de dignidade - **APÊNDICE 2** (AITH, 2011, p. 13).

2.3. O Direito Sanitário

2.3.1. Origem e evolução do Direito Sanitário

2.3.1.1. O Direito Sanitário na antigüidade

A saúde originalmente não era um conceito científico, mas uma idéia comum. Em geral, para os gregos, o termo *hygieia* significava “o estado daquele que está bem na vida”, tendo um sentido eminentemente positivo. Já, para Platão, saúde era mais, acrescentando-lhe o campo da alma e a necessidade de que esta mantenha relação adequada com o corpo (DALLARI, 2003, p. 39).

Durante a Idade Média, tratados de ginástica e de dietética foram publicados como receitas de saúde para os não-médicos. Aparecem os primeiros contornos da idéia de prevenção, implicando respeito aos signos do zodíaco, às estações do ano e ao clima, assim como a necessidade de

afastamento dos contactos impuros (verdadeira prevenção das doenças). Porém, a reação coletiva à epidemia foi a imagem mais marcante desse período (DALLARI, 2003, p. 39).

O atual conceito de saúde pública começa a se delinear no Renascimento, correspondendo ao desenvolvimento do Estado Moderno. Dentro de um conceito de saúde pública, já havia preocupação das cidades em prestar cuidados aos doentes pobres em seus domicílios ou em hospitais. Novas concepções de saúde favoreceram a limpeza e os exercícios corporais. A valorização da vida saudável encontrou reforço no Romantismo, que estimulava maior aproximação com a natureza (DALLARI, 2003, p. 39).

A noção de saúde pública ganhou maior nitidez no Estado liberal burguês (final do século XVIII). O Iluminismo tornou o conceito de saúde algo mais cientificizado (racional), assim como obrigação (ainda que subsidiária) do Estado. Nota-se que as atividades do Estado relacionadas à vigilância sanitária durante o liberalismo eram em tudo coincidentes com os interesses da burguesia ascendente (valorizando o individualismo) (DALLARI, 2003, p. 41).

A partir da segunda metade do século XIX, a higiene se tornou um saber social, envolvendo toda a sociedade e fazendo da saúde pública uma prioridade política. As primeiras tentativas de relacionar a saúde à economia surgem, reforçando a utilidade de investimentos financeiros na área. Trabalhos científicos revelam a relação direta entre saúde e condições de vida, o que incentivou a proteção das camadas mais pobres (DALLARI, 2003, p. 44).

Modificar os hábitos de higiene dos mais pobres passou a ser um objetivo nacional, pois simultaneamente se estaria promovendo a saúde e lutando contra a miséria que ameaçava a ordem pública. A idéia de prevenção passa a ser propagada especialmente por associações, pela vacinação (propiciada pelas descobertas sobre germes de Pasteur) e por políticas de governo (DALLARI, 2003, p. 42).

Nessa época é que foram hierarquizadas as três formas clássicas de prevenção: 1) primária (consistente na eliminação das causas e condições de aparecimento das doenças, agindo sobre o ambiente ou sobre o

comportamento individual); 2) secundária ou prevenção específica (impedindo o aparecimento de determinadas doenças, por meio de vacinação, de controles de saúde e de testes de despistagem, entre outros); 3) terciária (que visa limitar a prevalência de incapacidades crônicas ou de recidivas) (DALLARI, 2003, p. 42).

Por fim, o Estado do Bem-Estar Social (Welfare State), já da segunda metade do século XIX, reforça a idéia econômica de interdependência entre as condições de saúde, de trabalho e de desenvolvimento econômico. O que gera maior responsabilidade na implementação da prevenção sanitária pública, incluindo os sistemas de previdência social (DALLARI, 2003, p. 42).

2.3.1.2. O Direito Sanitário no Brasil

A preocupação com a saúde pública no Brasil vem desde quando este ainda era colônia portuguesa. Esta preocupação se materializava na forma de fiscalização estatal, com destaque inicial para os almotacés, a Fisicatura-Mor e a Junta do Protomedicato (sucedida pela Real junta do Protomedicato) (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & ABR, s.d., *online*).

O processo de descentralização governamental, no que tange à promoção de saúde coletiva especificamente, também não é novidade, pois remonta à 1828, com a promulgação de Lei de Municipalização dos serviços de saúde - **APÊNDICE 3** (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & ABR, s.d., *online*).

O período seguinte foi marcado pela necessidade de controle das epidemias. Por tal motivo, a imunização compulsória foi instituída no Brasil, e a primeira doença a receber este cuidado foi a varíola (de "bexigas", como era chamada na época em que dizimou milhares de indígenas), ainda em 1837. Contudo, esta Lei, nesta época, não foi devidamente cumprida (era como "letra morta") (FIOCRUZ(a), s.d., *online* & FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Nesse contexto, foi criado o Instituto Vacínico do Império (ou Instituto Vacínico da Corte), que tinha, como objetivos, o estudo, a prática, o melhoramento e a propagação da vacina antivariólica para todo o Império do Brasil. Além disso, reafirmava a obrigatoriedade de vacinação para "todas" as pessoas (FIOCRUZ(a), s.d., *online* & FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Esta vacina antivariólica era chamada de "jenneriana" ou de "humanizada", por ter sido descoberta pelo médico inglês Edward Jenner (final do século XVIII) e por ter sido elaborada a partir de observações da relação entre a doença varíola e a imunidade provocada no homem quando em contato com o cow-pox (pústula da vaca - doença similar à varíola desenvolvida pelos bovinos). Porém, posteriormente, este tipo de vacina caiu em descrédito, pois passou a ser associado à transmissão de outras doenças, como a sífilis. Outras epidemias como a de tuberculose, a de malária e a de febre amarela tiveram destaque no período - **APÊNDICE 4** (FIOCRUZ(a), s.d., *online* & FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

As primeiras décadas do próximo período (século XX) foram marcadas pela utilização da estatística na mensuração dos fenômenos sociais. Epidemias de doenças (tropicais) transmissíveis aumentaram a mortalidade, causando prejuízos ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

A solução foi o incentivo público às pesquisas biomédicas, principalmente de doenças tropicais, e a formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares para realização de campanhas sanitárias (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Oswaldo Cruz, médico sanitário, assume a Diretoria Geral de Saúde Pública (como um ministro da saúde) e utiliza o Instituto Soroterápico Federal na aplicação de suas rígidas medidas para o combate à febre amarela (segundo a Teoria de Finlay) e à peste bubônica. A "Reforma Oswaldo Cruz" criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e

Desinfecção para o combate a tais doenças (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Em 1904, com a epidemia de varíola no Rio de Janeiro, finalmente a imunização compulsória, já prevista em Lei de 1837, foi efetivamente instituída (Decreto nº 1.261/04). Estas medidas drásticas aumentaram a oposição popular a Oswaldo Cruz, que culminou na Revolta da Vacina (com apoio da Escola Militar da Praia Vermelha) e na suspensão da obrigatoriedade de vacinar-se (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

O Instituto Soroterápico Federal teve seu nome alterado para Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos e, posteriormente, para Instituto Oswaldo Cruz. Nesse período, a febre amarela foi erradicada, mas uma epidemia de varíola assolou o Rio de Janeiro. Então, população resolveu livremente se vacinar em massa (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Oswaldo Cruz deixa a Diretoria Geral de Saúde Pública, se dedicando ao Instituto Oswaldo Cruz, é eleito para a Academia Brasileira de Letras e morre quatro anos depois - **APÊNDICE 5** (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Carlos Chagas, também médico sanitarista, assume a direção do Instituto Oswaldo Cruz e inicia os serviços de profilaxia rural, por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural. A profilaxia da malária passou a ser realizada pelo Serviço da Quinina Oficial (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Com a "Reforma Carlos Chagas", reorganizou os serviços de saúde pública e criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Com a publicação do Regulamento Sanitário Federal, ocorreu a incorporação da expressão "Vigilância Sanitária", referindo-se ao controle sanitário em massa de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, estabelecimentos e locais públicos. Em 1930, foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, uma mistura do tem-se, hoje, como Ministério da Educação e

Ministério da Saúde - **APÊNDICE 6** (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Em 1932, foi firmado convênio com a Fundação Rockefeller para combate à febre amarela. Este convênio foi reafirmado em 1939, com a finalidade de intensificar as atividades de controle da malária, o que, ao lado do Serviço de Malária do Nordeste, erradicou o mosquito *Anopheles gambiae* em Natal (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online* & IEC, s.d., *online*).

No Brasil, o ensino e a pesquisa científica são intensificados. No campo da administração, em São Paulo, houve a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho (Idort). No Pará, surge o Instituto de Patologia Experimental do Norte (Ipen), atual Instituto Evandro Chagas (IEC). A 1ª Conferência Nacional de Saúde reflete bem isso, porém, ainda é de ideologia mais curativa do que preventiva - **APÊNDICE 7** (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online* & IEC, s.d., *online*).

A saúde do povo passou a ser reconhecida como importante função administrativa de governo. Quanto melhores as condições de saúde da população maiores seriam as possibilidades econômicas do país. Trata-se de um novo período, marcado pela valorização da saúde da população e por grandes combates a epidemias, como a Campanha Contra a Boubá, a implantação dos Postos Experimentais de Combate à Esquistossomose e a criação do Serviço Nacional de Helminthoses - **APÊNDICE 8** (FIOCRUZ(a), s.d., *online* & FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, assim como surgiu uma série de novos departamentos e grupos de trabalhos, como o Departamento Nacional de Endemias Rurais e o Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária. Administrativamente, foi criado o Boletim Epidemiológico e o sistema de notificação de algumas doenças transmissíveis, prioritariamente aquelas passíveis de controle por meio de programas de vacinação (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Trata-se, na verdade, de mais um período de combate a doenças epidêmicas e endêmicas, como a varíola, o bócio, a poliomielite, a tuberculose

e a malária. O combate à varíola foi intensificado, especialmente pela decisão da Assembléia Mundial da Saúde de promover o seu controle mundial, pelo início da produção nacional da vacina liofilizada contra a doença e pela implantação da Campanha Nacional contra a Varíola e da Campanha de Erradicação da Varíola (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

O bócio passou a ser combatido com a delimitação da área bocígena no Brasil e a obrigatoria iodação do sal de cozinha. Da mesma forma, houve as primeiras campanhas com a vacina oral contra a poliomielite e a introdução da técnica de diagnóstico laboratorial da doença pelo Instituto Oswaldo Cruz. Ensaio para administração da vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) intradérmica contra a tuberculose começaram a ser realizados no país. Quanto a malária, houve a Criação da Campanha de Erradicação da doença (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Importante destacar que, nas décadas de 1950 e 1960, o então Instituto Oswaldo Cruz defendeu o movimento para a criação do Ministério da Ciência e a transferência do setor de pesquisas para o novo órgão. No entanto, o Ministério da Saúde priorizou a produção de vacinas. Essa polêmica culminou no Massacre de Manguinhos (1970) e na cassação de direitos políticos e aposentadoria de dez renomados pesquisadores do instituto - acusados de serem comunistas. Em 1985, eles foram reintegrados - **APÊNDICE 9** (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Este período foi marcado pelo maciço uso da epidemiologia na saúde pública, inclusive com a publicação de cartilhas e realização de cursos. Administrativamente, houve a reorganização do Ministério da Saúde e a criação de algumas fundações, como a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Ainda, ocorreram a organização da notificação compulsória de doenças, as campanhas de vacinação contra a meningite meningocócica, a definição das vacinas obrigatórias a menores de um ano, a implementação da caderneta de vacinação, a publicação do primeiro anuário de dados sobre a mortalidade no país e a realização de dias nacionais de multivacinação - **APÊNDICE 10** (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

O ano de 1986 foi marcado por muitas medidas de combate à poliomielite no Brasil, que só foi erradicada dois anos depois. Naquele ano, foi criado o símbolo da erradicação da doença: Zé Gotinha. Posteriormente, houve também o início do controle da hepatite B (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

Em 1988, foi promulgada a atual Constituição, dando especial atenção ao tema da saúde. Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e o subsistema de atenção à saúde indígena - **APÊNDICE 11** (FIOCRUZ(b), s.d., *online* & FUNASA, s.d., *online*).

2.3.2. Autonomia didática do Direito Sanitário

O Direito Sanitário é um ramo do Direito que abrange as normas jurídicas destinadas à proteção do direito à saúde, refletindo temas de saúde pública no Direito. Este ramo teve sua consolidação, no Brasil, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da publicação das subseqüentes normas infraconstitucionais (que foram várias) (AITH, 2011, p.13 e 20).

O início do estudo do Direito Sanitário exige a compreensão de que se trata de ramo do Direito complexo e que necessita de um enfoque sob várias óticas, inclusive, incluindo outras ciências e disciplinas. Um exame da doutrina sobre a classificação dos ramos do Direito, revela que tradicionalmente, os estudiosos dos sistemas jurídicos consideraram a divisão Romana, que o dividira em Público e Privado. Posteriormente, novos ramos que misturavam normas públicas e privadas tornaram esta classificação pouco viável (DALLARI, 2003, p. 54).

