



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

Júlia Teixeira Portolese

**A importância do Sistema Único de Saúde como política pública
democrática no contexto do Direito Brasileiro**

DOUTORADO EM DIREITO CONSTITUCIONAL

São Paulo

2023

Júlia Teixeira Portolese

**A importância do Sistema Único de Saúde como política pública
democrática no contexto do Direito Brasileiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Direito da Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo como requisito parcial para obtenção do título
de DOUTORA em Direito Constitucional.

Área de concentração: Direito Constitucional

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Lima Porta

São Paulo

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Portolese, Júlia Teixeira

A Importância do Sistema Único de Saúde como Política Pública Democrática no Contexto do Direito Brasileiro/ Júlia Teixeira Portolese - 2023.

256 p.

Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Direito, PUCSP

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Lima Porta

1. Direito à Saúde. 2. Política Pública de Saúde. 3. Orçamento Público SUS. 4. Democracia no SUS. 5. Gestão Social da Saúde. I. Porta, Marcos de Lima. II. Título.

Júlia Teixeira Portolese

A importância do Sistema Único de Saúde como política pública democrática no contexto do Direito Brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de DOUTORA em Direito Constitucional

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Marcos de Lima Porta - Orientador

Prof^a. Dra. Eliana Franco Neme

Prof^a. Dra. Flávia de Campos Pinheiro

Prof. Dr. Jeferson Moreira de Carvalho

Prof^a. Dra. Juliana Cardoso Ribeiro Bastos

Prof. Dr. Cláudio José Amaral Bahia - Suplente

Prof. Dr. Luiz Alberto David Araújo - Suplente

Aprovada em: _____

Local de defesa: _____, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Marcos Porta pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Também, pelas vezes que nos comunicamos, bastavam alguns minutos de conversa e umas poucas palavras para ajuda e esclarecimentos.

Aos membros da Banca de Qualificação e Banca de Defesa, Prof. Luiz Alberto David Araújo, Profa. Juliana Ribeiro Bastos, Profa. Flávia de Campos Pinheiro, Profa. Eliana Franco Neme, Prof. Jeferson Moreira de Carvalho e Prof. Cláudio José Amaral Bahia que gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta Tese.

Aos amigos e amigas do Curso de Doutorado de Direito, obrigada pelo convívio, amizade e apoio demonstrados.

Aos profissionais Rui e Rafael da Secretaria de Direito pela colaboração, auxílio e informações sobre o curso.

Ao Professor Paulo de Barros Carvalho pelos ensinamentos e dedicação ao longo do processo de formação individual e coletivo.

À minha mãe e ao meu pai deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, dedicação, compreensão que vocês me dão a cada novo dia. À minha irmã e aos meus sobrinhos.

Ao Professor Paulo de Barros Carvalho pelos ensinamentos e dedicação ao longo do processo de formação individual e coletivo.

À minha mãe e ao meu pai deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, dedicação, compreensão que vocês me dão a cada novo dia. À minha irmã e aos meus sobrinhos.

EPÍGRAFE

Caminante no hay camino

*Caminante, son tus huellas
El camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
Se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.*

Antonio Machado

RESUMO

PORTOLESE, Júlia Teixeira. **A importância do Sistema Único de Saúde como política pública democrática no contexto do Direito Brasileiro**. 2023. 256p. Tese (Doutorado em Direito Constitucional) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

A presente tese pretende conhecer e explorar temas como a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro com observância da Constituição Federal de 1988; a história da criação desse sistema no Brasil; os limites à garantia do direito à saúde; as tensões entre direitos universais e individuais à saúde; a saúde pública e sua gestão social; a definição e os princípios de um Sistema Único de Saúde eficiente; as ações e principais modalidades de políticas públicas de saúde no Brasil; a repartição de competências dos entes federados para a efetivação da política de medicamentos do SUS na Constituição Federal; a implementação dos ciclos de políticas públicas; o orçamento público do SUS e a previsão constitucional do seu financiamento; o planejamento e orçamento do Fundo Nacional de Saúde e a discussão do mínimo existencial e da reserva do possível neste setor; a democracia no Sistema Único de Saúde e suas teorias, conceitos e modalidades de participação social; a gestão social da saúde no âmbito do SUS, as reformas da Administração Pública e o modelo gerencial no Brasil; o desenvolvimento dos direitos de cidadania no SUS; a participação popular e o controle pela sociedade no Sistema Único de Saúde, com o intuito de cumprir a garantia de acesso à saúde. Esta política beneficia a inclusão social de membros marginalizados da sociedade ao ampliar as formas de prestação de serviços e fornecimento de produtos essenciais, bem como demonstra que o Poder Judiciário, por intermédio de suas atribuições, concretiza os direitos humanos e fundamentais coletivos e/ou individuais dos cidadãos assegurados na Constituição Brasileira de 1988. Ao final, após aprofundamento dos assuntos mencionados anteriormente, verificar-se-á sobre a existência e o cumprimento do dever de um SUS mais eficiente em conjunto com outros entes federativos e não federativos, atendem ou não à garantia de uma política pública aos hipossuficientes e a todos que dela necessitarem na concretização do direito à saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde. Política pública de saúde. Orçamento público SUS. Democracia no SUS. Gestão social da saúde.

ABSTRACT

PORTOLESE, Júlia Teixeira. **The importance of Unified Health System as a Democratic Public Policy on Brazilians' Law Context.** 2023. 256p. Thesis (Doctorate in Constitutional Law) - "Pontifícia Universidade Católica de São Paulo", São Paulo, 2023.

The present thesis intends to know and explore themes such as creation of Brazilian Unified Health System in compliance with Federal Constitution of 1988; history of systems' creation in Brazil; limits to guarantee health right; tensions between universal and individual health rights; public health and its social management; definition and principles of an efficient Unified Health System; actions and main modalities of public health policies in Brazil; competences' division of federal entities for effectiveness of Unified Health System medicine policy on Federal Constitution; implementation of public policy cycles; Unified Health System public budget and constitutional provision for its funding; plan and budget of National Health Fund and discussion about existential minimum and possible reserve in this sector; democracy on Unified Health System its theories, concepts and modalities of social participation; social management of health within the scope of Unified Health System; public administration reforms and its management model in Brazil; development of citizenship rights on Unified Health System; popular participation and control by society with the aim of fulfilling guarantee of access to health. This policy benefits social inclusion of marginalized members' society by broadening ways of provide services and supplying essential products, as well as demonstrate the Judiciary, through its attributions is capable of realize collective or individual human and fundamental rights of citizen guaranteed in the Brazilian Constitution of 1988. In the end, after discuss issues mentioned above, we will verify about an existence and fulfillment of duty related to a better efficient Unified Health System with other federative and non-federal entities, whether or not they meet the guarantee of public policy for hyposufficients and all who need it to realize healths' right.

Keywords: The right of health. Public health policy. Public budget of the unified system health. Democracy in the unified system health. Social health management.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT -	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ADCT -	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIDS -	Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPS -	Ações e Serviços Públicos em Saúde
BID -	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CF -	Constituição Federal
CIS -	Centro Integrado de Saúde
CIT -	Comissão Intergestores Tripartite
CNS/MS -	Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
COMSUS -	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CONASEMS -	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC -	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CPMF -	Contribuição Previdenciária sobre Movimentação Financeira
DST -	Doença Sexualmente Transmissível
EC -	Emenda Constitucional
Fiocruz -	Fundação Oswaldo Cruz
FPE -	Fundo de Participação dos Estados
FPM -	Fundo de Participação dos Municípios
FunRural -	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
ICMS-	Imposto sobre Circulação de Mercadoria
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INMETRO -	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
IPI -	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA -	Imposto sobre Veículo Automotor
IRRF -	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS -	Imposto sobre Serviço
ITBI -	Imposto de Transmissão sobre Bens Imóveis
ITCMD -	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação
ITR -	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
LDO -	Lei de Diretrizes Orçamentárias
ONG -	Organização Não Governamental

ONU -	Organização das Nações Unidas
OSCIP -	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PDT -	Partido Democrático Trabalhista
PEC -	Proposta de Emenda à Constituição
PIB -	Produto Interno Bruto
PMDB-MG -	Partido do Movimento Democrático Brasileiro de Minas Gerais
PT-SP -	Partido dos Trabalhadores de São Paulo
RENAME -	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SESA -	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
STF -	Supremo Tribunal Federal
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBI -	Renda Universal Básica
UERJ -	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICAMP -	Universidade Estadual de Campinas
USP -	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	15
1.1 Desenvolvimento da Saúde enquanto Direito.....	19
1.2 Conceito de Saúde Pública	25
1.3 Saúde como Direito e Direito à Saúde.....	31
1.4 O Direito à Saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988	35
1.5 Percurso Histórico da Criação do SUS no Contexto Brasileiro.....	52
1.6 Limites à Garantia do Direito à Saúde.....	61
1.6.1 As Tensões entre Direitos Universais e Individuais à Saúde	63
1.6.2 A Saúde Pública e sua Gestão Social	77
1.7 Definição e Princípios de um Sistema Único de Saúde Eficiente	83
1.7.1 Princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade	84
2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	99
2.1 Possível Definição de Política Pública de Saúde.....	99
2.2 Federação	102
2.2.1 Argumento Jurídico e Organização do Estado na Constituição	102
2.2.2 Liame Federativo Indissolúvel	103
2.2.3 A Autonomia dos Estados Membros	104
2.3 A Repartição de Competências na Constituição.....	108
2.3.1 A Repartição de Rendas.....	109
2.3.2 Participação dos Estados na Constituição da Vontade Nacional.....	110
2.4 A Federação na Constituição de 1988	112
2.4.1 A Estrutura Político-Administrativa da República Federativa do Brasil.....	114
2.4.2 O Sistema de Repartição de Competências na Constituição Federal Brasileira	117
2.4.3 O Papel do Município na Promoção da Saúde na Constituição Federal de 1988.....	132
2.4.4 Promoção da Saúde pelos Entes Federativos: Competências Executiva e Legiferante	133
2.5 As Ações e Principais Modalidades de Políticas Públicas de Saúde no Brasil	137
2.5.1 A Repartição de Competências dos Entes Federados para a Efetivação da Política de Medicamentos do SUS na Constituição Federal	139
2.5.2 Incorporação de Novas Tecnologias no Sistema Único de Saúde.....	155

2.6 Implementação dos Ciclos das Políticas Públicas	157
3 ORÇAMENTO PÚBLICO	169
3.1 Orçamento Público para o Sistema Único de Saúde	172
3.2 Previsão Constitucional do Financiamento do SUS	174
3.3 Planejamento e Orçamento do Fundo Nacional de Saúde.....	184
3.4 Mínimo Existencial e Reserva do Possível	189
4 DEMOCRACIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	205
4.1 Teorias Democráticas, Conceitos e Modalidades de Participação Social.	208
4.2 A Participação Social no Sistema Único de Saúde.....	214
5 GESTÃO SOCIAL DA SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS	223
5.1 As Reformas da Administração Pública e o Modelo Gerencial no Brasil.....	223
5.2 Desenvolvimento dos Direitos de Cidadania no SUS	228
5.3 A Participação Popular e o Controle pela Sociedade no Sistema Único de Saúde	230
CONCLUSÃO.....	235
REFERÊNCIAS	241

INTRODUÇÃO

No Brasil o constituinte de 1988 elegeu enquanto direito fundamental e humano a saúde, ampliou mecanismos para a sua concretização por intermédio de formas efetivas e igualitárias. Ressalta-se que na Carta Política este direito integral e gratuito aos hipossuficientes e a implementação de reforma sanitária e políticas públicas essenciais à efetivação da função jurisdicional do Estado, incumbida da materialização do referido direito, conduz este trabalho a investigar e responder sobre a importância do Sistema Único de Saúde, sua continuidade e desenvolvimento como política pública de saúde democrática no Brasil.

Neste trabalho será discutido o Sistema Único de Saúde brasileiro a partir das análises dos tópicos construídos que trazem as posições de autores das áreas da Saúde, do Direito, legislações, jurisprudência do Supremo Tribunal Federal entre outras como a Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, os limites à garantia do direito à saúde, as tensões entre direitos universais e individuais à saúde, a saúde pública e sua gestão social, a definição e princípios de um Sistema Único de Saúde eficiente, princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Posteriormente traremos os principais temas das políticas públicas de saúde no Brasil, uma possível definição de política pública de saúde, as ações e modalidades de políticas públicas de saúde no Brasil, a repartição de competências dos entes federados para a efetivação da política de medicamentos do SUS na Constituição Federal, a implementação das políticas públicas de saúde. Ato contínuo abordaremos sobre o orçamento público do SUS e sua previsão constitucional, o planejamento e orçamento do Fundo Nacional de Saúde e o mínimo existencial e a reserva do possível em relação aos direitos sociais e fundamentais.

Também serão tratados assuntos como a democracia no SUS com base nas teorias democráticas, os conceitos e as modalidades de participação social neste sistema. Por fim, serão trazidas a gestão social da saúde no âmbito do SUS, as reformas da Administração Pública e o modelo gerencial no Brasil, o desenvolvimento dos direitos de cidadania no Sistema Único de Saúde e a participação popular e o controle pela sociedade no sistema.

Isto posto, a partir dos tópicos supracitados, a finalidade desta tese será apresentar, aprofundar, discutir e demonstrar uma maior eficácia e efetividade do Sistema

Único de Saúde brasileiro quando, em conjunto e cooperação com outros entes federativos, assegurar-se-à a política pública de saúde aos hipossuficientes e a todos que recorrerem à prestação de seus serviços e fornecimento, distribuição dos medicamentos necessários aos tratamentos dos pacientes/indivíduos, bem como apontam a partir das experiências abordadas a seguir, a existência de uma política pública de saúde brasileira eficaz e de qualidade.

1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

A escolha de um modelo de sistema de saúde envolve a amplitude do conceito de saúde que predomina na sociedade. A escolha dos sistemas de saúde nos Estados está atrelada ao processo de reconhecimento constitucional do direito à saúde em seu território e os assuntos locais são influenciados pelo ambiente ideológico e cultural preponderante na sociedade global.

A evolução do conceito de saúde nos traz que o homem sempre teve necessidade de saúde, mas sua expressão varia de acordo com a consciência individual proveniente da organização social historicamente predominante. A título de ilustração, a Tábua X da Lei das XII Tábuas romanas tutela o direito à saúde ao impedir que os mortos fossem incinerados ou sepultados nas cidades nos anos 450 a.C. Ainda o Código de Hamurabi, legislação babilônica de 2.000 anos a.C., estipulou sanção aos atos médicos como pagamento e penas.

A respeito do conceito da saúde ao longo da história da humanidade, Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV a.C., refere-se à influência da cidade e do modo de vida de seus habitantes sobre a saúde e assevera que o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando houver compreendido adequadamente tais influências. Também, Paracelso, médico e alquimista suíço-alemão que viveu durante a primeira metade do século XVI, mencionou sobre a relevância do mundo exterior como as leis físicas da natureza e dos fenômenos biológicos para o entendimento e estudo do organismo humano. Em razão da sua experiência pôde apresentar a relação de determinadas doenças relacionadas ao ambiente de trabalho.¹

O conceito contemporâneo de saúde pública passou a ser delineado no Renascimento no período de desenvolvimento do Estado Moderno. A experiência das epidemias produziu a noção de perigo social que foi “usado mais como pretexto para um controle sobre as pessoas e não somente sobre as doenças do que para medidas específicas de

¹ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de saúde pública**, v. 22. São Paulo, 1998, páginas 57-63.

prevenção.”² Durante o Renascimento na Alemanha surgiu a ideia de polícia médica, com base na ideologia hegemônica que afirmava o crescimento populacional ser a manifestação da prosperidade e do bem-estar da população e, desta forma, o governo deveria agir para assegurar a saúde de seus súditos. O Estado deveria fomentar as práticas da medicina, cirurgia, farmácia e regulamentar o exercício dessas atividades para evitar abusos e o charlatanismo. Além de promover a pureza da água e dos alimentos, promover a higiene do meio, regulando as edificações em solo urbano.³

Desta maneira, resta perceptível que a sistematização da polícia médica resulta da influência exercida durante o século XVIII pela filosofia do Iluminismo, segundo a qual a razão seria o caminho para a sabedoria. Portanto, ao não admitir explicações sobrenaturais para os fenômenos naturais, o Iluminismo propugna a ampla aceitação da obrigação estatal de controlar o exercício das práticas médico-cirúrgicas e farmacêuticas no enfrentamento ao charlatanismo. Concomitantemente, pelo fato de buscar utilizar o método científico na descrição das doenças e prescrição dos tratamentos, tal filosofia eleva o exercício das ciências médicas assim como das demais profissões liberais à condição de dignidade na Idade Média, o que justificou a regulamentação pelo Estado do ensino médico. Ainda ao trazer a possibilidade de planejamento da atividade estatal, acrescida à exaltação crescente dos direitos naturais do homem - o que destacou a atenção aos infortúnios das classes desfavorecidas - o Iluminismo estimulou a drenagem de pântanos e abertura de canais, propiciando a prevenção de epidemias.

No início do século XVII, outra corrente de pensamento foi elaborada e trouxe como conceito de saúde a ausência de doenças. Os trabalhos do filósofo René Descartes identificaram o corpo humano uma máquina e acreditou ser possível descobrir a causa da conservação da saúde, de modo que, esta corrente de desenvolvimento no século XIX enfatizou o caráter mecanicista da doença. O predomínio da máquina fez com que a sociedade industrial explicasse a doença como o defeito na linha de montagem que demandava reparo especializado. Nesse período os trabalhos de Pasteur e Koch trazem a teoria sobre a etiologia das doenças e apresentam a causa que explica o defeito na linha de montagem humana.

Entretanto, Engels, filósofo alemão do século XIX, a partir do estudo das condições de vida dos trabalhadores na Inglaterra durante a Revolução Industrial, sustente

² BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1988.

³ ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980, p. 159.

compreensão distinta da conclusão que a cidade, o modo de vida de seus habitantes e seus respectivos ambientes de trabalho eram responsáveis pelo nível de saúde das populações. O ambiente social do final do século XIX e o início do século XX, em que ocorre o auge da Revolução Industrial, traz as duas correntes que pretendiam conceituar saúde.

Um lado que aponta grupos marginalizados do processo de produção, os quais viviam em condições de vida miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, trabalho, à alimentação e moradia. A incidência de tuberculose era mais elevada nas camadas sociais com menor renda. Porém, a descoberta dos germes causadores de doença possibilitou o desenvolvimento de medicamentos específicos, e argumentava a favor do conceito de saúde como ausência de doenças. Os remédios aperfeiçoados e devidamente ministrados, acarretaram a cura de doenças e preservaram vidas.

A noção contemporânea de saúde pública adquire contornos no Estado liberal burguês do final do século dezoito. Durante a Restauração surgiu as primeiras leis que versavam organicamente sobre higiene urbana, noção de estabelecimento insalubre e controle sanitário de fronteiras.⁴ As atividades estatais relacionadas à vigilância sanitária, durante o liberalismo, eram coincidentes com os interesses da burguesia vitoriosa ao valorizar o individualismo e limitá-lo no que fosse estritamente necessário à preservação da segurança individual, com observância à lei - condição do Estado de Direito. A partir da segunda metade do século XIX, a higiene passa a ser reconhecida enquanto saber social, o qual envolveu a sociedade e tornou a saúde pública uma prioridade política.

A experiência da Grande Guerra vinte anos após a anterior, provocada pelas mesmas causas que originaram a predecessora e, com capacidade de destruição maior deixou a população carente de recursos econômicos, a crença na forma de organização social destruída e alijada de líderes. A sociedade que sobreviveu a 1944 teve a necessidade de promover um novo pacto. Este pacto realizado na Organização da Nações Unidas, fomentou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, incentivou a criação de órgãos especiais direcionados a assegurar dos direitos considerados essenciais aos homens. A saúde, reconhecida como direito humano, passou a ser objeto da Organização Mundial de Saúde que,

⁴ FORGES, Jean-Michel. L'intervention de l'Etat en matière sanitaire: quelques repères historiques. **Conseil d'Etat Rapport Public 1998**. Paris: La documentation Française, 1998, páginas 489 a 501.

no preâmbulo de sua Constituição de 1946 determina: “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”

Ocorre o reconhecimento do essencial equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para o conceito da saúde, utilizando os trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels. Desta forma, foram hierarquizadas as três formas – hoje clássicas – de prevenção⁵ e o Estado do Bem-estar social da segunda metade daquele século confirma a lógica econômica em decorrência da interdependência entre as condições de saúde e trabalho, responsáveis pela implementação da prevenção sanitária. Instituem-se os sistemas de previdência social, os quais não se limitam a cuidar dos doentes, sistemas suplantados pelo conceito de seguridade social, que abarca os subsistemas de assistência, previdência e saúde públicas. Trata-se de identificar a responsabilidade do Estado, respeito aos estilos de vida e a verificação de um elevado investimento estatal.

O século XX traz uma nova concepção da saúde pública, influenciada pelo insucesso das políticas estatais de prevenção, as quais não conseguiram superar os limites impostos pela exclusão social e/ou pela observação da importância de comportamentos individuais no estado de saúde. No entanto, o predomínio da ideologia neoliberal acarretou a diminuição do papel do Estado na sociedade em benefício de grupos e associações da sociedade civil e da responsabilidade individual. As estruturas estatais de prevenção sanitária estabeleceram prioridades em decorrência da análise econômica de custo/benefício. Isto implicou a ausência de prevenção, elemento historicamente relevante ao conceito de saúde pública.

O século XXI teve início com a disputa ideológica acerca da responsabilidade pela garantia da saúde, extensão do conceito de saúde pública, considerando as características relacionadas ao biológico até aquelas dependentes da organização social na área científica. Isto não obsta o reconhecimento da dificuldade técnica para tratar dos aspectos nele envolvidos, que são estudados por diferentes áreas científicas.

⁵ LEAVELL, Hugh; CLARK, Gurney. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1976, páginas 17 a 35.

1.1 Desenvolvimento da Saúde enquanto Direito

Entendemos ser possível percorrer a história do direito para alcançar a pacificação científica em torno da fundamentação dos direitos humanos. O direito contemporâneo traz as considerações de Norberto Bobbio como uma das referências no ano de 1960 ao apontar o problema essencial em relação aos direitos humanos, a sua proteção como uma questão política.⁶ Desta maneira, verificamos a revalorização do direito como ferramenta para a conquista da paz social interna dos Estados e entre os Estados contemporâneos na disseminação da ideia de direitos humanos, expansão de um novo constitucionalismo que trata a implementação efetiva das regras fundamentais de convivência, bem como o reconhecimento do papel político do Poder Judiciário.

Essa novidade adquire forma com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a qual traz uma nova concepção do Direito que de acordo com as palavras de Dalmo Dallari, “exclui as construções formais desprovidas de base social para sua legitimação e voltadas à garantia de privilégios mascarados de direitos.”⁷ O aceite dessa implicação entre a afirmação do direito e sua realização não foi linear e o exame das discussões em torno da elaboração dos pactos de direitos humanos demonstra os obstáculos postos à compreensão da dependência entre os direitos civis e políticos; os econômicos, culturais e sociais. O decurso do tempo entre sua concepção e entrada em vigor (1950 a 1976) trouxe as dificuldades enfrentadas. A título de ilustração, etapa desse processo de desenvolvimento foi a Declaração de Viena, adotada em 25 de junho de 1993 pela Conferência Mundial dos Direitos Humanos ao dispor:

todos os direitos dos homens são indissociáveis, interdependentes e intimamente ligados (...). É dever dos Estados, qualquer que seja o sistema político, econômico e cultural, promover e proteger todos os direitos do homem e todas as liberdades fundamentais

a democracia, o desenvolvimento e o respeito dos direitos humanos e das liberdades fundamentais são interdependentes e se reforçam mutuamente. A democracia se funda na vontade, livremente expressa, do povo que determina seu sistema político, econômico, social e cultural e sua plena participação em todos os aspectos da vida da sociedade (artigos 5 e 8).

⁶ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, Elsevier, 2004.

⁷ DALLARI, Dalmo de Abreu. **A Constituição na vida dos povos**: da idade média ao século vinte e um. 2ª ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2013, p. 289.

A incorporação da Declaração de 1948 e dos dispositivos previstos pelos Pactos acarretou uma nova fase do direito, denominada “neoconstitucionalismo”⁸ pelos teóricos do Direito, que materializa a supremacia da pessoa humana na escala dos valores, exigindo que tal afirmação seja confirmada na realidade. O novo constitucionalismo tem amplitude universal, presente no Japão e nos Estados africanos. A partir do século XX registrou-se produção teórica e alterações na prática jurídica japonesa, características do novo constitucionalismo.⁹ No ano de 1998 afirmou-se que os Estados, as organizações regionais e sub-regionais da África “estão empenhados em solucionar os conflitos do continente e promover soluções africanas para os problemas africanos, sendo as novas formas de constitucionalismo a parte central desse empenho”¹⁰ e ainda,

os debates políticos são levados ao campo do direito; as referências às normas e à legalidade tornou-se uma condição da legitimidade, tanto perante a opinião pública interna quanto à da comunidade internacional. Procura-se aplicar os mecanismos constitucionais mesmo nos períodos de crise, inclusive os que fazem apelo aos juízes.¹¹

A Constituição da África do Sul de 1996 ilustra o novo constitucionalismo ao propugnar

nós adotamos esta Constituição para estabelecer uma sociedade baseada nos valores democráticos, na justiça social e nos direitos fundamentais melhorar a qualidade de vida de todos os cidadãos e liberar o potencial de cada pessoa [preâmbulo]

ao aplicar uma disposição da Carta dos Direitos para uma pessoa natural ou jurídica, a Corte, para tornar efetivo um direito da Carta, deve aplicar, ou se necessário elaborar uma lei comum, no limite que a legislação não faz efetivo esse direito (artigos 8, 3, a).

O novo constitucionalismo aborda a legitimidade do poder constituinte, se preocupa com a garantia de relações sociais justas pautadas na supremacia da dignidade da pessoa humana ao determinar que a elaboração da Constituição seja realizada em ambiente de participação popular efetiva, bem como as normas constitucionais sejam interpretadas em

⁸ CARBONELL, Miguel et al. **Neoconstitucionalismos**. Madri: Trotta, 2003.

⁹ ECKLY, Pierre et al. **Le nouveau défi de la Constitution japonaise**. Paris: LGDJ, 2004.

¹⁰ **Revista da Comissão Internacional de Juristas**, n° 60, p. 5.

¹¹ GAUDUSSON, Jean du Bois. **Les Constitutions africaines**. Paris: La Documentation Française, 1997.

consonância com as circunstâncias da realidade social, para assegurar os direitos garantidos pela Constituição. Desta maneira, em detrimento da variedade de condições materiais e características culturais, o constitucionalismo contemporâneo leva em consideração o conjunto das peculiaridades éticas, jurídicas e sociais da população, sem deixar de observar o que é essencial à pessoa humana para preservação de sua dignidade.

Essa dimensão ampla dos direitos da pessoa humana implica que aquilo que tiver relevância jurídica estará ao alcance das disposições constitucionais e, a Constituição como aduz Canotilho, não se limita a

impor ao legislador a prossecução do interesse público, do bem comum, do aumento da qualidade da vida, com base em diretivas tão vagas como a ideia de justiça, de solidariedade ou de direito. Ela define, mais ou menos detalhadamente, os fins do Estado, os princípios materiais norteadores da sua realização e as tarefas dos órgãos estatais.¹²

Luís Prieto Sanchís sobre o assunto supracitado complementa que a Constituição

oferece um denso conteúdo material composto de valores, princípios, direitos fundamentais, diretrizes para os poderes públicos, etc., de modo que é difícil conceber um problema jurídico medianamente sério que não encontre alguma orientação no texto constitucional, ou seja, uma infinidade de critérios normativos.¹³

Nesse contexto histórico, social e político surgiu a teoria contemporânea dos direitos humanos e, o novo constitucionalismo reconheceu a importância do papel político do Poder Judiciário. Desta forma, a despeito do século vinte atravessar uma disputa entre correntes teóricas ao redor do papel político do Judiciário, constata-se que o controle negativo, desfazimento dos atos inconstitucionais ou ilegais não seja político, admite que tal Poder tome decisões que orientam a ação administrativa e legislativa em conformidade com a ordem constitucional. Portanto, resta patente o papel político desempenhado pelo Judiciário na atualidade. A questão a ser pensada e discutida consiste no papel político se coadunar ou como adequá-lo à realização da função judiciária ao exercício efetivo da democracia.

¹² CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição dirigente e vinculação do legislador**: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas. 2ª ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

¹³ PRIETO SANCHÍS, Luis. Neoconstitucionalismo y ponderación judicial. In: CARBONELL, Miguel (Ed.). **Neoconstitucionalismo(s)**. Madrid: Trotta, 2003. p. 124.

Os conflitos internos da concepção contemporânea dos direitos humanos facilitaram a compreensão do direito humano à saúde. Uma análise das características do direito à saúde contribui para esclarecer as dificuldades de se equilibrar liberdade e igualdade. A justificativa para a declaração de direitos das revoluções burguesas estava na existência de direitos inerentes aos seres humanos e, por isso, inalienáveis, enumerados e denominados “direitos humanos”. O respeito aos direitos humanos tornava mais eficiente o governo da sociedade, evitando a discórdia excessiva e desagregação da unidade do poder.¹⁴ Por outro lado, justificava-se a reivindicação pelos marginalizados de seus direitos humanos perante a coletividade, haja vista que os bens por esta acumulados, advinham do trabalho de seus membros. Assim, os indivíduos tinham direitos de crédito em relação ao Estado, representante jurídico da sociedade política.

O individualismo permaneceu a característica predominante nas sociedades reais ou históricas que sucederam àquelas nas revoluções burguesas, de maneira que, nem o socialismo ou as “sociedades do bem-estar” eliminaram tal preponderância, uma vez que são indivíduos os titulares dos direitos coletivos tais como a saúde e educação. Entretanto, o processo de internacionalização da vida social acrescentou uma dificuldade à consecução da estabilidade liberdade/igualdade ou indivíduo/coletividade: direitos, cujo sujeito não é apenas um indivíduo ou conjunto de indivíduos, mas o grupo humano. A título de ilustração dos direitos de titularidade coletiva são o direito ao desenvolvimento e ao meio-ambiente sadio. A possibilidade de conflito entre os direitos de determinada pessoa e os pertencentes ao conjunto da coletividade é evidenciada e, os totalitarismos do século XX ao privilegiar os direitos de um povo e ignorar os direitos dos indivíduos pode servir de mais um exemplo. Por fim, outra situação pode ser retratada na destruição irreparável dos recursos naturais necessários à sadia qualidade de vida humana decorrente da sobreposição do direito individual à propriedade.

A concretização dos direitos humanos para alcançar o equilíbrio entre os direitos humanos e o poder político, demonstrou necessária a progressiva introdução das declarações de direitos nas Constituições. Carl Schmitt asseverou que a teoria constitucional passou a considerar

¹⁴ ARON, Raymond. **Le spectateur engagé**. Paris: Gallimard, 1981 páginas 289 a 291.

as Constituições dos Estados burgueses estão compostas de dois elementos: de um lado, os princípios do Estado de Direito para a proteção da liberdade burguesa frente ao Estado; de outro, o elemento político do qual se deduzirá a forma de governo propriamente dita.¹⁵

O aceite da existência de direitos que pertencem à humanidade ou à parte desta e que não está contida em somente um Estado, fez com que a lei que abriga os direitos humanos tivesse dimensão e alcance internacionais. No entanto, não foi esta a origem das normas internacionais de direitos humanos no século XX. Neste sentido, Imre Szabo afirma

o que conduziu finalmente à adoção “oficial” de medidas tendentes a assegurar a proteção internacional dos direitos humanos foi a quantidade de atrocidades cometidas contra a humanidade pelos poderes fascistas durante a segunda guerra mundial.¹⁶

A saúde foi reconhecida como direito na Declaração Universal de Direitos Humanos, onde é afirmada como decorrência do direito a um nível de vida adequado, capaz de assegurá-la ao indivíduo e à sua família nos termos do artigo 25. Entretanto, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais que entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976 propugnava no artigo 12:

1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental.
2. Entre as medidas que deverão adotar os Estados Partes no Pacto a fim de assegurar a plena efetividade desse direito, figuram as necessárias para:
 - a) A redução da natimortalidade e da mortalidade infantil, e o desenvolvimento saudável das crianças;
 - b) A melhoria em todos os seus aspectos da higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das enfermidades epidêmicas, endêmicas, profissionais e de outra natureza, e a luta contra elas;
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

¹⁵ SCHIMITT, Carl. **Teoría de la Constitución**. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, 1934, p. 47.

¹⁶ SZABO, Imre. Fundamentos históricos de los derechos humanos. **Las dimensiones internacionales de los derechos humanos**. v. 1. K. Vasak (ed.) Barcelona: Serbal: UNESCO, 1984.

O conceito de saúde constante nos documentos internacionais referentes aos direitos humanos é o mais amplo possível e abrange desde a face individual do direito subjetivo à assistência médica em caso de doença até a constatação da necessidade do direito estatal ao desenvolvimento, personificada no direito a um nível de vida adequado à manutenção da dignidade humana. Ainda, o direito à igualdade, implícito nas ações de saúde de caráter coletivo tendentes a prevenir e tratar epidemias ou endemias. Isto posto, observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em ampla acepção, de maneira que as pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que estabelecerão com o meio ambiente, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que buscarão e o tipo de tratamento a que se submeterão.

A partir da perspectiva individual sobre a saúde há a liberdade do profissional de saúde para determinar o tratamento que será ministrado e, portanto, escolher entre as opções existentes aquela que entender a mais adequada, de maneira que a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo está associada ao grau de desenvolvimento estatal. O Estado desenvolvido socioeconômico e culturalmente possibilita que o indivíduo seja livre para buscar o bem-estar físico, mental, social e caso adoeça, participe do estabelecimento de tratamento.

De outro lado, sob a ótica social, o direito à saúde privilegia a igualdade. As limitações aos comportamentos humanos são postas para que todos possam usufruir igualmente a vida em sociedade, de maneira que para preservar a saúde da coletividade é necessário que ninguém impeça outrem de procurar seu bem-estar. Esse é o motivo das normas jurídicas obrigarem a vacinação, notificação, ao tratamento e ao isolamento de determinadas doenças, à inutilização de alimentos deteriorados e ao controle do meio ambiente, das condições de trabalho. A garantia de oferecer cuidados de saúde no mesmo nível a todos que deles necessitam responde à demanda da igualdade, de forma que enquanto direito coletivo, a saúde depende do estágio de desenvolvimento em que o Estado se encontra. O Estado que tiver seu direito ao desenvolvimento reconhecido pode assegurar as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados à recuperação da saúde para a população.

O direito à saúde ao se apropriar da liberdade e igualdade caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores, trata-se de um movimento que ora busca a liberdade, ora a igualdade. Os homens têm a consciência que para nada serve a igualdade sob o mando do tirano e que a liberdade apenas existe entre iguais. Desta maneira, Alexis de Tocqueville ao

compreender as causas do movimento da história trouxe que a liberdade é um processo, um objetivo a ser alcançado em cada geração e afirma

As nações de hoje em dia não poderiam impedir que as condições fossem iguais em seu seio, mas depende delas que a igualdade as conduza à servidão ou à liberdade, às luzes ou à barbárie, à prosperidade ou às misérias.¹⁷

O direito à saúde será ou não assegurado de acordo com a participação dos indivíduos no processo e, em razão de tal amplitude conceitua que é possível precisar o que está implicado na definição do estado de saúde de pessoas determinadas que vivem ou trabalham em certa comunidade. Tais indivíduos possuem legitimidade para decidir o ponto de equilíbrio entre a proteção contra doenças e a limitação da circulação de veículos por exemplo. Desta forma, a comunidade local que pode legitimamente decidir ser destinada parte significativa do orçamento para oferecer transporte e tratamento aos doentes que não encontrem tratamento terapêutico no local.

Isto posto, o conceito contemporâneo de saúde requer uma definição em nível local, com a participação da comunidade envolvida, haja vista consubstanciar um ponto estratégico em relação à garantia do direito à saúde – nos Estados com rápido crescimento econômico que abrigam atualmente mais da metade da população mundial e apontam baixos índices de desenvolvimento social – no que tange à universalização da democracia sanitária ou a participação popular na elaboração dos objetivos da política de saúde e no controle das ações e serviços que constituem tal política. A democracia sanitária é uma estratégia necessária para a universalização do direito à saúde no século XXI para promover a gênese democrática do direito e compor o conteúdo do conceito de saúde em uma comunidade.

1.2 Conceito de Saúde Pública

O desenvolvimento da história aponta que o conceito de saúde pública é delineado no Renascimento e corresponde ao desenvolvimento do Estado Moderno. A ideia de saúde é comum e encontra-se ao alcance de todos. A antiguidade grega trouxe que o termo

¹⁷ TOCQUEVILLE, Alexis de. **Da democracia na América**. Tradução Pablo Costa. Campinas: Vide Editorial, 2019.

hygieia quer dizer “o estado daquele que está bem na vida” e apresenta um sentido positivo e, ainda que tenha se dado a incorporação do sentido de cura e a partir da formação da medicina, a higiene alimentar e o exercício físico são tomados como importantes elementos de cura.

Platão trouxe uma concepção mais ampla de saúde ao acrescentar a alma e a necessidade de que exista uma relação desta com o corpo.¹⁸ Assim, o estado de equilíbrio interno do homem e deste com a organização social e a natureza é sinônimo de saúde para a antiguidade grega. No período da Idade Média, o saber culto leva em consideração o equilíbrio na definição de saúde, tratados de ginástica e dietética são publicados como receitas de saúde para os não-médicos,¹⁹ mas a reação coletiva à epidemia se destaca nesse período. A partir de então aparecem os primeiros contornos da ideia e formas de prevenção, implicando o respeito aos signos do zodíaco, ao desenrolar das estações, relacionamento adequado entre o clima e o corpo humano, bem como ao afastamento dos contatos impuros.

Durante o Renascimento, um fato relevante à compreensão do conceito de saúde pública foi a preocupação das cidades em prestar assistência aos doentes pobres em seus domicílios ou hospitais e, por isso investiram esforços nas cidades em matéria de higiene. Novas concepções de saúde favoreceram a limpeza e os exercícios físicos que evitaram o emprego dos medicamentos,²⁰ enquanto outras trabalharam com um conjunto de fatores que constituem a saúde como a eliminação dos resíduos, o apetite e a facilidade de digestão. A valorização do exercício como elemento para uma vida saudável encontrou reforço no romantismo, que estimulava maior aproximação da natureza.

Entretanto, a experiência com as epidemias deixou sua marca e trouxe o conceito de perigo social, “utilizado como pretexto para um controle sobre as pessoas e não apenas sobre as doenças por meio de medidas específicas de prevenção.”²¹ Neste período na Alemanha foi delineada a noção de polícia médica em coerência com o cameralismo. Os alemães não participaram de forma ativa nas grandes navegações e na colonização decorrente desta atividade, posto que o objetivo do mercantilismo foi ampliar a força interna estatal, após o império germânico ter seu poder reduzido em razão dos Tratados de Paz de Westphalia celebrados em 1648.

¹⁸ PLATÃO. **Protágoras**. Lisboa: Inquérito, s/d.

¹⁹ RAUCH, André. Histoire de la santé. **Revue des Sciences Sociales de la France de L’Est Paris**, n° 22. Paris: PUF, 1995, páginas 178 e 179.

²⁰ MONTAIGNE, Michel de. **Les Essais**. Tome II: Livre II, Chapitre XXXVII. Paris: Classiques Garnier, 2018.

²¹ BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1988, p.82.

A ideologia hegemônica na Alemanha no final do século XVII afirmava que o crescimento populacional era a manifestação da prosperidade e bem-estar de um povo e que, em razão disso, um bom governo deveria agir para proteger a saúde de seus súditos. Leibnitz sugeriu em 1680 ao imperador Leopoldo I, a criação de um órgão administrativo que se responsabilizasse pelos assuntos de polícia, o que ocasionou o surgimento de um conselho de saúde.

A partir de 1685, Frederico-Guilherme de Hohenzollern, cria nos territórios da Prússia um *Collegium sanitatis* e nomeia uma autoridade médica para supervisionar a saúde pública.²² Nesse mesmo período o ensino do cameralismo na Universidade, cujo início se deu no reinado do imperador Frederico-Guilherme I, contribuiu para o desenvolvimento do ramo da Administração Pública enquanto uma ciência da polícia e forneceu as ferramentas para a definição da polícia médica a este estruturalmente vinculada.

A teoria política do barão de Pufendorf em Direito natural e direito das gentes de 1672 trouxe

a força de um Estado consiste no valor e nas riquezas dos Cidadãos: (e que o Soberano, portanto,) não deve nada negligenciar, para promover o cuidado e o aumento dos bens dos particulares²³

Também escreveu um capítulo que abordava “Os deveres do homem com relação a ele mesmo, tanto para o que respeita ao cuidado de sua alma, quanto para aquilo que concerne ao cuidado de seu corpo e de sua vida.”²⁴ Nessa passagem o autor afirmou ser necessário “trabalhar para ter a saúde com bom senso”, uma vez que a saúde encerra todos os outros bens.²⁵ Von Justi escreveu no período do despotismo esclarecido, exercido na Alemanha por Frederico II, a favor que o soberano fizesse todo o possível para prevenir as doenças contagiosas e estimular as práticas da medicina, cirurgia, do partejo, da farmácia e regulamentar o exercício dessas atividades para evitar abusos e o charlatanismo. Ainda, diz

²² ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980, páginas 151 a 153.

²³ PUFENDORF, Samuel. **Le droit de la nature et des gens** Livro 6, cap. IX, tomo I. Tradução Jean Barbeyrac, 4ª ed. Bâle, E.&J.R. Thourneisen, frères, 1732, tomo 2, p.349.

²⁴ PUFENDORF, Samuel. **Le droit de la nature et des gens** Livro 2, cap. IV, tomo I. Tradução Jean Barbeyrac, 4ª ed. Bâle, E.&J.R. Thourneisen, frères, 1732, tomo 2.

²⁵ PUFENDORF, Samuel. **Le droit de la nature et des gens** Livro 6, cap. IX, tomo I. Tradução Jean Barbeyrac, 4ª ed. Bâle, E.&J.R. Thourneisen, frères, 1732, tomo 2, p.244.

sobre a necessidade de promover a pureza da água e dos alimentos, assegurar a higiene do meio, regulando as edificações em solo urbano.²⁶

Desta maneira, resta claro que a sistematização da polícia médica resulta da influência exercida durante o século XVIII pela filosofia do Iluminismo, a qual considerava a razão o caminho para a sabedoria e, por isso, não admitia as explicações sobrenaturais para os fenômenos naturais, de modo que o Iluminismo promoveu ampla aceitação da obrigação estatal em controlar o exercício das práticas medicocirúrgicas e farmacêuticas no enfrentamento ao charlatanismo. Pelo fato de buscar o uso do método científico na descrição das doenças e escolha dos tratamentos, tal filosofia elevou o exercício das ciências médicas e das demais profissões liberais a uma condição de dignidade na Idade Média, o que explica a regulamentação estatal do ensino médico.

Ainda, defendeu-se a possibilidade de planejamento da atividade estatal acrescida à exaltação crescente dos direitos naturais do homem que possibilitou maior atenção aos infortúnios das classes mais pobres quando o Iluminismo estimulou a drenagem de pântanos, abertura de canais em benefício da prevenção de epidemias. Portanto, a ideia contemporânea de saúde pública adquire maior nitidez no Estado liberal burguês do final do século XVIII. A assistência pública que englobava a assistência social ao fornecer alimentação e abrigo aos necessitados, bem como assistência médica, continuou uma matéria dependente da solidariedade de vizinhança, na qual o Estado deveria se envolver caso a ação das comunidades locais não fosse suficiente.

Entretanto, a transição revolucionária que foi desde a supremacia dos jacobinos até a militarização napoleônica instaurou efetivamente a assistência à saúde como objeto do serviço público no período da Restauração. A proteção da saúde é admitida na lista das atividades do Estado liberal e recebe um *status* constitucional. Isto quer dizer que a despeito do empirismo regulamentar as atividades de interesse para a proteção da saúde, as medidas de polícia administrativa referentes a tal proteção devem estar sob o comando da lei.

Durante a Restauração surgiu as primeiras leis que tratavam organicamente da higiene urbana, do estabelecimento insalubre e controle sanitário de fronteiras.²⁷ Também, o controle do ensino e exercício da medicina e farmácia, profissões cuja regulamentação estatal

²⁶ ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980, página 149.

²⁷ FORGES, Jean-Michel. L'intervention de l'Etat en matière sanitaire: quelques repères historiques. **Conseil d'Etat Rapport Public 1998**. Paris: La documentation Française, 1998, páginas 489 a 501.

era defendida há cerca de 50 anos, assim como a manutenção dos hospitais pelas comunas, receberam acolhida constitucional, uma vez que o Estado liberal e burguês daquele final de século legislou sobre tais assuntos.

As atividades estatais que versavam sobre vigilância sanitária durante a implantação do liberalismo convergiam com os interesses da burguesia vitoriosa ao valorizar o individualismo e limitá-lo apenas naquilo que fosse necessário à preservação da segurança individual, com observância à lei, condição esta do Estado de Direito. A partir da segunda metade do século XIX que a higiene se torna um saber social, o qual envolve a sociedade e transforma a saúde pública uma prioridade política.

Neste momento ocorrem as primeiras tentativas de associar a saúde à economia e insistir sobre a utilidade do investimento em saúde. Distintos trabalhos de pesquisa científica vigente apontaram a relação existente entre a saúde e as condições de vida. Assim, proteger a saúde das camadas mais pobres e modificar seus hábitos de higiene passou a ser um objetivo nacional, posto que simultaneamente estaria se combatendo a miséria que preocupa a ordem pública.

A noção de prevenção encontrou espaço propício à sua propagação, inicialmente fomentada por associações, transformou-se em meta política e social. Nesse sentido, a vacinação e descoberta de Pasteur a partir do isolamento do germe, trouxe uma inovação para prevenir as moléstias, uma vez que proteger contra a infecção facilitava a precaução. Foram criados os Comitês de Vacinação e politicamente o risco de contrair doenças se sobrepunha ao da moléstia, transformando-a de um episódio individual em um objetivo coletivo por intermédio da disseminação dos meios estatísticos na avaliação da saúde.

O início do século XX tem instaurado a proteção sanitária como política de governo e a hierarquização das três formas de prevenção,²⁸ quais sejam, a primária que se preocupa com a eliminação das causas e condições de surgimento e instalação das doenças, agindo portanto sobre o ambiente como na segurança das estradas, saneamento básico ou sobre o comportamento individual ao prescrever exercício e dieta aos pacientes; a secundária ou prevenção específica que visa impedir o aparecimento de determinada doença por meio da

²⁸ LEAVELL, Hugh; CLARK, Gurney. **Medicina preventiva**. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

vacinação e dos controles de saúde; e a terciária, cuja finalidade busca limitar a predominância de incapacidades crônicas.

O Estado do Bem-Estar Social na segunda metade daquele século reforçou a lógica econômica em decorrência da interdependência entre as condições de saúde e trabalho e se responsabilizou pela implementação da prevenção sanitária. Instituiu-se os sistemas de previdência social que não se limitava a cuidar dos doentes e organizava a prevenção sanitária. Inicialmente existia uma diferenciação entre assistência social, destinada às classes mais desfavorecidas, baseada no princípio de solidariedade, financiada pelos fundos públicos estatais e, a previdência social, um mecanismo assecuratório restrito aos trabalhadores.

Pelo fato da prevenção sanitária ser um dos objetivos do desenvolvimento estatal, esclareceu-se o conceito de seguridade social que abarcava os subsistemas de assistência, previdência e saúde públicas, modelo adotado pela Constituição Federal brasileira de 1988 nos termos do artigo 195. Trata-se de identificar a responsabilidade do Estado que realizou significativo investimento estatal. Os últimos anos do século XX trouxeram uma nova concepção de saúde pública, influenciada pelo insucesso das políticas estatais de prevenção, as quais não obtiveram êxito em ultrapassar os limites impostos pela exclusão social, conforme constatação científica da relevância de comportamentos individuais no estado de saúde. Por outro lado, a ideologia neoliberal culminou na redução do papel estatal na sociedade em favor dos grupos, associações e da responsabilidade individual.

O desenvolvimento da organização dos cuidados referentes às doenças nos Estados contemporâneos trouxe essa nova concepção, prevalecendo a noção que a proteção contra doença é responsabilidade individual, quedando o Estado subsidiariamente responsável pelo controle. Ressalta-se o papel dos comportamentos individuais e não questionam as estruturas econômicas e sociais subjacentes. Assim, verifica-se que as estruturas do Estado de prevenção sanitária estabeleceram suas prioridades com base nos dados epidemiológicos e em decorrência da análise econômica de custo/benefício. Ocorre que tal conduta pode implicar a ausência de prevenção, elemento historicamente relevante na construção do conceito de saúde pública.

1.3 Saúde como Direito e Direito à Saúde

O reconhecimento do direito à saúde nas sociedades contemporâneas tem sido objeto de discussões que envolvem profissionais de distintas áreas como políticos, advogados, cientistas sociais, economistas e profissionais de saúde. Debate-se sobre a eficácia do argumento jurídico em relação aos direitos sociais e as externalidades que não podem ser internalizadas na avaliação da saúde enquanto bem econômico. No entanto, nos novos Estados e naqueles reformados (Portugal e Gabão), bem como nas sociedades mais tradicionais e desenvolvidas, há interesse no tratamento da saúde como um direito. A universalização do acesso às ações e serviços de saúde é assunto da agenda de reivindicações populares e científicas nos Estados Unidos da América e na África do Sul.

A compreensão do argumento atual, distinguindo as razões de ambos os lados do debate conduz ao exame do surgimento e desenvolvimento do conceito de direito à saúde. O reconhecimento que a saúde de uma população está associada às suas condições de vida e que os comportamentos humanos podem constituir uma ameaça à saúde do povo e segurança do Estado desde o início do século XIX, estabeleceu-se no término da II Guerra Mundial. Então, a sociedade que sobreviveu a 1944 teve a necessidade de promover um novo pacto com a Organização das Nações Unidas para sua reestruturação.

Este organismo internacional incentivou a criação de órgãos especiais destinados a promover a garantia de direitos considerados essenciais aos homens. A saúde passou a ser objeto da Organização Mundial de Saúde que a considerou o primeiro princípio básico para a “felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos, adotado pela Constituição da Organização Mundial da Saúde e Conferência Internacional da Saúde realizada em Nova Iorque em 1946. No preâmbulo de sua Constituição foi apresentado o conceito de saúde adotado, qual seja, “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, o qual nos permite observar o reconhecimento da necessidade do equilíbrio interno humano com o ambiente externo (bem-estar físico, mental e social) para o delineamento do conceito de saúde ao relacionar com a experiência na história da humanidade, que têm como referência os trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels. O conceito de saúde no ano de 1946 não apresentou um consenso, posto que trouxe a definição de felicidade um estado de completo bem-estar ser impossível de se alcançar e não ser

operacional. Alguns pesquisadores procuraram elaborar de diferentes formas o conceito de saúde. Alessandro Seppilli afirmou saúde consistir “a condição harmoniosa de equilíbrio funcional, físico e psíquico do indivíduo integrado dinamicamente no seu ambiente natural e social.”²⁹ John Last aduz que saúde é um estado de equilíbrio entre o ser humano e seu ambiente, permitindo o completo funcionamento da pessoa³⁰ e, Christophe Dejours entende que não existe o estado de completo bem-estar, a saúde deve ser entendida como a busca constante de tal estado.³¹

A justificativa para a declaração de direitos das revoluções burguesas era a existência de direitos inerentes a todos os seres humanos e, por isso inalienáveis, enumerados e denominados “direitos humanos”. Desta forma, o respeito aos direitos humanos tornou mais eficiente o governo da sociedade, evitou-se conflitos em excesso e a desagregação da unidade do poder.³² O individualismo permaneceu a característica predominante nas sociedades reais ou históricas que sucederam àquelas das revoluções burguesas. O socialismo ou as “sociedades do bem-estar” não afastaram a predominância do individualismo, e ainda que fossem indivíduos titulares dos direitos coletivos tais como a saúde e a educação, justificou-se a reivindicação pelos marginalizados de seus direitos humanos frente à coletividade, porque os bens por esta acumulados, eram provenientes do trabalho de todos os membros desse grupo. Os indivíduos têm direitos de crédito em face do Estado, representante jurídico da sociedade política.

Apesar do individualismo ter permanecido a principal característica dos direitos humanos enquanto direitos subjetivos, foram determinados diferentes papéis ao Estado, derivados da opção política pelo liberalismo ou socialismo. A doutrina liberal aduz que o poder estatal deve ser limitado, existindo separação entre as funções do Estado e o papel reservado aos indivíduos. O socialismo a partir dos efeitos sociais da implementação dos Estados liberal e capitalista reivindicou para o Estado papel oposto.

Assim, os socialistas do século XIX combateram para que o Estado interviesse ativamente na sociedade para colocar fim às injustiças econômicas e sociais. Ocorre que os socialistas também não se opuseram ao valor das liberdades clássicas e respeito aos direitos

²⁹ BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1988, p. 34.

³⁰ LAST, John. **Health. A dictionary of epidemiology**. New York, Oxford University Press, 1983.

³¹ DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, abr./jun., 1986, páginas 7 a 11.

³² ARON, Raymond. **Le spectateur engagé**. Paris, Gallimard, 1981, páginas 289 a 291.

individuais declarados na Constituição. O mundo contemporâneo busca permanentemente o equilíbrio entre tais papéis heterogêneos, com vistas a cumprir a função de um Estado democrático. Entretanto, o processo de internacionalização da vida social acrescentou um obstáculo à consecução dessa estabilidade, ou seja, os direitos cujo sujeito não é apenas um indivíduo ou um conjunto de indivíduos, mas um grupo humano ou a humanidade. A título de ilustração sobre os direitos de titularidade coletiva temos o direito ao desenvolvimento, objeto da Declaração sobre o direito ao desenvolvimento adotada pela Assembleia Geral da ONU no ano de 1986 e, o direito ao meio-ambiente sadio, objeto da Declaração do Rio de Janeiro de 1992 da ONU.

A despeito do relevante conteúdo político abrigado na expressão direitos humanos, fez-se necessário a gradual positivação desses direitos para torná-los eficazes, de modo que não podemos nos olvidar do estabelecimento de um Estado de Direito, contemporâneo da adoção da Constituição, o qual traçou limites para as atividades públicas e privadas, que pudessem ser exercidas no âmbito de atuação do poder estatal. O Estado de Direito foi consolidado na doutrina jurídica clássica enquanto “um Estado cujos atos são realizados em sua totalidade com base na ordem jurídica.”³³ A concretização dos direitos humanos e sua gradual positivação supracitadas, envolveu a construção de um sistema legal específico para a tutela desses direitos.

Em 10 de dezembro de 1948, a 3ª Assembleia Geral da ONU adotou a Declaração Universal dos Direitos do Homem que não possui no sistema legal internacional caráter vinculante, tendo valor moral. Entretanto, apesar de tratar-se de força moral, a Comissão de direitos humanos do Conselho econômico e social reconheceu a necessidade de redigir um convênio sobre direitos humanos, onde os Estados se comprometeriam a respeitar os direitos declarados, ampliando a força vinculante do conteúdo daqueles direitos humanos. No ano de 1966, a Assembleia geral da ONU aprovou dois pactos de direitos humanos, quais sejam, o Pacto de direitos civis e políticos e o Pacto de direitos econômicos, sociais e culturais. Em 1950 foi decidido que “o desfrute das liberdades civis e políticas e dos direitos econômicos, sociais e culturais são interdependentes” e “quando um indivíduo é privado de seus direitos econômicos, sociais e culturais, ele não caracteriza uma pessoa humana, que é definida pela Declaração como o ideal do homem livre” conforme propugna a resolução 543, 6 da Assembleia Geral. Cumpre salientar que as convenções são o modo mais eficaz para o

³³ Kelsen, Hans. **Teoria General del Estado**. Mexico: Editora Nacional, 1959, página 120.

estabelecimento dos direitos humanos na esfera internacional. A saúde é reconhecida como um direito na Declaração Universal de Direitos Humanos, onde é afirmada como decorrência do direito a um nível de vida adequado, capaz de assegurá-la ao indivíduo e à sua família, nos termos do artigo 25.

Hodiernamente a humanidade afirma que a saúde é um direito humano e, como os demais direitos humanos, requer o envolvimento do Estado para preservar as liberdades fundamentais por meio da atuação eficiente do Poder Judiciário, bem como eliminar progressivamente as desigualdades ao planejar e implementar políticas públicas,³⁴ o que materializa a reivindicação do direito à saúde. Por outro lado, o Estado assumiu inicialmente a prestação de cuidados de saúde como prestação de um serviço público e, diversas leis regulamentam a execução desse serviço.

Toda atividade administrativa do Estado moderno é realizada sob a prescrição da lei, de maneira que a Administração Pública nesse Estado tem sua atuação limitada pelos princípios da supremacia do interesse público sobre o privado e pela indisponibilidade dos interesses públicos. Pelo fato do interesse público ser definido pela sociedade, o administrador não pode trabalhar senão com o conhecimento do interesse público que ele deve realizar. O interesse público no Estado de Direito contemporâneo, porque sob a observância das leis, é definido pela sociedade em forma de textos legislativos que representam a vontade geral dessa sociedade. Desta maneira, o administrador público deve agir orientado por leis que atendem o interesse público no que tange aos cuidados sanitários, delimitam os objetivos da atuação do Estado na área da saúde e os meios a serem empregados para alcançá-los.

Entretanto, a saúde não possui apenas um aspecto individual e, por este motivo, não resta suficiente que sejam colocados à disposição das pessoas os meios para a promoção, proteção ou recuperação da saúde, para que o Estado atenda de forma satisfatória sua obrigação de assegurar a saúde da população. Atualmente, os Estados têm o dever constitucional de proteger a saúde contra todos os perigos, uma vez que a saúde “pública” tem natureza coletiva e, assim, o Estado contemporâneo controla o comportamento dos indivíduos com a finalidade de impedir qualquer ação nociva à saúde do povo. Isto é feito por intermédio de leis e a sociedade determina quais são os comportamentos nocivos, as formas para serem

³⁴ COMPARATO, Fábio Konder. Direitos Humanos e Estado. In: FESTER, Antônio Carlos Ribeiro (org.). **Direitos humanos e**. São Paulo: Brasiliense, 1989, páginas 93 a 105.

evitados, as punições ao infrator e penas a serem aplicadas ao cometimento das condutas nocivas que causam prejuízo à coletividade e ao Poder Público.

1.4 O Direito à Saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988

A saúde é direito de todos e dever do Estado, esse preceito assegurou à saúde lugar de destaque entre os direitos fundamentais previsto na Constituição e em diversos outros capítulos. A partir do artigo 196, a fim de alcançar o objetivo da efetivação do direito à saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde conforme as diretrizes descentralização, atendimento integral e participação popular, observados os postulados da universalidade, integralidade e igualdade expressos na Carta Política nos termos a seguir:

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 a sua promoção, proteção e recuperação.

A criação do Sistema Único de Saúde surgiu de um debate na sociedade brasileira antes e durante a Assembleia Nacional Constituinte. Os constituintes deveriam escolher entre a manutenção do modelo vigente, o qual excluía grande parte da população, ou um sistema de amplo acesso aos serviços públicos de Saúde com cobertura para todos os cidadãos. Após enfrentamentos na Assembleia Nacional Constituinte a mudança proposta pelo movimento dos médicos sanitaristas e pela Conferência Nacional de Saúde foi consolidada na Carta Magna.

A reconstituição da construção do Sistema Único de Saúde no Brasil traz que para além dos documentos e dados há uma série de distintos ramos do conhecimento que são acionados para tratamento do tema como história, saúde pública, direito, administração, políticas públicas entre outros. Para fins deste capítulo o foco está na inserção do SUS na Constituição Federal de 1988 do ponto de vista dos antecedentes sociopolíticos, qual seja, a reconstituição do panorama da Assembleia Nacional Constituinte no que se refere à saúde pública.

Os debates no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte influenciados pelos resultados e proposições provenientes da 8ª Conferência Nacional de Saúde são elaboradas sobre algumas considerações de elementos passíveis de disputa acerca do SUS no Brasil. Após a promulgação da Constituição algumas das propostas e princípios do capítulo de Saúde permanecem em aberto no Brasil em razão de dificuldades para execução das ações e pela permanência dos termos de divergência expostos ao longo dos trabalhos constituintes. Desta forma, serão apresentados os antecedentes de construção do SUS do ponto de vista institucional, qual seja, a organização do Estado brasileiro em relação à saúde e mobilização referente ao tema. Ato contínuo, serão abordados os embates e principais resultados da Assembleia Nacional Constituinte.

Os Antecedentes da Reforma Sanitária e Democratização tem como desdobramentos o processo de elaboração do capítulo constitucional referente à saúde essencial para reconstituir a mobilização que envolveu o tema dos anos anteriores. Com efeito, compreender a dinâmica e resultados da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente a partir da reelaboração da história da saúde pública no Brasil e do contexto da Reforma Sanitária na transição democrática traz que as primeiras medidas de regulação estatal da assistência à saúde no Brasil remetem ao ano de 1920. Anteriormente vigorava a dissociação entre medidas sanitárias de caráter público como vacinação, vigilância sanitária e saneamento básico e a assistência médica privada (por meio do pagamento direto pela população ou por intermédio de entidades beneficentes como Santas Casas e outras entidades filantrópicas).³⁵

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 trouxe a definição das diretrizes para a Saúde do País em seu Capítulo II que trata da Seguridade Social, no Título VIII, Da Ordem Social; o Capítulo II do Título VIII da Constituição estabelece os parâmetros de identificação das ações e serviços de Saúde; o dispositivo do capítulo no artigo 194 insere a saúde no âmbito da seguridade social, a qual é organizada de acordo com os objetivos de universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços.

³⁵ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde** – Origem e Articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

O artigo 195 dispõe que a Seguridade Social deve ser financiada “por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.” A Constituição Federal de 1988 prevê as bases do financiamento em Orçamento da Seguridade Social no nível federal e orçamentos fiscais para Estados e Municípios. No que pertine ao Orçamento da Seguridade sua base tributária estabelecida pela Constituição Federal de 1988 é determinada para que as esferas subnacionais possam cumprir com suas obrigações, inclusive na área social. Outra disposição constitucional refere-se ao capítulo que trata do Sistema Tributário Nacional no Título IV, Da Tributação e do Orçamento em que são estipuladas as competências dos entes federados para instituir impostos e a repartição entre as esferas de poder.

Um aspecto relevante é o financiamento do SUS em relação ao valor que cada esfera arrecada e como se dá a repartição dos tributos entre estas. A saúde é mais um setor do Estado para o desenvolvimento de regiões carentes, reforçando o mecanismo da repartição de recursos por meio dos fundos de participação de Estados e Municípios. Promulgada a Constituição em 5 de outubro de 1988, o Ministério da Saúde implantou o SUS, atuou no Congresso Nacional, o qual aprovou a Lei 8080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) que contém os parâmetros à promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O complemento à Lei Orgânica da Saúde foi a aprovação da Lei 8142 de 1990, a qual regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde.

A Lei Orgânica da Saúde e a participação da comunidade no SUS é tratada na Constituição Federal na parte que aborda os princípios fundamentais da República Federativa do Brasil traz “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente.” Ao estabelecer o sistema participativo e descentralizado o Sistema Único de Saúde atribui à sociedade o direito de exercer esse poder, participando das definições de prioridades para as ações de Saúde.

A Lei Elói Chaves de 1923 instituiu a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões para algumas empresas financiada de maneira bipartite entre empregadores e funcionários. Tais caixas, além dos serviços previdenciários contavam ainda com serviços de assistência médica. Esta organização adquire maior força após a Revolução de 1930 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Estes absorveram as Caixas de

Aposentadorias e Pensões de forma setorial / classista (bancários, comerciários, ferroviários entre outros) e passaram a contar com financiamento tripartite (empregadores, funcionários e governo Federal). Remonta a esta época a dissociação institucional entre assistência médica (vinculada à previdência e acessível aos trabalhadores formalizados) e a saúde pública (coordenadora dos esforços sanitários e de maneira precária a assistência à saúde ao restante da população). No ano de 1950 a 1960 a política debate sobre a saúde e foram realizadas as primeiras conferências nacionais sobre o tema, sendo em 1953 criado o Ministério da Saúde (anteriormente unificado à Educação). Em 1963 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde em que ocorreram debates sobre as Reformas de Base propostas pelo Governo Jango.

Iniciaram-se discussões sobre pactuação federativa e as responsabilidades de cada ente – Municípios, Estados e União – na governança das ações em saúde. Destacou-se também a criação do fundo (FunRural) para a assistência médica de trabalhadores do campo (apartados de regulação trabalhista e não beneficiários dos serviços previdenciários e médicos fornecidos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões). O Golpe Militar de 1964 trouxe implicações significativas para a seguridade social brasileira e para além da exclusão das reformas de base da agenda e do ambiente político conturbado uma das medidas do novo regime foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões em uma nova entidade pública, qual seja, o Instituto Nacional de Previdência Social.

Esta unificação levou soma considerável de recursos ao juntar as contribuições previdenciárias em uma entidade. Com o Milagre Econômico e o crescimento do país associado a um aumento considerável do mercado de trabalho, a expansão de recursos à seguridade teve avanço. Por parte do governo, a estratégia de expansão dos serviços de saúde baseou-se no incentivo ao setor privado por meio de subsídios generosos para a montagem do aparato tecnológico com a construção de hospitais e importação de equipamentos³⁶, a compra direta de serviços (o Instituto Nacional de Previdência Social adquiria assistência à saúde da rede privada e filantrópica). Ainda, ocorreu um aumento expressivo da cobertura de planos e seguros de saúde privados. Por outro lado, a situação do Ministério da Saúde caminhava em direção oposta haja vista que possuía orçamento reduzido e pouco espaço na formulação de políticas para o setor.

³⁶ CONASS (a). **Para Entender a Gestão do SUS 2011** (Volume 1 – Sistema Único de Saúde). Brasília: Conass, 2011. Disponível em www.conass.org.br. Acesso em 28/01/2023.

No ano de 1977 uma reconfiguração institucional divide a previdência (mantida junto ao Instituto Nacional de Previdência Social) da assistência à saúde com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, ambos permaneceram vinculados ao Ministério da Previdência Social. O contexto se tornou adverso para o Regime, uma vez que em meados do ano de 1970 o milagre econômico retrocede e os recursos para o setor tornam-se escassos. A ausência de ações integradas e coordenadas de saúde pública associadas à centralização de recursos na União obstam a implementação de políticas ao longo do território nacional.

Desta maneira, o discurso do Regime Militar convive com epidemias de cólera, sarampo, meningite e aumentos significativos na taxa de mortalidade infantil. No mesmo período um novo panorama para a discussão da saúde pública se estabelece no Brasil e no mundo. No ano de 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão. A Declaração trouxe a defesa da saúde como direito universal e um conceito ampliado de saúde que abarcou o tratamento médico e outras formas de fruição saudável da vida como o ambiente de trabalho salubre. Frisa-se no caso brasileiro a organização de Departamentos de Medicina Preventiva em distintas universidades brasileiras como a USP, Unicamp, EURJ, Fiocruz entre outras; a publicação de pesquisas e obras dedicadas ao tema; a criação de entidades voltadas à pesquisa e atuação nesta área como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde criado em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva criada em 1979. Estas instituições, grupos e atores aglomeraram-se em torno da agenda da Reforma Sanitária Brasileira.³⁷

A proposta de reforma sanitária pautava-se na crítica ao modelo vigente de atenção à saúde no Brasil nos aspectos ênfase na atenção secundária e de maior complexidade como o atendimento hospitalar com prejuízo da atenção primária; custos exponenciais de financiamento e ênfase na produção de serviços lucrativos ao setor privado; caráter desigual do atendimento com a exclusão de setores mais vulneráveis da população como desempregados, trabalhadores informais entre outros; autoritarismo e baixa interlocução federativa com centralidade da União, subrepresentação de outros entes federativos e de entidades da sociedade civil na governança e coordenação dos serviços de saúde. Podemos dizer que as pautas trazidas pelo movimento sanitarista se alinhavam à conjuntura de redemocratização da sociedade brasileira e de crítica às instituições erigidas no Regime

³⁷ PILATTI, Adriano. **A Constituinte de 1987-1988**. Progressistas, Conservadores, Ordem Econômica e Regras do Jogo. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

Militar que ao convocarem e iniciarem os trabalhos constituintes trazia propostas para a reconfiguração do modelo de saúde pública brasileiro.