Por possuir normas próprias (especialmente de Direito Público), princípios próprios, diretrizes próprias, jurisprudência própria, enfim, por ter uma base conceitual (um estatuto epistemológico) bem consolidado, pode-se afirmar que o Direito Sanitário expressa uma nova especialidade do Direito e,

mais ainda, que é dotado de autonomia. Por outro lado, deve-se destacar que reconhecer o Direito Sanitário como uma nova disciplina não significa negar a existência de legislações para a saúde desde os primórdios da História, o reconhecimento como disciplina autônoma é recente, sua existência não (DALLARI, 2003, p. 48 e 54).

2.3.3. Direito Sanitário e legislação sanitária

Como já visto, o Direito Sanitário não se resume a um conjunto de normas jurídicas sanitárias, que já existiam bem antes do surgimento deste campo do conhecimento. As normas jurídicas sanitárias expressam tudo aquilo que interessa verdadeiramente à organização social da saúde. São objetos de sujeição que impedem a instauração de qualquer outra ordem incompatível e indesejável e que vêm desde o Contrato Social (proposto por Rousseau) - **APÊNDICE 12** (DALLARI, 2003, p. 52).

2.4. O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)

Em 1990, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e o subsistema de atenção à saúde indígena. Trata-se de um importante passo no acesso universal à saúde no Brasil, independentemente de qualquer filiação ou contraprestação prévia (BRASIL, 1990, s.p.).

2.5. O poder de polícia como forma de garantia sanitária

2.5.1. Histórico mundial do poder de polícia estatal

A experiência das epidemias na Europa ajudou na elaboração de um conceito de "perigo social". Nesse período, a Alemanha definiu a idéia de "polícia médica", em plena coerência com o cameralismo existente (variante do mercantilismo que previa um amplo sistema de administração pública e organização dos negócios financeiros) (DALLARI, 2003, p. 40).

A ideologia hegemônica na Alemanha (final do século XVII), afirmava ser o crescimento populacional a manifestação primeira da prosperidade e bem-estar de um povo. Assim, um bom governo deveria agir para proteger a saúde de seus súditos. Inclusive, defendia-se a idéia da criação de um órgão estatal para a proteção da saúde da população (DALLARI, 2003, p. 40).

Então, o imperador Frederico-Guilherme I (o Grande Eleitor de Brandenburgo) cria, nos territórios que viriam a constituir o reino da Prússia, um *Collegium Sanitatis*, definindo uma verdadeira autoridade médica para supervisionar a saúde pública (DALLARI, 2003, p. 40).

A sistematização da polícia médica ficou por conta da filosofia Iluminista (século XVIII), que considerava a razão como único caminho para a sabedoria. Ao não admitir explicações sobrenaturais para fenômenos naturais, o Iluminismo promoveu a ampla cientificização e, conseqüentemente, aceitação da obrigação do Estado de controlar o exercício das práticas médicas e farmacêuticas em geral (combate ao charlatanismo) (DALLARI, 2003, p. 41).

A noção de saúde pública ganhou maior nitidez no Estado liberal burguês (final do século XVIII). A assistência pública, envolvendo tanto a assistência social quanto a médica, continuou a ser considerada matéria de solidariedade de vizinhança, onde o Estado deveria se envolver apenas quando a ação das comunidades fosse insuficiente (atuação subsidiária, que representou um

primeiro esboço do que viria a ser o serviço público de saúde) (DALLARI, 2003, p. 41).

Na França, a proteção da saúde é admitida no rol de atividades do Estado liberal, recebendo, portanto, um status constitucional. Surgem as primeiras leis que tratavam organicamente da higiene urbana, da noção de estabelecimento insalubre e do controle sanitário de fronteiras. Tudo isso acabou favorecendo o desenvolvimento de um ramo da Administração Pública dedicado ao que entendemos por poder de polícia dos dias de hoje (DALLARI, 2003, p. 41).

2.5.2. O poder de polícia do Estado brasileiro

A Constituição Federal de 1988, assim como outras normas vigentes, garantiu diversos direitos às pessoas. Contudo, se todas fossem exercê-los concomitantemente, gerar-se-iam conflitos de proporções inestimáveis, resultando, provavelmente, caos e impossibilidade de exercício de qualquer deles. Desta forma surge a necessidade de o Estado fiscalizar e regular as atividades dos particulares.

Aos particulares é autorizado fazer tudo aquilo permitido ou não defeso em lei. No que tange à Administração Pública, esta deve agir nos exatos limites autorizados pela lei (em sentido amplo). Doutrinariamente, costuma-se elencar os seguintes "deveres-poderes" (e não poderes-deveres, já que, antes de poderes, são verdadeiros deveres) da Administração Pública: a) poder discricionário; b) poder vinculado; c) poder regulamentar; d) poder disciplinar; e) poder hierárquico; e f) poder de polícia (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 71-2 e 142).

Uma das atividades essenciais da Administração Pública é exercer a polícia administrativa (também chamada de poder de polícia). Esta é a atividade direta de fiscalização, por parte do poder público, das atividades dos particulares para conformá-las ao interesse coletivo. Porém, esta atividade se

confunde também com a intervenção indireta estatal no domínio econômico, pois o poder de polícia do Estado regula e fiscaliza a atividade econômica (seja via agência reguladora ou não) (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 819 e 823).

O poder de polícia, portanto, pode ser conceituado como: uma limitação consistente no enquadramento do exercício dos direitos individuais ao bem estar coletivo. Por isso, o poder de polícia é importante, ou seja, para garantir, para condicionar, o bem estar coletivo (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 829-33). Já o mais completo conceito legal de poder de polícia está insculpido no art. 78 do Código Tributário Nacional (que disciplina o art. 145, II da Constituição Federal):

Art. 78. Considera-se poder de polícia atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranqüilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos.

Parágrafo único. Considera-se regular o exercício do poder de polícia quando desempenhado pelo órgão competente nos limites da lei aplicável, com observância do processo legal e, tratando-se de atividade que a lei tenha como discricionária, sem abuso ou desvio de poder.

Importante notar que o poder "de" polícia não se confunde com o poder "da" polícia. Poder de polícia é a atividade administrativa de condicionar liberdades tendo em vista o interesse coletivo. Válido afirmar que o poder da polícia decorre do poder de polícia do Estado, porém, este é menos abrangente (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 833-35).

Já, dentro do poder de polícia, costuma-se distinguir a polícia administrativa da polícia judiciária. Polícia administrativa atinge os setores da Administração Pública que não sejam alvo da segurança pública. Ela atua condicionando liberdades, tendo em vista o interesse coletivo, que é superior ao individual (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 833-35).

A polícia judiciária, por sua vez, age em setores da Administração Pública voltados à descoberta da autoria e da materialidade de delitos criminais. Esta tem como função a investigação de atividades criminosas, que servirá de base

para os processos criminais. É típica das corporações (polícia civil e federal) (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 833-35).

Frisa-se, no Brasil, a polícia judiciária não está dentro do Poder Judiciário, mas sim do Poder Executivo. Ela, todavia, é chamada de polícia judiciária, porque é voltada ao descobrimento de elementos (autoria e materialidade) de crimes que servirão de suporte da ação penal perante o Poder Judiciário. (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 833-35).

Polícia judiciária também não é a mesma coisa que a polícia do Judiciário. A polícia do Judiciário é formada através de concurso público feito pelo próprio judiciário, para segurança de seus membros. Não se confunde com a polícia judiciária. Porém, nada impede que a função de proteção dos membros do Judiciário ou do Legislativo seja exercida pela polícia judiciária (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 833-35).

Outros setores da polícia, que não da segurança pública, compõem a polícia administrativa. O conceito de polícia administrativa é concebido por exclusão, por exemplo, o papel da vigilância sanitária. Importante observar, que costuma-se fazer a distinção entre polícia administrativa e polícia judiciária por meio da distinção polícia administrativa como polícia preventiva e polícia judiciária como polícia repressiva (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 833-35).

Isso ocorre porque a polícia administrativa tem como função primordial a prevenção, enquanto que a polícia judiciária tem como função primordial a repressão (já que atua descobrindo autoria e materialidade de crime já cometidos). Esse critério, entretanto, não está totalmente correto, pois a polícia judiciária, às vezes, atua preventivamente e vice-versa, invalidando-se o postulado (BANDEIRA DE MELLO, 2010, p. 833-35).

2.5.3. As agências reguladoras em saúde

A competência constitucional brasileira para ações de vigilância sanitária

é comum às três esferas de governo - compostas por: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. No que tange à capacidade legislativa, esta é concorrente entre os mesmos. As agências reguladoras são os principais entes a atuarem na vigilância sanitária, por meio de seu poder de polícia administrativa, em especial, tem-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), uma autarquia federal (MORAES, 2011, p. 41).

Esta agência foi criada pela Lei nº 9.782/99 e teve como inspiração a similar norte-americana, FDA (*Food and Drug Administration*). Anteriormente, este poder de polícia era exercido pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Porém, com a aquisição de personalidade jurídica própria de autarquia também adquiriu independência administrativa, financeira e estabilidade de seus dirigentes, passando a ter maiores poderes, necessários ao exercício de fiscalizações e regulações de estabelecimentos e produtos. Note que regulação não se confunde com delegação legislativa, em regra, vedada no ordenamento brasileiro (MORAES, 2011, p. 41 e 47).

A atividade regulatória e fiscalizatória é, em regra, urgente e não pode esperar a atividade legislativa típica. Todavia, a atividade normativa rápida, por outro lado, não é fruto de exaustivas discussões, não é dotada de representatividade popular e não é fruto de um processo legislativo constitucionalmente previsto, dotado da exigida segurança jurídica e em respeito ao princípio da legalidade (MORAES, 2011, p. 41 e 42).

2.5.4. O poder de polícia do trabalho

No Brasil, diversos órgãos se encarregam da regulação e regulamentação do que tange à saúde do trabalhador, como o Ministério do Trabalho e Emprego, a Secretaria de Inspeção do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho. No âmbito internacional, um órgão essencial para a análise do direito humano ao trabalho é a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (SÜSSEKIND, 1994, p. 19).

Este Organismo Internacional é uma pessoa jurídica de direito público internacional, de caráter permanente, constituída de Estados, que assumem, soberanamente, a obrigação de observar as normas constitucionais da organização e das convenções que ratificam, integrando o sistema das Nações Unidas como uma de suas agências especializadas (SÜSSEKIND, 1994, p. 19).

A OIT surgiu com o intuito de cooperação internacional, visando à melhoria nas condições de vida dos trabalhadores e, conseqüentemente, de toda a humanidade, ou seja, objetivando uma ordem social e econômica de acordo com a idéia de justiça e humanidade, onde todos teriam direito ao trabalho digno, sendo reconhecidos e respeitados àqueles os direitos que têm legitimamente, não importando a natureza jurídica dos serviços que prestam (SÜSSEKIND, 1994, p. 19).

Nesse sentido, a OIT tem o poder de editar Normas Internacionais do Trabalho que devem ser observadas por seus Membros, que àquela se associam de modo voluntário. Estas Normas, apresentadas em sua maioria no formato de Convenções, trazem diretrizes buscando a melhoria das formas de trabalho e combate a formas não dignas de prestação laboral, como o trabalho forçado, infantil e etc (SÜSSEKIND, 1994, p. 19).

2.6. Princípios

2.6.1. O que são princípios

As normas se dividem (basicamente) em regras e princípios. As regras, por sua especialidade e positividade, são aplicadas de acordo com um sistema de proposições disjuntivas, o *all or nothing* (tudo ou nada), sendo assim, ou uma regra é aplicável a certo pressuposto de fato nela previsto, ou não - o Direito não aceita antinomias (SILVA, 2005, p. 20-1 & MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 96-9).

Os princípios, ao contrário, apenas enunciam motivos (que estão mais próximos da idéia de direito e de justiça do que as regras), não constituem imperativos categóricos, não necessitam de regras de colisão para a solução de seus conflitos, são imprecisos, genéricos, fundamentais (por sua função estruturante e por sua posição hierárquica no sistema das fontes) e logicamente abstratos (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 96-104).

Este caráter abstrato faz com que apenas indiquem caminhos, ou seja, não são normas suscetíveis de aplicação direta e imediata (falta determinabilidade). Os princípios norteiam a confecção de regras (natureza normogénética), sejam elas emanadas pelo legislador ou pelo juiz (na solução de casos concretos) (SILVA, 2005, p. 20-1 & MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 96-104).

2.6.2. Aplicação concreta dos princípios

Quando vistos abstratamente, em absoluto, alguns princípios parecem inconciliáveis. Todavia, quando aplicados em concreto, os conflitos (há quem entenda que não existem conflitos reais entre eles, ao contrário do que ocorre com as normas) somente podem ser resolvidos após um processo de ponderação (*balancing test*) de *standards* concorrentes, que se dá por meio de critérios de razoabilidade e de proporcionalidade (SILVA, 2005, p. 21 e 43 & MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 101).

Assim, diante de um caso concreto, devemos escolher o “peso” e a “medida” de aplicação de cada um, da mesma forma, excluindo os que *prima facie* pareciam adequados, mas se mostraram inaplicáveis. Sem regras rígidas para a solução das colisões de princípios (relação de precedência condicionada), estes harmonicamente se complementam positivamente e se limitam negativamente (SILVA, 2005, p. 21 e 43 & MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 99-102).