A Assembleia Nacional Constituinte e 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxeram os termos do debate em 1986 realizados em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde convocada pelo Ministério da Saúde e com ampla participação dos segmentos mobilizados em torno da Reforma Sanitária, esta pactuou uma série de princípios e propostas para serem levadas à Assembleia Nacional Constituinte.³⁸ Os trabalhos que tinham como presidente do encontro Sérgio Arouca produziu o Relatório Final com o esboço esperado para a construção do sistema público universal de saúde no Brasil.³⁹

Em termos gerais as propostas provenientes da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram divididas em três eixos temáticos, quais sejam, o primeiro denominado saúde como direito propunha um panorama da situação sanitária brasileira com críticas ao autoritarismo, à ausência de coordenação, à falta de planejamento e ênfase privada do modelo vigente. Ainda, pontuava a importância do enfrentamento da desigualdade social e regional brasileiras, obstáculos consideráveis ao desenvolvimento de condições adequadas de saúde à população. A fim de assegurar condições de vida dignas aos brasileiros propugnava a instituição de uma Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva, o não pagamento da dívida externa, a reforma agrária e outras medidas com vistas ao incremento da democracia e distribuição de renda.

O segundo eixo consistiu na reformulação do sistema nacional de saúde, o qual delimitava as principais propostas à organização do Sistema Único de Saúde; previa a descentralização das ações, gestão democrática com transparência e controle social; e o estabelecimento de uma série de princípios que posteriormente seriam inseridos no texto constitucional como integralidade, regionalização, participação popular entre outros. Por fim, o terceiro eixo denominado financiamento do setor propunha uma série de medidas para aporte de recursos para a saúde como patamares mínimos de dispêndio por ente federativo com separação do orçamento de aposentadorias e pensões; revisão de deduções de pessoas

³⁸ ROCHA, Antonio Sergio. **Genealogia da Constituinte**. Do Autoritarismo à Democratização. São Paulo: Lua Nova, n. 88, 2013.

³⁹ ABREU, Rogério Messias Alves de. **Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalização do Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado (Mackenzie). São Paulo, 2009.

físicas e jurídicas para gastos em saúde privada; taxaço de bens de consumo nocivos à saúde, jogos de azar e de indústrias poluentes com vinculaço de recursos para o setor da saúde.⁴⁰

Os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte e da Subcomissão responsável pelo tema da saúde⁴¹ pela proposta do constituinte Eduardo Jorge (PT-SP), o Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde foi utilizado para discussão e ponto de partida dos trabalhos.⁴² As discussões e audiência públicas trouxeram a Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente formavam ao lado de outras duas subcomissões, a Comissão de Ordem Social. Este desenho institucional teve modificaçoes relevantes no decurso dos trabalhos.⁴³

Os embates em torno da matéria deram-se na relaço entre a saúde e previdência social (setores vinculados a este ministério, o ministro Raphael de Almeida, defendiam a permanência do orçamento da Saúde na pasta) e a relaço com o setor privado (havia debate com acusaçoes aos representantes de medicina de grupo de estatizaço e ataque ao princípio de livre iniciativa por um lado, e de privatizaço e desregulamentaço por parte dos setores associados ao movimento da reforma sanitária).⁴⁴

O Relatório Final da Subcomissão elaborado pelo constituinte Carlos Mosconi (PMDB-MG) contou com a assessoria de membros ligados à reforma sanitária⁴⁵ e a apresentaço do anteprojeto aprovado na subcomissão à Comissão de Ordem Social teve as propostas provenientes da 8ª Conferência Nacional de Saúde relevantes impactos nos trabalhos constitucionais. Após a organizaço do “Centrao” e a alteraço regimental que atribuiu mais poderes ao plenário em detrimento da Comissão de Sistematizaço,⁴⁶ parte das propostas oriundas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e baseadas nos princípios do movimento sanitarista foram inseridas no texto constitucional.

⁴⁰ BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1986 (mimeo), p. 7.

⁴¹ ROCHA, Antonio Sergio. **Genealogia da Constituinte**. Do Autoritarismo à Democratizaço. São Paulo: Lua Nova, n. 88, 2013.

⁴² ABREU, Rogério Messias Alves de. **Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalizaço do Sistema Único de Saúde**. Dissertaço de Mestrado (Mackenzie). São Paulo, 2009.

⁴³ ROCHA, Antonio Sergio. **Genealogia da Constituinte**. Do Autoritarismo à Democratizaço. São Paulo: Lua Nova, n. 88, 2013.

⁴⁴ ABREU, Rogério Messias Alves de. **Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalizaço do Sistema Único de Saúde**. Dissertaço de Mestrado (Mackenzie). São Paulo, 2009, páginas 74-77.

⁴⁵ ABREU, Rogério Messias Alves de. **Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalizaço do Sistema Único de Saúde**. Dissertaço de Mestrado (Mackenzie). São Paulo, 2009.

⁴⁶ ROCHA, Antonio Sergio. **Genealogia da Constituinte**. Do Autoritarismo à Democratizaço. São Paulo: Lua Nova, n. 88, 2013.

As propostas sanitaristas se deram como o meio termo entre as propostas mais radicais de estatização total do sistema de saúde provenientes dos partidos PT e PDT e o viés liberal oriundo das propostas do “Centrão” apoiadas pelas entidades representativas dos hospitais e medicinas de grupo privado.⁴⁷ Cumpre salientar que seja qual tenha sido o desfecho, a inclusão de parcela dos princípios, diretrizes e propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde no texto constitucional representou o início de um longo processo de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde no período subsequente e que permanece em construção em distintos de seus segmentos.⁴⁸

A participação da comunidade na gestão do SUS conforme previsto no artigo 198 foi regulamentada na Lei 8142 de 1990, dispondo sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde. Restou definido que o sistema conta em cada esfera de governo com as instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde com as quais a sociedade pode participar da definição das ações de Saúde por se tratar de um direito de todos e dever do Estado como estabelecido no título dos Direitos e Garantias Fundamentais. As diretrizes foram dadas pela Constituição prevendo que as políticas sociais e econômicas devem ser direcionadas à redução do risco de doença, de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esses princípios restam regulamentados pela Lei 8080 de 1990, a qual tem como propósito em seu artigo 1º regular em todo o território nacional as ações e serviços de saúde realizados isolada ou conjuntamente em caráter permanente ou eventual por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Tal diploma legal trouxe relevantes definições para o direito sanitário ao delimitar a área de competência do Sistema Único de Saúde, apresentar os objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção, gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo a partir da lógica da regionalização e hierarquia.

A Lei 8080 de 1990 atribuiu ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade de estabelecer diretrizes para a elaboração dos planos de saúde pelos entes federativos e ao Financiamento Público de Saúde estariam subordinadas as comissões

⁴⁷ ABREU, Rogério Messias Alves de. **Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalização do Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado (Mackenzie). São Paulo, 2009.

⁴⁸ ABREU, Rogério Messias Alves de. **Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalização do Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado (Mackenzie). São Paulo, 2009, páginas 74-77.

intersetoriais de âmbito nacional integradas por ministérios e outros órgãos, entidades representativas da sociedade que decidem sobre ações de saúde nas distintas áreas do governo. O diploma legal determinou que a Conferência de Saúde a ser convocada pelo Poder Executivo ou Conselho Nacional de Saúde deve contar com a representação dos vários segmentos sociais; o Conselho de Saúde é uma instância de caráter permanente e deliberativo composto pelos representantes do governo prestadores de serviço, profissionais de Saúde e usuários.

Compete ao conselho participar da formulação de estratégias e controlar a execução da política de Saúde na instância correspondente, avaliando os aspectos econômicos e financeiros. Os agentes públicos prestam contas aos usuários de forma indireta pela participação desses nos conselhos e nas conferências de Saúde, de maneira paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Para receber recursos do Ministério da Saúde os Estados e Municípios são obrigados a formar seus conselhos de Saúde com a participação da sociedade.

A Emenda Constitucional 29 de 2000 nos remete ao período do embate que se deu entre os ministérios da área social e econômica do governo, pois enquanto o primeiro necessitava de mais recursos para cumprir suas obrigações na assistência à população, a área econômica trabalhava para reduzir despesas e manter as contas públicas superavitárias. Os direitos à saúde estavam assegurados, mas o dinheiro para provê-los não.

O SUS passou por um período de incertezas sem fontes estáveis de financiamento agravadas pela crise econômica do Brasil que enfrentava altos índices de inflação e baixa taxa de crescimento. A partir de 1988 até 1992 foi definido que o financiamento da Saúde pela União se daria por alocação de 30% do orçamento da Seguridade Social, parte desses recursos foi utilizada para custear pagamentos de despesas de outras áreas como as de servidores inativos e da dívida pública.⁴⁹ No ano de 1991 o Plano Plurianual do governo federal reservou 25% do orçamento da seguridade para a Saúde, mas o dinheiro não ingressou nos cofres do Ministério da Saúde que no ano seguinte contraiu empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador para financiar despesas com a saúde em detrimento da situação de insuficiência de recursos.

⁴⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1, 2013, p. 47.

No ano de 1993 a Lei Orçamentária Anual reduziu para 15,5% os recursos destinados à Saúde e o Ministério da Previdência responsável pela arrecadação não repassou os recursos correspondentes pelo fato de precisar pagar dívidas atrasadas. Esta situação de incerteza acarretou em soluções provisórias como a instituição em 1994 do imposto provisório sobre movimentação financeira, transformada posteriormente em contribuição provisória sobre movimentação financeira e extinta pelo Congresso Nacional no ano de 2007. Neste mesmo período o Congresso Nacional apresentou a primeira proposta de emenda constitucional em 1993 (PEC 169 de 1993) que determinou o aporte de 30% do Orçamento da Seguridade Social acrescido 10% de impostos para a Saúde. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios tinham o compromisso de aplicar no mínimo 10% das receitas sob impostos. A partir de então outras propostas de vinculação de recursos foram elaboradas no Congresso Nacional para financiar a Saúde.

Ocorreu a promulgação da Emenda Constitucional 29 de 2000 que alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou um artigo ao ADCT, estabelecendo que o Distrito Federal e os Estados devem aplicar o mínimo de 12% de suas receitas em Saúde e o Distrito Federal e os Municípios 15%. A União deveria fixar os gastos do Ministério da Saúde aplicando a variação nominal do PIB aos gastos do ano anterior.⁵⁰ Outras propostas restaram prejudicadas como a vinculação de um percentual das receitas da União que trariam ganho para a dotação orçamentária do Ministério da Saúde, haja vista que a vinculação à variação nominal do PIB assegura certa estabilidade no financiamento, sem representar ganhos, exceto em períodos de elevado crescimento econômico. Desta maneira, caso se dê um aumento na arrecadação de impostos a Saúde não se beneficiará, posto que seus recursos provenientes do Orçamento da Seguridade Social estarão limitados à aplicação do mínimo constitucional.

A regra de correção monetária pelo PIB foi instituída de forma provisória pela EC 29 de 2000, com a finalidade de substituir o mecanismo por outro que resultasse em maior volume de recursos da União para a Saúde, mas o modelo manteve a regulamentação da Emenda Constitucional pela Lei Complementar 141 de 2012. Ainda assim, a EC 29 representou um avanço ao estabelecer responsabilidades da União, Estados e Municípios. O Financiamento Público de Saúde de acordo com a Emenda dispõe sobre a possibilidade de

⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1, 2013, p.48.

intervenção da União nos Estados e desses em seus respectivos Municípios nos termos dos artigos 34 e 35; as condições para as transferências constitucionais nos termos do artigo 160; a vinculação de receitas de impostos à área de Saúde conforme artigo 167; a base de cálculo composta por receitas provenientes da arrecadação de impostos e repartição de receitas tributárias para aferição do mínimo de recursos a serem aplicados pelos Estados e Municípios; as regras de transição no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias no artigo 77 para garantir recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços públicos de Saúde.

O texto da EC 29 de 2000 atrelou recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para serem gastos obrigatoriamente em ações e serviços públicos de Saúde. A partir das alterações, o artigo 198 da Constituição detalhou o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde e manteve a vinculação de recursos orçamentários dos três entes da Federação com a possibilidade de contar com outras fontes de recursos. A vinculação de recursos para financiamento da saúde pública brasileira nos traz que os aspectos legais, desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, estabeleceu que o Sistema Único de Saúde seria financiado por todas as esferas de governo: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Na esfera federal os recursos viriam do Orçamento da Seguridade Social e a criação de um orçamento próprio para a seguridade social foi um ponto inovador da Constituição de 1988.

O Orçamento Geral da União foi dividido em fiscal, de investimento das estatais e orçamento da seguridade social. A seguridade social passou a ser financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta por meio de recursos oriundos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Na esfera federal a arrecadação das contribuições sociais recolhidas pelas empresas sobre a folha de pagamento, o faturamento e lucro líquido; dos trabalhadores; e sobre receita de concurso de prognóstico são fontes exclusivas da seguridade social.⁵¹ No entanto, a Emenda Constitucional 29 que delimitou a forma de financiamento do sistema ao vincular recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios ao gasto obrigatório em ações e serviços públicos de Saúde por intermédio dos parágrafos 2º e 3º no artigo 198 da Constituição Federal conforme veremos a seguir

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as

⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1, p. 50.

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.

O parágrafo 2º do artigo 198 estabelece valores mínimos que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de Saúde. Os Estados e Municípios ficaram obrigados a destinar às ações de Financiamento Público de Saúde o mínimo de 12% e 15% respectivamente de suas receitas. O Distrito Federal utiliza os dois percentuais a depender do tipo de receita. A vinculação constitucional de recursos orçamentários dos entes federativos para gastos obrigatórios em ações e serviços de Saúde representou significativo avanço no setor das garantias materiais do direito à saúde. A Constituição permitiu a possibilidade de se contar com outras fontes de recursos para o sistema, pois tratou a vinculação como o mínimo a ser aplicado em Saúde.

A regra de aplicação de recursos mínimos após a Emenda incidiu sob o artigo 198 da Constituição Federal que passou a tratar da base de cálculo e o artigo 77 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias ao determinar os percentuais mínimos para a Saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Para a União o artigo 77 do ADCT estabeleceu a regra de aplicação de recursos em ASPS: valor mínimo em 2000 não inferior ao montante empenhado em 1999 corrigido em 5%. Para os anos subsequentes até

2004 o valor empenhado no ano imediatamente anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto foi a regra que perdurou e observada pela lei complementar que regulamentou o parágrafo 3º do artigo 198. Os Estados devem destinar à Saúde pelo menos 12% da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços, Imposto de Transmissão Causa Mortis, Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotivos e das transferências constitucionais realizadas pela União deduzidas as parcelas destinadas aos respectivos Municípios conforme artigos 157 e 159, I, “a” e II.

Os Municípios têm que aplicar em ações de Saúde pelo menos 15% da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano, Imposto de Transmissão Intervivos, Imposto sobre Serviços e das transferências constitucionais realizadas pela União aos Municípios consoante artigos 158 e 159, I, “b” e § 3º. A obrigação do Distrito Federal é de 12% ou 15% a depender se o imposto competência ao Estado ou Município. No entanto, mesmo com a vinculação de receitas de impostos e participação dos Estados, Distrito Federal e Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de Saúde é preciso buscar outras fontes de recursos para garantir o atendimento do princípio da universalidade norteador do SUS.

As fontes de receitas para o financiamento da Saúde são provenientes de Estados e Municípios: impostos, multas, juros de mora e outros encargos decorrentes dos impostos; dívida ativa dos impostos, multas, juros de mora, atualização monetária e outros encargos da dívida ativa dos impostos; receitas de transferências constitucionais e legais; transferência de recursos do SUS; transferências voluntárias; receitas de operações de crédito vinculadas à Saúde; outras receitas orçamentárias. Para a União: fontes do orçamento da Seguridade Social. As modificações trazidas pela EC 29 de 2000 alteraram a fonte de recursos do SUS com a fixação constitucional do cálculo pautado no orçamento executado acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto, o Orçamento da Seguridade Social mantido pelas contribuições deixou de ser referência para a Saúde. A base de cálculo dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios constava no artigo 198 da Constituição.

A parte da União restou pendente e a lei complementar definiu os parâmetros de participação da União no custeio do Sistema Único de Saúde. Desta maneira, enquanto não houvesse a lei complementar vigeria as regras do artigo 77 do ADCT. Tal dispositivo provisório estabeleceu a base de cálculo para o montante a ser aplicado pela União nas ações e serviços públicos de Saúde, atribuindo à lei complementar a fixação dos parâmetros

definitivos. Aos Estados e Municípios a Emenda Constitucional 29 estabeleceu patamares mínimos a alcançar até o ano de 2004 e determinou uma regra de transição segundo a qual estariam obrigados a aplicar em 2000 o mínimo de 7% de suas receitas próprias em ações e serviços públicos de Saúde, elevando gradativamente este percentual até alcançar o mínimo no ano de 2004. A diferença em relação aos níveis mínimos a serem atingidos (12% para os Estados e 15% para os Municípios) deveria ser reduzida à razão de pelo menos um quinto ao ano.

Entretanto, a Emenda Constitucional 29 tem um significado mais abrangente ao exigir das esferas subnacionais maior e efetiva contribuição ao financiamento da área com a finalidade de fortalecer a participação e responsabilidade dessas instâncias no arranjo federativo que mantém o Sistema Único de Saúde. Geraldo Biasoto Junior nos traz que a Emenda Constitucional nº 29 tem um papel relevante na ampliação do gasto em saúde.⁵² Porém, cumpre salientar a importância da EC 29 no sentido de reforçar as ações de saúde em uma situação de competência concorrente das três esferas de governo. Por um lado, a fixação de recursos mínimos para aplicação dos Estados serve como catalisador da discussão que vem sendo conduzida sobre a necessidade da esfera estadual assumir maiores obrigações dentro da gestão do SUS em relação à complexidade e articulação regional do sistema.⁵³ De outro lado, a fixação de recursos mínimos a serem aplicados por cada uma das municipalidades opera na direção de eliminar a prática identificada em determinadas regiões, onde alguns Municípios mais comprometidos com o Sistema Único de Saúde assumiam a atenção à saúde de cidadão de outros Municípios.

A aplicação dos dispositivos da EC 29 foi debatida quanto à sua regulamentação, propostas tramitaram no Congresso Nacional e no ano de 2001 o Conselho Nacional de Saúde reuniu a Associação dos Tribunais de Contas, o Ministério Público Federal, as assessorias técnicas da Câmara e do Senado, os conselhos dos secretários estaduais e municipais de Saúde (Conass e Conasems) e as secretarias do Ministério da Saúde com o propósito de fazer os agentes públicos cumprirem a EC 29. As questões em pauta consistiam em regras para o período de transição a fim de que Estados e Municípios alcançassem em 2004 os percentuais mínimos de 12% e 15% respectivamente das receitas aplicadas em Saúde.

⁵² BIASOTO JUNIOR, Geraldo. **Setor Saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas.** (mimeo). IE/UNICAMP: Campinas, 2003, páginas 39-40.

⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1, 2013, páginas 53-58.

Outro assunto foi definir o que poderia ou não ser considerado como ações e serviços públicos de Saúde, no caso da União era preciso definir que variação nominal do PIB seria considerada e sobre que base incidiria a correção. A partir desse esforço surgiu em 2001 o documento Parâmetros Consensuais para Regulamentação e Implementação da EC 29 de 2000. Posteriormente foi realizado seminário no Ministério da Saúde com representantes dos Tribunais de Contas do País.⁵⁴ No ano de 2002 o Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde aprovou a Resolução 316.

O Ministério da Fazenda estipulava que a correção do orçamento do Ministério da Saúde seria feita com base na variação nominal do PIB sobre o valor gasto no ano de 2000. Desta forma, a base sobre a qual incidiria a correção seria fixa naquele ano, embora a Constituição estabelecesse a incidência sobre o volume de recursos gastos no ano anterior. A questão foi superada pela decisão 143 de 2002 do Tribunal de Contas da União que reforçou o entendimento da área de Saúde, qual seja, o termo valor apurado no ano anterior representa o valor do ano imediatamente anterior ao da fixação do orçamento. Ainda, sobre esse valor incidiria a variação nominal do PIB para cálculo e haveria o valor do novo orçamento para manter as ações e serviços públicos de Saúde. Tal modelo deveria vigorar até 2004 ou a edição de lei complementar.

No ano de 2003 foi homologada a Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, sucessora da Resolução 316, reforçando a adoção do sistema de base móvel de cálculo com base no orçamento do ano imediatamente anterior. A Resolução 322 trouxe esclarecimentos conceituais e operacionais para a aplicação imediata da Emenda 29 pelas três esferas de governo, a definição do que poderia ou não ser considerada como ações e serviços públicos de Saúde. O Ministério da Saúde por intermédio da Portaria GM/MS 755 de 2003 constituiu comissão especial para formular diretrizes à regulamentação da Emenda. A primeira proposta de regulamentação dentro do Executivo se deu em 2003. A partir do documento Parâmetros Consensuais e da Resolução 322 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde foi elaborada a proposta estabelecendo a aplicação de 10% das receitas correntes brutas pela União em ações e serviços públicos de Saúde, resultado de discussão na área da Saúde.

⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1, 2013, páginas 53-58.

A Resolução 322 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde serviu de suporte à política de Saúde na ausência da regulamentação da Emenda Constitucional 29, a finalidade era conferir eficácia ao princípio da vinculação de recursos orçamentários a ações e serviços públicos de Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; também visou a aplicação dos recursos pelos agentes públicos até a regulamentação do artigo 198 da Constituição Federal de 1988. O poder normativo do Conselho Nacional de Saúde foi atribuído pela Lei 8142 de 1990 que diz este deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros preservadas as funções do Poder Legislativo. A Resolução do Conselho consubstancia instrumento válido sob a perspectiva participativa, deliberativa e construtiva do Sistema Único de Saúde, consolidou princípios que serviram de base à regulamentação da Emenda Constitucional 29.

O documento originariamente recebeu o número 316 de 2002 que foi homologado e publicado em 2003 sob o número 322, tornando-se ato normativo com efeitos jurídicos. A delimitação do conceito de ações e serviços públicos de Saúde prevista na Resolução do Conselho Nacional de Saúde foi produto de discussão e articulação dos sanitaristas brasileiros que a estruturaram focada em quatro pontos, quais sejam, a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em Saúde; os recursos mínimos a serem aplicados em Saúde; as ações e serviços públicos de Saúde; e os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle. Desta forma, serão consideradas como despesas com ações e serviços públicos de Saúde aquelas de custeio e capital financiadas pelas três esferas de governo com os recursos dos respectivos fundos de Saúde.

O artigo 198, parágrafo 2º da Constituição Federal dispõe que as ações devem estar relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativo, que atendam simultaneamente aos critérios: sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos planos de Saúde de cada ente federativo; e sejam de responsabilidade específica do setor de Saúde sem serem tidas como despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

A Resolução regulamentou o conceito de ações e serviços públicos de Saúde e previu as despesas com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde como vigilância epidemiológica e controle de doenças; vigilância sanitária; vigilância nutricional,

controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS; educação para a saúde; saúde do trabalhador; assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; assistência farmacêutica; atenção à saúde dos povos indígenas; capacitação de recursos humanos do SUS; pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde promovidos por entidades do SUS; produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos como medicamentos, imunobiológicos, sangue, hemoderivados e equipamentos; saneamento básico e do meio ambiente associado diretamente ao controle de vetores, a ações específicas em pequenas comunidades, em nível domiciliar ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde; serviços de saúde penitenciários firmado termo de cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços; atenção especial aos portadores de deficiência; ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e indispensáveis à execução das ações indicadas acima.

Os recursos obtidos por intermédio das operações de crédito podem excepcionalmente compor o valor considerado para o cálculo do percentual mínimo exigido na Carta Magna; no entanto, o valor será deduzido dos gastos de Saúde no exercício seguinte. Desta maneira, os pagamentos de juros e amortizações relativos às operações de crédito efetuadas para financiar ações e serviços públicos de Saúde podem ser contabilizadas como despesas referentes à Saúde. Cumpre ressaltar que algumas ações e serviços públicos apesar de estarem relacionados com a proteção à saúde não têm suas despesas consideradas para fins de cumprimento da EC 29 de 2000.

Portanto, não são contabilizadas como despesas as ações e serviços públicos de Saúde referentes ao pagamento de aposentadorias e pensões; assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade; à merenda escolar; a saneamento básico efetuado com recursos oriundos das taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados; à limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos; à preservação e correção do meio ambiente efetuadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais; a ações de assistência social não vinculadas à execução das ações e serviços não atendidas pelos órgãos de Saúde do Sistema Único de Saúde; bem como a ações e serviços públicos de saúde mantidos com recursos não discriminados na base de cálculo delineada na Resolução.

A regulamentação da EC 29 resultou de embates e para esclarecer aspectos conceituais e operacionais desta, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução 316 de 2002, posteriormente alterada e homologada sob o número 322 em 2003, a qual definiu as ações de Saúde e elencou as que não poderiam ser debitadas na conta da Saúde. Alguns Estados e Municípios contestaram a legitimidade das diretrizes da Resolução 322, questão superada, em razão do conceito de Ações de Serviços Públicos de Saúde ter sido definido na Lei Complementar 141 de 2012.

1.5 Percurso Histórico da Criação do SUS no Contexto Brasileiro

A importância da redemocratização e do movimento da reforma sanitária para a formação do Sistema Único de Saúde antes da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, as políticas públicas de saúde tinham como finalidade promover a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à viabilidade da produção industrial no quadro nacional de desenvolvimento.

Ao dialogar com a conjuntura econômica, o setor sanitário do Brasil caracterizava-se no período como assistencialista e curativo, de caráter privatista e contrário à priorização de políticas públicas de saúde de cunho universal. Neste sentido, Felipe Asensi afirma que o presidente da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), Ulysses Guimarães do PMDB, representa uma Constituição pautada pelos valores democráticos que incluem direitos individuais, sociais e difusos em um pacto que abrangia diversos setores da sociedade. A política econômica do nacional-desenvolvimentismo propugnava a industrialização substitutiva de importações, o intervencionismo estatal e nacionalismo.⁵⁵

Aplicada nos anos 1930 a 1980, o trabalhador deveria preservar sua saúde apenas por um aspecto contributivo-previdenciário. Observa-se reduzida possibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde no período, haja vista que as formas pelas quais o cidadão poderia usufruir eram ser um trabalhador em sentido estrito, possuidor de carteira de

⁵⁵ ASENSI, Felipe Dutra. O direito à saúde no Brasil. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). **Direito sanitário**. 1a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 1, p. 3.

trabalho assinada e contribuinte da previdência social; e/ou ser capaz de suportar os custos dos planos privados de saúde a partir de 1970.⁵⁶

A fim de modificar este cenário brasileiro, os Departamentos de Medicina Preventiva foram o instrumento de apoio à criação do movimento sanitário para unir a política de saúde em direção à prevenção, apreendendo contextos políticos, econômicos, sociais e culturais que englobavam a saúde na política pública.

No ano de 1970, época da ditadura militar, existia três correntes do pensamento sanitário, quais sejam, o liberal caracterizado pela defesa da neutralidade da ciência com foco no indivíduo e preponderância do setor privado; o racionalizador que buscava a interação entre a gestão institucionalizada por intermédio das secretarias de saúde com universidades de pensamento crítico para sintetizar uma proposta viável de saúde pública à sociedade; e o médico-social, cujo pensamento consistia no enfrentamento à situação vigente ao propor a teoria como instrumento de luta política, o processo saúde-doença como totalidade, delimitação do campo da saúde coletiva, desmedicalização e controle popular, demandas combinadas com a luta pelo reestabelecimento democrático.⁵⁷

Nesta fase, a ditadura militar enfrentava uma crise de legitimidade e necessitava implementar políticas públicas de saúde a fim de amenizar as desigualdades causadas pelos anos de chumbo⁵⁸ e seu milagre econômico. A partir de então os Departamentos de Medicina Preventiva foram criados em 1950 e consolidados pela Lei da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5540 de 1968) que, embora tenha caráter ditatorial e repressivo, tornou a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva obrigatória nas universidades do Brasil. Os Departamentos de Medicina Preventiva serviram como laboratório para o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira em 1970 e a redemocratização de 1980.

A Lei de Reforma Universitária encontra-se revogada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei 9394 de 1996). Ativistas sanitários começaram a ocupar

⁵⁶ ASENSI, Felipe Dutra. O direito à saúde no Brasil. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Org.). **Direito sanitário**. 1a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 1, p. 3.

⁵⁷ ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

⁵⁸ Anos de Chumbo refere-se ao período de repressão e endurecimento da ditadura militar entre a edição do Ato Institucional nº 5 de 1968 e o término do Governo Médici em 1974 (GASPARI, Elio. **A Ditadura Acabada**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2016).

postos estratégicos para que influenciassem de dentro para fora a atuação estatal. Essa tática obteve êxito com programas como o Projeto Montes Claros e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. O Primeiro foi implementado em 1970, na cidade de Montes Claros situada no norte de Minas Gerais. Podemos dizer que foi o precursor do Sistema Único de Saúde, uma vez que sua operação era organizada de maneira descentralizada, regionalizada e hierarquizada, sendo sua implementação de acordo com um modelo pautado nos princípios da integralidade da assistência sanitária e do atendimento prestado por auxiliares de saúde centrado na administração democrática, eficiente e receptiva à participação popular.⁵⁹

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento foi elaborado pelo setor de saúde do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, objetivava a interiorização sanitária por meio dos programas de extensão propostos segundo a Organização Pan-Americana da Saúde e sua atuação centrava-se nas regiões do país, onde não havia interesse pelo mercado privado de saúde. Continha diretrizes como universalização, descentralização, acessibilidade, integralidade e participação comunitária e foi implementado a partir de uma rede de postos menores operada por auxiliares da saúde contratados nas regiões atendidas. Podemos dizer o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento ser um precursor do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.⁶⁰

Tais experiências contribuíram para a origem do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, as quais reuniam a dinâmica de luta de um movimento social. O Movimento pela Reforma Sanitária foi liderado por intelectuais-militantes em um período que coincidiu com os anos de chumbo (1968-1974) em que o PIB brasileiro cresceu entre 9,8% em 1968 e 13,6% em 1973.⁶¹ Antônio Gramsci, influência teórica da Reforma Sanitária italiana e brasileira, acreditava na disputa da hegemonia por dentro do aparelho da estrutura do Estado na tentativa de consolidação de sua influência ideológica perante a sociedade civil.⁶²

⁵⁹ FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

⁶⁰ TAVARES, D. de F. **Projeto Montes Claros**: Depoimento Oral. Belo Horizonte: DAD/COC, 1993.

⁶¹ GASPARI, Elio. **A Ditadura Acabada**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2016.

⁶² GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 2 v. INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílio, 2003. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 17/01/2023.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento foi consolidado, ampliado e expandido pelo território nacional com a publicação do Decreto 84219 de 1979 com a cooperação dos trabalhadores, usuários e gestores da saúde coletiva, artistas, ativistas e partidos políticos e constituiu-se em uma síntese que foi fortaleceu em 1970 e 1980 com a luta pela redemocratização. Este movimento de liberdade e contestação fez com que aparecessem grupos sociais que ratificaram a luta pela saúde como as entidades do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde em 1979, intensificando o debate sobre as pautas e demandas da política pública de saúde em benefício da sociedade brasileira.

Na mesma direção e em conformidade com a pró-redemocratização do Brasil, o ano de 1980 foi acompanhado de avanços na participação popular como a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde e a realização da Oitava Conferência Nacional da Saúde que representou relevante conquista do Movimento pela Reforma Sanitária em 1986, evento em que foi discutido a importância de um Sistema Único de Saúde e de maneira mais ampla, a necessidade de uma Reforma Sanitária com a constitucionalização do direito à saúde.⁶³ A Oitava Conferência Nacional da Saúde ocorreu em Brasília e foi considerada uma reunião institucional de relevância durante o período da Nova República.⁶⁴

O Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados foi criado pelo Decreto 94657 de 1987 e consolidou-se como proposta de descentralização das ações da política pública de saúde que tinha como diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços, integralidade dos cuidados, regionalização dos serviços de saúde, implementação de distritos sanitários, instituições colegiadas gestoras e política de recursos humanos.⁶⁵ Os participantes discutiram os temas saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde culminando posteriormente no Sistema Único de Saúde e financiamento/fundo público.⁶⁶

⁶³ PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba, 2013.

⁶⁴ LUZ, Madel Therezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In GUIMARÃES, Reinaldo; RAW, Tavares (Orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1994.

⁶⁵ Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 23 de dezembro de 2022.

⁶⁶ ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata. História dos Trabalhadores da Saúde. In **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 13 n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2008.

A Assembleia Nacional Constituinte realizada entre 1987 e 1988 igualou as demandas da Oitava Conferência Nacional de Saúde em disputa que abrangia as particularidades de um país de modernização conservadora,⁶⁷ a influência do Estado do Bem-Estar Social europeu e os conflitos político-ideológicos fomentados pelos progressistas e pelo “Centrão.”⁶⁸ Esta contenda democrática originou um sistema de seguridade social híbrido,⁶⁹ sistematizado com direitos universais da saúde dependentes do trabalho (previdência social) e seletivos (assistência social) não consolidando uma política de integração e unificação entre esses direitos constitucionalizados conforme relato a seguir:

estabeleceu-se um sistema de seguridade social que, teoricamente, manteve o princípio de universalidade e integralidade no âmbito da saúde com o Sistema Único de Saúde, que passou a reestruturar, a partir de 2004, a política de assistência social, com base no Sistema Único de Assistência Social, e que fortaleceu a lógica do seguro no âmbito da previdência, sobretudo com as reformas de 1998 e 2003.⁷⁰

Posteriormente, será abordada a constitucionalização do direito à saúde no Brasil, priorizando a sistematização de normas inseridas na Constituição Federal de 1988 que abarca seus respectivos objetivos, princípios e diretrizes.

A Constitucionalização do Direito à Saúde no Brasil a partir de uma abordagem político-jurídica do tema, especificamente no que se refere à constitucionalização do Direito à Saúde contemplado no texto constitucional. A Oitava Conferência Nacional de Saúde foi relevante e em 2019 ocorreu em Brasília a Décima Sexta Conferência Nacional de

⁶⁷ MOORE JUNIOR, Barrington. **As Origens Sociais da Ditadura e da Democracia**: senhores e camponeses na construção do mundo moderno. 1. Ed. São Paulo: Edições 70, 2010..

⁶⁸ A palavra “Centrão” corresponde a “grupo suprapartidário com perfil de centro e direita criado no final do primeiro ano da Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988 para dar apoio ao presidente José Sarney”. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbetetematico/centrao>>. Acesso em 23 de dezembro de 2022.

⁶⁹ BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. Brasília, DF: CFESS, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf>. Acesso em 02 jan. 2023. BRASIL. Anais da Assembleia Nacional Constituinte – 1987/1988. Senado Federal.

⁷⁰ BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. Brasília, DF: CFESS, 2009, p. 10. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf>. Acesso em 02 jan. 2023. BRASIL. Anais da Assembleia Nacional Constituinte – 1987/1988. Senado Federal.

Saúde com tema Democracia, Saúde e os eixos temáticos da Oitava Conferência Nacional de Saúde: saúde como direito, consolidação dos princípios e financiamento do SUS.⁷¹

No artigo 1º, inciso III da Constituição Federal temos a proteção constitucional do direito à saúde, o direito à vida e a dignidade da pessoa humana como fundamentos da República Federativa do Brasil. Ainda, o inciso IV do artigo 3º afirma ser objetivo da República brasileira a promoção do bem de todos. O artigo 5º prevê a inviolabilidade do direito à vida e o artigo 6º traz que o direito à saúde é expressamente assegurado entre os direitos sociais. Outro dispositivo na Constituição Federal é o artigo 196 que prescreve a saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando ao Poder Público a forma de assegurá-lo “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.”

Um aspecto relevante e que envolve a participação dos entes federativos diz respeito às suas respectivas competências comuns e concorrentes. O artigo 23, inciso II dispõe que o dever de cuidar da saúde e da assistência pública é de competência comum da União, dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios. O artigo 1º da CF/88 traz a redação: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III – a dignidade da pessoa humana.”

O artigo 3º do diploma legal supracitado delimita que “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, o artigo 5º institui “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes”. O artigo 6º preconiza “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”; o artigo 196 prevê “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.”

⁷¹ Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/16cns/>>. Acesso em 02 de janeiro de 2023.

Também, o artigo 23 propugna “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”, portanto, a competência concorrente da União, Estados e Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde. Outro ponto da Constituição consiste no direito à saúde se tratar aspecto de relevância pública conforme artigo 197 da CF/88.

A relevância pública abrange os objetivos e fundamentos que sustentam a aplicação das políticas públicas condizentes com a República Federativa do Brasil e que estão consolidadas nos artigos 1º e 3º da Carta Política de 1988 como a dignidade da pessoa humana; a construção de uma sociedade justa, livre e solidária; a promoção do bem comum; e a erradicação da pobreza. A efetivação do direito à saúde na realidade brasileira consiste em batalha constante para assegurar e desenvolver os objetivos e fundamentos da República, portanto, o direito à saúde é um direito de relevância pública.⁷²

Marlon Weichert reitera tal qualificação de relevância pública ao afirmar que a saúde entre os direitos sociais é prioritária, não podendo ser menosprezada diante dos demais no que se refere à destinação de recursos financeiros.⁷³ À saúde deve ser garantido financiamento que atenda à sua importância quando comparada a outros direitos como os civis, econômicos, políticos e sociais. O direito à saúde deve ser prioritário no orçamento público em razão de ser classificado constitucionalmente como ação e serviço de relevância pública.

O Direito à Saúde na Constituição, consoante Luís Roberto Barroso é classificado como norma constitucional definidora de direitos. Segundo o ministro do Supremo Tribunal Federal, tais normas criam para seus beneficiários situações jurídicas imediatamente desfrutáveis a serem materializadas em prestações positivas ou negativas. E, na hipótese em que as prestações não sejam satisfeitas pelo Estado ou por quem tenha o dever jurídico de realizá-las, existe a possibilidade de seus destinatários postularem tal cumprimento

⁷² ARAÚJO, Luiz Alberto David. O Conceito de Relevância Pública na Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, Vol. 5 n. 2. jul. 2004. pp. 90-97. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80686/84338>. Acesso em 02 jan. 2023.

⁷³ WEICHERT, Marlon Alberto. A saúde como serviço de relevância pública e a ação civil pública em sua defesa. In ROCHA, João Carlos de Carvalho et all. (Orgs.). **Ação Civil Pública** - 20 Anos da Lei n. 7.347/85. Belo Horizonte: Del Rey, 2006. p. 507-531.

por meio de ação judicial.⁷⁴ Desta maneira, resta assegurado o direito subjetivo ou o direito de ação para exigir a satisfação de um determinado interesse, a concretização de determinada pretensão.

O artigo 24 da Carta Política preconiza “Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII – previdência social, proteção e defesa da saúde”; o artigo 197 traz “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”; e complementando a afirmação anterior Maria Célia Delduque assevera que o direito à saúde ainda deve ser efetivado não somente pelos meios tradicionais de judicialização da saúde, ações judiciais via custosos processos individuais, geralmente em pedidos com tutela de urgência, mas também por Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos como a Mediação Sanitária com o condão de constituir um novo paradigma para a efetivação da política pública de saúde no Brasil.⁷⁵ A mesma autora reforça o argumento abordado no parágrafo supra ao comentar

É preciso incutir uma nova prática, uma nova cultura no âmbito do SUS. Uma vigilância permanente dos conflitos sanitários, que podem ocorrer de muitos modos. A construção de núcleos de Mediação Sanitária, no âmbito das Secretarias de Saúde, em todos os níveis, para operar a mediação interna ao sistema e externa com seus usuários, há de ser um novo paradigma a substituir a litigância e a judicialização.⁷⁶

O artigo 196 da Constituição Federal propugna o direito público subjetivo à saúde representar prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela Constituição da República. Este traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve zelar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular e implementar políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir aos

⁷⁴ BARROSO, Luís Roberto. **A Judicialização da Vida**: e o papel do Supremo Tribunal Federal. 1. ed., Belo Horizonte: Fórum, 2021.

⁷⁵ DELDUQUE, Maria Célia. **A Mediação Sanitária como Novo Paradigma Alternativo à Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil**. Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDEART_9B.pdf. Acesso em 03 jan. 2023.

⁷⁶ DELDUQUE, Maria Célia. **A Mediação Sanitária como Novo Paradigma Alternativo à Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil**. Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDEART_9B.pdf. Acesso em 03 jan. 2023.

cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.⁷⁷ Nesse sentido, a respeito da relevância do direito à saúde, Sueli Gandolfi Dallari afirma que sua eficácia e implementação vêm sendo fortalecidas ao longo dos anos em virtude do acesso à justiça e seus desdobramentos contemporâneos.

Ressalta-se a característica de participação popular em sua construção e sua estruturação como um sistema de saúde, pois diferente de outros direitos sociais constitucionalizados, o direito à saúde “tem sua garantia claramente vinculada às políticas sociais e econômicas, às diretrizes do sistema expressamente formuladas, envolvendo a participação da comunidade.”⁷⁸ Por fim, frisa-se a complexidade e profundidade da estruturação e efetivação do direito à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde que abarca distintos campos do conhecimento em uma interdisciplinaridade como afirma Bruna Alves: “na atual sociedade contemporânea, não é possível falar em direito à saúde sem considerar questões sociais, econômicas, territoriais, políticas, tecnológicas.”⁷⁹ Por sua vez, a complexidade da interpretação hermenêutica do direito à saúde sem deixar de observar a relevância da interpretação normativo-constitucional pode ser constatada na afirmação que informa o direito à saúde “é um direito complexo que demanda intervenções e produção de conhecimento igualmente complexos.”⁸⁰ O mesmo autor complementa:

para a garantia do direito à saúde é preciso que o operador do direito conheça não só o texto normativo, mas também o contexto em que este direito se insere. É preciso que conheça as muitas implicações que seus atos podem ocasionar no plano político, econômico e médico-sanitário e, para tanto, a ciência jurídica precisa avançar para além do estrito paradigma positivista de aplicação e produção do direito.⁸¹

⁷⁷ STF, RE 271.286-AgR, Relator Ministro Celso de Mello, Segunda Turma, DJ 24.11.2000

⁷⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo: V.9, n.3, nov.2008/fev.2009, p. 11. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em 03 jan. 2023.

⁷⁹ ALVES, Sandra Mara Campos. **A Formação em Direito Sanitário: um diálogo possível a partir da interdisciplinaridade**. Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASSDIREITO_A_SAUDE-ART_2B.pdf. Acesso em 03 jan. 2023.

⁸⁰ ALVES, Bruna Marques; DUARTE, Francisco Carlos. O Imposto sobre Grandes Fortunas e a Promoção da Justiça Fiscal. **Revista do Mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 3, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rvmd/article/view/5711>. Acesso em 05 jan. 2023.

⁸¹ ALVES, Bruna Marques; DUARTE, Francisco Carlos. O Imposto sobre Grandes Fortunas e a Promoção da Justiça Fiscal. **Revista do Mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília**, Brasília, v. 9, n. 1, pp. 290-314, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rvmd/article/view/5711>. Acesso em 05 jan. 2023.

Portanto, pode-se dizer que a efetivação do direito à saúde na Constituição brasileira, ou seja, o conceito de direito à saúde constitucionalizado foi produto da demanda democrática com participação popular, formação técnica e política, cooperação interfederativa, financiamento, ativismo jurídico, políticas sociais e econômicas no intuito de materializar a concepção integral do complexo Sistema Único de Saúde, base da militância sanitarista.

1.6 Limites à Garantia do Direito à Saúde

Houve desenvolvimento na política de saúde a partir de 1980 e torna-se legítima a associação entre saúde e democracia, sustentada pelas organizações da sociedade civil neste período, com o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que lutava politicamente em um cenário de ditadura e totalitarismo. Nesta época de conquistas e desafios, a delimitação de um conceito ampliado de saúde, o reconhecimento constitucional de saúde enquanto direito e a criação do Sistema Único de Saúde serviu como base política à possibilidade de formar um modelo de sociedade brasileiro a partir da esfera da saúde.

Ocorre que a luta por viabilizar essas conquistas foi se perdendo na prática para operar o sistema diante de pressões e forças das áreas com interesses divergentes no interior do movimento. A universalização da assistência e o conceito de saúde relevante na Constituição não acompanharam a publicização da rede que presta serviços. No entanto, a efetivação da política de saúde acarreta a existência da rede prestadora de serviços. A fim de corrigir os impedimentos postos pela iniciativa privada e o governo no setor da saúde, os reformistas atuaram realizando recorrentes movimentos e redefinições de luta para este combate.

Os atores da Reforma Sanitária Brasileira apontam limites na garantia do direito à saúde conforme veremos adiante. Esta consta expressa na tensão entre direitos individuais e coletivos quando se entende a saúde como integrante dos direitos sociais. Então, o direito não é integral, porque não consegue passar por todos os níveis de acordo com a necessidade e sem pensar que há outros componentes dos determinantes sociais que deveriam garantir o acesso e posse à terra, ao lazer, aos transportes, à educação, o que requer políticas

intersetoriais que não possuímos ou são deficitárias. Isto representaria compartilhar poder entre setores, ministérios, secretarias e não tem desenvolvido da maneira necessária para efetivar o direito à saúde.

Em relação ao direito podemos pensar em direito à saúde no sentido amplo que tem a ver com a vida das pessoas e o direito de ter acesso a serviços de saúde. Não há uma contratação insolúvel entre o direito aos serviços de saúde e a ordem social capitalista. No entanto, a saúde entendida em um sentido que transcende o consumo do serviço de saúde relacionada aos determinantes sociais e ambientais como prevista na lei orgânica da saúde, a forma como a sociedade organiza a produção, distribuição e o consumo de bens e serviços, a saúde apresenta contradições com o caráter do capital.

Atualmente o Brasil tem possibilidade de garantir serviços de saúde para todos, mas o país submetido a essas leis de acumulação do capital terá dificuldade em fazer aquilo determinado pelos organismos internacionais denominado a equidade em saúde. Assegurar o direito à saúde consiste em prestar um cuidado em saúde de qualidade que inclua o cuidado referente aos procedimentos e medicamentos dentro da concepção de integralidade ou política que envolva promoção, prevenção, diagnóstico precoce e direito ao tratamento.

Cumprе salientar a necessidade de desconstruir a estrutura ideológica, institucional e financeira que representam atualmente um contra direito à saúde. Qualquer forma de discriminação institucional, pessoal dentro do sistema de saúde consubstanciam formas de não efetivação do direito. Isso passa pela ausência de recursos financeiros, uma cultura institucional que considera o que é público não ter qualidade, elementos estes que prejudicam a possibilidade de todos terem direitos iguais e serem atendidos com qualidade de acordo com as respectivas e particulares necessidades. Desta maneira, hodiernamente o direito foi implantado circunscrito a uma conjuntura negativa sob as perspectivas financeira e organizacional. O Sistema Único de Saúde encontra-se subfinanciado, o que reforça tais tendências culturais discriminatórias, cuja lógica observa atender alguns melhores que outros, funcionando a estrutura como um contra direito.

Há que se reconhecer um avanço no direito à saúde, conforme dados e evidências. Outro limite é interno, uma vez que a atenção à saúde e ao Sistema Único de Saúde, associado à municipalização, descentralização e desigualdade política no país deram origem a um Sistema Único de Saúde heterogêneo. A capacidade de pressão é menor que no

período inicial, o que acarretou a perda do controle social. A sociedade encontra-se enfraquecida, apesar de existir mais Conselhos e Conferências e o Sistema Único de Saúde possuir alguma organização social, mas não expressiva para resolver o problema do financiamento e da política de pessoal. Constatou-se não ser possível prover melhores condições de saúde à sociedade sem que o Estado dê prioridade às inovações sociais no enfrentamento aos problemas estruturais como a desigualdade social. A vulnerabilidade e o desgaste das reformas e do movimento social prejudicaram e não mantiveram as ações e conquistas alcançadas durante o período da reforma sanitária brasileira.

1.6.1 As Tensões entre Direitos Universais e Individuais à Saúde

A conquista da saúde enquanto um direito universal traz questões e desafios de como tornar este direito tangível, exercido por todos e de que forma os Municípios, Estados e União irão concretizá-los concomitantemente como direito fundamental previsto na categoria dos denominados direitos coletivos, as ações e serviços de saúde de importância pública.

O Sistema Único de Saúde é constituído pelas regras formais de organização e pelos princípios jurídicos que orientam seu desenvolvimento. As leis orgânicas de saúde dispõem sobre os objetivos, as atribuições, diretrizes, os princípios, a organização, o financiamento e planejamento da área saúde dentro da lógica proposta pelo Sistema Único de Saúde, promulgadas com vetos que prejudicaram o seu financiamento. Outro artigo da Lei Orgânica da Saúde vetado foi o que propugnava a participação da sociedade civil na saúde que depois de conflitos e negociações, fez com que o governo se retratasse e, dessa maneira, os Conselhos e as Conferências de saúde adquirissem uma legislação específica e abrangente que deliberasse a respeito do caráter participativo da população na gestão do Sistema Único de Saúde, assim como as formas de transferência intragovernamental de recursos financeiros à área foram delimitadas.

O entendimento da conquista da saúde enquanto direito universal consubstancia dúvidas sobre a judicialização ser uma forma de concretização do direito à saúde brasileira a partir da esfera individual. A judicialização, ao mesmo tempo que garante o direito, também impede uma política de saúde coletiva porque fica sendo o atendimento a necessidades individuais. Necessita de estudos e debates para que o direito à saúde não passe por

demandas individuais e sim pelo atendimento de prioridades coletivas, mesmo que seja com metas a alcançar dentro de um planejamento.

Cabe em um Estado Democrático de Direito qualquer cidadão que entender seu direito estar ameaçado, não sendo atendido, buscar as formas legítimas para que seja garantido; e acionar o Judiciário ou o Ministério Público é um comportamento legítimo. Têm outras dimensões que devem ser examinadas, uma é que dentro da ideia de direito à saúde existe um direito social. Portanto, que tem uma expressão coletiva e representa uma tensão entre o direito individual e o direito coletivo. Essa é a contradição que se expressa nas palavras liberdade que queremos e igualdade. Quanto mais se avança na liberdade individual se sacrifica a igualdade e quanto mais se avança na igualdade muitas vezes restringe-se a liberdade individual.

A judicialização é um sistema que reflete que o direito à saúde não atendido, necessita ter a intervenção judicial e da justiça para que se garanta esse direito. A judicialização é um limitante, desorganiza o sistema porque apenas alguns possuem acesso. Trata-se de uma perspectiva limitante pois é individualizada e não trabalha com o coletivo, trabalha a saúde com o sujeito individualizado. Isso mantém a tensão que é preciso universalizar e oferecer atendimento de qualidade. Entretanto, como potencializar isso a favor do Sistema Único de Saúde, ainda não foi encontrado um caminho. Pelo fato dos Conselhos não funcionarem e a mobilização social encontrar-se enfraquecida, as pessoas buscam formas mais particulares de se valer do Sistema, a judicialização consiste em uma forma de pressão fragmentada e favorável ao consumo aos que dispõem de recursos.

Desta forma, receita materializa direito sem levar em consideração se a prescrição está contida em protocolo ou possui evidência científica. Quanto à judicialização são questões que ocorrem no âmbito do direito as transformações de determinadas situações em normas e criação de jurisprudência. A respeito da universalidade sob a égide dos princípios da igualdade e inclusão de todos nas políticas de saúde do Estado e o reconhecimento que todos merecem igualdade de respeito e consideração do Estado quando este elabora e implementa políticas públicas de saúde. Os atores indicam no movimento de judicialização a importância do Judiciário no processo de resolução de conflitos na saúde, bem como se tal via é democrática, positiva ou negativa e, por fim, em que medida limita a concretização do direito à saúde.

A compreensão sobre os avanços e retrocessos trazidos pela judicialização da saúde apresenta posições divergentes conforme veremos a seguir e parte do ponto em que uma questão é prevista constitucionalmente e desta surge uma pretensão jurídica que pode ser pleiteada por meio de ação judicial, de maneira que se a Constituição assegura o direito à saúde é admissível levar à apreciação do Poder Judiciário a exigência deste direito, judicializando a discussão sobre políticas públicas e ações concretas praticadas. A judicialização é um ato que demonstra os órgãos do Poder Judiciário tomarem decisões referentes a relevantes assuntos de repercussão política e social, as quais deveriam ter sido tomadas pelos Poder Executivo ou Congresso Nacional que não o fizeram.⁸²

O modelo constitucional adotado no Brasil reflete o fenômeno da judicialização, haja vista que a Carta Magna por ser compromissória traz direitos fundamentais sociais sem efetivo cumprimento e um congestionamento Legislativo que abarca inúmeras matérias.⁸³ Este panorama acarreta a atuação do Judiciário em suas funções atípicas e com a interferência nos demais poderes. Esta atuação se expande, mais direitos são constitucionalizados e maior quantidade de leis são editadas para regulamentar distintas matérias.⁸⁴ Não se pode imputar aos Ministros do STF a pretensão em face dos precedentes referidos de criar um modelo uniforme de hegemonia judicial. A judicialização que de fato existe não advém de opção ideológica, filosófica ou metodológica da Corte, posto que limitou-se a cumprir o seu papel constitucional de acordo com a legislação vigente.⁸⁵

O ativismo judicial parece com a judicialização, mas apresentam origem distinta e não são gerados pela mesma causa, uma vez que o ativismo começa quando entre várias soluções possíveis, a escolha do juiz é dependente do desejo de acelerar a mudança social ou, pelo contrário, de a travar.⁸⁶ O ativismo judicial traz a ideia de um modo proativo

⁸² BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Juris Plenum: Direito Administrativo**, vol. 1, n. 1. Caxias do Sul: Editora Plenum, 2014, páginas 1-37.

⁸³ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 16. ed., revisada e atualizada. São Paulo: Saraiva Jur, 2021.

⁸⁴ OLIVEIRA, Rafael Tomaz de. et all. **A jurisdição constitucional entre a judicialização e o ativismo: percurso para uma necessária diferenciação**. In: Anais do X Simpósio Nacional de Direito Constitucional. Curitiba, 2012, páginas 266-306.

⁸⁵ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Juris Plenum: Direito Administrativo**, vol. 1, n. 1. Caxias do Sul: Editora Plenum, 2014, páginas 5-6.

⁸⁶ GARAPON, Antoine. **O Guardador de promessas: justiça e democracia**. Instituto Piaget, 1998. p. 54.

de interpretação da Constituição, ampliando seu sentido e alcance por intermédio de uma especificidade proveniente de ações do Poder Judiciário.

Esta proatividade é causada pelas omissões e redução da atuação do Poder Legislativo, do desprestígio deste perante a sociedade, o que conduz a uma situação de não atendimento às demandas sociais, incluindo aquelas que se referem à saúde. Assim, o ativismo judicial tende a ser mais presente na realidade social hodierna.⁸⁷ O fenômeno do ativismo consiste em deliberações que visam a efetividade do texto constitucional e no caso das demandas de saúde pública a premissa da CF/88 pela aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais possibilita que o Poder Judiciário seja acionado e resolva as pretensões em questão.

Isto posto, o ordenamento jurídico brasileiro indica que a judicialização é um fato decorrente do modelo constitucional adotado e não se trata de uma questão política. O ativismo judicial por outro lado caracteriza-se como ação oriunda da proatividade do julgador em cada caso concreto, com o intuito de observar a máxima aplicabilidade do texto constitucional e a ampliação de seus efeitos.⁸⁸

Os motivos que determinam a atuação do Poder Judiciário estão fundamentados nas seguintes premissas, o direito à saúde um direito a prestações, o que significa requerer atos positivos do Estado por meio de políticas públicas ou manutenção de instrumentos existentes.⁸⁹ Ocorre que em diversos casos o Estado se abstém do dever de intervenção positiva, o que acarreta ao Judiciário após ser provocado atuar para garantir o cumprimento do texto constitucional. As precariedades observadas na entrega de serviços públicos acrescida da ausência de políticas públicas são os motivos que levam a população a buscar tutela jurisdicional para garantir acesso ao tratamento médico e/ou a medicamento.⁹⁰

⁸⁷ BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **(Syn) thesis**, vol. 5, n. 1, 2012, páginas 23-32.

⁸⁸ ⁸⁸ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Juris Plenum: Direito Administrativo**, vol. 1, n. 1. Caxias do Sul: Editora Plenum, 2014, páginas, 1-37.

⁸⁹ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 35. ed., revisada, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2022.

⁹⁰ DINIZ, Debora; MACHADO, Tereza Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, n.º 2, 2014, páginas 591-598.

O direito a saúde advém do direito à dignidade humana, de maneira que cada caso concreto justifica a atuação do Poder Judiciário para assegurar sua efetividade.⁹¹ Os direitos fundamentais, especificamente o direito à saúde, são direitos coletivos de caráter transindividual (difusos e coletivos) e por isso não cabe uma tutela individualizada de maneira que o Judiciário intervém com o finalidade de assegurar a máxima efetividade dos direitos fundamentais para promover a aplicabilidade imediata conforme determina a CF/88. A Constituição vem gradualmente adquirindo força normativa e efetividade, posto que as normas constitucionais são entendidas como necessárias, onde especialmente os direitos sociais (saúde) passaram a ser compreendidos como direitos subjetivos plenos que admitem tutela específica.⁹²

Neste contexto, é válida a intervenção do Poder Judiciário que prolata decisões relacionadas a fornecimento de medicamentos ou serviços de saúde, nas quais a Administração Pública é compelida a fornecê-los para satisfazer a promessa da Carta Magna de uma prestação universal dos serviços de saúde.⁹³ Isto ocorre porque o Estado Constitucional de Direito atua em torno do princípio da dignidade da pessoa humana e centralidade dos direitos fundamentais, onde tal dignidade é núcleo essencial dos direitos fundamentais. Os direitos fundamentais incluem o mínimo existencial que consiste nas mínimas condições de saúde e caso exista a insuficiência destas, os três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) têm a obrigação de promovê-los em sua maior amplitude possível.

Em um Estado democrático de direito vigora o princípio que expressa a ideia de soberania popular, a partir da qual todo poder emana do povo. A maioria que foi eleita pelo voto nos termos da CF/88 tem a atribuição de representar o povo que a elegeu e fazer com que o efetivo cumprimento do texto constitucional retorne em favor do povo. Ocorre que a maioria política (Executivo e Legislativo) em determinados casos se omitem em relação ao cumprimento dos direitos fundamentais, deixando a população desamparada. Quando tais

⁹¹ BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direitos Humanos e Políticas Públicas** [on line]. São Paulo: Pólis. Disponível em <[http://www.comitepaz.org.br/download/Direitos Humanos e Políticas Públicas. pdf](http://www.comitepaz.org.br/download/Direitos%20Humanos%20e%20Políticas%20Públicas.pdf)>, 2001.

⁹² BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Juris Plenum: Direito Administrativo**, vol. 1, n. 1. Caxias do Sul: Editora Plenum, 2014, páginas 1-37.

⁹³ TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A judicialização da prescrição de medicamentos no SUS ou o desafio de garantir o direito constitucional de acesso à assistência farmacêutica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 9, n.º 1, 2008, páginas 137-143.

omissões ocorrem, compete ao Judiciário atuar para preservar um direito fundamental e conferir a sua aplicabilidade imediata ou assegurar o cumprimento de lei existente.⁹⁴

Assim, em razão da insuficiência estatal em proporcionar um serviço público de saúde pleno que o indivíduo busca a via judicial com base nas disposições constitucionais da máxima efetividade dos direitos fundamentais, de modo a obrigar a Administração Pública cumprir o que a Constituição lhe impôs para que seja alcançado o resultado prático que haveria na hipótese de adimplemento das obrigações pela Administração Pública voltadas para esta finalidade.⁹⁵ O Poder Judiciário tem acolhido as ações que visam dar efetividade ao direito à saúde em benefício da proteção que o Direito Constitucional proporciona e deve superar qualquer obstáculo imposto ou omissão legislativa e da Administração Pública, haja vista tratar-se de obrigação do Estado consoante os fundamentos da República Federativa do Brasil.⁹⁶

Tal contradição caminha ao lado do processo de implementação da reforma e impõe limites que são dados pela população do Brasil na medida que atua pela busca da democracia. Em uma sociedade que acolhe o aprofundamento democrático as pessoas podem expressar o diálogo entre os sujeitos, de maneira que o coletivo não diminua o individual e que o individual não desconsidere o coletivo. Os discursos apontam a desmobilização social brasileira ao enfraquecer e desmoralizar os movimentos sociais. Os conselhos e as Conferências ficam vulneráveis e sem força para retomar o diálogo com a sociedade brasileira, a negociação e organização para solucionar as adversidades sem ter que se valer do Judiciário na tutela da cidadania.

A compreensão que o Sistema Único de Saúde foi pensado para todos e no processo de implementação da política pública de saúde com a exclusão das camadas mais mobilizadas da sociedade como os sindicatos dos metalúrgicos do projeto universal. Assim, a camada mais vulnerável economicamente e menos articulada teve interesse em participar no processo de decisão política sobre os serviços públicos de saúde, aproximando a participação

⁹⁴ CIRÍACO, Patrícia Karinne de Deus. **O debate sobre a separação dos poderes**: uma análise crítica do ativismo judicial. Portugal: Universidade de Coimbra, 2014.

⁹⁵ PARANHOS, Vinícius Lucas. Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde: Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. **Revista Meritum**, vol. 2, nº 1, 2007, páginas 153-176.

⁹⁶ MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, vol. 46, nº 4, 2012, páginas 1017-1036.

cidadã. Os discursos indicam os pontos frágeis do projeto político de saúde em relação à igualdade social e de direitos que foram obstáculos ao processo de implementação do modelo. O interesse da população brasileira na construção de políticas sociais solidárias deve ser construído para que exista a garantia do direito universal, uma vez que avançar no processo de garantia de direitos universais apenas é possível a partir do compromisso da sociedade.

Os esforços apontam para a possibilidade de diálogo com a justiça para construir um modelo de saúde que transcenda o direito positivo ao tratar o processo da Reforma Sanitária Brasileira, compreender seus projetos e os direitos coletivos, visando possíveis interpretações pela mesma lei. Na estrutura formal do Estado Democrático de Direito do Brasil e em um ambiente onde o direito à saúde é reconhecido, simultaneamente, os direitos individuais ao considerar a liberdade e o direito coletivo ao levar em conta a igualdade, os quais dependem da legitimação desse direito pela sociedade faz emergir os desafios jurídicos em busca da universalidade a partir da concretização da cidadania no Sistema Único de Saúde.

No processo de implementação da Reforma Sanitária Brasileira o combate entre o governo e as forças políticas, sociais compreende reforma como um caminho à democratização da saúde e sua apropriação pelas parcelas mais vulneráveis da sociedade, apresenta períodos de ação e retrocesso no que pertine ao avanço neste processo. Apesar do desenvolvimento na cobertura assistencial com fundamento nos ganhos conforme indicadores de saúde referente à maior racionalidade e eficiência na gestão dos recursos em razão do processo de descentralização e incorporação do controle por meio do modelo de gestão participativa. A defesa do Sistema Único de Saúde enquanto política pública pelos serviços da saúde no território nacional, nos Conselhos de Saúde, nas Secretarias, Instituições de formação de profissionais pelos profissionais da saúde e pelos trabalhadores consubstancia um desafio.

Outro aspecto relevante é a omissão de manifestantes em uma vontade universal entre os trabalhadores e categorias profissionais que consolidem a existência de identidade coletiva e desenvolvimento de compromisso social direcionado à defesa da proposto e concretização do Sistema Único de Saúde. Conquanto a lei determine a natureza deliberativa nos Conselhos, a inovação do controle social por intermédio de conselhos locais que potencializa o acesso da sociedade às informações de saúde e a articulação destes com conselhos municipais e estaduais em benefício de um percurso em direção a esta relevante

mobilização. A constituição da cidadania por meio de reivindicações concretas das classes sociais menos favorecidas economicamente representa relevante ação na possibilidade efetiva de combate que se coloca diante do processo da Reforma Sanitária Brasileira em relação a como conciliar a democracia com as desigualdades sociais.

Ao implementar um direito universal é necessário a articulação entre as ações de saúde com outros setores, a fim de potencializar as políticas intersetoriais e articulação da rede de saúde para fortalecer a integralidade da atenção. Ademais, reforça e fundamenta tal implementação a determinação da progressividade dos direitos sociais que implica vedar a sua falta de providências e retrocesso. Nesse sentido, o princípio da vedação do retrocesso social como vinculação à atividade estatal traz que existe a necessidade de respeito por parte dos poderes estatais, incluindo a atividade legiferante ao fundamento da República Federativa do Brasil que tem a saúde como um dos corolários da dignidade humana, aos objetivos elencados pela Carta Constitucional e aos valores essenciais da ordem social pelo fato de atribuir à vida o papel de desenvolvimento social, havendo de se voltar atenção ao princípio da vedação do retrocesso social que não encontra aceitação unânime por parte de toda comunidade jurídica nacional e estrangeira.

José Joaquim Gomes Canotilho considera a segurança jurídica como postulado do Estado de Direito, uma vez que a garantia de certa estabilidade nas relações jurídicas e da ordem jurídica se encontram atreladas à noção de dignidade humana. Isso porque a dignidade não está tutelada em locais atingidos por alto nível de instabilidade jurídica que não é capaz de garantir a confiança nas instituições sociais.⁹⁷ Ademais, o reconhecimento dos direitos fundamentais tem sido considerado uma exigência da noção de dignidade humana, posto que os direitos fundamentais constituem explicitações de seu postulado.⁹⁸ Frisa-se a possibilidade do legislador suprimir ou restringir determinados conteúdos consagrados por normas constitucionais ou elencados em leis infraconstitucionais destinadas a regulamentar dispositivos constitucionais no que pertine aos direitos fundamentais sociais de natureza social. A ideia de um mínimo de proteção aos direitos consagrados pelo ordenamento jurídico advém da teoria ou princípio da vedação do retrocesso social em matéria de direitos fundamentais (sociais).

⁹⁷ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. Coimbra: Almedina, 2020, p. 252.

⁹⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed., revisada, atualizada e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 453.

Isto posto, veremos os pontos que fundamentam o referido princípio e até que ponto se justifica legítima a atividade legislativa e dos demais poderes na conformidade dos poderes atribuídos pela Carta Magna. Iniciamos pelos critérios fundadores da vedação ao retrocesso social que consoante mencionado anteriormente não apresenta literatura jurídica nacional e estrangeira que traga de modo majoritário posição consolidada a respeito da vedação ao retrocesso social. O Estado de Direito pressupõe um mínimo de segurança jurídica nas relações estatais/sociais das quais emanam a necessidade de se ter confiança nas instituições políticas.

Na esfera do direito comparado, José Joaquim Gomes Canotilho afirma que após sua concretização em nível infraconstitucional, os direitos fundamentais sociais adquirem a condição de direitos subjetivos a determinadas prestações estatais, alcançando certo nível de garantia institucional, de maneira que não restarão à livre disposição do legislador infraconstitucional.⁹⁹ Desta maneira, os direitos e garantias fundamentais passam a ser direitos adquiridos, os quais não podem ser reduzidos ou suprimidos sem que exista uma medida compensatória.