2.6.3. Princípios e legislação simbólica

A legislação simbólica é o predomínio (hipertrofia), dentro de um certo sistema jurídico, da função simbólica das leis. Este simbolismo serve para: a) confirmar valores sociais, b) demonstrar a capacidade de agir do Estado e c) adiar a solução de conflitos sociais (verdadeiros compromissos dilatatórios). Trata-se de uma verdadeira diferenciação de grupos e seus valores, deixando em segundo plano a eficácia normativa das leis (LENZA, 2010, p. 71).

Uma das funções deste tipo de legislação é dar "confiança" aos sistemas jurídico e político. Consiste em uma "legislação-álibi", uma resposta pronta e rápida do Estado a conflitos sociais, mas que, na realidade, não passa de uma falsa solução. Por esta razão é que costuma ser facilmente aceita pelos diversos grupos, já que, na prática, é ineficaz (LENZA, 2010, p. 72-3).

Contudo, tais legislações produzem efeitos sociais latentes e manifestos. Os efeitos manifestos são aqueles produzidos diretamente pela norma. Os latentes são aqueles ditos colaterais. O problema ocorre quando os efeitos latentes se tornam mais relevantes do que os manifestos. Como exemplo, temos uma lei tributária que, embora eficaz, traz recessão e inflação (LENZA, 2010, p. 73).

Nos países periféricos, a legislação simbólica (eficácia político-simbólica) é hipertrofiada, ao passo que, nos países centrais, predomina a eficácia normativo-jurídica das leis. Isso se deve ao fato de os países periféricos apresentarem maiores (em quantidade e qualidade) problemas sociais, o que também requer dos Estados mais soluções (mesmo que apenas paliativas) (LENZA, 2010, p. 75).

3. MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa e de corte transversal a ser realizada por meio da revisão de literatura acerca dos princípios clássicos de Direito Sanitário (consolidados na **Lei nº 8.080/90**) que se encontram na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT/43 - **Decreto-lei nº 5.452/43**), especialmente em seu Capítulo V (Da Segurança e da Medicina do Trabalho).

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. Os princípios do SUS

Os principais princípios do Direito Sanitário se encontram insculpidos no art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). Dentre os treze incisos do referido artigo, apenas cinco se referem efetivamente a seis princípios específicos deste Sistema, quais sejam:

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

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

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

[...]

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

[...]

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]

4.2. Considerações iniciais sobre o Direito Sanitário na CLT/43

A justificativa para o uso de outras fontes doutrinárias, jurisprudenciais ou legais no Direito Trabalhista encontra-se consagrada no art. 8º da CLT/43.

Eis o dispositivo legal:

Art. 8º - As autoridades administrativas e a Justiça do Trabalho, na falta de disposições legais ou contratuais, decidirão, conforme o caso, pela jurisprudência, por analogia, por equidade e outros princípios e

normas gerais de direito, principalmente do direito do trabalho, e, ainda, de acordo com os usos e costumes, o direito comparado, mas sempre de maneira que nenhum interesse de classe ou particular prevaleça sobre o interesse público.

Parágrafo único - O direito comum será fonte subsidiária do direito do trabalho, naquilo em que não for incompatível com os princípios fundamentais deste.

Porém, apesar de os princípios aqui estudados serem naturais do Direito Sanitário, pode-se notar alguns trechos da própria CLT/43 que fazem alusão a eles. Note que o art. 154 da CLT/43, inclusive, ressalva a possibilidade de aplicação de outras normas sanitárias:

Art . 154 - A observância, em todos os locais de trabalho, do disposto neste Capítulo, não desobriga as empresas do cumprimento de outras disposições que, com relação à matéria, sejam incluídas em códigos de obras ou regulamentos sanitários dos Estados ou Municípios em que se situem os respectivos estabelecimentos, bem como daquelas oriundas de convenções coletivas de trabalho.

Para a CLT/43, são atividades insalubres:

Art . 189 - Serão consideradas atividades ou operações insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos.

Parágrafo único - As normas referidas neste artigo incluirão medidas de proteção do organismo do trabalhador nas operações que produzem aerodispersóides tóxicos, irritantes, alérgicos ou incômodos.

Ainda, para o art. 193 da CLT/43, são consideradas atividades perigosas:

Art . 193 - São consideradas atividades ou operações perigosas, na forma da regulamentação aprovada pelo Ministério do Trabalho, aquelas que, por sua natureza ou métodos de trabalho, impliquem o contato permanente com inflamáveis ou explosivos em condições de risco acentuado.

§ 1º - O trabalho em condições de periculosidade assegura ao empregado um adicional de 30% (trinta por cento) sobre o salário sem os acréscimos resultantes de gratificações, prêmios ou participações nos lucros da empresa.

§ 2º - O empregado poderá optar pelo adicional de insalubridade que porventura lhe seja devido.

4.3. Princípios do SUS e sua relação com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT/43)

4.3.1. Princípio da universalidade (do acesso à saúde) no SUS

Reza que a saúde é um direito de todos e é um dever do Estado, provendo os serviços as ações que a garantam. A universalização não se restringe à garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde, mas engloba a ampla oferta efetiva de serviços e ações de saúde a todos que necessitem, inclusive ações preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 30).

4.3.1.1. Princípio da universalidade na CLT/43

Previsão de universal proteção a todos os trabalhadores por meio do uso de equipamentos de proteção no art. 166 da CLT/43:

Art. 166 - A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, equipamento de proteção individual adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes e danos à saúde dos empregados.

Notificação compulsória de doenças, em atendimento a normas de saúde pública no art. 169 da CLT/43:

Art. 169 - Será obrigatória a notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho.

4.3.2. Princípio da integralidade (de assistência) no SUS

Esse princípio consagra que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minorias, como portadores de HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*) /Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - vide exemplo no **APÊNDICE 13**), gestantes, dependentes de drogas, indígenas e tantos outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 31).

Este princípio se materializa por meio da estruturação de redes de maneira hierarquizada, com níveis crescentes de complexidade dos serviços, articulando as ações de baixa, média e alta complexidades para racionalizar o sistema e aumentar o nível de resolutividade e capacidade de atendimento das demandas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 31).

4.3.2.1. Princípio da integralidade na CLT/43

Previsão de integral proteção aos trabalhadores por meio do uso de equipamentos de proteção no art. 166 da CLT/43:

Art. 166 - A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, equipamento de proteção individual adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes e danos à saúde dos empregados.

Integral cuidado com a saúde no trabalhador no ambiente de trabalho, eis o art. 168 da CLT/43:

Art. 168 - Será obrigatório exame médico, por conta do empregador, nas condições estabelecidas neste artigo e nas instruções complementares a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho:
I - a admissão;
II - na demissão;
III - periodicamente.
[...]

§ 2º - Outros exames complementares poderão ser exigidos, a critério médico, para apuração da capacidade ou aptidão física e mental do empregado para a função que deva exercer.

[...]

§ 4º - O empregador manterá, no estabelecimento, o material necessário à prestação de primeiros socorros médicos, de acordo com o risco da atividade.

§ 5º - O resultado dos exames médicos, inclusive o exame complementar, será comunicado ao trabalhador, observados os preceitos da ética médica.

Os arts. 170 a 178 da CLT/43 estabelecem normas técnicas específicas sobre a higiene, saúde e conforto das instalações do ambiente de trabalho, dando proteção integral ao trabalhador.

Segundo o art. 191 da CLT/43, a redução da insalubridade se dará mediante:

Art. 191 - A eliminação ou a neutralização da insalubridade ocorrerá:
I - com a adoção de medidas que conservem o ambiente de trabalho dentro dos limites de tolerância;
II - com a utilização de equipamentos de proteção individual ao trabalhador, que diminuam a intensidade do agente agressivo a limites de tolerância. [...]

4.3.3. Princípio da equidade no SUS (igualdade de assistência) no SUS

A equidade representa a forma de tratarmos os desiguais quando na busca por suas igualdades. Segue a máxima aristotélica de que os desiguais devem ser tratados de maneira desigual, desde que na medida de sua desigualdade - evitando a "pleonexia" (tomar vantagem por apoderamento do que não é devido ou rejeitando o que seria devido à outrem) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009, p. 242 & RAWLS, 2002, p. 11).

Segundo Beauchamp e Childress (2009), seria apenas a vertente formal do princípio da justiça - todavia, a equidade deve ser tida como princípio autônomo, devido à sua magnitude e especificidade. Além disso, de acordo com Garrafa (1997), não é sinônimo de igualdade, pois esta é apenas a

conseqüência desejada da eqüidade (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997, p. 27-33).

A Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011), determina que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada, que demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os seguimentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional. Ressalta ainda que a promoção da eqüidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável (OMS, 2011, s.p.).

4.3.3.1. Princípio da eqüidade na CLT/43

O art. 2º, §1º da CLT/43 estabelece, no que tange ao conceito de empregador, a equiparação de outros profissionais a este - por motivo de condicionar o acesso a direitos pelo empregado, independentemente da situação jurídica do seu empregador. Isso terá relevante valor no que tange às normas de Direito Sanitário, que devem ser respeitadas por todos.

4.3.4. Princípio da regionalização e hierarquização da rede, ações e serviços de saúde no SUS

Este princípio está relacionado às atribuições dos gestores estaduais e municipais, que devem buscar eficiência, eficácia e efetividade no SUS, sempre com recursos se não escassos, limitados. Para tanto as palavras-chave são a organização, união e parceria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 32).

4.3.4.1. Princípio da regionalização e hierarquização da rede, ações e serviços na CLT/43

O art. 156 da CLT/43 prescreve a regionalização dos serviços, prevendo a atuação das Delegacias Regionais do Trabalho:

Art. 156 - Compete especialmente às Delegacias Regionais do Trabalho, nos limites de sua jurisdição:

I - promover a fiscalização do cumprimento das normas de segurança e medicina do trabalho;

II - adotar as medidas que se tornem exigíveis, em virtude das disposições deste Capítulo, determinando as obras e reparos que, em qualquer local de trabalho, se façam necessárias;

III - impor as penalidades cabíveis por descumprimento das normas constantes deste Capítulo, nos termos do art. 201.

Mais atribuições regionais no art. 160 da CLT/43:

Art. 160 - Nenhum estabelecimento poderá iniciar suas atividades sem prévia inspeção e aprovação das respectivas instalações pela autoridade regional competente em matéria de segurança e medicina do trabalho.

§ 1º - Nova inspeção deverá ser feita quando ocorrer modificação substancial nas instalações, inclusive equipamentos, que a empresa fica obrigada a comunicar, prontamente, à Delegacia Regional do Trabalho.

§ 2º - É facultado às empresas solicitar prévia aprovação, pela Delegacia Regional do Trabalho, dos projetos de construção e respectivas instalações.

Competências dos Delegados Regionais do Trabalho no art. 161 da CLT/43:

Art. 161 - O Delegado Regional do Trabalho, à vista do laudo técnico do serviço competente que demonstre grave e iminente risco para o trabalhador, poderá interditar estabelecimento, setor de serviço, máquina ou equipamento, ou embargar obra, indicando na decisão, tomada com a brevidade que a ocorrência exigir, as providências que deverão ser adotadas para prevenção de infortúnios de trabalho.

[...]

§ 2º - A interdição ou embargo poderão ser requeridos pelo serviço competente da Delegacia Regional do Trabalho e, ainda, por agente da inspeção do trabalho ou por entidade sindical.

§ 3º - Da decisão do Delegado Regional do Trabalho poderão os interessados recorrer, no prazo de 10 (dez) dias, para o órgão de âmbito nacional competente em matéria de segurança e medicina do trabalho, ao qual será facultado dar efeito suspensivo ao recurso.

§ 4º - Responderá por desobediência, além das medidas penais cabíveis, quem, após determinada a interdição ou embargo, ordenar ou permitir o funcionamento do estabelecimento ou de um dos seus setores, a utilização de máquina ou equipamento, ou o prosseguimento de obra, se, em consequência, resultarem danos a terceiros.

§ 5º - O Delegado Regional do Trabalho, independente de recurso, e após laudo técnico do serviço competente, poderá levantar a interdição.

§ 6º - Durante a paralização dos serviços, em decorrência da interdição ou embargo, os empregados receberão os salários como se estivessem em efetivo exercício.

Segundo o art. 191 da CLT/43, a redução da insalubridade se dará mediante notificação das Delegacias Regionais do Trabalho:

Art . 191 - A eliminação ou a neutralização da insalubridade ocorrerá:
[...]

Parágrafo único - Caberá às Delegacias Regionais do Trabalho, comprovada a insalubridade, notificar as empresas, estipulando prazos para sua eliminação ou neutralização, na forma deste artigo.