Essa implicação pode ser entendida como uma decorrência do efeito jurídico-subjetivo dos direitos fundamentais sociais (prestacionais) que consubstanciam direitos de defesa contra medidas retrocessivas.¹⁰⁰ Ingo Wolfgang Sarlet traz que a referida concepção teve acolhimento pela jurisprudência portuguesa ao declarar a inconstitucionalidade de uma lei que revogou parcela significativa da Lei do Serviço Nacional de Saúde sob o argumento que o legislador violou o direito fundamental à saúde.¹⁰¹

Por outro lado, José Vieira de Andrade embora reconheça a existência da estabilidade de um conteúdo mínimo afirma que o legislador tem certa liberdade conformativa em relação aos direitos fundamentais. Sustenta que tal princípio pelo fato da liberdade legislativa poder ser violada em uma época em que foi demonstrada a não existência de uma via única e progressiva para atingir uma sociedade justa. Apesar de reconhecida a existência de um conteúdo mínimo relacionado à garantia mínima contra o legislador de aniquilar o

⁹⁹ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. Coimbra: Almedina, 2020, p. 475.

¹⁰⁰ MOREIRA, Vital; CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição da República Portuguesa** - Anotada - Volume I - Artigos 1º a 107º. 4. ed., revisada. Coimbra: Coimbra Editora, 2014, p. 131.

¹⁰¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed., revisada, atualizada e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 458.

nível mínimo adquirido; garantia máxima apenas em situações em que se conclui que o nível de concretização legislativa benéfica na consciência da comunidade deve ser tido como materialmente constitucional, complementa o autor que isso não implica a aceitação de um princípio geral e a eficácia da incidência dos preceitos referentes aos direitos sociais, haja vista que a característica constitutiva e autorreversiva constituem elementos típicos da função legislativas e podem ser eliminados em tais circunstâncias.¹⁰²

No direito brasileiro Luís Roberto Barroso apresenta o entendimento que tem sido adotado pelos juristas nacionais ao considerar que este princípio, não expresso, mas decorre do sistema jurídico-constitucional, estipula que uma lei ao regulamentar um mandamento constitucional e instituir determinado direito é incorporado ao patrimônio jurídico da cidadania e não pode ser suprimido.¹⁰³ Esta concepção se assemelha em parte à adotada por Gomes Canotilho e Vital Moreira no sentido que as normas constitucionais que reconhecem direitos sociais implicam em medidas de caráter defensivo, uma vez que materializam a impossibilidade do Estado atentar contra estas e atribuir ao indivíduo a prerrogativa de se opor a tais medidas.¹⁰⁴

O princípio constitucional implícito supracitado decorre da cláusula aberta constitucional prevista no artigo 5º, §2º da Carta Política na medida em que os direitos e garantias fundamentais dispostos neste diploma legal não excluem outros provenientes do regime e dos princípios adotados por este e das normas de direito internacional, as quais o Brasil tenha aderido. As normas de direitos internacionais que o país se comprometeu em cumprir passam a ser parte do ordenamento jurídico interno e nesse sentido o Pacto de São José da Costa Rica (Convenção Americana de Direitos Humanos) promulgada pelo Decreto 678 de 1992 determina em seu artigo 26 o princípio do desenvolvimento progressivo por meio do qual os Estados-partes se comprometem a adotar providências em âmbito interno, mediante cooperação internacional econômica e técnica para alcançar progressivamente a plena efetividade dos direitos que advém das normas sociais e sobre saúde constantes na Carta da Organização dos Estados Americanos reformada pelo Protocolo de Buenos Aires na medida dos recursos disponíveis por via legislativa ou por outros meios apropriados.

¹⁰² ANDRADE, José Carlos Vieira de. Os **Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976**. Col. Manuais Universitários, 6. ed. Coimbra: Almedina, 2019, p. 391.

¹⁰³ BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a Efetividade de suas Normas**. 9ª edição, revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Editora: Renovar, 2009, p. 158.

¹⁰⁴ MOREIRA, Vital; CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição da República Portuguesa - Anotada - Volume I - Artigos 1º a 107º**. 4. ed., revisada. Coimbra: Coimbra Editora, 2014, p. 131.

Além do Pacto do São José da Costa Rica, o Brasil é signatário do Pacto de São Salvador promulgado pelo Decreto 3321 de 1999 que estabelece em seu artigo 5º os Estados-partes apenas podem estabelecer restrições e limitações ao gozo e exercício dos direitos dispostos neste protocolo mediante leis promulgadas com o objetivo de preservar o bem-estar geral dentro de uma sociedade democrática, desde que não contrariem o propósito e a razão destes.

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 promulgado pelo Decreto 591 de 1992 no Brasil, em seu item 1, artigo 5º aduz que nenhuma das disposições do referido Pacto será interpretada no sentido de praticar quaisquer atos que tenham por objetivo aniquilar os direitos ou liberdades reconhecidos no Pacto ou impor limitações mais amplas que aquelas neste previstas. O princípio da vedação ao retrocesso social encontra fundamentação expressa em normas de natureza internacional promulgadas no ordenamento jurídico interno. Uma vez reconhecidas, estas passam a fazer parte do sistema jurídico doméstico e exige o respeito ao seu conteúdo não restando mais à livre disposição dos poderes estatais, mas os vinculando.

Ana Paula de Barcellos assevera que a proibição do retrocesso implica na impossibilidade da revogação de normas que concedam ou ampliem direitos fundamentais, sem que tal revogação seja acompanhada de uma política substitutiva equivalente.¹⁰⁵ Na doutrina brasileira os fundamentos provenientes das normas de Direitos Humanos supracitados consoante Ingo Sarlet Wolfgang afirma que em benefício do reconhecimento de uma teoria da vedação ao retrocesso social que decorre do princípio do Estado democrático e social de Direito, o qual impõe um patamar mínimo de segurança jurídica, requer a continuidade da ordem jurídica e inviabilidade de medidas de caráter retrocessivo; o princípio da dignidade humana que por meio de prestações positivas implica na existência digna de todos e na impossibilidade de medidas que fiquem aquém deste patamar; a máxima efetividade dos direitos e garantias fundamentais que emanam da maximização de sua proteção; a tutela do direito adquirido, ato jurídico perfeito e da coisa julgada; a proteção da

¹⁰⁵ BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais**. O princípio da Dignidade da Pessoa Humana. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2011, p. 69.

confiança que impõe ao Poder Público o respeito e estabilidade das relações jurídicas entre outros.¹⁰⁶

Desta maneira, não reconhecer a proibição do retrocesso seria afirmar que o Poder Legislativo vinculado aos direitos e garantias fundamentais mencionados na Carta Constitucional tem a prerrogativa de dispor livremente de suas decisões sem observar a vontade do constituinte. Outro ponto é o artigo 60, §4, IV da Constituição que impõe a vinculação do legislador contra as medidas retrocessivas que venham a suprimir os direitos fundamentais consagrados pela Carta Política, situação que implica na proibição de medidas de caráter retrocessivo. Após determinados os pontos referentes à afirmação do princípio da vedação do retrocesso social em matéria de direitos fundamentais resta analisar a amplitude de tal proteção, uma vez que conforme anteriormente tratado a proibição de qualquer medida pelo legislador apresenta o risco elevado de colocar fim à atividade legislativa e inviabilizar a adoção de políticas públicas pelo Estado.

A existência de um grau mínimo de proteção dos direitos fundamentais contramedidas de caráter retrocessivo, aquelas que tratem de direitos fundamentais sociais, diante da necessidade da manutenção de um patamar mínimo de direitos e segurança jurídica fato é que não há critérios referentes ao conteúdo do mencionado princípio, haja vista que onde pode alcançar a atividade legislativa sem que exista afronta aos direitos fundamentais e, por conseguinte, um retrocesso social. A existência desta diretriz não faz com que seja impossível haver revisão de medidas legislativas pelo legislador, pois possível é a revisão das metas estatais.

Ante o exposto, Vieira de Andrade assevera que a vedação ao retrocesso não pode tratar-se de regra geral, posto que em termos absolutos esta outorgaria aos direitos fundamentais sociais uma eficácia mais reforçada que a atribuída aos demais direitos como os individuais.¹⁰⁷ No Brasil Andreas Joachim Krell traz que tal teoria não implica a vedação à diminuição dos direitos sociais individuais para assegurar interesses públicos urgentes e

¹⁰⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed., revisada, atualizada e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 465.

¹⁰⁷ ANDRADE, José Carlos Vieira de. **Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976**. Col. Manuais Universitários, 6. ed. Coimbra: Almedina, 2019, p. 307.

relevantes; entretanto, aduzir uma insustentabilidade da vedação ao retrocesso social não é o melhor caminho pelos motivos abordados anteriormente.¹⁰⁸

Juarez Freitas traz que em eventual interpretação de uma medida de natureza retrocessiva, há de se adotar uma interpretação tópico-sistêmica (hierarquizadora) em se considera a solução mais compatível com a dignidade humana. Tal premissa foi adotada no Acórdão do Tribunal Constitucional de Portugal (509/02), o qual analisou a inconstitucionalidade de determinado Decreto que substituiu o antigo rendimento mínimo garantido por outrem, excluiu da proteção pessoas com idade entre 18 a 25 anos. Esta posição é perigosa pelo risco de engessar o trabalho de políticas públicas do Estado tendo em vista que ao excluir determinada pessoas do rol houve a garantia de um benefício similar.¹⁰⁹ Assim, a dignidade humana segundo Ingo Sarlet é favorável às noções de segurança jurídica e proteção da confiança. Esta restrição exige uma ponderação entre o prejuízo provocado pela medida e a importância do objetivo almejado pelo legislador para o bem da coletividade.¹¹⁰

Cristina Queiroz pondera serem considerados em conjunto os princípios da proporcionalidade e isonomia, os quais junto com a proteção da confiança exigem regras razoáveis de transição e medidas diferenciadas no âmbito interno. Portanto, requer-se uma proteção compatível com as exigências do Estado Democrático de Direito e sobre a construção de critérios que merecem consideração este tópico propugna o critério do núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais. Uma vez concretizados determinados direitos, especialmente os fundamentais sociais, estes passam a fazer parte do patrimônio jurídico da sociedade, de maneira que o legislador não dispõe livremente destes, consubstanciando direitos de defesa.¹¹¹

O núcleo essencial no campo da saúde está atrelado a critérios como a dignidade que impõe um conteúdo mínimo aos direitos fundamentais sociais, haja vista que toda vez que alguma medida reduzir o ser humano a uma mercadoria em uma relação que envolva custo-benefício, atinge-se o núcleo essencial; os objetivos elencados na Carta Magna,

¹⁰⁸ KRELL, Andreas Joachim. Controle Judicial dos Serviços Públicos Básicos na Base dos Direitos Fundamentais Sociais. In: Sarlet, Ingo Wolfgang (Org.). **A Constituição Concretizada** – Construindo Pontes para o Público e o Privado. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000, p. 40.

¹⁰⁹ FREITAS, Juarez. **A Interpretação Sistêmica do Direito**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2010, p. 207.

¹¹⁰ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed., revisada, atualizada e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 474.

¹¹¹ QUEIROZ, Cristina. **O Princípio da Não Reversibilidade dos Direitos Fundamentais Sociais**. Princípios Dogmáticos e Prática Jurisprudencial. Coimbra: Coimbra, 2006.

artigo 3º determina medidas que visem alcançar a construção de uma sociedade justa e solidária, erradicação da pobreza, marginalização e redução das desigualdades, promoção do bem de todos e do desenvolvimento nacional. Por isso, medidas legiferantes que favorecem determinadas classes são tidas como retrocessivas; os princípios balizadores da ordem econômica entre os quais se inclui a existência digna, a redução das desigualdades e a justiça social conformam ao lado dos elementos supramencionados o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais, de modo que qualquer medida que tende a infringi-los será retrocessiva.

Acredita-se que com tais parâmetros não haverá um engessamento na atividade legislativa e não comprometerá as políticas públicas, uma vez que o conteúdo mínimo dos direitos fundamentais restará mantido. Ao contrário do que observamos na literatura nacional e estrangeira como apontamentos a uma fundamentação geral pautada na dignidade humana, no mínimo existencial, na proteção da confiança e segurança jurídica entendo que tais parâmetros são genéricos e de difícil aferição, o que não contribui efetivamente para a aferição de critérios objetivos, ainda que os mencionados neste tópico apresentem determinado grau de subjetividade.

A dificuldade em busca da universalidade na efetivação da cidadania no Sistema Único de Saúde reside na estrutura do Estado Democrático de Direito e em uma conjuntura em que o direito à saúde é considerado uma expressão do direito individual que privilegia a liberdade e um direito coletivo em favor da igualdade. A garantia de assegurar os cuidados de saúde de mesmo nível a todos que dele necessitem responde à exigência da igualdade. No entanto, o direito coletivo à saúde está atrelado ao estágio de desenvolvimento do Estado e, nesse sentido tal direito terá reconhecimento garantido à medida que a população brasileira esteja próxima ao Estado Democrático de Direito e cumpra as medidas de proteção e cuidados igualmente à recuperação da saúde para toda a sociedade.

O processo de implementação da política de saúde é complexo e seus desdobramentos, avanços e retrocessos indicam o percurso que nossa população deve legitimar a participação cidadão. A Reforma Sanitário do Brasil materializa potencialidades, tensões entre as distintas vertentes do movimento, atores e projetos que produzem significados aos embates e propulsionam energias inovadoras para a concretização do direito à saúde. Esta tensão traz instrumentos para as práticas em saúde e os conflitos movimentam a produção de maior atenção, desafios e possibilidades de pensar caminhos ao direito da saúde no Brasil.

1.6.2 A Saúde Pública e sua Gestão Social

O termo gestão social encontra-se em processo de construção. Fernando Tenório traz que “a gestão social é um processo gerencial decisório deliberativo que procura atender as necessidades de um determinado território ou sistema social específico”. Este autor compreende gestão social como um processo de diálogo no qual o poder de decisão é compartilhado entre os participantes de uma ação, independentemente do sistema social, seja este público, privado ou organizações não governamentais, entendendo que as pessoas são capazes de pensar e produzir conhecimento.¹¹²

A discussão sobre a saúde pública no contexto da gestão social não pode desvinculá-la de outros conceitos relevantes e inerentes a esta como democracia, cidadania e participação popular, os quais possuem relação com os princípios do SUS enquanto sistema descentralizado e participativo. Habermas propõe o conceito de cidadania enquanto uma dimensão ativa da pessoa humana que proporciona uma identidade política e ação comunicativa no âmbito da esfera pública de uma democracia deliberativa.¹¹³ Fernando Tenório frisa o modelo de democracia que Habermas propõe referente à cidadania deliberativa procedimental pautado na correlação entre direitos humanos, soberania popular e reinterpretação da autonomia nos moldes da teoria dialógica.¹¹⁴

Dessa forma, a cidadania deliberativa consiste em levar em consideração a pluralidade de modos de comunicação moral, ético, pragmático e de negociação em que são formas de deliberação. O marco que possibilita essas formas de comunicação é a justiça entendida como a garantia processual da participação em igualdade de condições. Jürgen Habermas nos traz que o processo legislativo democrático deve confrontar seus participantes com as expectativas normativas das orientações do bem da comunidade, pois este deve extrair a força legitimadora do processo a partir de um entendimento dos cidadãos a respeito das regras de convivência comum. Márcio Hamel entende que para ocorrer este arranjo participativo é preciso a política deliberativa entre os sujeitos de direito.¹¹⁵

¹¹² TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Tem razão a administração?** 3.ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2008, p. 54.

¹¹³ HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública:** investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

¹¹⁴ TENÓRIO, Fernando Guilherme. (Re) visitando o conceito de gestão social. **Desenvolvimento em questão**, a. 3, n. 5, jan./jun. Ijuí: Ed. Unijuí 2005, p. 101-124.

¹¹⁵ HAMEL, Márcio Renan. Movimentos sociais e democracia participativa. **Revista Espaço Acadêmico**, a. 8, n. 95, abr. 2009.

Neste sentido é essencial a construção de procedimentos e condições de discussão, uma vez que a participação social na discussão é necessária para a formulação do processo de participação, pois segundo Habermas a participação simétrica dos membros exige que os discursos conduzidos representativamente sejam sensíveis aos estímulos, temas, contribuições, informações e argumentos fornecidos por uma esfera pública pluralista, próxima da base estruturada discursivamente e diluída pelo poder.

O mesmo autor indica a necessidade dos cidadãos deliberarem sobre problemas e demandas sociais comuns e a exigência da opinião pública direcionar o poder administrativo ao atendimento de determinadas demandas sociais.¹¹⁶ Ainda, Habermas demonstra que o conceito de discurso, incluído na democracia, torna a sociedade diferenciada a partir do momento em que ocorre o contraste de opiniões, propiciando a contestação e identificação das necessidades existentes no seu interior, podendo encontrar possíveis soluções para determinados problemas sociais.¹¹⁷

A concepção de uma Saúde Pública com Gestão Social considera os preceitos de cidadania, democracia, participação popular e os princípios do SUS como elementos interpeladores às políticas de saúde que devem diante dos impasses, potencialidades e especificidades das circunstâncias históricas serem recolocados enquanto questões aos gestores e trabalhadores do sistema. A título de exemplo temos a equidade tomada como fundamento ético para o Sistema Único de Saúde que remete a conceitos e situações a serem discutidas para não ocorrer o esvaziamento dos marcos conceituais que regem o SUS como política de Estado, cuja preocupação e finalidade é o cidadão.

Estes devem ser revistos para além dos efeitos circunstanciais, instáveis das políticas governamentais e evitam a estagnação dos modelos de atenção em saúde.¹¹⁸ A universalidade do direito à saúde na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado tem a participação social na gestão das políticas de saúde nos termos da Constituição Federal brasileira de 1988, conformam um patrimônio da sociedade brasileira em seu processo de democratização. Estão subjacentes a este conjunto de princípios: a saúde como direito do cidadão, a ampliação do conceito de

¹¹⁶ HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. 1. ed. Tradução de Denilson Luís Werle. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

¹¹⁷ HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. 2. ed. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2 v., 2011.

¹¹⁸ COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, maio/ago. 2006, p. 47-55.

saúde, bem como a compreensão da potencialidade da participação social na definição das políticas de saúde.

Consolidar estas conquistas do plano legal e transformá-las em conquistas reais no cotidiano da sociedade brasileira é um grande desafio para a reconhecida lentidão dos processos de gestão, especialmente no campo do setor público. Os Conselhos de Saúde são espaços de representantes em se abrem possibilidades para estes atores participarem de forma efetiva no processo decisório e controle social, ampliando o poder para buscar informação e ressignificar o fortalecimento individual e coletivo. A construção do Sistema Único de Saúde é um desafio constante em razão de sua institucionalização críticas são apresentadas em fóruns acadêmicos e distintos espaços institucionais em que ocorre a sua efetivação como política social.¹¹⁹

Fernando Tenório acentua que a compreensão de gestão social não deve ser atrelada às especificidades de políticas públicas direcionadas a questões de carência social ou gestão de organizações do terceiro setor como uma possibilidade de gestão democrática na qual o imperativo categórico é o eleitor, contribuinte, cidadão deliberativo, a economia de mercado e economia social é o consenso solidário que considera o trabalhador como sujeito a produção como valor de troca e valor de uso, a responsabilidade técnica e social, a coisa pública e o diálogo.¹²⁰

Isto posto, podemos dizer que a gestão social no contexto da Saúde Pública brasileira possui uma dimensão complexa que requer um esforço conjunto no âmbito do exercício da democracia e cidadania, tornando o processo desafiador. Ressaltamos que a atenção à necessidade da educação para a democracia é caracterizada como um movimento educacional político que possibilita enfrentar os problemas, permitindo ao cidadão participar de forma efetiva e consciente da construção de políticas públicas de seu interesse.

Os Conselhos de Saúde existentes nos Municípios brasileiros, embora apresentem desafios ao seu aperfeiçoamento, trazem contribuição nos avanços do Sistema Único de Saúde e a realização das Conferências de Saúde têm mobilizado a população do país na discussão dos caminhos da saúde. A pesquisa realizada por Marcelo Moreira e Sarah

¹¹⁹ MAIO, Marcos Chor ; LIMA, Nísia Trindade. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde: introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul., 2009, p. 1611-1613.

¹²⁰ TENÓRIO, Fernando Guilherme. (Re) visitando o conceito de gestão social. **Desenvolvimento em questão**, a. 3, n. 5, jan./jun. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005, p. 101-124.

Escorel corrobora com estas afirmações ao trazer que em dezessete anos os Conselhos de Saúde foram criados em cinco mil, quinhentos e sessenta e quatro Municípios do país, reunindo setenta e dois mil conselheiros. Diante disso podemos dizer que a institucionalização dos Conselhos é relevante para a democratização da política municipal de saúde, uma vez que amplia os atores que participam de seu processo decisório. No entanto, constatam que isto é insuficiente para tornar tal processo efetivamente democratizado e este cenário foi analisado por meio da pesquisa censitária sobre o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde.

Estes autores utilizaram três dimensões analíticas, quais sejam, a autonomia, organização e o acesso compostas por dezoito variáveis. O estudo dos resultados mostrou que os Conselhos Municipais têm problemas com autonomia, organização e bom desempenho no acesso. A distribuição das populações indicou que os resultados exitosos foram dos Conselhos Municipais das cidades com mais de duzentos e cinquenta mil habitantes e os resultados com menor desempenho foram dos Conselhos Municipais das cidades com população inferior a cinquenta mil pessoas. Os problemas identificados foram as reações à institucionalização dos Conselhos Municipais provenientes de governantes que consideravam as atribuições e o caráter deliberativo destes ameaças a seus interesses.¹²¹

Eduardo Stoltz estudou o processo de institucionalização do controle social por intermédio das conferências e dos conselhos de saúde e identifica problemas como dificuldades das conferências de saúde se organizarem enquanto instâncias populares nas três esferas de governo. Segundo o mesmo autor esta dificuldade pode ser atribuída ao modo de convocação que é realizada pelo Estado; deliberações e ações nos três níveis de governo; parte dos Conselhos de Saúde não cumpriu seu papel de atuar no planejamento e controle da execução da política de saúde na sua respectiva esfera de governo, de forma que esta função tem sido exercida em grande parte dos Conselhos pelos Secretários de Saúde.¹²² Santos complementa sobre a qualificação insuficiente dos conselheiros para realizar sua função adequadamente.

A mesma autora afirma que o fortalecimento e a qualificação destes espaços estão condicionados a capacidade de articulação entre os segmentos de trabalhadores e

¹²¹ MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 2009, p. 795-805.

¹²² STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 73/74. Rio de Janeiro 2006, p. 149-160.

usuários que neste cenário assume papel relevante em relação aos gestores. O fortalecimento se dá pela sensibilização e conscientização para que o êxito de uma prática de participação social em nível macro é necessário que se construa uma prática de participação nos espaços micros como colegiados gestores presentes no cotidiano dos serviços de saúde.¹²³

No entanto, apesar da garantia constitucional da incorporação do controle social nos espaços de formulação das políticas de saúde permitirem o exercício de uma cidadania ativa para gestão dos problemas locais a participação social não deve se restringir às instâncias formais e deve ser incentivada no cotidiano dos serviços de saúde, posto que a ausência destes espaços limita a participação efetiva da sociedade nos processos de gestão das políticas públicas.¹²⁴ Os trabalhadores do Sistema Único de Saúde não tem atuado nos espaços de decisão dos seus locais de trabalho e isto se deve ao fato de considerar o processo de cogestão complexo ou porque a efetivação da participação social encontra problemas na estrutura burocrática privada e centraliza que dificulta a gestão social.¹²⁵

O envolvimento da sociedade civil, dos trabalhadores e do governo nos Conselhos trazem que a sociedade civil demonstra pouco interesse em participar dos Conselhos e quem participa são pessoas que possuem interesses individuais. Isto se deve à alta concentração de poder nas mãos de representantes da gestão municipal.¹²⁶ Os trabalhadores dos Sistema Único de Saúde pouco atuam nos espaços de decisão dos Conselhos, o interesse surge quando envolve questões salariais e tal realidade pode ser explicada conforme afirma Nunes em função dos modelos de gestão burocrático, privatista e centralizador que não estimula a gestão social; a representação da gestão municipal por outro lado, é atuante e exerce influência no processo deliberativo, isto se deve aos interesses partidários e pessoais em questão. Além dos Conselhos e das Conferências de Saúde resta necessário criar outros espaços de diálogo no Sistema Único de Saúde para participação da sociedade como a constituição de Fóruns distritais e colegiados gestores dentro dos equipamentos de saúde, onde trabalhadores e a sociedade civil possa participar.

¹²³ SANTOS, Cláudia Menezes. et all. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe**: livro do aprendiz 1. Aracajú: Funesa, 2011.

¹²⁴ GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**. V. 20, n. 6. nov/dez. Rio de Janeiro, 2004.

¹²⁵ NUNES, Gabrielle Miranda; et al. **Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde**. In Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social, 3, Juazeiro, Petrolina, 2009.

¹²⁶ BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência Saúde Coletiva** v. 18, n.1. Rio de Janeiro, 2013, p. 7-16.

Nesse sentido, Juan Enrique Bodernave afirma que a participação social ocorre quando possibilita que classes sociais distintas façam parte dos movimentos históricos relacionados à política, economia, cultura e aos aspectos sociais, criando espaços em que construam, gerenciem e se incluam no processo.¹²⁷ Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde há obstáculos a serem enfrentados para exercer o controle social e a participação social de maneira necessária nos Municípios.

A participação social nos processos de gestão, na defesa do Sistema Único de Saúde tem acumulado patrimônio à democracia participativa no Brasil e diversos estudos apontam nesse sentido. Os resultados apresentados pela pesquisa demonstraram que a Gestão social no contexto das Políticas Públicas de Saúde está assegurada na Constituição Federal de 1998 como a universalidade do direito à saúde na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado tendo a participação social seu fundamento. Além deste conjunto de princípios a saúde se apresenta como direito do cidadão, seu conceito foi ampliado e perpassa os aspectos preventivos, curativos, a compreensão da potencialidade da participação social na elaboração e execução das políticas de saúde.

A participação social consubstancia princípio estrutural no processo de implementação das políticas públicas de forma democrática. O SUS assegura a participação social nos espaços de formulação, execução e controle das políticas de saúde. Nessa direção as Conferências e os Conselhos de saúde se tornaram fóruns de diálogo, inclusão e gestão social. Entretanto, os desafios para consolidação da gestão social no SUS são diversos e podem ser atribuídos à dificuldade em romper com o modelo de administração burocrática, verticalizada, privatista e centralizadora que está presente na Administração Pública com a política de cooptação para que os representantes do governo utilizem no controle da agenda deliberativa e em razão da pouca qualificação dos Conselheiros para desempenhar a sua função de modo eficiente, todavia a participação tem sido um exercício de aprendizado.

Não obstante a importância das conferências e dos conselhos de saúde na garantia da gestão social, a participação social não deve se limitar às instâncias formais garantidas pela Constituição, sendo preciso incentivar a abertura de outros espaços de gestão social no cotidiano dos serviços de saúde, fortalecer e qualificar os conselhos para que seus resultados sejam mais efetivos, sendo necessário uma articulação eficiente entre gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

¹²⁷ BODERNAVE, Juan Enrique Díaz. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 2022.

As dificuldades identificadas para efetivar a gestão social no âmbito das políticas públicas de saúde contrariam os princípios que fundamentaram a criação do Sistema Único de Saúde e fragiliza a imagem social dos conselhos perante a sociedade. A reflexão realizada sobre a gestão social no contexto da Saúde Pública no decurso deste capítulo ao considerar as construções de cidadania, democracia e participação social demonstraram que os princípios do SUS devem ser entendidos como elementos para as políticas de saúde, os quais necessitam diante dos impasses, potencialidades e especificidades das circunstâncias históricas serem recolocados como questões a serem discutidas pelos gestores, trabalhadores e usuários do sistema com a finalidade de impedir o distanciamento da essência a que o Sistema Único de Saúde se propõe.

1.7 Definição e Princípios de um Sistema Único de Saúde Eficiente

O direito à saúde é apresentado na Oitava Conferência de 1986, tendo um sentido abrangente como conquista social, resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e sua posse e acesso aos serviços. Assim, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades. Nesse sentido, a Oitava Conferência Nacional de Saúde defendia também que essa é um conceito concreto, definido no contexto histórico de uma sociedade em determinado momento.

O direito à saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal, igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação em todos os níveis a todos os habitantes do território nacional, direito que deve consubstanciar garantias constitucionais e ser materializado em políticas de saúde articuladas às políticas econômicas e sociais. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem as condições da sociedade estratificada brasileira, impondo limites ao desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde. O Estado e as Políticas Públicas de Saúde requerem modificações necessárias no setor saúde que transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reformulação profunda, ampliação do conceito de saúde e sua respectiva ação institucional.

A produção social da saúde foi o Projeto da Reforma Sanitária que destacava a saúde como função permanente do Estado e a necessidade de organização de um sistema universal, igualitário e descentralizado, financiado pelos fundos públicos. Este sistema deve fortalecer o setor estatal em âmbito federal, estadual e municipal com controle e regulação dos procedimentos dos prestadores de serviços privados e coibição de lucro abusivo que assegure a todos o direito à saúde. No entanto, antes da Constituição Federal de 1988 somente os trabalhadores formais possuíam o benefício de usar os serviços de saúde do INAMPS. Restava à significativa parcela da população a filantropia e o abandono.

O Movimento Sanitário combateu essa situação e propôs a universalidade, o direito de todos ao acesso aos serviços de saúde, independentemente da condição de trabalho, renda, patrimônio, educação, orientação sexual, religiosa, política, ideológica, gênero e etnia. Deste modo, todos independentemente das diferenças teriam direitos iguais aos serviços de um sistema público nacional de saúde. A população brasileira foi incentivada por esse Movimento e adotou a universalidade de acesso à saúde na Constituição Federal de 1988 como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

1.7.1 Princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade

Relevante parcela dos brasileiros apresenta dificuldades em acessar os serviços de saúde. Os jornais noticiam as filas, a falta de medicamentos, os limites para realização de exames, mas a dificuldade de acesso não é a mesma para os diferentes grupos sociais conforme dados apresentados a seguir.

As variações sociais na utilização de serviços de saúde apontam que condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as chances de uso. Acrescido ao problema da garantia universal do acesso, constata-se que o padrão de utilização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde apresenta elevado grau de iniquidade. Por esta razão, a necessidade de fazer valer o princípio da equidade nos serviços de saúde. Na área da saúde a equidade pode ser abordada sob a perspectiva de duas dimensões, cuja distinção deve ser pontuada. A equidade em saúde refere-se às necessidades socialmente determinadas e a materialização deste princípio implica reduzir as desigualdades sociais mediante a implementação de políticas intersetoriais justas e redistributivas.

A título de ilustração para reforçar o argumento supracitado trazemos a distribuição desigual dos serviços de saúde com taxas inferiores nas regiões mais pobres como Norte e Nordeste, servindo de elemento relevante na explicação das iniquidades em saúde no Brasil. Nesse sentido, os indicadores demonstram que a iniquidade em saúde tem outras faces consoante demonstra pesquisa de Mendes e Caldas Júnior que analisaram práticas profissionais em saúde no contexto das políticas sociais em um município paulista.¹²⁸ O objetivo consistia em conhecer as influências dessas políticas nas práticas profissionais e na observância de princípios éticos e preceitos legais do Sistema Único de Saúde. Para tanto, foram entrevistados profissionais de saúde responsáveis pela gestão do sistema de saúde do Município, coordenação de instituições de saúde e chefias de unidades.

Por fim, trazemos os estudos realizados por Maria do Carmo Leal, Silvana Gramado Gama e Cynthia Braga Cunha com uma amostra de puérperas provenientes de maternidades públicas conveniadas com o Sistema Único de Saúde e particulares, no Estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2001. Tais constatações mostraram proporção elevada de mulheres que não conseguiram receber assistência ao parto na primeira maternidade procurada. A busca por atendimento não ocorreu da mesma maneira para as mulheres negras, pardas e brancas, haja vista que a anestesia foi utilizada para o parto vaginal, mas o percentual de puérperas que não tiveram acesso a esse procedimento foi maior proporcionalmente entre as mulheres com menor escolarização, as pardas e negras em relação às mulheres brancas e com maior escolaridade.¹²⁹

As autoras desse estudo indicaram na pesquisa a segunda dimensão do princípio da equidade que consiste na utilização de serviços de saúde, o que significa que para diferentes necessidades de saúde deve ser ofertado um serviço adequado àquelas necessidades, ou seja, para situações diferentes são ofertados ações e serviços que buscam atender as necessidades de saúde em cada caso específico. As considerações a seguir trazem uma área mais pobre do território, caracterizada por moradias precárias e aglomerado de famílias que deveria contar com maior atenção da equipe de saúde no que tange aos termos de vigilância, acompanhamento dos agentes comunitários e ações coletivas de saúde pelo fato de

¹²⁸ MENDES, Heloísa Wey Berti; CALDAS JÚNIOR, Antonio Luiz. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.9, n.3. Ribeirão Preto, 2001, p. 20-26.

¹²⁹ LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência pré-natal e ao parto, 1999- 2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1. São Paulo, 2005, p. 100-107.

ser uma população mais vulnerável que em uma área de classe média, onde existe boas condições de habitação e nível socioeconômico mais elevado.

Realizar a classificação de risco, tratar as pessoas desses casos como as demais é não atuar de modo adequado em condições de vulnerabilidade e risco diferenciados, fazendo com que as pessoas sofram os seus problemas de modo desigual. A experiência do acolhimento, entendido como um modo de se tentar organizar com equidade o acesso universal dos usuários é um bom exemplo para esta discussão. Tenta-se por meio dessa diretriz de organização do serviço de saúde, superar critérios excludentes como o número restrito de fichas para atendimento aos usuários, critérios não igualitários que tratam todos com regras e ofertas padronizadas embora cada um seja portador de uma necessidade singular. Assim, onde se estrutura o serviço com base nessa diretriz encontramos um sistema de acesso acolhedor que visa propor a todos os usuários, sem distinções, uma oferta de serviço adequada à sua necessidade de saúde identificada e dialogada num processo de escuta qualificada e acolhedora.

A implementação depende de esforço de gestão e de um trabalho de construção permanente da equipe de trabalhadores e uma participação e exigência dos usuários. Estes ao assimilarem também como direito um modo de ser acolhido pressionam o serviço de saúde para uma organização do acesso e a diversificação de ofertas que melhor correspondam às múltiplas necessidades da comunidade e de cada indivíduo. Nesse sentido, a participação em reunião do Conselho de Saúde para reivindicar um melhor acesso, a utilização de mecanismos de escuta como as ouvidorias, a disposição de buscar a equipe de saúde para apresentar queixas e buscar soluções, a organização na comunidade de um abaixo-assinado e a busca pelas urgências são modos distintos dos usuários do Sistema Único de Saúde atuarem em favor de seus direitos e resistir à subtração destes.

Tal debate demonstra que a conquista de um direito de cidadania e a materialização de um princípio não são efetivados apenas com a promulgação de uma lei, também é necessário construí-los por intermédio de ações e movimentos que assegurem o seu cumprimento. Nesse sentido, compete também aos serviços de saúde a articulação com os usuários e a implementação de práticas educativas que ampliem a autonomia e a capacidade de reivindicação. Os serviços de atenção à saúde não existem independentemente do contexto em que se inserem, sendo construções históricas e sociais, as iniquidades que ocorrem nos serviços são expressões específicas de desigualdades existentes em nossa sociedade.

Cumpra salientar que essas iniquidades contribuem à reprodução e perpetuação das desigualdades existentes na sociedade e os indicadores supracitados confirmam isso. Contudo, é possível o serviço de saúde não ser apenas um reprodutor das desigualdades sociais, mas um espaço de resistência, o qual pode construir o novo e onde a universalidade e a equidade podem adquirir uma dimensão concreta, além de experiências de implementação do acolhimento em diversos serviços, Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde da Família e urgências de diversos Municípios do Brasil.

A Integralidade da atenção, assim como a universalidade, é uma das finalidades de luta do Movimento Sanitário. Funciona como uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características predominantes.¹³⁰ A integralidade se tornou um objetivo da Reforma Sanitária em detrimento do caráter fragmentário das ações de saúde durante o período previdenciário. A separação institucional entre as ações médico-hospitalares sob responsabilidade do INAMPS e as ações de prevenção e controle de doenças sob responsabilidade do Ministério da Saúde fizeram com que a articulação entre ações de promoção, prevenção e recuperação no enfrentamento dos problemas de saúde não ocorresse.

Tal fato no cotidiano acarretava limitações às intervenções dos profissionais de saúde e prejuízos aos usuários. Uma criança acompanhada desde o nascimento no posto de saúde não contava com a possibilidade de fazer um Raio X para avaliar uma pneumonia, e não tem qualquer chance de ser referenciada, quando necessário, a um serviço especializado. Por outro lado, no pronto atendimento ou consultório um hipertenso e diabético era atendido numa situação de crise e, após resolvido exclusivamente o problema imediato, pouco se podia desenvolver um projeto terapêutico de longo prazo envolvendo ações educativas, a família, atuando na mudança de hábitos de vida, conseguindo a adesão do usuário para o uso regular e correto da medicação entre outras ações essenciais para controlar determinado problema de saúde, ampliar a autonomia do usuário e evitar que de tempos em tempos o paciente retornasse em situações de crise ou terminal.

Este tipo de situação restritiva e excludente incomodava os usuários e trabalhadores de saúde comprometidos ético-politicamente com a defesa da vida de seus usuários, de maneira que, a integralidade então em sua expressão individual, garantia do

¹³⁰ MATTOS, Rubens Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos Saúde Pública**, v.20, n.5. Rio de Janeiro, 2004, p. 1411-1416.

direito de serem utilizadas todas as tecnologias do conjunto do sistema necessárias ao cuidado integral do usuário como na dimensão institucional, caracterizada no contexto da separação entre INAMPS e Ministério da Saúde tornou-se um objetivo de luta do Movimento e posteriormente um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

A integralidade como princípio orientador das práticas de saúde, da organização dos serviços e políticas implica a negação de reducionismo, conforme afirma Mattos um usuário não se reduz à sua doença, as necessidades de serviços de saúde não se resumem às necessidades de atendimento curativo para os seus sofrimentos e os problemas que são objeto de políticas públicas não se reduzem a uma única dimensão.¹³¹ Nesse sentido, podemos dizer que os reducionismos produzidos nos serviços de saúde se devem a uma incapacidade dos profissionais estabelecerem relação com os sujeitos-usuários em qualquer âmbito de produção de ações de saúde. Desse modo, para que exista a construção de práticas de saúde integrais é preciso romper com o padrão de relação sujeito (profissional de saúde) / objeto (usuário/população) e seja instaurada a relação sujeito/sujeito nos serviços de saúde e na formulação de políticas públicas.

Ainda que reconheçamos o desenvolvimento na qualificação e ampliação dos graus de integralidade das políticas, serviços e práticas de saúde é processo e resultado de um esforço permanente na realidade dos serviços de saúde e avaliar se possuímos um grau de integralidade satisfatório ou necessário. Estas situações manifestam problemas referentes a distintos sentidos da integralidade. A primeira situação trata de uma política de saúde voltada para um problema específico, uma doença. Embora estejam presentes elementos da atenção à saúde, não estão contempladas ações direcionadas à promoção da saúde em sentido amplo.

A política de atenção integral deveria ser intersetorial, incluir ações de vigilância ambiental e preservação do meio ambiente, uma vez que a doença prevalece em espaços ecologicamente abertos pelo homem; ações voltadas para a melhoria das habitações e construção de moradias; práticas de educação e comunicação em saúde; envolvimento da população no controle de doenças. Na segunda situação percebe-se a desarticulação entre os serviços de saúde, pois a título de exemplo, a despeito de um usuário hipertenso e cardiopata

¹³¹ MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (organizadores). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39- 64.

ter conseguido acessar a Unidade Básica de Saúde, não conseguiu prosseguir com o tratamento, a partir do momento em que necessitou de exames e serviços especializados.

Um sistema de saúde pautado pela integralidade deveria assegurar a continuidade da atenção, articulando um programa de cuidado responsável desde a Unidade Básica de Saúde, passando pelo ambulatório especializado até a urgência do hospital e sua enfermagem. Por fim, nas segunda e terceira situações apresentam-se uma fragmentação do cuidado que não integra os diversos saberes dos profissionais em um trabalho em equipe efetivo; não é desenvolvida uma abordagem contextualizada e familiar; não é reconhecido como necessidades de saúde ou incorporado como ações de um plano de cuidado elementos que não estejam diretamente relacionados ao que é o problema (a doença do usuário).

O cuidado integral não deve reduzir o indivíduo à sua doença, isolá-lo de seu contexto social ou ignorar sua situação de vida e modo de viver. Dessa maneira, é possível entender as três dimensões da integralidade tratadas por Mattos. A primeira é aplicada às características de políticas de saúde ou respostas governamentais a problemas de saúde. Neste contexto, a integralidade se refere à abrangência dessas respostas governamentais para articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A separação entre a medicina curativa e as ações preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não parece ter fundamentação, mas a melhoria da saúde da população depende em proporções desconhecidas da qualidade do ambiente, prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelo sistema de tratamento.¹³²

A segunda é a dimensão referente aos aspectos da organização dos serviços de saúde na implementação de redes assistenciais que assegurem a continuidade do cuidado e a articulação entre os distintos níveis de complexidade, independentemente da porta de entrada do paciente. Por fim, a integralidade pode ser entendida na sua terceira dimensão como um traço da boa prática profissional que consiste em uma resposta ao sofrimento do usuário que busca o serviço de saúde e um cuidado para que ele não seja a redução a seu aparelho ou sistema biológico. Portanto, a integralidade está presente no encontro, na conversa, atitude da

¹³² CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva** [Internet]. vol. 8, n. 2. Rio de Janeiro, 2003, p. 570. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 01 de dezembro de 2022.

equipe de profissionais de saúde que busca reconhecer as demandas explícitas e as necessidades dos cidadãos no que pertine à sua saúde.¹³³

Além da universalização e da igualdade um SUS humanizado, de qualidade e com integralidade requer alguns aspectos relevantes para a melhor compreensão dos desafios postos à transformação das práticas de saúde. Para tanto, cabe recordar que em um contexto de tensões internas crescentes entre reformistas da Saúde e Previdência, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi constituída em uma arena de ampliação do debate e retomada de uma organização maior da luta do movimento sanitário. Entretanto, quando contrastamos as negociações com o “Centrão” (designação do grupo conservador que se constituiu como grupo majoritário em Assembleia Nacional Constituinte) verificamos que a vitória do movimento sanitário, embora significativa ficou aquém de suas aspirações.

Na VIII Conferência a garantia pelo Estado do direito à saúde contemplava um conjunto de temas que não foi em sua totalidade acolhido na constituição, mantendo a redação do relatório da VIII a garantia do direito do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O texto constitucional assegura que a saúde é livre à iniciativa privada; define que o SUS consiste em um conjunto de ações e serviços públicos de saúde e abre espaço para que alguns serviços privados possam deste participar em caráter complementar, ou seja, aqueles que estabelecerem com o Sistema Único de Saúde contratos de direitos públicos. Um arranjo foi constituído e o SUS não é o único sistema de saúde, mas um dos sistemas de saúde financiado publicamente que convive com outro sistema sob a denominação de saúde suplementar.

Essa característica tem consequências, pois primeiramente expressa no plano normativo-legal um processo que anteriormente abordado como a universalização excludente, haja vista que à medida que o acesso à assistência médica previdenciária foi sendo ampliado a partir de 1980, segmentos das camadas médias da população buscaram a saúde suplementar. Esse processo reduz o apoio político ao SUS. Em segundo lugar, a coexistência da saúde suplementar com financiamento predominantemente privado com o SUS faz com que este tenha que competir com o setor privado em termos de mercado pelos profissionais de saúde. Por sua vez, estes profissionais podem atuar concomitantemente no SUS e setor privado.

¹³³ GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, v. 9, n. 17. Rio de Janeiro, 2005, p. 287-301.

Alguns deles (inclusive médicos especializados) obtêm em sua atuação privada rendimentos maiores do que na sua atuação perante o Sistema Único de Saúde e, esta dupla atuação opera em favorecer em situações limites a criação de uma duplicidade nas práticas, ou seja, um mesmo profissional exerce práticas de qualidades distintas no SUS e no setor privado. Por fim, podemos dizer que a existência de um setor de saúde suplementar ocasiona a qualidade das práticas no seu interior ser superior às do Sistema Único de Saúde e a eficácia dessa constatação ainda que não corresponda à realidade merece reflexão para a dinâmica da saúde suplementar.

O convívio entre o SUS e a saúde suplementar traz questões relevantes relacionadas aos princípios da universalidade e igualdade. No texto constitucional temos dois sentidos da universalidade, um geral expresso na diretriz que todos têm direito à saúde; o segundo restrito ao acesso às ações e serviços de saúde. A diferença entre tais sentidos se refere à diferença entre a finalidade do movimento sanitário e o acordo possível na constituinte. Desta maneira, a universalidade do direito à saúde é reconhecida, mas no que tange às especificações dos deveres do Estado em assegurar esses direitos, reconhece-se obrigação do Estado em promover políticas econômicas e sociais para garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde.

O princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde tem como um possível entendimento uma tese ético-política, uma vez que não é justo alguém ser privado do acesso às ações e serviços de saúde dos quais necessite pelo fato de não possuir renda. Assim, compete ao Estado garantir e a todos defender essa tese, conquanto se refira a um dos componentes das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais.

A igualdade aparece no texto constitucional ao lado da universalidade do acesso às ações e serviços de saúde e a respeito desta cabe dizer que no texto constitucional está prevista no capítulo da saúde referindo-se ao acesso. Novamente constatamos um déficit entre o propósito do movimento sanitário e o texto constitucional, pois experimentamos uma sociedade desigual e almejamos as reduções da desigualdade. A Carta Magna reconhece que o Estado deve assegurar aos brasileiros a igualdade do acesso aos serviços de saúde, mas entendemos que o Estado deve garantir que todos os brasileiros tenham igualmente acesso às ações e serviços de saúde dos quais necessitam e não apenas às ações e serviços públicos de saúde que integram o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a igualdade e universalidade do acesso não são apenas princípios do SUS, mas diretrizes gerais para a ação do Estado. A

desigualdade no acesso entre brasileiros diante de uma equivalente necessidade viola o princípio constitucional. Portanto, não seria aceitável a diferenciação do acesso no âmbito do SUS e na saúde suplementar.

Sob a perspectiva supracitada, caberia mencionarmos sobre as noções de qualidade que se colocam em questão no debate entre o SUS e a saúde suplementar. De modo particular cabe rejeitar a ideia de que a qualidade se expresse na simples possibilidade de consumo de bens e serviços de saúde. A qualidade almejada deve ter como prioridade a garantia do acesso adequado e oportuno às ações e serviços de saúde que possuam capacidade de atender às necessidades dos indivíduos na medida de suas necessidades. Neste momento, o princípio da integralidade nos oferece uma oportunidade para ressignificar a qualidade a que aspiramos, posto que independentemente de seus diversos sentidos, integralidade está relacionada com a recusa às formas de reducionismo de sujeitos a objetos.

Portanto, reconhecer que as práticas de cuidado são intersubjetivas e devem ser orientadas por uma perspectiva dialógica para determinar as necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, quer sejam grupos ou pessoas.¹³⁴ O diálogo se faz no contexto concreto dos modos de dar continuidade à vida desses grupos sociais e dessas pessoas.¹³⁵ Assim, o termo integralidade expressa um conjunto de valores que devem pautar todas as práticas de saúde, conferindo-lhes qualidades. A transformação das práticas do Sistema Único de Saúde observadas pela integralidade abre uma perspectiva de reversão à qualidade superior da saúde suplementar.

O sentido restrito de integralidade expresso no texto da constituição estabelece que o SUS deve realizar o atendimento integral com prioridade às atividades preventivas sem prejuízo das atividades assistenciais. Há diferença entre as atividades preventivas e atividades assistenciais, as quais devem pontuadas, estas se fazem diante de um sofrimento manifesto, ao passo que aquelas são realizados antecipando-se ao sofrimento. A integralidade no sentido do texto constitucional propugna que as ações e serviços devem se esforçar ao máximo para evitar o sofrimento, mas não permitir que esse esforço ocorra às custas da incapacidade de atender ao sofrimento manifesto.

¹³⁴ MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39- 64.

¹³⁵ MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**, v.20, n.5. Rio de Janeiro, 2004, p. 1411-1416.

A antiga tensão entre ampliar o acesso e transformar as práticas e instituições de saúde permanece atual, de modo que, não é suficiente garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros. As práticas de cuidado devem estar voltadas para atender ao sofrimento das pessoas; isto demanda o desafio de um SUS mais humano, esse é o desafio de todas as políticas direcionadas às transformações das práticas e à política de humanização. Por fim, a construção desse processo de transformação tem também um significado político para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, uma vez que no cenário de sua coexistência com a saúde suplementar o tratamento digno das pessoas no SUS é produtor de apoio político ao próprio sistema, de maneira que cada vez que um atendimento não ocorre, contribui-se para alguns adquirirem um plano de saúde. A melhoria da qualidade em relação a atender de forma abrangente e atuar na prática sobre o sofrimento que causa tensão à coexistência do setor de saúde suplementar e suscita reações contrárias, o que parece tratar-se de uma luta que vale a pena concretizar.

A Participação popular e o controle social no Brasil, a luta pela saúde durante os anos de 1970 a 1980 representaram também uma luta pela democracia contra a ditadura, confronto este que adquiriu distintas formas e expandiu para diversos espaços. A partir de 1970 os profissionais de saúde, professores e estudantes em projetos de extensão universitária organizaram serviços de saúde nas comunidades com expressivo envolvimento e participação popular. A comunidade se mobilizava, conseguia nas associações de moradores ou paróquia regional um estabelecimento em que pudesse organizar um serviço de saúde comunitário; um movimento era organizado em torno de reivindicações e pleitos direcionados aos órgãos públicos.

O posto de saúde alcançou a dimensão de um serviço público permanente e profissionais de saúde que atuavam na comunidade e outras pessoas se uniam a essa atuação. A população se organizava em Comitês de Saúde e Conselhos, participava ativamente da organização do serviço de saúde e esforço que o bairro fazia em torno do acesso à saúde. Emergiu a mobilização popular e o fortalecimento dos movimentos sociais que o Brasil experimentou no período de 1970 a 1980 e o movimento popular se aprofundou e expandiu, representando um dinâmico eixo de fortalecimento da proposta do Movimento Sanitário. Paralelo a isso, a esquerda brasileira criticava a socialdemocracia da Europa Ocidental e o socialismo real do Leste Europeu e diante das questões críticas considerava que nas duas propostas o Estado assumiu o protagonismo, pretendendo fazer reformas e revoluções no

lugar do povo e às vezes contra o povo, o que demonstrava as propostas não serem suficientemente democráticas.

Neste cenário desenvolveu-se que a própria usuária e implicada deveria participar da formulação e gestão das políticas e dos serviços públicos, expandindo a dimensão pública do Estado a partir de esferas públicas participativas. Ainda, propunha-se que os trabalhadores de saúde que atuavam nesses serviços deveriam participar da formulação e gestão das políticas e dos serviços de saúde, assumirem papel ativo na organização e no planejamento de seu processo de trabalho. A participação popular passa a ser vista como uma maneira de mobilizar e agregar força social à proposta da Reforma Sanitária, avançando na garantia do direito à saúde e constitucionalmente para um sistema de saúde, construir concretamente o Sistema Único de Saúde progressivo e sustentável.

Os instrumentos concretos visavam facilitar e dinamizar esse processo, quais sejam, a diretriz da descentralização e do controle social. A proposta de descentralização defendida pelo Movimento Sanitário trazia a responsabilidade política e gestão exercida mais próximo aos cidadãos usuários dos serviços, facilitando e ampliando a capacidade da comunidade regional pressionar politicamente os governos. Isto acrescido ao controle social poderia dinamizar e assegurar maior sustentabilidade ao desenvolvimento efetivo da Reforma e do Sistema Único de Saúde.

Enquanto consequência da pretensão de um modelo democrático, as leis do Sistema Único de Saúde como a lei 8142 de 1990, determinaram a participação da população na definição das políticas de saúde como princípio por meio das duas instâncias que garantem a participação, quais sejam, os Conselhos e as Conferências de Saúde. Em cada município e espaço de trabalho de maneira concreta, a associação que mencionamos ocorre entre cidadania, democracia participativa e o cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, abordamos a relação entre saúde e democracia sob a perspectiva da democratização dos serviços de saúde.

O princípio da participação popular no Sistema Único de Saúde está atrelado à democracia participativa. Pedro Jacobi afirma que a crise da democracia representativa e participação popular se transformaram no referencial de ampliação das possibilidades de acesso dos setores populares na perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos, bem como de garantia da execução eficiente de programas sociais no contexto adverso das políticas de ajuste estrutural, liberalização da

economia e privatização do patrimônio estatal.¹³⁶ Portanto, quando mencionamos o princípio da participação popular no Sistema Único de Saúde trata-se de fortalecimento do espaço público e da abertura dos serviços à participação da sociedade civil na elaboração e no controle de suas políticas.

Existe a necessidade de participação nos espaços formais de controle social e nos Conselhos de Saúde, sendo possível construir essa democracia cotidianamente nos serviços de saúde. Há várias formas de participação que são indispensáveis para fazer com que efetivamente os modelos de atenção sejam centrados nas necessidades de saúde dos usuários, criando um fluxo que democratiza as ideias, debates, negociações e compromissos na esfera respectiva de cada serviço. O estabelecimento de múltiplos canais de escuta nos serviços, recepção das demandas e diálogo constante com a população por meio de Conselhos regionais de Saúde, oficinas de planejamento e avaliação de gestores, ouvidorias, reuniões de equipe abertas, avaliação da satisfação dos usuários, abaixo-assinados, petições, caminhadas e mobilizações comunitárias para enfrentar os desafios e aprimorar o sistema.

Eymard Mourão Vasconcelos afirma que práticas inovadoras de gestão dos serviços de saúde com base participativa trazem possibilidades de resistir e subverter as relações de poder e dominação existentes. Estas representam possibilidades de desconstrução do autoritarismo profissional, desprezo ao saber e à iniciativa dos usuários e de seus familiares. No desafio de pensar os princípios do Sistema Único de Saúde e serviços devemos construir um SUS universal, equitativo, integral e com participação popular.¹³⁷

Os condicionantes de ordem econômica e política limitam o espaço de construção, mas as palavras de Campos trazem que se por um lado as coisas ou estruturas determinam as vidas das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas enquanto sujeitos que constroem as coisas, normas, os valores e as estruturas. Este espaço plural é o serviço de

¹³⁶ JACOBI, Pedro Roberto. Políticas Sociais locais e os Desafios da Participação Cidadina. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V.7, n.3. São Paulo, 2002, p. 443-454.

¹³⁷ VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. vol. 14, n.1. Rio de Janeiro, 2004, p. 67-83.

saúde em que existe projetos em disputa. Alguns atuam em favor da concretização dos princípios do SUS e outros agem no sentido oposto.¹³⁸

Em benefício de uma sociedade justa a melhor opção é enfrentar diariamente os obstáculos e problemas pela construção do Sistema Único de Saúde e prestação de serviços de saúde, onde ocorre o encontro entre profissionais, usuários se concretiza a construção de saberes e práticas de saúde nos estabelecimentos assistenciais à saúde iniciada em 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família que instituiu uma equipe e lógica para o processo de trabalho em saúde, pretendendo um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. A partir da Reforma Sanitária houve avanços em nossa sociedade no que tange ao Sistema Único de Saúde, entretanto diversos são os desafios a superar para implantar os princípios do SUS e, apesar de alguns desafios requererem ações de longo prazo para serem viabilizados é necessária a incorporação de novas práticas e novos contextos no cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o objetivo do Pacto pela Saúde de 2006 pretende qualificar questões que apontam entraves na implementação e funcionamento do SUS e que impedem a radicalização da Reforma Sanitária Brasileira. O Pacto apresenta-se, portanto, como uma possibilidade real de avanço no processo da Reforma Sanitária iniciada no Brasil. O Pacto pela Saúde no Brasil consubstancia um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde celebrado entre as três esferas de gestão com a finalidade de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, com vistas a alcançar maior eficiência e qualidade do SUS. Também, o Pacto pela Saúde delimita as responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Este prevê metas e compromissos para cada ente da federação e é renovado anualmente. As linhas de trabalho apresentadas por são o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde e para melhor compreensão temos o Pacto pela Saúde pretende uma construção do SUS que aponte para uma relação democrática, responsável, articulada e pactuada entre a União, o Estado e Município; exige a construção de um planejamento em saúde que oriente as prioridades de governo e a gestão das políticas de saúde; e traz um grau de transparência que facilite a atuação da sociedade civil e de órgãos

¹³⁸ CAMPOS, Gastão Wagner. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.p. 29-88.

como o Ministério Público na responsabilização dos gestores para a concretização do que foi avençado.

A oportunidade à ampliação dos espaços democráticos de gestão do Sistema Único de Saúde e ao envolvimento do conjunto da sociedade na retomada da luta pela concretização do direito à Saúde remete à repolitização da saúde como uma forma de revigorar a luta social que deseja ampliar a consciência sanitária dos cidadãos. Este processo alcança as dimensões setoriais no que diz respeito à socialização e publicização dos direitos dos usuários do SUS e inclui âmbitos globais como o combate pelo aumento da porcentagem do PIB que o Brasil investe em saúde destinada à concretização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade para a camada menos favorecida economicamente do país.

Em que pesem os avanços do Pacto, esse processo não é viabilizado rapidamente no ritmo que os termos de compromisso são assinados entre os gestores no Brasil. Tal desenvolvimento requer qualificação da gestão em saúde, fortalecimento do controle social e a participação popular, de modo que os grupos sociais e populares possam disputar as prioridades e acompanhar os desdobramentos das políticas que visam concretizar o que foi proposto. O maior envolvimento possível neste processo da população é indispensável para o desenvolvimento efetivo de um Sistema Único de Saúde adequado.

As práticas em saúde são produzidas e constrangidas por um conjunto de estruturas, instituições, forças, valores presentes e atuantes. O processo de transformação histórica não fica estagnado, é dinâmico e por isso a importância de transformar a realidade pelos homens e mulheres de cada tempo a ser construída e aprimorada para os seres humanos. As instituições, forças e processos estruturados constrangem e interferem todo o tempo nas relações e ações dos sujeitos, mas estas simultaneamente são produzidas, instituídas e estruturadas pela práxis desses mesmos sujeitos ao longo da história. Apesar de existirem elementos que condicionam a práxis dos sujeitos, há variáveis de exercício da liberdade, possibilidades de ações e espaços para lutas capazes de ampliar essa liberdade.

Desta maneira, os sujeitos são ao mesmo tempo produtores e produtos de relações e instituições que eles engendram e pelas quais são engendrados; cabe nesta hipótese não opor ou isolar as dimensões macro como economia e política, micro como serviço e escola, global e regional, geral e específica de situação específica ou processo social, haja

vista que apenas existem de modo articulado. Isto posto, esperamos que a percepção do destino da saúde dos brasileiros não é predeterminada e os profissionais de saúde em conjunto com a sociedade em geral serão os usuários dos serviços, atores de uma história que se constrói diariamente e necessita considerar o ser humano como a medida de todas as coisas.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas podem ser entendidas como os conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que materializam a orientação política do Estado e regulam as atividades do Governo referentes às atividades de interesse público. Também temos como as ações de governo segmentadas em atividades diretas de produção de serviços pelo Estado e atividades de regulação de outros agentes econômicos.

2.1 Possível Definição de Política Pública de Saúde

As políticas públicas em saúde constituem a esfera de ação social do Estado orientada para a melhoria das condições de saúde da sociedade e do ambiente natural, social e laboral. Possui tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social que consiste em organizar as funções públicas do Governo para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. No Brasil as políticas públicas de saúde a partir de 1988 com a Constituição Federal trouxe os princípios de universalidade e equidade no que pertine ao acesso, às ações, serviços e diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A Carta Magna ao adotar o modelo de seguridade social para garantir os direitos referentes à previdência, saúde e assistência social determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. As políticas públicas se materializam pela ação concreta de sujeitos sociais e atividades institucionais que as executaram em cada contexto com distintos resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais estas foram implementadas e a verificação de seu impacto sobre a situação existente são permanentes. Assim, consoante a realidade do país surge a questão sobre os cidadãos brasileiros terem acesso às ações e serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas ou ainda existe restrições e barreiras de acesso a esses. Permanece a indagação se as ações e os serviços foram planejados

de acordo com as necessidades de saúde da população e com as condições de saúde adequadas para o atendimento da realidade e demandas locais.

Os recursos mobilizados para o enfrentamento dos problemas de saúde foram atendeu à forma adequada e foram suficientes. Ainda, houve a identificação de ganhos de equidade e qualidade no atendimento à população e a ação setorial produziu impactos significativos na melhoria das condições de saúde da sociedade e qualidade do ambiente. Tais questões de difícil resposta em razão dos diversos fatores que influenciaram as políticas de saúde e levados em consideração não deixam de preocupar os gestores do Sistema Único de Saúde no processo de tomada de decisão.

Desta maneira, resta necessário fomentar o diálogo, a negociação entre os diferentes atores setoriais em todas as regiões do Brasil, bem como realizar a transformação qualitativa dos processos de gestão para a efetividade da política de saúde, o alcance de objetivos amplos orientados ao desenvolvimento social como reduzir as desigualdades sociais e de saúde evidenciadas nos processos de globalização e descentralização; fortalecer o exercício ético e eficaz da gestão eficientes para incorporar todos os cidadãos excluídos dos benefícios sociais disponíveis; promover a harmonia entre políticas econômicas, sociais e estabelecer parcerias intersetoriais para a produção de iniciativas que gerem impacto sobre as condições de saúde da população; fortalecer a competência dos distintos atores sociais para uma atuação orgânica e consistente nos processos de definição, implementação e avaliação da agenda de prioridades governamentais e na elaboração de projetos alternativos.

No período pós promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988 as políticas de saúde no Brasil foram formuladas no contexto de ampla reforma setorial que opera relevantes mudanças institucionais e concomitantemente introduz espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. A partir das alterações introduzidas com o texto constitucional e a Lei Orgânica da Saúde (leis 8140 e 8142) em 1990 as decisões sobre saúde pública envolveram novos e múltiplos atores, os quais ocasionaram modificações significativas no debate e formulação das políticas de saúde com relevantes inovações institucionais no que pertine à estrutura e dinâmica do processo decisório.

A concepção do sistema de saúde descentralizado e administrado de modo democrático e com a participação da sociedade organizada traz mudanças significativas nas relações do poder político e na distribuição das responsabilidades entre o Estado, a sociedade

e as distintas esferas de governo, quais sejam, nacional, estadual e municipal, atribuindo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira. Neste sentido, foram instituídos as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde; a Comissão de Intergestores Tripartite na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as Comissões de Intergestores Bipartite na direção estadual; bem como ocorreu o fortalecimento dos órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos Estados e Municípios – o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Isto posto, podemos dizer que os canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas e da ação governamental setorial foram ampliados. Entre os desafios que o debate político no setor da saúde propõe à sociedade brasileira nos próximos anos destaca-se o de assegurar a coexistência de diferentes soluções institucionais na organização descentralizada do SUS que contemplam a heterogeneidade de problemas regionais e diversidade cultural brasileira, de forma que não seja colocado em risco a unidade operacional do sistema nacional de saúde necessária para a efetivação dos princípios constitucionais; o desafio em encontrar o equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia na gestão compartilhada do sistema pelas três esferas político-administrativas do Estado Brasileiro no âmbito de novas relações intergovernamentais e recomposição do pacto federativo inserido pela Constituição Federal de 1988; o desafio de estabilizar o financiamento setorial e interferir no processo de alocação dos recursos dos orçamentos públicos para a saúde com vistas à equidade; e o desafio de construir formas de responsabilização dos governantes, cidadãos, gestores e usuários no acompanhamento e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas setoriais.

Para melhor entendimento dos processos de formulação, decisão e implementação da política de saúde e do ambiente sócio-político-institucional que contextualiza a ação do Sistema Único de Saúde são disponibilizadas fontes de informação, as quais abordam saúde como política pública; a gestão pública setorial em suas relações intergovernamentais e as políticas de saúde como dimensão do desenvolvimento social. A iniciativa de natureza experimental apresenta a aproximação de temas relevantes para a gestão pública setorial e desenvolve versões aprimoradas para a colaboração, encaminhamento de críticas e sugestões ao sistema.

2.2 Federação

A federação decorreu de um processo histórico que fez com que adquirisse diversas conformações. Desde a sua materialização a partir de 1787, apresentou características essenciais, as quais a tornaram entre outras formas de organização política, quais sejam, a confederação e o Estado unitário. Tais características do Estado federal, cujas ausências podem significar a implementar um federalismo com baixa possibilidade de funcionamento adequado, bem como propiciar a existência de um sistema confederativo ou modelo centralizado de exercício do poder sob a forma de um Estado unitário. O estudo da federação prenunciaram as suas principais características e, para atingir os objetivos deste tópico será elaborada uma sistematização do instituto.

2.2.1 Argumento Jurídico e Organização do Estado na Constituição

A federação foi desenvolvida pela Convenção da Filadélfia com o escopo de aprimorar a associação formada pelos Estados norte-americanos independentes, posteriormente reunidos pelos Artigos da Confederação. O argumento jurídico sobre a confederação ora existente era este tratado internacional, ainda em desenvolvimento que apresentava vícios¹³⁹ oriundos da soberania dos Estados confederados, a qual causava instabilidade. Para lidar com esta situação, propugnou-se diminuir a soberania dos Estados na Constituição de 1787 que unificou os Estados em um único país, qual seja, os Estados Unidos da América e separou o exercício do poder do Estado em duas instâncias: federal e estadual, assuntos estes constitucionalmente regulamentados.

A base jurídica do Estado federal passou a ter uma Constituição e deixou de ser um tratado conforme verificamos nas confederações dos Estados.¹⁴⁰ Os Estados, por intermédio desta, perderam a soberania e retiveram sua autonomia e, para além desta condição, como o “fundamento do Estado Federal consiste em várias esferas de governo coexistindo harmonicamente, imprescindível se torna um diploma normativo que estabeleça

¹³⁹ SCHULTZE, Rainer-Olaf. Tendências da evolução do federalismo alemão: dez teses. In: CARNEIRO, José Mário Brasiense; HOFMEISTER, Wilhelm (Orgs.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. Trad. Nikolaus Karwinsky. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001, p. 22.

¹⁴⁰ DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado federal**. São Paulo: Ática, 1986, p. 15.

as regras que darão ordem e coesão a esse sistema.”¹⁴¹ A norma válida comum a todos os entes federativos e superior aos ordenamentos jurídicos editados pelos poderes federais e estaduais passou a ser a Constituição. Esta inaugura a federação e atribui os poderes da União, dos Estados- membros e dos demais entes políticos autônomos que possam vir a existir . Na Constituição que está expresso a repartição de competências entre os entes federativos, sua organização e o relacionamento entre estes,¹⁴² dispondo sobre os institutos no que concerne às relações federativos como a intervenção federal por exemplo.