4.3.5. Princípio da participação popular (da comunidade) no SUS

A participação popular da comunidade na fiscalização e decisões públicas somente é possível dentro de um sistema que garanta a informação e funcione de forma transparente à coletividade. Sobre a participação popular nos processos democráticos, a visão de Fábio Konder Comparato (s.d., *online*):

A instituição de um regime de efetivo governo do povo pelo povo compreende, antes de mais nada, a necessária participação popular na elaboração e reforma da Constituição, bem como a colaboração do povo, quando convocado, no desempenho da tarefa legislativa. Ela compreende, também, como é óbvio, a indispensável decisão popular para a aprovação de tratados internacionais, ou de políticas públicas, que determinem o futuro da nação. Ela deve se estender, da mesma forma, ao processo de votação dos orçamentos, por meio da aprovação popular das leis de diretrizes orçamentárias.

Não só isso, na verdade. Se os governantes, a começar pelos principais deles - os chefes do Executivo - devem ser sempre tidos como mandatários ou delegados do povo soberano, nada mais lógico do que permitir a revogação popular de seus mandatos - o recall -, por iniciativa de uma minoria qualificada de parlamentares, ou do próprio povo.

Este princípio se materializa na prática do Sistema Único de Saúde, especificamente, por meio da existência de obrigatoriedade de formação e

funcionamento de Conselhos e Conferências de Saúde, os quais possuem o objetivo de formular estratégias, controlar e avaliar a execução das políticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 33).

Um exemplo é o Observatório da Saúde no Legislativo, espaço virtual da internet onde as pessoas em geral podem se tornar aptas a participar da política de saúde brasileira, na medida em que obtêm informações, pois, neste espaço, há total publicidade (VASCONCELOS, 2011, p. 164).

Na Constituição Federal (1988), encontra-se insculpido nos dispositivos abaixo:

a) Art. 5º, LXXIII da CF/88 (ação popular):

Art. 5º [...]LXXIII - qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;

b) Art. 49, XV da CF/88 (plebiscito e referendo):

Art. 49. É da competência exclusiva do Congresso Nacional: [...] XV - autorizar referendo e convocar plebiscito;

c) Art. 58, § 2º, II da CF/88 (audiências públicas):

Art. 58. O Congresso Nacional e suas Casas terão comissões permanentes e temporárias, constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação. [...] § 2º - às comissões, em razão da matéria de sua competência, cabe: [...] II - realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil;

d) Art. 61, § 2º da CF/88 (iniciativa popular):

Art. 61. A iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou Comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos, na forma e nos casos previstos nesta Constituição. [...] § 2º - A iniciativa popular pode ser exercida pela apresentação à Câmara dos Deputados de projeto de lei subscrito por, no mínimo, um por cento do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco Estados, com não menos de três décimos por cento dos eleitores de cada um deles.

e) Art. 74, § 2º da CF/88 (fiscalização e denúncia):

Art. 74. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de: [...] § 2º - Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União.

f) Art. 103, VIII e IX da CF/88 (ações constitucionais):

Art. 103. Podem propor a ação direta de inconstitucionalidade e a ação declaratória de constitucionalidade: [...] VIII - partido político com representação no Congresso Nacional; IX - confederação sindical ou entidade de classe de âmbito nacional.

g) Art. 198, III da CF/88 (no Sistema Único de Saúde):

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:
[...]
III - participação da comunidade.

4.3.5.1. Princípio da participação popular (da comunidade) na CLT/43

Os arts. 157 e 158 da CLT/43 prevêm a responsabilidade e participação dos empregados e empregadores na aplicação das normas sanitárias trabalhistas:

Art. 157 - Cabe às empresas:

I - cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho;

II - instruir os empregados, através de ordens de serviço, quanto às precauções a tomar no sentido de evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais;

III - adotar as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão regional competente;

IV - facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente.

Art. 158 - Cabe aos empregados:

I - observar as normas de segurança e medicina do trabalho, inclusive as instruções de que trata o item II do artigo anterior;

II - colaborar com a empresa na aplicação dos dispositivos deste Capítulo.

Parágrafo único - Constitui ato faltoso do empregado a recusa injustificada:

a) à observância das instruções expedidas pelo empregador na forma do item II do artigo anterior;

b) ao uso dos equipamentos de proteção individual fornecidos pela empresa.

Previsão de formação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) nas empresas - art. 163 da CLT/43:

Art. 163 - Será obrigatória a constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), de conformidade com instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho, nos estabelecimentos ou locais de obra nelas especificadas. [...]

Formação e proteção da atuação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) nas empresas - arts. 164 e 165 da CLT/43:

Art. 164 - Cada CIPA será composta de representantes da empresa e dos empregados, de acordo com os critérios que vierem a ser adotados na regulamentação de que trata o parágrafo único do artigo anterior.

§ 1º - Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

§ 2º - Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

§ 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de 1 (um) ano, permitida uma reeleição.

§ 4º - O disposto no parágrafo anterior não se aplicará ao membro suplente que, durante o seu mandato, tenha participado de menos da metade do número de reuniões da CIPA.

§ 5º - O empregador designará, anualmente, dentre os seus representantes, o Presidente da CIPA e os empregados elegerão, dentre eles, o Vice-Presidente.

Art. 165 - Os titulares da representação dos empregados nas CIPA (s) não poderão sofrer despedida arbitrária, entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo disciplinar, técnico, econômico ou financeiro.

Parágrafo único - Ocorrendo a despedida, caberá ao empregador, em caso de reclamação à Justiça do Trabalho, comprovar a existência de qualquer dos motivos mencionados neste artigo, sob pena de ser condenado a reintegrar o empregado.

Segundo o art. 195 da CLT/43, a participação de empresas e sindicatos é possível no sentido de solicitar perícias do trabalho:

Art. 195 - A caracterização e a classificação da insalubridade e da periculosidade, segundo as normas do Ministério do Trabalho, far-se-ão através de perícia a cargo de Médico do Trabalho ou Engenheiro do Trabalho, registrados no Ministério do Trabalho.

§ 1º - É facultado às empresas e aos sindicatos das categorias profissionais interessadas requererem ao Ministério do Trabalho a realização de perícia em estabelecimento ou setor deste, com o objetivo de caracterizar e classificar ou delimitar as atividades insalubres ou perigosas.

§ 2º - Argüida em juízo insalubridade ou periculosidade, seja por empregado, seja por Sindicato em favor de grupo de associado, o juiz

designará perito habilitado na forma deste artigo, e, onde não houver, requisitará perícia ao órgão competente do Ministério do Trabalho.

§ 3º - O disposto nos parágrafos anteriores não prejudica a ação fiscalizadora do Ministério do Trabalho, nem a realização ex officio da perícia.

4.3.6. Princípio da descentralização e comando único no SUS

O Ministério da Saúde estabelece cooperação financeira com órgãos das três esferas de governo e com entidades públicas e privadas mediante três formas de descentralização de recursos: a) transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios, estados e Distrito Federal, de forma regular e automática (repassa fundo a fundo); b) remuneração de serviços produzidos, que consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços prestados junto à população; c) celebração de convênios e instrumentos similares com órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais e organizações não-governamentais interessados em financiamentos de projetos específicos na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 34).

Na Constituição Federal (1988), encontra-se no art. 198, I:

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;

4.3.6.1. Princípio da descentralização e comando único na CLT/43

O art. 155 da CLT/43 demonstra comando único às normas da CLT/43 no que tange ao órgão de âmbito nacional competente sobre o assunto aqui tratado:

Art. 155 - Incumbe ao órgão de âmbito nacional competente em matéria de segurança e medicina do trabalho:

I - estabelecer, nos limites de sua competência, normas sobre a aplicação dos preceitos deste Capítulo, especialmente os referidos no art. 200;

II - coordenar, orientar, controlar e supervisionar a fiscalização e as demais atividades relacionadas com a segurança e a medicina do trabalho em todo o território nacional, inclusive a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho;

III - conhecer, em última instância, dos recursos, voluntários ou de ofício, das decisões proferidas pelos Delegados Regionais do Trabalho, em matéria de segurança e medicina do trabalho.

Convênios podem delegar a outros órgãos a fiscalização e a orientação sobre as normas trabalhistas aqui estudadas - art. 159 da CLT/43:

Art. 159 - Mediante convênio autorizado pelo Ministro do Trabalho, poderão ser delegadas a outros órgãos federais, estaduais ou municipais atribuições de fiscalização ou orientação às empresas quanto ao cumprimento das disposições constantes deste Capítulo.

Previsão de apoio federal, estadual e municipal aos Delegados Regionais do Trabalho no art. 161, §1º da CLT/43:

Art. 161 - O Delegado Regional do Trabalho, à vista do laudo técnico do serviço competente que demonstre grave e iminente risco para o trabalhador, poderá interditar estabelecimento, setor de serviço, máquina ou equipamento, ou embargar obra, indicando na decisão, tomada com a brevidade que a ocorrência exigir, as providências que deverão ser adotadas para prevenção de infortúnios de trabalho.

§ 1º - As autoridades federais, estaduais e municipais darão imediato apoio às medidas determinadas pelo Delegado Regional do Trabalho. [...]

Normas de classificação a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho exclusivamente, eis o art. 162 da CLT/43:

Art. 162 - As empresas, de acordo com normas a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho, estarão obrigadas a manter serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho.

Parágrafo único - As normas a que se refere este artigo estabelecerão:

- a) classificação das empresas segundo o número de empregados e a natureza do risco de suas atividades;
- b) o número mínimo de profissionais especializados exigido de cada empresa, segundo o grupo em que se classifique, na forma da alínea anterior;
- c) a qualificação exigida para os profissionais em questão e o seu regime de trabalho;
- d) as demais características e atribuições dos serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho, nas empresas.

Regulamentação pelo Ministério do Trabalho da formação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) nas empresas - art. 163, § único da CLT/43:

Art. 163 - [...]

Parágrafo único - O Ministério do Trabalho regulamentará as atribuições, a composição e o funcionamento das CIPA (s).

Fiscalização da venda pelo Ministério do Trabalho dos equipamentos de proteção do trabalhador - art. 167 da CLT/43:

Art. 167 - O equipamento de proteção só poderá ser posto à venda ou utilizado com a indicação do Certificado de Aprovação do Ministério do Trabalho.

Mais normas de competência do Ministério do Trabalho no art. 168, §1º e 3º e arts. 179, 182, 186, 187, § único, 190, 192, 194 a 196, *caput*, 198, § único e 200 da CLT/43:

Art. 168 - Será obrigatório exame médico, por conta do empregador, nas condições estabelecidas neste artigo e nas instruções complementares a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho:

[...]

§ 1º - O Ministério do Trabalho baixará instruções relativas aos casos em que serão exigíveis exames:

- a) por ocasião da demissão;
- b) complementares.

[...]

§ 3º - O Ministério do Trabalho estabelecerá, de acordo com o risco da atividade e o tempo de exposição, a periodicidade dos exames médicos.

[...]

Art. 179 - O Ministério do Trabalho disporá sobre as condições de segurança e as medidas especiais a serem observadas relativamente a instalações elétricas, em qualquer das fases de produção, transmissão, distribuição ou consumo de energia.

[...]

Art. 182 - O Ministério do Trabalho estabelecerá normas sobre:

I - as precauções de segurança na movimentação de materiais nos locais de trabalho, os equipamentos a serem obrigatoriamente utilizados e as condições especiais a que estão sujeitas a operação e a manutenção desses equipamentos, inclusive exigências de pessoal habilitado;

II - as exigências similares relativas ao manuseio e à armazenagem de materiais, inclusive quanto às condições de segurança e higiene relativas aos recipientes e locais de armazenagem e os equipamentos de proteção individual;

III - a obrigatoriedade de indicação de carga máxima permitida nos equipamentos de transporte, dos avisos de proibição de fumar e de advertência quanto à natureza perigosa ou nociva à saúde das substâncias em movimentação ou em depósito, bem como das recomendações de primeiros socorros e de atendimento médico e símbolo de perigo, segundo padronização internacional, nos rótulos dos materiais ou substâncias armazenados ou transportados.

Parágrafo único - As disposições relativas ao transporte de materiais aplicam-se, também, no que couber, ao transporte de pessoas nos locais de trabalho.

[...]

Art . 186 - O Ministério do Trabalho estabelecerá normas adicionais sobre proteção e medidas de segurança na operação de máquinas e equipamentos, especialmente quanto à proteção das partes móveis, distância entre estas, vias de acesso às máquinas e equipamentos de grandes dimensões, emprego de ferramentas, sua adequação e medidas de proteção exigidas quando motorizadas ou elétricas.

[...]

Art . 187 - [...]

Parágrafo único - O Ministério do Trabalho expedirá normas complementares quanto à segurança das caldeiras, fornos e recipientes sob pressão, especialmente quanto ao revestimento interno, à localização, à ventilação dos locais e outros meios de eliminação de gases ou vapores prejudiciais à saúde, e demais instalações ou equipamentos necessários à execução segura das tarefas de cada empregado.

[...]

Art . 190 - O Ministério do Trabalho aprovará o quadro das atividades e operações insalubres e adotará normas sobre os critérios de caracterização da insalubridade, os limites de tolerância aos agentes agressivos, meios de proteção e o tempo máximo de exposição do empregado a esses agentes.

[...]