2.2.2 Liame Federativo Indissolúvel

A Constituição prevê os fundamentos federativos e retira a soberania dos Estados federados, conferindo-lhes determinadas competências. Entre os poderes atribuídos pela Constituição consta o de não deixar a federação,¹⁴³ de modo que o Estado ao fazer parte da União, deve permanecer. Isto porque, não há que se falar no direito de secessão, pelo fato de ser vedado aos Estados-membros sua retirada por meios legais. Relevante mencionar que distinta da federação é a confederação, ou seja, nesta os Estados confederados estão interligados por intermédio de tratado internacional e podem deixar a associação, desde que denuncie o pacto. Entretanto, a Constituição que estrutura e rege a base jurídica do Estado federal, não admite a denúncia.

Tal característica foi construída ao longo do processo histórico de formação da federação nos Estados Unidos da América e trouxe que quando os delegados estatais se reuniram na convenção da Filadélfia para discutir os Artigos da Confederação, formaram um governo central forte e estável para manter a União a partir de um sistema em que restaria vedado a retirada dos Estados-membros, a fim de que o poder federal não ficasse enfraquecido ou fosse diluído por decisões provenientes dos Estados

O modelo federativo que consiste no ingresso na federação acarreta aos Estados renunciarem à sua soberania sem ser possível ocorrer a retratação desta decisão, em

¹⁴¹ CONTI, José Maurício. **Federalismo fiscal e fundos de participação**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2001, p. 16.

¹⁴² ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2013, p. 12.

¹⁴³ BLACK, Henry Campbell. **Handbook of American constitutional law**. 2. ed. St. Paul: West Publishing Co., 1897, páginas 28 e 29.

favor da formação de um único Estado com poder concentrado. O objetivo de constituir uma união perpétua não resultou em cláusula expressa na Constituição de 1787, sendo assim, proibido a secessão ou separação de uma parte da unidade política para constituir outra pelo fato de tratar-se de vedação da estrutura federativa.¹⁴⁴ A título de ilustração, mencionamos os Estados do Sul que por divergirem dos demais Estados no que pertine à abolição da escravidão, decidiu no ano de 1861 declarar a sua independência em relação aos Estados Unidos e, posteriormente, formar uma Confederação para combater em favor da separação estatal. Ato contínuo, ocorreu a guerra civil entre as regiões Norte e Sul, cuja vitória em 1865, foi conquistada pelas forças da união do Norte que almejavam o caráter indissolúvel da união. Desta maneira, o fato de não existir o direito de secessão que colaborou à consolidação da federação nos Estados Unidos da América,¹⁴⁵ conforme demonstrado pela derrota dos Estados do Sul que tentaram se separar da unidade. A partir deste momento identificamos a característica da união norte-americana e de toda a federação, haja vista que ainda que não disposta de forma expressa na Constituição brasileira, existe vedação implícita ao desmembramento do sistema federativo.¹⁴⁶

2.2.3 A Autonomia dos Estados-Membros

Outra característica relevante da federação é a autonomia dos Estados-membros, uma vez que trata-se de traço singular do Estado federal, o qual possibilita que o distingamos das demais formas de organização política, segundo Anna Cândido da Cunha Ferraz.¹⁴⁷ Via de regra, costuma-se classificar o Estado, de acordo com sua forma, em unitário e federal, podendo ser também reconhecido como regional.¹⁴⁸ Ressalta-se que tal classificação tem como referência o critério do grau de centralização ou descentralização do poder político no território estatal.¹⁴⁹

¹⁴⁴ DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado federal**. São Paulo: Ática, 1986, p. 16.

¹⁴⁵ DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado federal**. São Paulo: Ática, 1986, p. 17.

¹⁴⁶ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2000, p. 254.

¹⁴⁷ FERRAZ, Anna Cândido da Cunha. **Poder constituinte do Estado-membro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1979, p. 53.

¹⁴⁸ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. p. 254.

¹⁴⁹ Kelsen, Hans. **Teoria geral do direito e do Estado**. Trad. Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 451.

O Estado unitário encerra a forma estatal centralizada, ou seja, apresenta um poder central que é chamada de “cúpula e núcleo do poder político.”¹⁵⁰ O Estado unitário dispõe de um governo central, cuja capacidade é atribuída pela única constituição que existe no país, portanto de abrangência nacional, responsável pela tomada de todas as decisões políticas, bem como legislar e aplicar as leis que edita para o povo no território nacional.¹⁵¹ A unidade dos elementos do Estado preconizada constitucionalmente pela centralização jurídico-política, não inibe a possibilidade de existir um certo grau de descentralização no Estado unitário, haja vista que não existe Estado sem alguma forma mínima de descentralização do poder.¹⁵² Ocorre que a característica sobressaliente desta forma de Estado é a centralização do poder político, acrescido de toda descentralização ser promovida, alterada, restringida ou alterada pela tomada de decisão exclusiva e discricionária do poder central, com observância da lei¹⁵³ nacional, a qual atribui as respectivas competências aos entes locais.

A descentralização aplicada pelo poder central pode ser administrativa quando for conferida competência aos entes locais para a edição de normas individuais e concretas para que seja cumprida a legislação nacional; ou pode ocorrer a descentralização legislativa quando for atribuída competência às entidades descentralizadas para a edição de normas gerais e abstratas, a qual terá fundamento de validade imediato extraída da legislação nacional.¹⁵⁴ Por fim, é possível verificar a descentralização política, consubstanciada na escolha dos dirigentes das unidades descentralizadas pela respectiva parcela da população. Isto posto, concentrado o poder político no Estado unitário, faz com que a opção pela adoção de certo grau de descentralização esteja sujeita ao poder central, posto que o núcleo central de poder é responsável pela criação e extinção das entidades locais, bem como das atribuições de suas competências, de maneira que os entes locais encontram-se subordinados ao poder central do Estado unitário.

Em relação às federações existe uma situação distinta, uma vez que a formação dos Estados Unidos da América distingue da federação, que cria um novo Estado e faz com

¹⁵⁰ DALLARI, Dalmo de Abreu, **Elementos de teoria geral do Estado**. p. 254.

¹⁵¹ MELLO, José Luiz de Anhaia Mello. **O Estado federal e as suas novas perspectivas**. p. 45.

¹⁵² FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**. p. 48.

¹⁵³ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**. p. 49.

¹⁵⁴ BURDEAU, Georges; HAMON, Francis; TROPER, Michel. **Direito constitucional**. Trad. Carlos Souza. 27. ed. Barueri: Manole, 2005, p. 75.

que os Estados que a esta aderiram, percam essa condição e a soberania.¹⁵⁵ Enquanto no federalismo, existe tão-somente um Estado soberano, qual seja, o Estado federal que detém o “poder de autodeterminação plena, não condicionada por nenhum outro poder externo ou interno.”¹⁵⁶ A soberania traz a ausência de subordinação de determinada ordem estatal em relação a outra ordem da mesma espécie e, os Estados-Membros não atingiram essa condição, pelo fato de se submeterem à Constituição imposta pelo Estado federal.

Desta maneira, inferimos que os Estados federados possuem autonomia, o que segundo Antonio de Sampaio Doria “ não se confunde com soberania, haja vista que esta é um poder supremo e aquela um poder subordinado.”¹⁵⁷ A necessidade histórica de formar uma federação nos Estados Unidos e, posteriormente, a premência em aprimorar a confederação ora vigente, propugnava a perda da soberania e independência total que caracterizaram as treze colônias britânicas da América do Norte após a declaração de independência. Isto associado à criação de um governo central mais robusto perpetrou a violação da liberdade individual e, a medida adotada foi submeter os Estados e o poder federal à Constituição, que deu origem a um sistema inovador ao albergar sob a mesma ordem estatal, duas esferas distintas e autônomas de poder conforme veremos a seguir.

O federalismo é o grande legado da Constituição de 1787. Representa o enfoque de uma criação estatal que ainda influencia a formação de diversos outros Estados nacionais modernos, e em todo o mundo. É um sistema duplo no qual duas autoridades, a União e os Estados, governam o mesmo território e o mesmo povo, cada qual autônomo em sua esfera e nenhum autônomo na esfera do outro.¹⁵⁸

A autonomia consiste no poder de editar as próprias normas, de maneira que um Estado autônomo detém a “capacidade para expedir as normas que organizam, preenchem e desenvolvem o ordenamento jurídico dos entes públicos.”¹⁵⁹ Tal capacidade não é ilimitada como observado na soberania, que em uma federação apresenta a autodeterminação suprema do Estado federal, cujo poder constituinte originário soberanamente elabora a Constituição. Ao passo que nos Estados federados sua autodeterminação resta limitada pelos comandos da

¹⁵⁵ DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado federal**. p. 17.

¹⁵⁶ ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. p. 11.

¹⁵⁷ DÓRIA, Antonio de Sampaio. **Princípios constitucionais**. São Paulo: São Paulo, 1926, p. 59.

¹⁵⁸ ZIMMERMANN, Augusto. **Teoria geral do federalismo democrático**. p. 249.

¹⁵⁹ HORTA, Raul Machado. **Estudos de direito constitucional**. cit., p. 426.

Constituição Federal. Portanto, tem-se que a soberania não encontra limites de ordem jurídica e, por outro lado, a autonomia é disciplinada por norma constitucional nos termos seguintes.

Costuma-se opor, na teoria do Estado, soberania e autonomia. Nessa contraposição, entende-se que *soberania* é o caráter supremo de um poder: supremo, visto que esse poder não admite qualquer outro, nem acima, nem em concorrência com ele. Já *autonomia* é o poder de autodeterminação, exercitável de modo independente, mas dentro de limites traçados por lei estatal superior.¹⁶⁰

A autonomia enquanto característica da federação atribuiu aos Estados-membros poderes para estruturarem por intermédio da elaboração de Constituições normas estas constitucionais que disciplinam sobre o governo de cada Estado, formado de acordo com a capacidade de governo exercida pelos dirigentes eleitos pela população. Ainda, sobredito diploma legal confere aos Estados capacidade para editar sua legislação geral e abstrata, que utilizará como fundamento de validade imediato a Constituição estadual e o mediato a Constituição Federal. Também, atribuiu aos Estados poder para aplicação da lei nos casos concretos que versem sobre suas respectivas gestões de administração em relação aos órgãos administrativos e/ou jurisdicionais no âmbito estadual. Tais poderes de autodeterminação devem ser exercidos com observância aos princípios e normas previstas na Constituição Federal. Neste sentido, a federação demonstra sua autonomia por intermédio da

capacidade de autodeterminação dentro do círculo de competências traçado pelo poder soberano, que lhes garante auto-organização, autogoverno, autolegislação e auto-administração, exercitáveis sem subordinação hierárquica dos Poderes estaduais aos Poderes da União.¹⁶¹

Assim, o Estado federal exerce o poder pela descentralização política, legislativa e administrativa em sentido amplo e, difere do Estado unitário que tem sua atividade estatal determinada pelo governo central em relação às esferas estadual e local, não a acometendo ao poder constituinte, como se dá àquele. O elemento autonomia possibilita ao Estado federal proceder à repartição constitucional do poder político entre distintos entes autônomos no território nacional,¹⁶² permeando a descentralização na execução de suas atividades e tomada de decisões. O sistema federal, composto por um Estado soberano

¹⁶⁰ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**. p. 47.

¹⁶¹ ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. p. 11.

¹⁶² SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. p. 98-99.

constituído de Estados autônomos, surge como alternativa e substituição ao sistema unitário, com base na descentralização e equilíbrio federativo.

2.3 A Repartição de Competências na Constituição

A coexistência no mesmo território entre duas esferas distintas e autônomas, que exercem ao mesmo tempo poder político, requer definição sobre as competências de cada uma. Podemos dizer que competência consiste na medida da jurisdição no direito constitucional, especificamente na federação, dos limites de atuação de cada ente. Nesse sentido, trazemos os ensinamentos de Carmen Lúcia Antunes Rocha sobre “Competência ser a medida de capacidade de ação política ou administrativa, legitimamente conferida a um órgão, agente ou poder, nos termos juridicamente definidos.”¹⁶³

Desta maneira, a descentralização na federação implica a existência simultânea de uma ordem jurídica total e diversas ordens jurídicas parciais, hierarquicamente iguais no que se refere à autonomia, sendo assim necessário que as competências dos órgãos que editam normas, sejam distribuídas por um documento jurídico superior, para evitar conflitos federativos que possam comprometer o equilíbrio do modelo federal.¹⁶⁴ Nesse sentido, a distribuição de competências se presta como uma ferramenta da qual se utiliza o poder constituinte, para fazer o sistema federativo funcionar adequadamente, com vistas a reduzir a ocorrência de conflitos federativos. A repartição constitucional de competências trata-se de uma consequência da autonomia, que conforme as ponderações de Carmen Lúcia Antunes Rocha, restará assegurada efetivamente, caso os entes federativos extraíam da Constituição competências exclusivas, que garantem conjuntamente com as competências concorrentes, espaço ao exercício do poder de autodeterminação, com a criação de normas próprias¹⁶⁵ por um governo próprio.

¹⁶³ ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: traços constitucionais da organização política brasileira. p. 180.

¹⁶⁴ ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. p. 15.

¹⁶⁵ ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: traços constitucionais da organização política brasileira, p. 181.

A repartição de competências deve ser equilibrada para propiciar a manutenção da eficiência e autonomia das distintas esferas e, obstar a sobreposição ou supremacia da União, dos Estados ou demais entes da Federação em relação uns aos outros, o que acarretaria uma situação de subordinação política consoante entendimento de Dalmo de Abreu Dallari.¹⁶⁶ Entretanto, a despeito de existir uma repartição equilibrada de poderes políticos, é possível surgir conflitos entre os entes federativos, haja vista que na federação não há que se falar de hierarquia entre os entes federativos, mas sim a respeito da atribuição de competências próprias, que serão exclusivas ou concorrentes, a depender das normas e regras preconizadas pela Constituição Federal ao adotar o modelo vertical ou horizontal de distribuição das competências. Isto posto, infere-se que a Constituição estabelece os mecanismos de solução das controvérsias, que podem ter caráter coercitivo para obrigar os entes federativos a cumprir o ordenamento e, tais comandos têm como base a observância dos institutos da autonomia e repartição constitucional das competências.

2.3.1 A Repartição de Rendas

A distribuição de competências anteriormente estudada, tem como desdobramento a atribuição de poderes políticos materializados sob a forma de encargos, porque a capacidade de autodeterminação no plano constitucional e legislativo se transforma em deveres de atuação no plano administrativo, com a criação e manutenção de serviços públicos referentes às matérias conferidas aos respectivos entes federativos. Ocorre que deve ser atribuída renda específica e exclusiva à cada esfera de competências, uma vez que encerram deveres a serem cumpridos e, por isso, necessitam da dotação de verba adequada, pois existência de rendas suficientes é que permeia a autonomia dos entes federados e os habilita a desempenhar suas competências. De maneira que, segundo as palavras de Carmen Lúcia Antunes Rocha, sem renda o bastante para que o ente federativo exerça as competências constitucionais, a descentralização realizada pela federação resta inviabilizada em razão da impossibilidade de concretização das suas atribuições,¹⁶⁷ tendo como consequência a violação do exercício da autonomia do Estado federal. A autora complementa que a “falta de equilíbrio da equação político-financeira fragiliza a Federação, pois a autonomia política guarda estrita

¹⁶⁶ DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado federal**, p. 19.

¹⁶⁷ ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: traços constitucionais da organização política brasileira, p. 185.

vinculação com a capacidade econômico-financeira”¹⁶⁸ e, por isso, a relevância da repartição de rendas.

A disposição constitucional sobre competências tributárias e transferências do governo deve ser observada e realizada de maneira correta, haja vista que sem o equilíbrio necessário nesta área, a eficiência administrativa restará prejudicada e os serviços públicos essenciais não serão prestados adequadamente. Para além disso, Dalmo de Abreu Dalarri assevera que os órgãos encarregados dessas tarefas e atividades terão que solicitar recursos financeiros a outras esferas, o que acarreta dependência econômica e política das unidades federadas ao poder central e culmina no desvirtuamento do propósito federativo em razão de perda da autonomia efetiva.¹⁶⁹

2.3.2 A Participação dos Estados na Constituição da Vontade Nacional

A doutrina considerou como um dos elementos que determinam o Estado federal, a participação dos entes federados na constituição da vontade nacional, de modo que as deliberações do órgão federal compoñham o produto das decisões provenientes das respectivas vontades locais. A participação pode se dar por mecanismos diretos como a proposta estadual de emenda à Constituição Federal por exemplo ou ainda, os Estados podem compor a vontade nacional por meios indiretos, quais sejam, a eleição do chefe de Estado e governo pelo colégio de representantes dos Estados; a instituição de uma câmara parlamentar para sua representação estadual no processo legislativo federal.¹⁷⁰

Destaca-se que para um funcionamento adequado da federação é relevante a existência de uma representação estadual eficaz na constituição da vontade nacional.

Em síntese, o modelo de Estado federal descentralizado foi concebido, conjuntamente com a separação dos poderes, enquanto um mecanismo de limitação do poder, uma vez que ao distribuir as competências entre núcleos políticos distintos, ocorre um movimento contrário à concentração dos poderes do Estado em um único órgão ou representante. O federalismo teve como escopo também, a participação e união referente aos

¹⁶⁸ ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: traços constitucionais da organização política brasileira, p. 186.

¹⁶⁹ DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado federal**, p. 20.

¹⁷⁰ Exemplos extraídos de BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do federalismo**, páginas 50 e 51.

assuntos de defesa nacional, promoção de políticas públicas manutenção da autonomia e particularidades de cada ente federativo ao preservar a diversidade na unidade quando reuniu sociedades políticas, sem restringir a liberdade de cada Estado- membro.

Manoel Gonçalves Ferreira Filho afirma que a descentralização perpetrada pelo Estado federal tem o condão de trazer maior eficiência à atuação estatal no que concerne à gestão de políticas públicas e alocação de serviços públicos, os quais poderão ser melhor adequados às particularidades de cada região e/ou Estado-membro.¹⁷¹ Deste modo, Gilberto Bercovici complementa, a coordenação efetuada pela União torna-se indispensável, posto que um processo ordenado de descentralização das políticas sociais requer políticas delineadas em âmbito nacional com a participação de todas as esferas de governo.¹⁷²

Ainda, o federalismo está ligado à democracia, uma vez que obsta a concentração de poder em poucos órgãos e/ou representantes; aproxima a população dos seus governantes e propõe oportunidades de participação e colaboração no poder político, corroborando com a democratização do poder do Estado. A divisão estatal em unidades menores, com governos regionais, possibilita uma participação mais próxima da população, favorecendo um sistema mais democrático pelo fato dos indivíduos, por estarem nos centros de poder, terem a oportunidade de controle eficiente sobre os representantes. Neste sentido, Celso Ribeiro Bastos nos trouxe

A Federação tornou-se, por excelência, a forma de organização do Estado democrático. Hoje, nos Estados Unidos, há uma firme convicção de que a descentralização do poder é um instrumento fundamental para o exercício da democracia. Quer dizer, quanto mais perto estiver a sede do poder decisório daqueles que a ele estão sujeitos, mais probabilidade existe de o poder ser democrático.¹⁷³

¹⁷¹ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**, p. 49.

¹⁷² BERCOVICI, Gilberto. **Desigualdades regionais**, Estado e constituição. São Paulo: Max Limonad, 2003, p. 182.

¹⁷³ BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1988, v. 1, p. 215.

2.4 A Federação na Constituição de 1988

Ao final do período de regime militar, as aspirações democráticas da sociedade consistiam na defesa de eleições diretas para a escolha do Presidente da República, com a finalidade de modificar grande parte do arcabouço político-institucional vigente. Então, José Afonso da Silva, asseverou que era necessário a promulgação de outra Constituição, em detrimento da busca do “reequilíbrio da vida nacional, que só poderia consubstanciar-se numa nova ordem constitucional que refizesse o pacto político- social.”¹⁷⁴ A redemocratização do País acarretou uma abertura de portas à promulgação de uma nova Constituição, contexto de mudança este em que estabeleceu-se o consenso sobre a manutenção da federação enquanto forma de organização do Brasil, o que possibilitou haver discussões acerca da ordem jurídica fundamental a ser estabelecida. Manoel Gonçalves Ferreira Filho trouxe que a partir do anteprojeto elaborado pela Comissão Provisória de Assuntos Constitucionais até o resultado da Assembléia Constituinte, instalada em 1987, foi o federalismo que prevaleceu como a forma de Estado mais adequada para atender as aspirações democráticas¹⁷⁵ e, Carmen Lúcia Antunes Rocha complementou sobre tal assunto:

A Constituição de 1988 fez-se reflexo de um momento no qual se exigia o retorno à Democracia e o respeito ao Direito legítimo. O federalismo fazia-se impositivo como um dos pontos nucleares do quanto demandado social, política e economicamente.¹⁷⁶

A federação aproximou governantes e governados, conferiu maior possibilidade de participação política aos cidadãos e permitiu a tomada de decisões mais adequadas às particularidades regionais, o que favoreceu a consolidação da democracia. A centralização foi um elemento que compôs o autoritarismo implantado, de maneira que a redemocratização da década de 1980, abriu novas perspectivas para o federalismo brasileiro. A partir desse momento no Brasil, a federação foi associada à democracia, adquiriu relevância e foi defendido pelos deputados constituintes. A descentralização política foi considerada

¹⁷⁴ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**, 31, p. 88.

¹⁷⁵ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição brasileira de 1988**, v. 1, p. 2.

¹⁷⁶ ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: traços constitucionais da organização política brasileira, p. 236.

pelas distintas camadas sociais como um dos princípios que deveriam nortear as atividades desempenhadas pela Assembléia Nacional Constituinte. Roberta Camineiro Baggio esclarece:

Havia um consenso geral, em todos os ambientes envolvidos no processo de abertura política, de que a grande solução para a construção de uma verdadeira democracia seria a descentralização do poder político. Os movimentos sociais propunham uma descentralização que abarcasse não só as instâncias institucionais, mas também as populares, como, por exemplo, as propostas de formação de conselhos municipais, compostos com pessoas das comunidades, que fariam a interlocução entre Estado e sociedade. Por outro lado, as elites regionais viam na descentralização a possibilidade de recuperação do poder de dominação político, econômico e administrativo, perdidos com a excessiva centralização do regime militar. De qualquer forma, importa destacarmos aqui que foi sob este clima de discussão, dominado pelo tema da descentralização, vista quase como uma panacéia democrática, que nasce a CF/88.¹⁷⁷

Uma organização federal substancial, a partir da efetiva descentralização do poder político, deveria tomar seu lugar no Brasil. No momento histórico caracterizado pela redemocratização surge a oportunidade de parar a expansão da União e retomar o equilíbrio federativo, promovendo o retorno da autonomia aos Estados. Esta responsabilidade foi atribuída ao legislador constituinte em 1988 e, consoante Fernanda Dias Menezes de Almeida, “chamou a si tarefa ingente, a de reverter o movimento pendular que acusava excessiva concentração de poder político e financeiro no governo central, em detrimento de Estados e Municípios.”¹⁷⁸ A título de resultado do trabalho constituinte, a nova Constituição foi promulgada em 5 de outubro de 1988 e, trouxe entre os princípios fundamentais do país, a federação, sendo a República Federativa do Brasil formada pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e do Distrito Federal nos termos do artigo 1º.

Tal era a importância do princípio federativo para o ordenamento constitucional de 1988 que foi enunciado entre as limitações materiais expressas ao poder constituinte derivado reformador, não podendo existir proposta de emenda constitucional tendente a aboli-lo nos termos do artigo 60, § 4º, I. O princípio federativo em conjunto com o republicano consubstanciaram as diretrizes do texto constitucional e, a importância atribuída à federação pelo constituinte de 1988 acarretou em reequilíbrio federativo efetivo. A fim de que a federação possa ser considerada equilibrada, o sistema constitucional de repartição de

¹⁷⁷ BAGGIO, Roberta Camineiro. **O federalismo no contexto da nova ordem global**: perspectivas de (re)formulação da federação brasileira, p. 109.

¹⁷⁸ ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**, p. 29.

competências compõe a organização político-administrativa brasileira, cujo estudo mais adiante trará reflexões sobre a autonomia estadual.

2.4.1 A Estrutura Político-Administrativa da República Federativa do Brasil

A Constituição Federal de 1988 implementou a manutenção da federação enquanto forma de Estado e organização territorial do poder político no Brasil. A tentativa de retomar a descentralização e romper com esse modelo centralizador culminou na alteração de determinados aspectos que conformaram a federação durante o período do constitucionalismo brasileiro. A Carta Política, a federação brasileira manteve características que a aproximaram e adotou outros elementos que a afastaram do federalismo.

No que tange aos elementos comuns ao federalismo o princípio da indissolubilidade do liame federativo, que veda aos Estados a retirada da federação encontra-se no artigo 1º do texto constitucional. O constituinte de 1988 explicitou o que decorre naturalmente do pacto federativo, o que significa dizer a ausência do direito de secessão. Nesse sentido, a obediência ao preceito trouxe no artigo 34, I da Constituição que a União não pode intervir nos Estados, exceto nas hipóteses elencadas em rol taxativo, para que seja mantida a integridade nacional. Ainda, a União e os Estados permanecem entes federativos dotados de autonomia conforme os artigos 1º e 18 da Constituição.

A União e os Estados são pessoas jurídicas de direito público interno, mas somente o Estado federal ou a República Federativa do Brasil possui personalidade jurídica de direito público internacional e se relaciona com os demais países. José Afonso da Silva aduz que na federação brasileira, a função do chefe de Estado é exercida pelo Presidente da República que, dirige o Poder Executivo federal e atua como chefe do governo da União¹⁷⁹ e, à União foram atribuídas competências para representar o Estado federal brasileiro na esfera das relações internacionais.

No Brasil, oriundo do antigo Município Neutro que abrigava a sede do Império, o Distrito Federal foi criado pela Constituição de 1891 para servir como capital da União no artigo 2º. O Distrito Federal foi considerado parte integrante do pacto federativo pela Constituição de 1988, adquiriu autonomia e apresentou semelhança com os Estados e

¹⁷⁹ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**, páginas 493 e 494.

Municípios nesse aspecto. A capacidade de auto-organização advém da elaboração de sua Lei Orgânica, qual seja, a Constituição distrital em seu artigo 32, *caput*. Ainda, há atribuição das competências, privativas e concorrentes, de que gozam os Estados e Municípios. Da mesma maneira, a autonomia conferida pela Constituição possibilita o surgimento da capacidade de autogoverno por intermédio da eleição pela população distrital, de dirigentes que editam a legislação pertinente na Câmara Distrital e é aplicada pelo Governador do Distrito Federal, no exercício da capacidade de auto- administração.

O Distrito Federal, embora apresente características e competências dos Estados e Municípios, não é qualquer destes, haja vista que sua natureza é distinta. Trata-se de ente federativo autônomo, dotado de personalidade jurídica de direito público interno que não pode se dividir em Municípios, mas tem cidades como Brasília por exemplo, a capital da República Federativa do Brasil nos termos dos artigos 18, §1º e 32, *caput*. No que tange à organização político-administrativa da federação brasileira, o artigo 1º da Constituição, traz que esta é composta pela união dos Estados-membros que regulam a forma de sua própria descentralização e, pelos Municípios que constituem os entes federativos. Manoel Gonçalves Ferreira Filho afirma que ingressaram os Municípios na Federação brasileira a partir da Constituição Federal de 1988 em substituição aos Territórios Federais, que figuraram como integrantes do pacto federativo das Constituições anteriores, exceto pela de 1891.¹⁸⁰

A medida tomada pela Constituição recente gerou discussão doutrinária em relação aos Municípios poderem ser considerados entes federativos, deixando de ser unidades descentralizadas dos Estados-membros. O federalismo é caracterizado pela união de Estados, quer sejam originariamente independentes e soberanos (federalismo por agregação) ou não (federalismo por segregação). Os Municípios passaram a integrar a federação e, de acordo com José Afonso da Silva, baseia-se no fato de que a criação, fusão, incorporação e o desmembramento dos Municípios se dão por lei estadual nos termos do artigo 18, § 4º da Constituição, não ocorrendo mudança no *status* municipal. Defende a ideia que os Municípios permanecem meras divisões políticas dos Estados-membros, asseverou que faltam elementos para caracterizar a federação de Municípios, de modo que, o Município “é um componente da federação, mas não entidade federativa.”¹⁸¹

¹⁸⁰ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**, p. 65.

¹⁸¹ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**, páginas 101 e 475.

José Afonso da Silva não foi a posição adotada majoritariamente pela doutrina, uma vez que o entendimento preponderante é que com a Constituição de 1988, o Município passou a integrar a federação.¹⁸² Hely Lopes Meirelles conferiu ao Município o caráter de ente federativo e argumentou acerca da conclusão adotada a respeito da particularidade de organização federal no direito constitucional brasileiro:

O Município brasileiro é entidade estatal integrante da Federação. Essa integração é uma peculiaridade nossa, pois em nenhum outro Estado Soberano se encontra o Município como peça do regime federativo constitucionalmente reconhecida. Dessa posição singular do nosso Município é que resulta sua autonomia político-administrativa, diversamente do que ocorre nas demais Federações, em que os Municípios são circunscrições territoriais *meramente administrativas*.¹⁸³

Após a Constituição Federal de 1988 os Municípios passaram a compor a federação e onsubstanciam entes dotados de autonomia semelhante à dos Estados, de maneira que possuem capacidade de auto-organização, competência para de forma autônoma e a partir do respeito às Constituições Federal e Estadual, editar sua Lei Orgânica (Constituição do Município) conforme artigo 29. Ainda, detêm capacidade de auto-administração e autogoverno e, são aptos a eleger seus membros diretivos, editar e aplicar suas leis no exercício de competências próprias e concorrentes conferidas pela Constituição nos termos dos artigos artigos 29, 30 e 31. Por esta razão, não é possível considerá-los apenas como divisões estaduais consoante o regime constitucional anterior. A federação brasileira adotou a descentralização em três graus, quais sejam, federal, estadual e municipal. Essa diferença em relação à federação norte-americana atribui caráter único à organização político-administrativa brasileira conforme asseveraram Celso Ribeiro Bastos e Ives Gandra Martins:

Desde o momento em que, no Brasil, preferiu-se compartilhar o exercício da soberania por três ordens jurídicas diferentes, com diversos graus de abrangência do espaço territorial de sua validade, mas com mesma dignidade e hierarquia constitucional, a conclusão inelutável seria a de reconhecer-se que a própria Federação brasileira assumiria feições próprias.¹⁸⁴

A inclusão do Município na federação, a despeito de não ter o condão de descaracterizar o federalismo brasileiro, trouxe resultados indesejados à organização político-

¹⁸² FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**, p. 68.

¹⁸³ MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**, 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2001, p. 729.

¹⁸⁴ BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra. **Comentários à Constituição do Brasil**, v. 1, p. 232.

administrativa, haja vista que essa condição, referente especificamente à federação do Brasil, acarretou consequências ao pacto federativo no que concerne à repartição constitucional de competências e autonomia dos Estados-membros.

2.4.2 O Sistema de Repartição de Competências na Constituição Federal Brasileira

A opção de manter a federação deliberada na Assembleia Constituinte de 1987-1988 ocorreu no contexto da redemocratização e, a batalha contra o autoritarismo do período militar se tornou, em relação ao federalismo, a vontade de promover a descentralização do poder político. O regime combatido utilizou de alternativa democrática em relação à forma de Estado, o que envolve o equilíbrio federativo e, conseqüentemente, alterar a expansão da União por meio da ampliação da autonomia dos Estados. A fim de que o Estado ampliasse sua autonomia e ocorresse uma correção às distorções que corromperam o federalismo durante longo tempo, seria necessário que a nova Constituição modificasse a parte do sistema constitucional sobre repartição de competências.

Diversos anteprojetos com modelos de repartição de competências distintos foram apresentados nas subcomissões e comissões da Assembleia Constituinte, mas o instituto do centralismo durante o regime militar demonstrou que seria preciso incrementar a autonomia estadual de maneira gradual. O Estado social alterará o Brasil e o mundo, as relações entre os entes federativos e enfatizou o aspecto econômico e social. A fim de cumprir com sua missão descentralizadora, o legislador constituinte atuou em direção à ampliação das competências concorrentes no âmbito material e legislativo.

O novo modelo de repartição de competências na Constituição Federal culminou na mistura dos sistemas horizontal e vertical de atribuições ao conferir aos entes federativos competências privativas e concorrentes, sejam legislativas ou de execução. A ampliação da esfera de competências concorrentes atende ao propósito de se alcançar maior descentralização, sem prejuízo da direção uniforme que demanda determinadas matérias e, tratando-se de forma hábil a ensejar um federalismo de equilíbrio.

O propósito de fortalecimento da autonomia estadual que caracterizou o período constituinte acarretou alteração do equilíbrio federativo em favor dos entes locais, de forma que a descentralização, defendida como um dos alicerces da democracia no final do regime militar, o que resultou no partilhamento do poder político na federação brasileira e

favoreceu os Estados e Municípios em detrimento da União. Desta maneira, infere-se que a partir da Constituição de 1988 o federalismo brasileiro se tornou descentralizado.¹⁸⁵

2.4.2.1 Competências Privativas

O estudo das competências privativas é relevante quando se trata de federação, posto que demonstra a predominância da descentralização ou centralização do poder político. Uma federação que atribui diversas competências privativas à União, diminui o papel dos Estados e não atende às finalidades do federalismo, uma vez que não descentralizará o exercício do poder. Carmen Lúcia Antunes Rocha afirma que, pelo fato de possibilitarem a atuação legislativa ou material privativa de um ente sobre assunto específico, sem a interferência dos demais, são as atribuições exclusivas que delimitam a medida da esfera de autonomia das entidades federadas.¹⁸⁶ A elaboração da repartição constitucional de competências traz que a primeira regra manda que, a cada partícipe sejam atribuídas competências privativas, o que resta indispensável à fundamentação da autonomia de cada esfera de poder.

Este assunto na Constituição de 1988 trouxe um sistema de repartição de competências entre os entes federativos que adotou a técnica de, via de regra, prever expressamente as competências da União nos artigos 21, 22 ; dos Municípios no artigo 30, conferindo aos Estados-membros as atribuições de maneira residual conforme artigo 25, § 1º e; o Distrito Federal possui as competências legislativas conferidas aos Estados e Municípios nos termos do artigo 32, § 1º. No que concerne às competências privativas da União, o artigo 21 da Constituição elenca as atribuições materiais, de execução e gerais do governo federal.