Art . 192 - O exercício de trabalho em condições insalubres, acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo Ministério do Trabalho, assegura a percepção de adicional respectivamente de 40% (quarenta por cento), 20% (vinte por cento) e 10% (dez por cento) do salário-mínimo da região, segundo se classifiquem nos graus máximo, médio e mínimo.

[...]

Art . 194 - O direito do empregado ao adicional de insalubridade ou de periculosidade cessará com a eliminação do risco à sua saúde ou integridade física, nos termos desta Seção e das normas expedidas pelo Ministério do Trabalho.

Art . 195 - A caracterização e a classificação da insalubridade e da periculosidade, segundo as normas do Ministério do Trabalho, far-se-ão através de perícia a cargo de Médico do Trabalho ou Engenheiro do Trabalho, registrados no Ministério do Trabalho.

Art . 196 - Os efeitos pecuniários decorrentes do trabalho em condições de insalubridade ou periculosidade serão devidos a contar da data da inclusão da respectiva atividade nos quadros aprovados

pelo Ministro do Trabalho, respeitadas as normas do artigo 11.
[...]

Art . 198 - [...]

Parágrafo único - Não está compreendida na proibição deste artigo a remoção de material feita por impulsão ou tração de vagonetes sobre trilhos, carros de mão ou quaisquer outros aparelhos mecânicos, podendo o Ministério do Trabalho, em tais casos, fixar limites diversos, que evitem sejam exigidos do empregado serviços superiores às suas forças.

[...]

Art . 200 - Cabe ao Ministério do Trabalho estabelecer disposições complementares às normas de que trata este Capítulo, tendo em vista as peculiaridades de cada atividade ou setor de trabalho, especialmente sobre: [...]

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Direito Sanitário do Trabalho tem estreita relação com o Direito Sanitário em geral.

O direito à saúde é um direito humano (ou fundamental) de segunda geração, o qual exige prestações positivas por parte do Estado em prol de toda a sociedade (é direito de todos). Isso já foi consolidado em diversos documentos internacionais e nacionais, inclusive no Capítulo V da CLT/43.

Princípios são diretrizes integradoras e interpretativas dos ordenamentos jurídicos. Os princípios da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) complementam a Consolidação das Leis do Trabalho, assim como esta também os complementa.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que estabeleceu o Sistema único de Saúde no Brasil, é de suma importância para o estabelecimento de normas e diretrizes em Direito Sanitário e em Direito Sanitário do Trabalho, haja vista seus princípios serem encontrados também na CLT/43.

A efetivação dos princípios do Direito Sanitário do Trabalho acontece, na prática, por meio do poder de polícia (do trabalho) do Estado (regulamentação e regulação), que não se confunde com o poder da polícia (responsável pela prevenção, apuração e repressão de crimes), apesar de ambos serem forma de coação legal estatal.

Nota-se que as normas de Direito Sanitário do Trabalho são obedecidas porque existe uma verdadeira polícia do trabalho e porque penalidades são previstas legalmente aos seus infratores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABR. Academia Brasileira de Reumatologia. Página na web da Academia Brasileira de Reumatologia. Disponível em: <http://www.academiarheumatol.com.br/historia3.htm> > Acesso em: 29/11/2011.

AITH, Fernando. A Emergência do Direito Sanitário Como Um Novo Campo do Direito. p. 13-40. In: ROMERO, Luiz Carlos; DELDUQUE, Maria Célia (org.). Estudos de Direito Sanitário - a produção normativa em saúde. Brasília: Ed. Senado Federal, 2011.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. Curso de Direito Administrativo. São Paulo: Ed. Malheiros, 2010.

BEAUCHAMP Tom L; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. Nova York: Ed. Oxford University Press, 2009.

BOY, R; SCHRAMM, FR. Bioética da proteção e tratamento de doenças genéticas raras no Brasil: o caso das doenças de depósito lisossomal. Revista Cad. Saúde Pública. 2009; 25(6):1276-1284.

BRASIL. Código Tributário Nacional. Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp104.htm > Acesso em: 21/11/2011.

BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452.htm > Acesso em: 17/03/2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05/10/1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm > Acesso em: 21/11/2011.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm > Acesso em: 05/01/2012.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_31.pdf > Acesso em: 04/12/2011.

COMPARATO, Fábio Konder. As Garantias Institucionais dos Direitos Humanos. Publicado na página web DHnet, s.d. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/comparato/comparato_garantias.html > Acesso em: 02/01/2012.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida; TORRONTEGUY, Marco Aurélio Antas. Um Desenho do Direito à Saúde em Face do Princípio da Proibição do Retrocesso e dos Compromissos Internacionais do Brasil. p. 197-209. In: ROMERO, Luiz Carlos; DELDUQUE, Maria Célia (org.). Estudos de Direito Sanitário - a produção normativa em saúde. Brasília: Ed. Senado Federal, 2011.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário, p. 39-61. In: Direito Sanitário e Saúde Pública: coletânea de textos. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

IEC. Instituto Evandro Chagas - IEC. Página na web do Instituto Evandro Chagas. Disponível em: <http://www.iec.pa.gov.br/iechist.htm> > Acesso em: 02/12/2011.

FIOCRUZ(a). Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Página na web do Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/instvacimp.htm> > Acesso em: 29/11/2011.

FIOCRUZ(b). Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Página na web da FioCruz. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=114&sid=6> > Acesso em: 29/11/2011.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde - Funasa. Página na web da Funasa. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/museuCronHis.asp> > Acesso em: 25/11/2011.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. Saúde Pública, Bioética e Equidade. Revista Bioética, Brasília, v. 05, n. 01, p. 27-33, 1997.

KALAMATIANOS, PA; NARVAI, PC. Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde. Revista Ciênc. Saúde Coletiva. 2006; 11(1):63-69.

LENZA P. Direito Constitucional Esquematizado. São Paulo: Saraiva, 2010.

MARQUES, MB. Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil. Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2000; 7(1):7-21.

MENDES GF, COELHO IM, BRANCO PGG. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Ed. Saraiva, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MORAES, Eliana Aparecida Silva de. Poder Regulamentar e as Competências Normativas Conferidas à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Revista de Direito Sanitário, vol. 2, n. 1, mar, 2001.

NUNES, Everardo Duarte. História de uma idéia e de um conceito. Revista Saúde e Sociedade, vol. 5, n. 21, 1994.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, de 19 a 21 de Outubro de 2011.

ONU. Organização das Nações Unidas: Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Resolução nº 217-A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1948. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm > Acesso em: 02/12/2011.

ONU. Organização das Nações Unidas: Assembléia Geral das Nações Unidas. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Resolução nº 2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, 24 de janeiro de 1966 - ratificada pelo Brasil em 1992. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Económicos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf> > Acesso em: 02/12/2011.

OPAS. Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS, Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> > Acesso em: 02/12/2011.

OPAS. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Canadá, Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> > Acesso em: 02/12/2011.

PÉREZ, CG; MORALES, TD; BLET IC, et al. Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el tratamiento del paciente con VIH/SIDA. Revista Cubana Med. Gen. Integr. 2009; 25(3):105-112.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. A influência da reforma sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Revista Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16(1): 719-729.

RAWLS, JOHN. UMA TEORIA DA JUSTIÇA. SÃO PAULO: ED. MARTINS FONTES, 2002.

SILVA AC. O Princípio da Segurança Jurídica (Proteção à Confiança) no Direito Público Brasileiro e o Direito da Administração Pública de Anular seus Próprios Atos Administrativos: o prazo decadencial do art. 54 da lei do processo administrativo da União (lei 9784/99). Rev. REDE. 2005: abr/mai/jun (2):1-48.

SÜSSEKIND, Arnaldo. Convenções da OIT. São Paulo: LTr, 1994, p. 19.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 33º Sessão da Conferência Geral da UNESCO, 19 de outubro de 2005. Disponível em http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180_por.pdf > Acesso em: 02/12/2011.

VASCONCELOS, Wagner. Observatório da Saúde no Legislativo: informação e comunicação a serviço da participação social em saúde. p. 163-173. *In*: ROMERO, Luiz Carlos; DELDUQUE, Maria Célia (org.). Estudos de Direito Sanitário - a produção normativa em saúde. Brasília: Ed. Senado Federal, 2011.

WINSLOW, Charles-Edward. The evolution and significance of the modern public health campaign. New Haven: Yale University Press, 1923.

APÊNDICE 1 - Principais documentos internacionais sobre saúde

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS DOCUMENTOS INTERNACIONAIS SOBRE SAÚDE
1945	- Criação da Organização das Nações Unidas.
1946	- Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)
1948	- Declaração Universal dos Direitos Humanos.
1949	- Organização Panamericana para a Saúde (OPAS)
1966	- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.
1978	- Declaração de Alma-Ata.
1986	- Carta de Ottawa.
1988	- Declaração Mundial de Saúde
1988	- Constituição Federal Brasileira
2005	- Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.
* Fonte: dos autores.	

APÊNDICE 2 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1521	- D. Manoel baixa o Regimento da Físicatura-Mor : para o Físico-Mor e o Cirurgião-Mor do Reino: instituição dos Comissários-Delegados nas Províncias (inclusive no Brasil).
1550	- Portugal: os almotacés (funcionários de confiança dos Conselhos na Idade Média) eram encarregados da saúde do povo, verificando os gêneros alimentícios e destruindo os que estavam em más condições. - Brasil-Colônia: estendida a legislação e as práticas vigentes em Portugal.
1744	- No reinado de D. João V, foi reiterada ao Vice-Rei do Brasil (Conde de Galvêas) a determinação relativa às atribuições dos Comissários-Delegados, que instruíam sobre a obrigatoriedade de aceitar a Delegação de Físico-Mor .
1782	- Por lei da Rainha D. Maria I, foi reformada toda esta organização, sendo instituída a Junta do Protomedicato , formada por sete deputados, com atribuições semelhantes às da Físicatura-Mor, enfatizando-se a fiscalização da saúde.
1799	- A Junta do Protomedicato foi sucedida pela Real Junta do Protomedicato .
1808	- Criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil . - D. JoãoVI fundou a Escola de Cirurgia no Hospital Real do Brasil. - Foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil . - Início do Serviço de Saúde dos Portos , com delegados nos estados. - Alvará de 23/11/1808 sobre regimentos e jurisdição da Fsicatura-Mor.
1828	- Após a Independência, D. João VI promulgou a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde , que conferiu às Juntas Municipais (então criadas) as funções exercidas anteriormente pela Físicatura-Mor (que foi extinta). - Criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro .
* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações. * Fonte: Site da Academia Brasileira de Reumatologia - com adaptações.	

APÊNDICE 3 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1837	- Entrada em vigor da Lei de Imunização Compulsória de Crianças Contra a Variola . Contudo, a Lei não foi devidamente cumprida nesta época.
1846	- Na luta contra epidemias, foi criado o Instituto Vacínico do Império (ou Instituto Vacínico da Corte) pelo Decreto nº 464/46.
1850	- Autorizou o governo a despendere recursos para medidas tendentes a obstar a propagação da epidemia de tuberculose (Decreto nº 533/50).
1851	- Regulamentação da lei que criou a Junta Central de Higiene Pública , subordinada ao Ministério do Império . - Abertura ao Ministério do Império de crédito extraordinário para despesas com providências sanitárias de combate à febre amarela (Decreto nº 752/51) e à epidemia de bexigas (de varíola - Decreto nº 826/51). - Regulamento do registro dos nascimentos e óbitos (Decreto nº 798/51). - Regimento da Junta de Higiene Pública (Decreto nº 828/51 e nº 835/51).
1878	- Obrigatória a desinfecção terminal dos casos de morte por doenças contagiosas , a critério da autoridade sanitária. - Desinfecção de casas e estabelecimentos públicos ou particulares (Decreto nº 7.027/78).
1897	- Os serviços relacionados à saúde pública eram da competência do Ministério da Justiça e Negócios Interiores , mais precisamente da Diretoria Geral de Saúde Pública.
<p>* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações. * Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações. * Fonte: Site do Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) - Fiocruz - com adaptações.</p>	

APÊNDICE 4 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1899	- Oswaldo Cruz, jovem médico que acabara de voltar do Instituto Pasteur, em Paris, integrou a equipe responsável por diagnosticar uma misteriosa doença que assolava a cidade de Santos (SP). Junto com Adolpho Lutz e Vital Brazil, concluíram que se tratava da peste bubônica.
1900	- Foi criado o Instituto Soroterápico Federal , com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste.
1902	- Conhecido como “ Túmulo dos Estrangeiros ” (pela morte de 4.000 imigrantes por febre amarela entre 1897-1906), o Rio de Janeiro, era considerado um desafio ao desenvolvimento do país. O Presidente Rodrigues Alves estabeleceu como prioridade o saneamento e a reforma urbana da cidade. - O Instituto Soroterápico Federal passou a dedicar-se à pesquisa básica e qualificação de recursos humanos também.
1903	- Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública (como um atual ministro da saúde). - Utilizou o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico para campanhas de saneamento. - Estruturou a campanha contra a febre amarela em moldes militares (dividindo a cidade em dez distritos sanitários chefiados por delegados de saúde). - Extinguiu a dualidade na direção dos serviços de higiene, incorporando à Diretoria Geral de Saúde Pública o pessoal médico e de limpeza pública municipal. - A polícia sanitária adotou medidas rigorosas para combate à febre amarela (mal amarílico), inclusive multando e intimidando proprietários de imóveis insalubres a demoli-los ou reformá-los. Brigadas mata-mosquitos percorreram a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d’água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos. Nas áreas de foco, expurgaram as casas (queima de enxofre e piretro) e providenciavam o isolamento domiciliar dos doentes ou sua remoção para o Hospital São Sebastião. Oswaldo Cruz baseou o combate à febre amarela na campanha realizada pelos americanos em Havana e em algumas experiências realizadas no Brasil. - Tudo isso reforçou a teoria do médico cubano Carlos Finlay : o transmissor da doença era um mosquito (<i>Aedes aegypti</i> , na época, chamado de <i>Stegomyia fasciata</i> ou <i>Culex aegypti</i>). Porém, Oswaldo Cruz, mesmo fazendo publicar seus Conselhos ao Povo (folhetos educativos), ainda enfrentava a oposição de grande parte da classe médica, que não acreditava na teoria de Finlay. - Em seguida, iniciou a luta contra a peste bubônica, com a notificação compulsória de casos , isolamento e aplicação do soro fabricado em Manguinhos nos doentes, vacinação de áreas como a zona portuária e desratização da cidade. A Saúde Pública decidiu pagar por cada roedor capturado (dando origem aos compradores de gabirus) fez com que, em poucos meses, a incidência de peste bubônica diminuísse com o extermínio dos ratos (suas pulgas é transmitiam a doença).
1904	- “ Reforma Oswaldo Cruz ”: criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção (combate à malária e à peste no Rio de Janeiro - Decreto Legislativo nº 1.151/04). - Criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, que se destinava a atender os problemas de saúde da capital do país e a prosseguir na defesa sanitária dos portos brasileiros. - Epidemia de varíola na capital do país (Rio de Janeiro). - Embora uma lei prevendo imunização compulsória das crianças contra a doença estivesse em vigor desde 1837, nunca fora cumprida. Obrigação de

	<p>vacinação/revacinação contra a varíola (Decreto nº 1.261/04). Estas e outras medidas drásticas aumentaram a oposição a Oswaldo Cruz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No dia 13 de novembro, estourou a Revolta da Vacina. - No dia 14, a Escola Militar da Praia Vermelha aderiu à rebelião, mas após intenso tiroteio os cadetes foram dispersados. No bairro da Saúde, no Porto Arthur carioca, os protestos continuaram. - Governo decretou estado de sítio. - No dia 16, o governo conseguiu derrotar o levante, mas suspendeu a obrigatoriedade da vacina.
1907	<ul style="list-style-type: none"> - O Instituto Soroterápico Federal teve seu nome alterado para Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz), onde foram estabelecidas normas e estratégias para o controle dos mosquitos vetores da febre amarela (Decreto nº 1.802/07). - A febre amarela foi erradicada do Rio de Janeiro. - No IV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, Oswaldo Cruz recebeu a medalha de ouro pelo trabalho de saneamento do Rio de Janeiro.
1908	<ul style="list-style-type: none"> - O Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos foi rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz. - Uma violenta epidemia de varíola levou a população em massa aos postos de vacinação. - Oswaldo Cruz reformou o Código Sanitário e reestruturou todos os órgãos de saúde e higiene do país.
1909	<ul style="list-style-type: none"> - Oswaldo Cruz deixou a Diretoria Geral de Saúde Pública, passando a dedicar-se apenas ao Instituto Oswaldo Cruz. - Do Instituto, lançou importantes expedições científicas, que possibilitaram maior conhecimento sobre a realidade sanitária do interior do país e contribuíram para a ocupação da região. Erradicou a febre amarela no Pará e realizou a campanha de saneamento na Amazônia, que permitiu o término da obra da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (cuja construção havia sido interrompida pelo grande número de mortes entre os operários). O sanitarista recomendou uma série de medidas drásticas a serem implantadas. Os cuidados sanitários começariam antes do operário chegar à ferrovia, com o engajamento de pessoal em áreas não palustres, exame médico minucioso e periódico, fornecimento de quinino durante a viagem e estadia e gratificação ao operário que passasse três meses sem sofrer nenhum acesso de malária. No mesmo ano, Carlos Chagas descobriu a doença provocada pelo <i>Tripanosoma cruzi</i>, que então passou a se chamar doença de Chagas. O primeiro caso identificado foi o da menina Berenice, de dois anos, moradora do município de Lassance/MG, local onde o pesquisador se instalou para combater a malária entre os trabalhadores da Estrada de Ferro Central do Brasil.
1913	<ul style="list-style-type: none"> - Oswaldo Cruz foi eleito para a Academia Brasileira de Letras (morreu em 1917).
1914	<ul style="list-style-type: none"> - A Inspetoria de Isolamento e Desinfecção foi transformada em Inspetoria de Serviços de Profilaxia.
<p>* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações. * Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações.</p>	

APÊNDICE 5 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1917	- Carlos Chagas assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz.
1918	- Foi criado o Serviço da Quinina Oficial (profilático da malária) (Decreto nº 13.000/18). - Iniciadas as atividades do Serviço de Profilaxia Rural, subordinado à Inspeção de Serviços de Profilaxia (Decreto nº 13.001/18).
1920	- Com a reforma de Carlos Chagas que, reorganizando os serviços de saúde pública, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública .
1921	- Instituiu a “ Reforma Carlos Chagas ”, que ampliou as atividades de cooperação com estados, por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (Decreto nº 15.003/21).
1923	- Publicação do Regulamento Sanitário Federal, que incorporou a expressão Vigilância Sanitária em referência ao controle sanitário em massa de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, estabelecimentos e locais públicos.
1930	- Criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (Decreto nº 19.402/30), que incorporou os serviços relacionados com a saúde pública. - Reativado o Serviço de Profilaxia de Febre Amarela, em função da epidemia de 1927-1928 (Rio de Janeiro) e da dispersão do mosquito transmissor.
* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações. * Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações.	

APÊNDICE 6 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1932	<p>- Convênio com a Fundação Rockefeller para intensificação das atividades de controle da febre amarela, encerrado em 1939, com a extinção do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela.</p> <p>- No Brasil, surgiram o ensino e a pesquisa científica no campo da administração, com a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho (Idort).</p>
1936	<p>- A Comissão de Estudos de Leishmaniose Visceral Americana, chefiada por Evandro Chagas chegou ao Pará. Liderando uma equipe de médicos e farmacêuticos, ele constatou que a Amazônia era um campo vasto para pesquisa nas áreas médica e científica.</p> <p>- Nascimento do Instituto de Patologia Experimental do Norte (Ipen), atual Instituto Evandro Chagas (IEC).</p>
1938	<p>- Criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp), com a finalidade de criar mecanismos que viabilizassem a reforma administrativa e racionalizassem o serviço público, separando-o da influência política.</p>
1939	<p>- Criação do Serviço de Malária do Nordeste (SMN) para intensificar o combate ao <i>Anopheles gambiae</i>, introduzido em Natal/RN em 1930. Foi estabelecido, com essa finalidade, novo convênio com a Fundação Rockefeller. O SMN existiu até 1941, quando foi erradicado o mosquito (Decreto nº 1.042/39).</p>
1940	<p>- As atividades relativas à proteção da maternidade, da infância e da adolescência, anteriormente sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública, passaram ao Departamento Nacional da Criança, com a transformação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância daquele Departamento.</p> <p>- O Ipen passou a se chamar Instituto Evandro Chagas (IEC), em homenagem ao cientista, morto prematuramente num acidente aéreo.</p>
1941	<p>- Realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde, de ideologia mais curativa do que preventiva. Nova reforma da Saúde Pública Federal, orientada por Barros Barreto. A estrutura criada manteve as linhas gerais durante vários anos, apesar dos cortes sofridos em várias oportunidades. Reorganização do Departamento Nacional de Saúde no Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Atenção para o art. 2º do Decreto Lei nº 3.171/41, que estabelece que o Departamento Nacional de Saúde compor-se-á dos seguintes órgãos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divisão de Organização Sanitária; - Divisão de Organização Hospitalar; - Instituto Oswaldo Cruz; - Serviço Nacional de Lepra; - Serviço Nacional de Tuberculose; - Serviço Nacional de Febre Amarela; - Serviço Nacional de Malária; - Serviço Nacional de Peste; - Serviço Nacional de Doenças Mentais; - Serviço Nacional de Educação Sanitária; - Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; - Serviço de Saúde dos Portos; - Serviço Federal de Águas e Esgotos; - Serviço Federal de Bioestatística; - 7 Delegacias Federais de Saúde (Decreto Lei nº 3.171, de 02/04/1941).
<p>* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações.</p> <p>* Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações.</p> <p>* Fonte: Site do Instituto Evandro Chagas - IEC - com adaptações.</p>	

APÊNDICE 7 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1942	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizou o Ministério da Educação e Saúde a organizar o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em cooperação com o <i>Institute of Interamerican Affairs</i>, do Governo Americano (Decreto Lei nº 4.275/42). - Assinado convênio básico que estabelecia o desenvolvimento de atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária às populações da Amazônia, onde se extraía a borracha necessária ao esforço de guerra. - O Instituto Evandro Chagas (IEC) passou a integrar o Sesp, na condição de laboratório central. A ampliação do convênio básico levou o Sesp a atuar no Vale do Rio Doce, prestando assistência aos trabalhadores na reconstrução da estrada de ferro Vitória-Minas.
1943	<ul style="list-style-type: none"> - Criação da Campanha Contra a Boubá. - Implantação dos Postos Experimentais de Combate à Esquistossomose (Catende/PE) e ao Tracoma (Jacarezinho/PR).
1944	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do Serviço Nacional de Helminthoses (em especial a esquistossomose e a ancilostomose). - Novo convênio com o governo americano assegurou o funcionamento do Sesp até 1948.
1948	<ul style="list-style-type: none"> - Instalado o Centro de Estudos do Instituto Oswaldo Cruz, em Bambuí/MG, que desenvolveu os primeiros estudos para o controle da doença de Chagas. - Criação do primeiro Conselho de Saúde, considerado por William Wech o marco inicial da Saúde Pública moderna.
<p>* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações. * Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações. * Fonte: Site do Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) - Fiocruz - com adaptações.</p>	

APÊNDICE 8 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1951	- Assembléia Mundial da Saúde de promove o controle mundial da varíola.
1953	- Criação do Ministério da Saúde , regulamentado pelo Decreto nº 34.596/53 e Lei nº 1.920/53. Tornou-se obrigatória a iodação do sal de cozinha destinado a consumo alimentar nas regiões bocígenas do país (Lei nº 1.944/53).
1954	- Estabelecimento de normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde: " <i>Art.1º - É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo</i> " (Lei nº 2.312/54).
1956	Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu) , que incorporou os programas existentes, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma), órgãos do novo Ministério da Saúde (Lei nº 2.743/56). - Delimitação da área bocígena no Brasil e regulamentação do uso do sal iodado (Decreto nº 39.814/56).
1958	- Criação do Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária (Gtem) .
1960	- Transforma o Sesp em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp) , vinculada ao Ministério da Saúde (Lei nº 3.750/60).
1961	- Início da produção, no Brasil, da vacina liofilizada contra a varíola , em substituição à tradicional, em forma de linfa, pouco estável. - Realização das primeiras campanhas com a vacina oral contra a poliomielite : projetos experimentais em Petrópolis/RJ e Santo André/SP. - Introdução da técnica de diagnóstico laboratorial da poliomielite pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC). - Regulamentação do Código Nacional de Saúde (Lei nº 2.312/54), estabelecendo as normas gerais sobre defesa e proteção da saúde (Decreto nº 49.974-A/61).
1962	- Instituição da Campanha Nacional contra a Varíola , coordenada pelo Departamento Nacional de Saúde, com a organização de operações de vacinação em diversos estados, mediante mobilização de recursos locais. - Primeiro ensaio para administração da vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) intradérmica , no Brasil.
1965	- Criação da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) , independente do DENERu (Lei nº 4.709/65).
1966	- Criação da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) , também subordinada diretamente ao Ministério da Saúde, dirigida por pessoal dos quadros da Fundação Sesp (Decreto nº 59.153/66).
1969	- O Sesp passou a denominar-se Fundação de Serviços de Saúde Pública Fsesp (Decreto Lei nº 904/69). - Organizado, pela Fundação Sesp (Fsesp), o sistema de notificação de algumas doenças transmissíveis , prioritariamente aquelas passíveis de controle por meio de programas de vacinação. Criação, pela Fsesp, do Boletim Epidemiológico .
* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações. * Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações.	

APÊNDICE 9 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1970	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganização administrativa do Ministério da Saúde - criando-se: a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde (Dnees) e unidades de Vigilância Epidemiológica da Varíola, em âmbito estadual. - Instituída a Fundação Oswaldo Cruz, congregando inicialmente o então Instituto Oswaldo Cruz. As demais unidades que hoje compõem a Fiocruz foram incorporadas ao longo dos anos. - Instituída a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde (posteriormente Escola Nacional de Saúde Pública - Ensp). - Instituído o Instituto Fernandes Figueira. - Massacre de Manguinhos.
1971	<ul style="list-style-type: none"> - Instituído o Plano Nacional de Controle da Poliomielite, importante marco para as atividades de vacinação do país. - Criação da Central de Medicamentos (Ceme) e início da organização do sistema de produção e distribuição de medicamentos essenciais, inclusive produtos imunobiológicos.
1975	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica (Camem). - Início da implantação, em todo país, do sistema de registro de doses de vacinas aplicadas.
1976	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de normas relativas à notificação compulsória de doenças (Decreto nº 78.231/76). - Extinção da exigência de atestado de vacinação contra a varíola (Decreto nº 78.248/76). - Estabelecimento das doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 314/76). - Campanha de Vacinação Contra a Meningite Meningocócica (Sucam e Fsesp).
1977	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação do modelo da caderneta de vacinação (Portaria GM/MS nº 85/77). - Ocorrência dos últimos casos de varíola registrados no mundo. - Publicação do Manual de Vigilância Epidemiológica e Imunizações Normas e Instruções. - Instituiu o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Portaria GM/MS nº 280/77). - Aprovação da meta de imunizar todas as crianças no mundo até 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). - Definição das vacinas obrigatórias para os menores de um ano, em todo território nacional (Portaria Ministerial nº 452/77).
1979	<ul style="list-style-type: none"> - Certificação, pela OMS, da erradicação global da varíola. - Implantação, pela Fiocruz, do concentrado viral para diluição da vacina contra sarampo. - Publicação e distribuição, pela Fundação Sesp (Fsesp), do documento "<i>O Refrigerador na Conservação de Vacinas</i>."
1980	<ul style="list-style-type: none"> - Extinção da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola (Portaria GM/MS nº 55/80). - Constituição do Grupo Interministerial de Coordenação incumbido de elaborar o Plano de Ação de Controle da Poliomielite, promover e coordenar o seu desenvolvimento em âmbito nacional (Portaria GM/MS nº 106/80).
1981	<ul style="list-style-type: none"> - Executado o Plano de Ação Contra o Sarampo, por intermédio de campanhas

	<p>estaduais de vacinação (adoção da estratégia de campanha para a vacina contra o sarampo, mantida por alguns estados em 1982 e 1983).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituído o Grupo de Trabalho para o Controle da Qualidade de Imunobiológicos (GT/CQI - Portaria GM/MS nº 163/81). - Transferência formal à Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (Snabs), do Ministério da Saúde, da coordenação dos Programas Nacionais de Imunizações e de Vigilância Epidemiológica, que havia sido delegada à Fsesp, em 1974. - Inauguração do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fiocruz.
1982	<ul style="list-style-type: none"> - Dinamizado o sistema de informações sobre a mortalidade, com a publicação do primeiro Anuário de Dados. - Estabelecidas Normas Técnicas para o Sistema de Vigilância Epidemiológica. - Mudança do esquema de vacinação contra o sarampo, recomendando dose única, a partir dos nove meses de idade. - Publicação e distribuição do documento "<i>Bases Técnicas para Programas de Controle da Poliomielite</i>" e consolidação de toda a orientação normativa sobre o assunto. - Realização do Encontro Nacional de Controle de Doenças e do 1º Curso Nacional sobre Rede de Frio.
1983	<ul style="list-style-type: none"> - A estratégia de dias nacionais de vacinação passa a ser recomendada pela Opas e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), sendo adotada por outros países latino-americanos. - Início da realização, pelo INCQS, do controle de qualidade dos imunobiológicos distribuídos pelo PNI. - Criação do Comitê Interorgânico de Controle de Doenças Transmissíveis. - Realização do Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (Tbve), nas cinco macrorregiões do país.
1984	<ul style="list-style-type: none"> - Realizados dois dias nacionais de multivacinação, com a aplicação seletiva das vacinas DPT e contra o sarampo, em 24 unidades federadas. - Introdução, em alguns estados, da estratégia de multivacinação utilizando a mobilização para os dias nacionais de vacinação contra a poliomielite. - Publicação e distribuição da primeira edição do Manual de Vacinação do PNI. - Publicação e distribuição de cartilhas sobre Vigilância das Doenças Imunopreveníveis, destinadas ao pessoal auxiliar de saúde.
1985	<ul style="list-style-type: none"> - Instituído o Programa de Controle de Acidentes Ofídicos. - Início do Programa Pólio Plus, do Rotary Internacional, para promover a imunização infantil. - Criação da Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (Cenadi), na Fiocruz. - Elaboração da proposta de Política Nacional de Imunobiológicos e do Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni). - Aprovação, pela Conferência Sanitária Pan-Americana, de proposta para erradicar a transmissão de poliovírus selvagem no continente. - Criação do Subsistema Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis. - Realização, em âmbito nacional, do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (Cbve), do Curso Intensivo de Vigilância Epidemiológica (Cive) e do Curso de Aperfeiçoamento para Epidemiologistas. - Avaliação da capacitação de recursos humanos com o Cbve e o Cive, pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). - Publicação e distribuição da primeira edição do Guia de Vigilância Epidemiológica.
<p>* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações. * Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações.</p>	

APÊNDICE 10 - Histórico do Direito Sanitário brasileiro

ANO	QUADRO RESUMO DOS PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS
1986	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação do Plano de Ação para a Erradicação da Poliomielite no Brasil (Resolução Ciplan nº 4/86). - Introdução do Dia Nordestino de Vacinação Contra a Poliomielite. - Criação do personagem símbolo da erradicação da poliomielite, o Zé Gotinha, e publicação do documento "<i>A marca de um compromisso.</i>" - Publicação e distribuição da primeira edição do "Manual de Procedimentos para Vacinação". - O Brasil, como membro do Conselho Diretivo da Opas, aprovou a Resolução nº 31, que propôs a erradicação da transmissão do poliovírus selvagem nas Américas. - Criação do grupo técnico incumbido de coordenar as atividades pertinentes à erradicação da poliomielite no país, o GT/Pólio. - Realização, no Rio de Janeiro, do 1º Curso Internacional de Vigilância Epidemiológica para Erradicação da Poliomielite nas Américas, promovido pela Opas/OMS. - Elaboração do Plano de Ação para o Programa de Erradicação da Poliomielite e sua aprovação em âmbito interministerial. - Início da edição do Informe Semanal do Programa de Erradicação da Poliomielite. - VIII Conferência Nacional de Saúde, marco para as bases da criação do Sistema Único de Saúde.
1987	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) nos estados (Decreto nº 94.657/87). - Realização de inquérito de cobertura em municípios com alta incidência de poliomielite. - Ampliação da marca-símbolo da erradicação da poliomielite, o Zé Gotinha, para todo o PNI e publicação do documento "<i>A marca: desenvolvimento e uso.</i>"
1988	<ul style="list-style-type: none"> - Nova Constituição Federal → TÍTULO VIII Da Ordem Social → CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL → Seção II DA SAÚDE.
1989	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorrência do último caso de poliomielite no Brasil. - Elaboração do documento: "<i>PNI 15 anos, uma análise crítica.</i>" - Início do controle da hepatite B, com a realização de vacinação na Amazônia Ocidental.
1990	<ul style="list-style-type: none"> - Transferência das atribuições, do acervo e dos recursos orçamentários da Sucam para a Fsesp, que passou a denominar-se Fundação Nacional de Saúde (Medida Provisória nº 151/90 e Lei nº 8.029/90). - Transferência da Snpes para a Sucam o Programa de Controle da Hanseníase e outras dermatoses (Portaria GM/MS nº 873/90). - Instituição do SUS, definindo seus objetivos, competências, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção e gestão (Lei nº 8.080/90). - Criação do subsistema de atenção à saúde indígena (Lei nº 8.080/90). - Incorporação à Fundação Nacional de Saúde (FNS) das atividades de informática do SUS, desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) (Lei nº 8.101/90). - Gestão participativa no SUS (Lei nº 8.142/90). - Evolução das coberturas de vacinação para índices em torno de 90%. - Criação pela Opas/OMS da Comissão Internacional para Certificação da Erradicação da Poliomielite nas Américas.
1991	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação do Projeto de Saúde Yanomami (Portaria Interministerial MS/MJ nº 316/91).

	<ul style="list-style-type: none"> - Intensificação da vacinação de recém-nascidos com a BCG-ID, nas maternidades de grande porte. - Introdução da vacinação contra a febre amarela na rotina dos serviços permanentes de vacinação, nas áreas endêmicas. - Implementação e ampliação da vacinação contra a hepatite B, na Amazônia Ocidental. - Instituição da Fundação Nacional de Saúde (Decreto nº 100/91). - Aprovação da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde (Decreto nº 109/91). - Criação do Comitê Técnico Assessor de Imunizações (Portaria GM/MS nº 389/91). - Início do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal, com vacinação de mulheres em idade fértil, nos municípios de risco. - Publicação e distribuição do documento "<i>Como Organizar a Vacinação no Município</i>", produzido pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam) e pelo Unicef. - O Programa Nacional de Imunizações (PNI) recebe o Prêmio Criança e Paz 1991, outorgado pelo Unicef, como programa que se destacou na defesa e na promoção dos direitos da criança e do adolescente. - Realização de concurso para homenagear municípios do Nordeste que alcançaram coberturas iguais ou superiores a 80%, promovido pelo Unicef e pelo Ibam. - Extinção do INAMPS (com a transferência da assistência médica da Previdência para o Ministério da Saúde).
1992	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, com a realização de campanha nacional de vacinação em menores de 15 anos. - Implantação da vacina contra a hepatite B, para grupos de alto risco de infecção pelo vírus HB, em todo país. - Início da implantação do Sistema de Vigilância de Eventos Adversos à Vacinação. - Redefinição dos instrumentos para coleta das informações do PNI, com desmembramento por idade e inclusão dos códigos do SIA/SUS. - Edição do Informe Epidemiológico do SUS, pelo Cenepi/FNS/MS.
1993	<ul style="list-style-type: none"> - Publicação e distribuição do documento "<i>A Criança, a Vacina e o Município</i>", produzido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pelo Grupo de Defesa dos Direitos da Criança, pelo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), pela a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).
1994	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenção, pelo Brasil, do Certificado Internacional de Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem.
1995	<ul style="list-style-type: none"> - Lançamento do Projeto para Redução da Mortalidade na Infância (Prmi), integrante do Programa Comunidade Solidária.
1996	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de campanha nacional de vacinação contra a hepatite B, envolvendo escolares e odontólogos (em parceria com o Conselho Nacional de Odontologia).
1997	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação da vacina monovalente contra a rubéola no pós-aborto e no pós-parto. - Conclusão e publicação das Normas de Produção e Controle de Qualidade das Vacinas Bacterianas, de Soros e da Vacina Anti-Rábica de uso humano (Portaria GM/MS nº 661/97).
1998	<ul style="list-style-type: none"> - Transferência da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 3.635/98 e nº 3.637/98). - Implantação, na rotina, da vacina contra o Haemophilus influenzae tipo B, para menores de um ano, em todo o país. - Aquisição, armazenamento e distribuição das vacinas contra a raiva de uso humano e de uso canino, e do soro anti-rábico.

	<ul style="list-style-type: none"> - Informatização do Sistema de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação. - Responsabilização direta dos municípios pela execução da vacinação, na rede de serviços, a partir da sua habilitação às condições de Gestão estabelecidas pela NOB/96.
1999	<ul style="list-style-type: none"> - Transferência da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Fundação Nacional de Saúde (Art. 28-B - Medida Provisória nº 1.911-8/99). - Disposição sobre as condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS e estabelecimento das condições de assistência à saúde dos povos indígenas pela Funasa (Decreto nº 3.156/99). - Criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Lei nº 9.836/99). - Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei - Portaria Funasa nº 852/99).
2000	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de critérios e procedimentos para aplicação de recursos financeiros (Portaria Funasa nº 176/00). - Alteração dos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal (1988) e acréscimo do artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (Emenda Constitucional nº 29/00). - Controle e Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu padrão de potabilidade (Portaria GM/MS nº 1.469/00).
2001	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de ação integrada do Ministério da Saúde e Ministério Desenvolvimento Agrário, no Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (Piacm) (Portaria Interministerial MS/MDA nº 279/01). - Implantação da Agenda Nacional de Saúde. - Definição da relação de doenças de notificação compulsória em todo o território nacional (Portaria GM/MS nº 1.943/01). - Adoção da vacinação obrigatória de trabalhadores das áreas portuárias, aeroportuárias, de terminais e passagens de fronteira (Portaria GM/MS nº 1.986/01). - Criação da Comissão Permanente de Saúde Ambiental do Conselho Nacional de Saúde (Portaria GM/MS nº 2.253/01).
2002	<ul style="list-style-type: none"> - Instituição, no âmbito do SUS, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a ser desenvolvido pelos três níveis de gestão. - Alteração da Lei nº 8.080/90, dispondo sobre a assistência domiciliar no âmbito do SUS (Lei nº 10.424/02).
2003	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da XII Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sergio Arouca) de 07 a 11/12/2003. - Aprovação das Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria GM/MS nº 70, de 20/01/2004).
2008	<ul style="list-style-type: none"> - Criação da Rede Direito Sanitário (Rede DS).
2012	<ul style="list-style-type: none"> - I Congresso Nacional de Direito Sanitário.
<p>* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações. * Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações.</p>	

APÊNDICE 11 - Rol de dispositivos constitucionais sobre princípios aplicados à saúde

→ DIREITOS E GARANTIAS

Art. 5º [...] § 1º - As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

[...]

Art. 102. Compete ao Supremo Tribunal Federal, precipuamente, a guarda da Constituição, cabendo-lhe: [...] § 1.º A arguição de descumprimento de preceito fundamental, decorrente desta Constituição, será apreciada pelo Supremo Tribunal Federal, na forma da lei.

→ PARTICIPAÇÃO POPULAR

Art. 49. É da competência exclusiva do Congresso Nacional: [...] XV - autorizar referendo e convocar plebiscito;

[...]

Art. 58. O Congresso Nacional e suas Casas terão comissões permanentes e temporárias, constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação. [...] § 2º - às comissões, em razão da matéria de sua competência, cabe: [...] II - realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil;

[...]

Art. 61. A iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou Comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos, na forma e nos casos previstos nesta Constituição. [...] § 2º - A iniciativa popular pode ser exercida pela apresentação à Câmara dos Deputados de projeto de lei subscrito por, no mínimo, um por cento do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco Estados, com não menos de três décimos por cento dos eleitores de cada um deles.

[...]

Art. 103. Podem propor a ação direta de inconstitucionalidade e a ação declaratória de constitucionalidade: [...] VIII - partido político com representação no Congresso Nacional; IX - confederação sindical ou entidade de classe de âmbito nacional.

→ FISCALIZAÇÃO

Art. 74. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de: [...] § 2º - Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União.

→ PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA DE SAÚDE

Art. 29. O Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, na Constituição do respectivo Estado e os seguintes preceitos: [...] X - julgamento do Prefeito perante o Tribunal de Justiça;

[...]

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: [...] III - participação da comunidade.

→ RESPONSABILIDADE

Art. 85. São crimes de responsabilidade os atos do Presidente da República que atentem contra a Constituição Federal e, especialmente, contra: [...] III - o exercício dos direitos políticos, individuais e sociais;

→ REMÉDIOS

Art. 5º [...] LXVIII - conceder-se-á "habeas-corpus" sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;

LXIX - conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por "habeas-corpus" ou "habeas-data", quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público;

LXX - o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por:

- a) partido político com representação no Congresso Nacional;
- b) organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;

LXXI - conceder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania;

LXXII - conceder-se-á "habeas-data":

- a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;
- b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo;

→ AÇÃO POPULAR

LXXIII - qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;

→ MINISTÉRIO PÚBLICO

Art. 127 a 130

→ DEFENSORIA PÚBLICA

Art. 5º [...] LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;
[...]

Art. 134. A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma do art. 5º, LXXIV.

→ A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

→ A SAÚDE COMO GARANTIA NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: [...] XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

→ TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL → CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL → SEÇÃO II - DA SAÚDE

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de

suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

→ RESTRIÇÕES À PROPAGANDA

CAPÍTULO V - DA COMUNICAÇÃO SOCIAL

Art. 220. A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição.

§ 1º - Nenhuma lei conterá dispositivo que possa constituir embaraço à plena liberdade de informação jornalística em qualquer veículo de comunicação social, observado o disposto no art. 5º, IV, V, X, XIII e XIV.

§ 2º - É vedada toda e qualquer censura de natureza política, ideológica e artística.

§ 3º - Compete à lei federal:

I - regular as diversões e espetáculos públicos, cabendo ao Poder Público informar sobre a natureza deles, as faixas etárias a que não se

recomendem, locais e horários em que sua apresentação se mostre inadequada;

II - estabelecer os meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e televisão que contrariem o disposto no art. 221, bem como da **propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.**

§ 4º - A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita a restrições legais, nos termos do inciso II do parágrafo anterior, e conterá, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso.

§ 5º - Os meios de comunicação social não podem, direta ou indiretamente, ser objeto de monopólio ou oligopólio.

§ 6º - A publicação de veículo impresso de comunicação independe de licença de autoridade.

Art. 221. A produção e a programação das emissoras de rádio e televisão atenderão aos seguintes princípios:

I - preferência a finalidades educativas, artísticas, culturais e informativas;

II - promoção da cultura nacional e regional e estímulo à produção independente que objetive sua divulgação;

III - regionalização da produção cultural, artística e jornalística, conforme percentuais estabelecidos em lei;

IV - respeito aos valores éticos e sociais da pessoa e da família. [...]

APÊNDICE 12 - Breve histórico legislativo brasileiro de normas de interesse sanitário

ANO	Nº DA NORMA	DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA NORMA
1966	Lei nº 5.081	Regulamenta o exercício da Odontologia no Brasil.
1973	Lei nº 5.991	Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.
1976	Lei nº 6.360	Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.
1988	Constituição Federal	Constituição federal: TÍTULO VIII Da Ordem Social → CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL → Seção II DA SAÚDE.
1990	Lei nº 8.080	Lei Orgânica da Saúde.
1990	Lei nº 8.142	Dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais na saúde.
1993	Lei nº 8.689	Cria o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	NOB 01/96	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.
1996	Lei nº 9.279/96	Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial.
1996	Lei nº 9.313	Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.
1997	Portaria GM/MS nº 1.886	Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
1998	Lei nº 9.656	Regula a questão dos planos de saúde.
1998	Portaria GM/MS nº 3.916	Define a Política Nacional de Medicamentos.
1998	Portaria GM/MS nº 3.925	Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.
1999	Lei nº 9.782	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, (ANVISA) e definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
1999	Lei nº 9.787	Estabelece o Medicamento Genérico.
1999	Lei nº 9.797	Lei da cirurgia de plástica de mama pelo SUS.

1999	Portaria GM/MS nº 1.077	Criação do Programa para a Aquisição dos Medicamentos para a Área de Saúde Mental.
1999	Portaria GM/MS nº 1.399	Criação do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.
2000	Lei nº 9.961	Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências.
2000	Emenda Constitucional nº 29	Altera e acrescenta artigos da CF para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
2001	Portaria GM/MS nº 17	Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde.
2002	Portaria GM/MS nº 1.919	Institui a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA).
2006	Projeto de Lei nº 7.703	Projeto ainda em tramitação que prevê o "ato médico".
2008	Lei nº 11.705	Altera a Lei nº 9.503/97 (Código de Trânsito Brasileiro) e a Lei nº 9.294/96 (dispõe sobre restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas).
2011	Lei nº 12.466	Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.
* Fonte: Site da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - com adaptações.		
* Fonte: Site da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - com adaptações.		

APÊNDICE 13 - Caso da quebra de patentes farmacêuticas pelo Brasil

O Brasil, por pressões da comunidade externa, aprovou a Lei de Patentes (Lei nº 9.279/96), estendendo a possibilidade de registro de patentes a produtos farmacêuticos (inclusive a microrganismos transgênicos). Porém, esta lei já previa em sua redação original algumas flexibilidades no uso de medicamentos patenteados após três anos da concessão, como as licenças compulsórias (popularmente chamadas de "quebras de patentes") previstas em dois casos: emergência nacional e ausência de produção local.

Editada no mesmo ano, a Lei nº 9.313/96 garantiu a política de distribuição universal de medicamentos para portadores de HIV/Sida, incluindo o "interesse público na área da saúde" como hipótese de "quebra de patente" de medicamentos.

Com tais medidas, o país se envolveu em inúmeras discussões internacionais, apenas definitivamente encerradas pela Declaração de Doha, que estabeleceu que o ADPIC (Acordo Relativo aos Aspectos do Direito da Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio - mais conhecido pela sigla inglesa TRIPs: *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) não deveria proibir as nações de tomarem medidas com vistas à promoção da saúde pública, especialmente no que tange ao acesso universal a medicamentos.

Assim, surgiu a autorização legal para o Brasil promover a "quebra de patente" dos medicamentos destinados ao tratamento do HIV/Sida, colocando o interesse público acima do direito privado de registro de patentes.

* Fonte: dos autores.

As patentes são a forma mais comum de proteção dos direitos de exclusividade industrial, trata-se de um verdadeiro monopólio temporário (cerca de 20 anos) sobre a produção que utiliza idéias novas e úteis. Porém, são também responsáveis pelos altos preços dos medicamentos, haja vista os medicamentos genéricos custarem, em geral, menos do que seus similares patenteados (MARQUES, 2000, s.p.).

Isso ocorre porque, como já visto neste capítulo, são as indústrias farmacêuticas as maiores pesquisadoras nesta área e, conseqüentemente, as detentoras das futuras patentes de medicamentos e de seus lucros. Não é por acaso que o Brasil contribuiu com cerca de 40% das patentes concedidas na América Latina nos últimos anos, o país é alvo de alocação diversas pesquisas, as quais, na maioria, pertencem a grupos estrangeiros, especialmente norte-americanos (MARQUES, 2000, s.p.).

Inegável a contribuição de tais pesquisas para a descoberta e

desenvolvimento de novos medicamentos. Contudo, deveriam ser desenvolvidas por centros de estudos imparciais, que pudessem garantir os direitos dos sujeitos de pesquisa envolvidos e da população em geral de forma satisfatória. Infelizmente, como já discutido neste capítulo, o que move o avanço de tais pesquisas não é o interesse em se buscar novas soluções, mas sim a finalidade lucrativa.

As patentes são o resguardo necessário às indústrias farmacêuticas para que suas descobertas não sejam comercialmente exploradas por quem não realizou as pesquisas. Isso, de certa forma, assegura o interesse na implementação e desenvolvimento de pesquisas. No entanto, as pesquisas que promovem novas curas são as mesmas que promovem atrocidades e altíssimos lucros.

Por outro lado, a saúde é direito universal do homem. Para que tal direito se concretize na prática, necessário se faz que a vontade política esteja presente e que o profissional de saúde receba formação profissional holística, colocando a vida do paciente acima de interesses de mercado (Pérez, Morales, Blet, Botell, Rojas, 2009). Note que a própria bioética de intervenção, utilitarista, defende a idéia de que a concretude social é manifestada no corpo das pessoas, cuja totalidade somática materializa e sustenta a vida social. Não existe corpo individual que não seja parte de corpo social (PORTO; GARRAFA, 2011, s.p.).

No caso específico de portadores de HIV/Sida, deve-se ter em mente que os mesmos são pacientes que sofrem, ao menos, duplamente: uma vez por terem sua saúde física debilitada, carregando nas costas uma verdadeira sentença de morte sem data definida; outra, por conta do isolamento causado pela estigmatização social da doença. Trata-se de um verdadeiro processo de adoecimento social que acompanha o físico (PÉREZ; MORALES; BLET; *et al.*, 2009, s.p.).

O mais importante no tratamento de tais pacientes é considerá-los como seres únicos, com amplo direito a saber a verdade sobre seu estado e a tomar

decisões em relação a ele, recebendo cuidado físico e psicoespiritual adequado. O tratamento desses pacientes ainda exige equipe multidisciplinar e estrutura adequada, necessária ao tratamento da "doença social", que pode ser ainda mais mutilante do que a física em si (PÉREZ; MORALES; BLET; *et al.*, 2009, s.p.).

Esta infra-estrutura (incluindo a mão de obra especializada) deve ser capaz de garantir quantidade e qualidade de vida a tais pacientes, só assim estará de acordo com os preceitos da Bioética, especialmente com o princípio da beneficência. Sendo assim, o atendimento digno de tais pacientes não deve apenas incluir tratamentos paliativos, aliviando as dores da morte, ele deve incluir o próprio direito a tratamento que amplie a vida, já que a cura (ainda) não é possível (PÉREZ; MORALES; BLET; *et al.*, 2009, s.p.).

Dentro dessa visão bioética de promoção da saúde e de proteção, a assistência farmacêutica "total" aos pacientes de HIV/Sida deve ser assegurada. Esta política, que ocorre no Brasil por meio do acesso universal à saúde realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), só foi possível com a "quebra da patente" dos medicamentos destinados ao tratamento da doença (MARQUES, 2000, s.p.).

Ponto que deve-se destacar neste Sistema Único, de acesso universal e integral, é a vigência da cultura dos limites, ou seja, a necessidade de seleção de quais procedimentos serão adotados por questões de escassez e finitude de recursos orçamentários. Mais uma boa justificativa para a "quebra de patentes", já que quando os recursos são limitados, os lucros (dos detentores de patentes) podem custar vidas (BOY, SCHRAMM, 2009).

O equilíbrio entre os danos privados das "quebras de patentes" e os benefícios universais e integrais de acesso a medicamentos jamais seria adequado sem uma justificativa moralmente maior: salvar vidas! (KALAMATIANOS; NARVAI, 2006, s.p.).

Hoje, todos os pacientes de HIV/SIDA no Brasil têm acesso aos

medicamentos gratuitamente. Tudo isso gerou a queda de indicadores de mortalidade da doença e a realização efetiva de interesses que deveriam ter sido primários desde o início do processo de desenvolvimento dos referidos fármacos (MARQUES, 2000, s.p.).