Em relação às matérias atribuídas à União descritas no artigo 21 da Carta Magna estão os poderes do governo federal como a manutenção das relações internacionais, declaração de guerra, celebração de paz, promoção da defesa nacional, decretação do estado de sítio, emissão de moeda e outras. Também, há competências referentes a assuntos que requerem um comando central como por exemplo a manutenção do serviço postal e correio aéreo nacional, exploração dos serviços de telecomunicação e outros. Para além dos artigos 21

¹⁸⁵ Neste sentido REGIS, André. **O novo federalismo brasileiro**, p. 5.

¹⁸⁶ ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: traços constitucionais da organização política brasileira, p. 239.

e 22 não serem exaustivos sobre as competências legislativas exclusivas conferidas à União, há outras disposições esparsas na Constituição, quais sejam, os artigos 48, 146, 149, 163, 194 e 200. A vastidão das matérias que são indicadas na legislação aponta a predominância da União no setor da produção de normas; entretanto, no que tange às competências privativas, os Municípios tiveram com a Constituição o incremento de poderes ao ser atribuído aos entes locais uma expansão em sua capacidade de auto-organização, a partir da possibilidade de elaboração de suas respectivas leis orgânicas, de acordo com artigo 29, *caput*.¹⁸⁷

A história constitucional do Brasil após 1988 mostrou que o pacto federativo depende substancialmente do exercício do poder de auto-organização efetivo, pois é a Constituição estadual que estrutura as instituições do Estado e confere fundamento de validade à sua ordem jurídica. Na Constituição de 1988 os princípios de obsevância obrigatória pelos entes da federação em sua atividade de organização estão dispostos no artigo 34, VII que traz como situação legítima para intervenção federal nos Estados e no Distrito Federal garantir os princípios constitucionais da forma republicana, sistema representativo, regime democrático, direitos da pessoa humana, autonomia municipal, prestação de contas pela administração pública direta e indireta.

O constituinte de 1988 estipulou a obrigatoriedade da obsevância aos princípios como define a estrutura e o funcionamento dos órgãos estaduais nos artigos 27 e 28 ao disporem sobre normas de preordenação institucional, que consubstanciam regras completas e auto-executáveis sobre eleições, quantidade de deputados, mandatos, imunidades, perda de cargo eletivo e subsídios referentes aos membros dos Poderes Legislativo e Executivo estaduais, conforme afirma Manoel Gonçalves Ferreira Filho.¹⁸⁸

Ainda, nos artigos 37 a 39 do referido diploma legal, além de se referir a princípios, propugna normas detalhadas atinentes ao funcionamento da administração pública, as quais são aplicadas igualmente à União, aos Estados e Municípios. Tais regras de subordinação normativa definem a legislação estadual ao proibir e/ou determinar a edição de determinada providência normativa. A Constituição não leva em consideração o princípio federativo e transforma a simetria, de exceção em regra, gerando um estado de coisas no qual, consoante Hely Lopes Meirelles, “a organização das administrações estadual e municipal

¹⁸⁷ Neste sentido ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**, p. 99.

¹⁸⁸ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **O poder constituinte**, 2005, p. 153.

segue, em linhas gerais, a da federal, por força de mandamento constitucional nos artigos 18, 25 e 29.”¹⁸⁹

A Constituição de 1988 não previu dispositivos que determinava a incorporação automática das normas da Constituição Federal às Constituições estaduais, bem como não inseriu entre os princípios de observância obrigatória o processo legislativo, cujo modelo federal à época deveria ser obrigatoriamente transplantado para os Estados. Assim, sob a égide da Constituição vigente o princípio da simetria deve ser encarado como exceção, pela ausência de previsão expressa do princípio ou intenção constituinte de trazer equilíbrio à federação. Isto devido ao mandamento não aplicável à interpretação do atual pacto federativo quando não expressamente previsto por ofender o princípio constitucional da forma federativa de Estado.

A Constituição de 1988 é marcada pela tentativa de impor uniformidade aos Estados em diversos campos, em vez de exigí-la apenas no que for indispensável à unidade nacional e, esta nas palavras de Manoel Gonçalves Ferreira Filho, “reagiu contra tal deturpação, restaurando o poder dos Estados adotarem, num campo mais largo, normas consentâneas com suas peculiaridades.”¹⁹⁰

A jurisprudência tende ao modelo de processo legislativo federal ocorre em relação à adoção pelas Constituições estaduais das medidas provisórias e, ao superar entendimentos no sentido que os Estados não poderiam adotá-las pelo fato de constituírem exceções ao princípio da separação de poderes previstas apenas para a União,¹⁹¹ o Supremo Tribunal Federal admitiu a edição de legislação de urgência estadual. No caso, a Suprema Corte utilizou o princípio da simetria para declarar a constitucionalidade das previsões de medidas provisórias estaduais e obrigar os Estados a observarem o padrão federal de regimento do instituto, em detrimento da separação de poderes. Nesse sentido, colaciona-se a ementa da decisão que reconhece a

constitucionalidade da instituição de medida provisória estadual, desde que, primeiro, esse instrumento esteja expressamente previsto na Constituição do Estado e, segundo, sejam observados os princípios e as limitações impostas pelo modelo adotado pela Constituição Federal, tendo em vista a necessidade da observância simétrica do processo legislativo federal. **(STF, ADI 2391, Rel. Min. Ellen Gracie, DJ 16/03/2007)**

¹⁸⁹ MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**, p. 691.

¹⁹⁰ FERREIRA FILHO. Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição brasileira de 1988**. v. 1, p. 201.

¹⁹¹ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**, p. 626.

O Supremo Tribunal Federal corrobora com a tendência centralizadora que historicamente caracterizou a federação brasileira conforme assevera Magno Guedes Chagas ao preconizar

os limites ao poder de auto-organização dos Estados-membros resultam não só das normas expressamente veiculadas pela Constituição Federal, mas também da construção jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal, que não se limita a interpretar simplesmente a Carta Magna, indo além, para explicitar limites ao poder constituinte decorrente que não se apresentam de fácil percepção e interpretação. O Pretório Excelso utiliza-se, para tal, do princípio da similitude ou simetria com o centro que impõe aos Estados-membros a rígida observância do modelo de organização de poderes implantado na União.¹⁹²

As limitações por meio da interpretação extensiva são utilizadas como argumentos em casos que não envolvem o processo legislativo ou a separação de poderes e, tem como posicionamento que os Estados, sob pena de ofenderem o princípio da simetria e incidirem em inconstitucionalidade. Para além desses casos, o Supremo Tribunal Federal afeta o equilíbrio federativo ao não coibir certas medidas centralizadoras. A Emenda Constitucional nº 45 de 2004 criou o Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional do Ministério Público, o que agravou os limites à auto-administração estadual, na medida que submeteu a administração do Poder Judiciário e Ministério Público dos Estados aos órgãos federais, o que não deveria se dar em uma federação. Na seara política, a norma regulamentar interferiu no processo legislativo estadual ao propugnar que os Presidentes de Tribunais de Justiça encaminhassem projetos de lei para igualar à Resolução eventuais leis estaduais divergentes. Caso não haja diversidade, a norma determina aos Presidentes que se abstenham de encaminhar projetos de lei contrários ao estipulado na Resolução conforme artigo 1º, § 2º.

Diversos casos sobre estas ou demais matérias em que o Supremo Tribunal Federal aplicou o princípio da simetria ou as limitações impostas aos Estados modelos federais de organização constitucional e administrativa. As hipóteses supracitadas apontam o cunho restritivo adotado pelo Supremo Tribunal Federal no que concerne à autonomia estadual. Frisa-se por meio deste estudo o posicionamento uniformizador contrário ao princípio federativo manifestado pelo Tribunal, o qual corrobora para que as Constituições e

¹⁹² CHAGAS, Magno Guedes. **Federalismo no Brasil**: o poder constituinte decorrente na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, p. 229.

instituições estaduais se tornem reproduções da Federal segundo entendimento de Magno Guedes Chagas.¹⁹³

Assim, se uma das características marcantes do Estado federal é a autonomia, formada pela capacidade de auto-organização, Manoel Gonçalves Ferreira Filho aduz: “o âmbito dessa auto-organização pode ser limitado e condicionado, a ponto de se reduzir, na realidade, a quase nada como acontece no Brasil atual.”¹⁹⁴ A reduzida autonomia estadual e tendência centralizadora que caracteriza o federalismo brasileiro leva Gustavo Rene Nicolau a dizer que “atualmente o Brasil vive quase como Estado Unitário, com preponderância da União e esvaziamento das atribuições e poderes dos Estados- membros.”¹⁹⁵

Sob a perspectiva das competências privativas, não há que se falar na adoção do posicionamento que com a Constituição de 1988 “o federalismo brasileiro se tornou então descentralizado,” conforme entendimento de Fernanda Dias Menezes de Almeida¹⁹⁶. No que tange à repartição de competências, a autonomia estadual permanece comprimida pela ampla competência federal, que constitui a regra. Desta forma, em comparação aos poderes estaduais, as competências privativas da União são grandes e, conduz à conclusão que o princípio da preponderância do interesse não tem aplicação prática na Constituição Federal de 1988, pois não são apenas as matérias administrativas e financeiras, com as limitações expostas, de preponderante interesse estadual.

As análises demonstraram que se o princípio federativo foi considerado relevante pelo constituinte a ponto do ordenamento constitucional de 1988 enunciá-lo entre as limitações materiais expressas ao poder constituinte derivado reformador, Celso Ribeiro Bastos e Ives Gandra Martins trouxeram que “a realidade não confirma a significação dada à Constituição. Resta provável que outro princípio tenha sido degradado como o federativo. A autonomia estadual é um descaso.”¹⁹⁷ As restritas competências estaduais acrescidas às limitações referentes a seu poder constituinte afetam a autonomia dos Estados-membros, um dos alicerces do federalismo.

¹⁹³ CHAGAS, Magno Guedes. **Federalismo no Brasil**: o poder constituinte decorrente na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, p. 229.

¹⁹⁴ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**, p. 50.

¹⁹⁵ NICOLAU, Gustavo Rene. **Medidas provisórias**: o Executivo que legisla. Evolução histórica constitucionalismo brasileiro. São Paulo: Atlas, 2009, p. 15.

¹⁹⁶ ALMEIDA, Fernanda Dias de Menezes. **Competências na Constituição de 1988**. p. 144.

¹⁹⁷ BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra. **Comentários à Constituição do Brasil**. v. 1, p. 414.

O Estado federal segundo Torrecillas Dircêo Ramos “deve procurar a unidade na diversidade, com respeito a posições opostas, com tolerância,”¹⁹⁸ posto que no federalismo, os costumes e interesses de cada ente federativo são preservados. Em contrapartida, cria-se um poder central, qual seja, a União Federal que atribui unidade em certos aspectos da federação pelo fato de demandar atuação nacional. Portanto, um dos pilares do federalismo é a autonomia dos Estados federados, de maneira que sem esta, quer seja política, administrativa e/ou financeira, não há federação.

A Constituição Federal deve traçar as diretrizes da conformação estatal, trazendo princípios essenciais de organização, bem como partilhar as competências entre os distintos entes federativos, de modo a não obstar a autonomia dos Estados, restringindo suas competências materiais e legislativas privativas e o poder para elaborar suas respectivas Constituições como acontece no Brasil. As competências privativas materiais e legislativas restam relevantes à manutenção da diversidade e, disto decorre a importância de descentralizar a federação brasileira e dotar os Estados-membros de maior autonomia. O território brasileiro é vasto e possui diversidades naturais, sociais, econômicas e culturais acentuadas, o que torna o povo, ainda que representado pelos representantes, a melhor opção diante de suas realidades, para tomarem e adotarem as soluções executivas e legislativas pertinentes, respeitando os princípios determinados pela Constituição Federal.

2.4.2.2 Competências Concorrentes

No que concerne às competências privativas, a descentralização não ocorreu, posto que a manutenção de amplos poderes da União associada aos limites constitucionais e jurisprudenciais à autonomia do Estado acarretou a continuidade do desequilíbrio federativo que marca o federalismo no constitucionalismo do Brasil. Entretanto, a fim de modificar tal tendência na organização institucional da federação, o legislador constituinte de 1988 dispôs sobre as competências concorrentes. Considerou o fato que a descentralização é relevante no que versa sobre competências materiais, haja vista que beneficia a implementação de políticas públicas direcionadas às particularidades regionais e à eficiência do funcionamento da administração pública. Outro ponto importante, trata-se da participação popular na tomada de decisões e fiscalização do manejo dos recursos públicos e melhoria das condições para a

¹⁹⁸ RAMOS, Torrecillas Dircêo. **O federalismo assimétrico**. p. 58.

democratização do poder do Estado estatal. Também, visou ampliar a participação dos entes federativos locais ao adotar providências legislativas.

As transformações sofridas pelo federalismo ao longo dos anos fizeram com que atualmente seu funcionamento tenha como escopo a cooperação entre os entes federativos, para equilibrar a descentralização federal com as necessidades de integração econômica e social por meio de políticas públicas comuns, de responsabilidade partilhada pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal no Brasil.¹⁹⁹ O federalismo cooperativo, resultado da transformação do Estado liberal em Estado social, marcou o Direito Constitucional do Brasil. No capítulo da repartição de competências na federação, estipulou a conjugação de aspectos da divisão horizontal como as competências privativas elencadas e residuais, com aspectos da divisão vertical de competências como a inserção das competências comuns e concorrentes.

A Constituição de 1988 especificou competências privativas à cada esfera da federação, buscou fortalecer o sistema de repartição vertical de competências, a partir de atribuições sobre a mesma matéria, de execução ou legislativa, compartilhadas pelos diferentes entes federativos. Desta necessária parceria estabelecida entre os membros da federação em determinadas áreas consubstanciou-se as competências concorrentes, uma vez que em relação a uma única matéria concorre a competência de mais de um ente político.²⁰⁰

A Carta Magna no artigo 23 previu rol específico de competências materiais e disciplinou o funcionamento do que denominou competências comuns. No artigo 24 estipulou e regulamentou as competências legislativas concorrentes. Os termos comuns e concorrentes foram utilizados pelo constituinte para expressar a ideia, cooperação de ações das distintas esferas federativas para alcançar o objetivo constitucional fixado nos artigos anteriores.

O funcionamento das competências administrativas comuns constam no artigo 23 da Constituição, bem como as competências materiais atribuídas concorrentemente à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Desta maneira, buscou-se incrementar a cooperação como ferramenta de promover a desconcentração equilibrada dos poderes da União na federação brasileira, adotando-se assim o federalismo cooperativo. O Distrito Federal e os Municípios adquiriram capacidade para exercer tarefas, anteriormente

¹⁹⁹ BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado federal brasileiro**, páginas 58 e 59.

²⁰⁰ Neste sentido, ALMEIDA Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**, p. 112.

restritas à União e aos Estados. Tal acontecimento sugere que em relação às competências materiais comuns, houve um avanço na tentativa de reduzir o desequilíbrio federativo existente na organização político-administrativa brasileira. Estes dados nos conduzem à inferência de que Estados, Distrito Federal e Municípios em 1988, foram dotados de significativo poder na execução das finalidades preconizadas pela Constituição Federal.

Ocorre que não é o que se deu no campo prático, haja vista que, a despeito de tais competências restarem mencionadas de maneira expressa como atribuições dos Estados e/ou Municípios na Constituição de 1988, não representou o fortalecimento efetivo das ordens periféricas. Isto porque, algumas destas competências eram anteriormente exercidas pelos Estados e Municípios, independentemente da previsão no texto constitucional, em razão das respectivas autonomias políticas e administrativas que lhes eram acometidas. A título de ilustração, verificamos os programas de governo das três esferas federativas, os quais contemplavam a saúde, educação, cultura, habitação e o saneamento básico. Ao prever tais matérias de competência material comum, a Constituição pretendeu estimular e promover a cooperação, fazendo com que os entes federados apenas pudessem exercer estas atribuições caso atuassem conjuntamente.

O federalismo de cooperação parte da premissa que no âmbito econômico, social e cultural devem ser evitadas ações isoladas, dispersas e sobrepostas, de maneira que a execução das tarefas requeridas pela Constituição precisa se dar por intermédio da colaboração dos entes federados, sem relação de subordinação ou supremacia de uma esfera sobre as demais e, por conseguinte, propiciar relativa posição de igualdade ao desempenhar suas atribuições, com responsabilidade partilhada pelos componentes da federação, para que não deixem de implementá-las.²⁰¹ Esta é a finalidade da previsão justificada pela necessidade de conjugar esforços racionalmente, para preservar determinados valores coletivos que devem ser por todos tutelados e implementados a partir de políticas públicas.

A cooperação para alcançar os objetivos comuns implica na participação de todos os membros da federação no processo decisório que, inicialmente se define em nível federal, de forma conjunta e, ato contínuo, as medidas serão tomadas uniformemente pelos entes competentes. Posteriormente, cada Estado, o Distrito Federal e os Municípios executam a decisão tomada, adaptando-a às suas especificidades e necessidades locais. O constituinte de 1988 deixou a tarefa a cargo do legislador infraconstitucional, quando determinou no artigo

²⁰¹ Neste sentido BERCOVICI, Gilberto. **Desigualdades regionais**, Estado e constituição. páginas 152 e 153

23, parágrafo único da Carta Política que, as normas para a implantação da cooperação serão fixadas em leis complementares.

Ademais, Fernanda Dias Menezes de Almeida aduz que as normas obrigaram os entes à colaboração ao convocá-los a assumirem suas responsabilidades, cuja importância destas refletiram no planejamento ao ter como atribuição fixar as bases políticas e normas operacionais disciplinadoras da forma de execução dos serviços e atividades cometidos concorrentemente a todas as entidades federadas e, assim, evitar a “dispersão de esforços que o constituinte quer ver conjugados”²⁰² em razão de sobreposição das tarefas idênticas.

Manoel Ferreira Filho Gonçalves asseverou que ainda tivessem sido editadas estas leis não possibilitariam a participação efetiva de Estados e Municípios nas decisões primordiais sobre a forma de realização da cooperação. Isso porque, as leis complementares não podem desatender as regras da repartição constitucional de competências, as quais limitam nesse aspecto a colaboração.²⁰³ O exercício das competências materiais requer previsão normativa, conforme artigo 24 da Constituição que confere à União competência para editar normas gerais sobre grande parte dos assuntos elencados no artigo 23, permitindo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios competência legislativa suplementar, o que demonstra a preponderância decisória do poder central nestas matérias.

Cumprе salietar que nestas matérias, segundo Gilberto Bercovici, os Estados e Municípios não adquiriram por força da Constituição de 1988 significativos poderes, de maneira que o princípio federativo continuou desequilibrado, a cooperação restou aplicada satisfatoriamente e, o federalismo cooperativo propugnado na Constituição carece de efetividade.²⁰⁴ A intervenção estatal na seara econômica e social, resultado da transformação do Estado liberal em Estado social trouxe como meta a promoção da justiça social.

O federalismo passou por mudanças em sua forma de organização e, o Brasil que não experimentou a autonomia estadual como se deu em outros países, a descentralização federativa requer atendimento e igualmente observar a dignidade humana. Dircêo Torrecillas Ramos nos trouxe que por este motivo, deve existir eficácia na atuação econômica e social do Estado em relação às políticas públicas, descentralização das competências nesta área, bem

²⁰² ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. p. 117.

²⁰³ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição brasileira de 1988**. v. 1, p. 188.

²⁰⁴ BERCOVICI, Gilberto, **Dilemas do Estado federal brasileiro**. p. 72.

como vê-la concretizada de forma correta por intermédio da colaboração e coordenação, elementos esses típicos do federalismo.²⁰⁵

Desta maneira, no que pertine às competências materiais comuns, o estudo constitucional apontou não ter havido uma descentralização eficaz e, ao considerarmos que as competências privativas da União não foram reduzidas, bem como a autonomia estadual ainda aparece comprimida, fez com que o constituinte de 1988 se dedicasse ao fortalecimento das competências concorrentes enquanto uma ferramenta de contenção ao centralismo. Entretanto, verifica-se avanço em direção à valorização dos poderes das ordens periféricas da federação, haja vista que o artigo 24 da Constituição em seu rol de matérias integrantes da esfera de competências concorrentes, demonstram que algumas destas encontravam-se sob o domínio legislativo compartilhado na Constituição anterior como por exemplo a previdência social, proteção à saúde, educação e o desporto.

Frisa-se que houve incremento na área de competências concorrentes a partir da inserção de matérias como tutela ao meio ambiente, responsabilidade por danos ao meio ambiente e consumidor, procedimentos em matéria processual, floresta, caça, pesca, fauna entre outras. Infere-se que a Constituição de 1988 conferiu aos Estados poderes legislativos mais amplos do que no regime constitucional anterior. Em relação às competências concorrentes, a autonomia estadual teria se fortalecido e contribuído para reduzir o desequilíbrio federativo que marcou a federação brasileira.

As competências legislativas concorrentes oriundas do federalismo cooperativo deu origem à técnica da repartição vertical de atribuições e, o federalismo do *Welfare State* propugna pela ação conjunta, coordenada, e não mais isolada na seara econômico-social. A atuação estatal nessa área, da execução de serviços à legislação, passa a ser compartilhada pela União e pelas ordens parciais. Ao poder central consiste compete uniformizar o necessário, ao passo que aos Estados e Municípios cabe a especificação e diversificação dos padrões nacionais estipulados pela União. A operacionalização dessa modalidade de legislação requer a edição de normas em níveis distintos. Manoel Gonçalves Ferreira Filho assevera que para quem a índole da repartição vertical de competências, no que concerne às atribuições legislativas consiste em

²⁰⁵ RAMOS, Dircêo Torrecillas. **O federalismo assimétrico**. p. 49.

dividir uma mesma matéria, em diferentes níveis, entre diversos entes federativos. Assim, uma mesma “matéria” é atribuída concorrentemente a entes federativos diversos, sempre, porém, em níveis diferentes: a um atribui-se o estabelecimento de normas gerais; a outro, das normas particulares ou específicas. Fala-se neste caso em competência concorrente, pois relativamente a uma só e mesma matéria concorre a competência de mais de um ente político.²⁰⁶

O sistema adotado pela Constituição de 1988 preconiza no §1º do artigo 24 que “no âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais” e, tal permissivo constitucional confere à ordem federal competência para impor regras uniformizadoras, as quais deverão ser observadas pela legislação estadual referente à mesma matéria. Aos Estados conforme o §2º do mesmo artigo, atribui-se competência para suplementar as normas gerais editadas pela União, de maneira que com base nesse dispositivo, os Estados no exercício de sua autonomia e, a partir das diversidades e necessidades, decidirão a forma mais adequada para atender por intermédio de normas específicas, aos padrões veiculados nas normas gerais federais.

Assim, em matéria de competência concorrente apenas na hipótese de ausência de “lei federal sobre normas gerais, os Estados exercerão a competência legislativa plena, para atender a suas peculiaridades” no §3º. Nesta situação, a lei estadual pode veicular normas gerais e normas específicas, sendo que a superveniência de lei federal sobre normas gerais suspenderá a eficácia da lei estadual naquilo que a contrariar nos termos do §4º.

Ainda, embora não esteja expresso no texto constitucional resta implícito no sistema que à União além de normas gerais, defere-se também competência para editar as normas específicas que obrigarão tão-somente a esta. A questão que afeta o equilíbrio do pacto federativo advém da veiculação no mesmo diploma legislativo, de normas gerais que se aplicam à União, aos Estados, Municípios e Distrito Federal, e normas específicas que vinculam apenas o poder central.

A dificuldade originada da multiplicidade de possibilidades interpretativas aponta que a doutrina apresenta diversidade de soluções para atribuir significado às normas gerais. Assim, parte dos autores que se dedicam ao tema adotam posição restritiva em relação à autonomia estadual, distrital e municipal, de maneira que vedam aos Estados a criatividade

²⁰⁶ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. O Estado federal brasileiro à luz da Constituição de 1988. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 86, 1991, p. 125.

legislativa, cujas leis particulares de acordo com a concepção apontada, devem se restringir ao mínimo necessário para o cumprimento das normas gerais da União.²⁰⁷ Outros autores que sustentam posição minoritária, as normas gerais são as que o legislador federal “entender como tais, discricionariamente, desde que assim rotuladas taxativamente pela Constituição.”

A maioria da doutrina adota posições menos centralizadoras e são favoráveis ao equilíbrio da federação a partir da identificação das normas gerais, interpretação teleológica, posto que no federalismo cooperativo a finalidade das competências concorrentes é a “uniformização do essencial sem cercear o acidental, peculiar das unidades federadas,” acatando a homogeneização apenas “na medida em que a excessiva diversificação normativa prejudique o conjunto do país.”²⁰⁸ Por isso o entendimento que “a competência para editar normas gerais encerra uma faculdade, mas, também, uma limitação” à União que não pode esgotar a matéria.²⁰⁹ Tércio Sampaio Ferraz Júnior afirma que as atribuições do poder central nessa esfera, restringem-se à veiculação de princípios, diretrizes sistemáticas²¹⁰ que deve ser integrada pelos demais entes federativos de acordo o que seja mais apropriado em relação às suas necessidades e particularidades.

A contribuição da doutrina majoritária para o reconhecimento da esfera estadual em relação ao fortalecimento constitucional das competências concorrentes, mas o exercício político e a prática jurisprudencial referentes ao campo concorrencial de atribuições legislativas estão limitados pelo centralismo. Isto porque, os elementos supracitados têm o condão de reduzir o espaço interpretativo da expressão normas gerais. Assim, o subjetivismo e a dificuldade desta tarefa permanecem,²¹¹ propiciando a possibilidade de eclosão dos conflitos federativos no exercício das competências concorrentes em razão da inexistência de um vetor constitucional a respeito do formato de apresentação dessas normas que, nas palavras de Fernanda Dias de Almeida Menezes são veiculadas em conjunto com as normas específicas da União dirigidas à sua Administração.²¹²

²⁰⁷ SANTOS, Carlos Maximiliano Pereira dos. **Comentários à Constituição brasileira**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1954, v. 1, p. 205.

²⁰⁸ MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. Competência concorrente limitada: o problema da conceituação das normas gerais. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, a. 25, n. 100, out./dez. 1988, p. 158.

²⁰⁹ RAMOS, Elival da Silva. Federação- competência legislativa (normas gerais de competência da União e competência supletiva dos Estados: A questão dos agrotóxicos). **Revista de Direito Público**, São Paulo, a. 19, n. 77, jan./mar., 1986, p. 127 e 130.

²¹⁰ FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. **Normas gerais e competência concorrente: uma exegese do artigo 24 da Constituição Federal**. p. 18.

²¹¹ Neste sentido FERREIRA, Pinto. **Comentários à Constituição brasileira**. v. 2. São Paulo: Saraiva, 1990, p. 96.

²¹² ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. p. 133.

A possibilidade de pluralidade interpretativa permanece, de tal forma que a definição de normas gerais resta em última análise ao Poder Judiciário, o qual deve solucionar no caso concreto as contendas federativas oriundas da insegurança hermenêutica da cláusula de competência. Por conseguinte, surge a relevância da interpretação do Supremo Tribunal Federal, árbitro constitucional do federalismo, em sua atuação no controle dos limites de forma e conteúdo das normas gerais editadas pela União, do qual depende a eficácia do sistema de competências concorrentes.²¹³ Deste modo, consoante a hipótese apresentada a julgamento, ora atua para tutelar a esfera de poder dos Estados, permitindo algum grau de diversidade, ora adota posicionamento centralizador ao limitar soluções estaduais, o que por vezes restringe a autonomia estadual.

As ordens periféricas enfrentam problemas na efetivação de sua autonomia em relação às competências concorrentes em matérias previstas no artigo 24 da Constituição consoante a educação no artigo 24, IX que prevê competir à União a edição de diretrizes e bases no artigo 22, XXIV, expressão que em conjunto com os parágrafos do artigo 24, traz o significado de normas gerais. O tratamento da matéria de competência concorrente cabe às demais unidades federativas especificar no âmbito normativo os preceitos determinados pelo poder central. O Supremo Tribunal Federal em relação às questões nas quais o exercício de competência suplementar permite regulação estadual própria.

Ainda, no que tange ao direito financeiro, componente da esfera de competência concorrente nos termos do artigo 24, I, a União tem poderes para editar domente normas gerais, de modo que a respeito desta matéria, Régis Fernandes de Oliveira e Estevão Hovarth aduzem “a União não pode interferir nos Estados, sob pena de agredir a autonomia que lhes é assegurada. Logo, apenas preceitos amplos e genéricos poderão obrigar às unidades federadas.”²¹⁴ No exercício de sua competência e para estabelecer normas de finanças públicas voltadas à responsabilidade na gestão fiscal, o poder central editou a Lei de Responsabilidade Fiscal 101 de 2000.

Entretanto, a União estipulou no artigo 20, II o percentual cabível a cada Poder estadual no cumprimento do limite máximo para custeio de pessoal nos Estados estabelecido no artigo 19. Tais dispositivos consubstanciam particularidades impostas uniformemente aos

²¹³ LOBO, Paulo Luiz Neto. **Competência legislativa concorrente dos Estados-Membros na Constituição de 1988**. p. 103.

²¹⁴ OLIVEIRA, Régis Fernandes de. **Manual de direito financeiro**. 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002, p. 28.

Estados, que apresentam diversidades entre eles, mas predispõem de um orçamento estadual próprio. Tratam-se de determinações que excedem a competência estadual e portanto restam inconstitucionais.

Na Constituição de 1988, as competências legislativas concorrentes dos Estados são não-cumulativas e sua função consiste em dar completude e especificar as normas gerais determinadas pela União. A regra também nas competências concorrentes é a uniformidade, imposta de forma centralizada pela União Federal. As análises das competências privativas, comuns e concorrentes, bem como do poder de auto-organização dos Estados, demonstraram que o centralismo não foi abatido e a vontade do equilíbrio nas relações federativas não foi alcançado pela Constituição de 1988. No regime atual “ há um espaço maior a ser explorado pela legislação estadual suplementar, dependendo da vontade política dos Estados de ocupar esse espaço,”²¹⁵ a questão é que em detrimento das limitações anteriormente mencionadas, faz com que os Estados não consigam ocupá-lo.⁴⁶

O motivo da pouca relevância dos Estados na federação brasileira é a barreira do centralismo, entretanto, a despeito de não ser exclusiva sua contribuição é decisiva para o alcance do resultado, haja vista que a maioria dos projetos aprovados nos Estados diz respeito à criação de datas festivas e denominação de viadutos, pontes, postos de saúde, entre outros bens públicos.

Resta necessário mudar esse estado de coisas que segundo José Tarcízio de Almeida Melo afirmou

É necessário que os estados federados possam legislar. Não a legislação nominal, da concessão de títulos honorários ou de condecorações ou, ainda, a comemoração das efemérides, mediante discursos e apologias dos grupos diretamente interessados na publicidade e na propaganda. Para esse fim, a repartição de competências carece de redefinição.²¹⁶

Em um primeiro momento a alternativa seria alterar o sistema constitucional de repartição de competências, atribuindo-o maiores atividades, além de contar com a edição de Emendas à Constituição. Também é preciso haver mudanças nas práticas políticas e orientações jurisprudenciais que trazem limitações à autonomia estadual. A reversão do

²¹⁵ ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. p. 127.

²¹⁶ MELO, José Tarcízio de Almeida. **Direito Constitucional do Brasil**. p. 525.

centralismo contribuirá para que o Brasil supere o desafio da efetivação do princípio federativo, atingindo na atualidade, o que constitui a preocupação daqueles que defendem a causa federalista: o ponto de equilíbrio entre a União e os Estados.

2.4.3 O Papel do Município na Promoção da Saúde na Constituição Federal de 1988

A Carta Magna dispôs o estabelecimento de um conjunto de ações concertadas entre os entes federativos em matéria de promoção da saúde, conforme inferimos do artigo 23, II. Trata-se de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. O Capítulo II do Título VIII da Carta Política que versa sobre a Ordem Social, traz sobre a Seguridade Social, a qual compreende a saúde na Seção II, previdência social na Seção III e assistência social na Seção IV.

O caráter sistêmico do contexto institucional está expresso nos artigos 194 e 195, os quais compõem a Seção I ou disposições gerais sobre a seguridade social. O artigo 194 aborda as premissas e os objetivos do sistema brasileiro de seguridade social e traz a iniciativa indistinta dos poderes públicos e da sociedade. O artigo 195 prevê o custeio do sistema e dispõe o total dos recursos oriundos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios conforme parágrafos 1º e 10. Os artigos 196 e 197 situados na seção dedicada à saúde, aludem de forma genérica ao papel preponderante do poder público sobre a matéria, inclusive acerca da admissibilidade da participação de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado na atividade, que pode ocorrer em nome próprio na condição de delegatárias de serviços em caráter complementa no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Cumprе salientar que no que concerne ao SUS, afasta-se a entrega ao particular da gestão dos serviços de saúde, de modo que sua participação se restringe apenas à realização de atividades-meio como por exemplo limpeza e vigilância e; segundo Maria Sylvia Zanella di Pietro, também o fornecimento de serviços técnicoespecializados de saúde específicos, hipótese em que o objeto da transferência recairá somente sobre a execução

material da atividade e, não ao que versar sobre sua gestão operacional, a qual continuará a ser titularizada pela entidade delegante.²¹⁷

Portanto, existe a imposição constitucional a todas as unidades federativas em participar ativamente na promoção da saúde conforme supracitado. Neste contexto, a descentralização com destaque à municipalização trouxe como um dos princípios basilares à edificação do Sistema Único de Saúde ao atribuir ao Município na nova ordem, a posição de titular de função própria e, não mais no papel de delegatário das funções transferidas por outras esferas federativas, conforme lhe foi conferido no âmbito do antigo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. O constituinte dispensou tratamento especial ao assunto para afastar qualquer dúvida sobre a competência municipal originária em matéria de saúde. O artigo 30 da Constituição Federal apresenta inciso que sistematiza as competências do Município, sem prejuízo de outras constantes no texto constitucional de forma esparsa. Senão vejamos: “Artigo 30. Compete aos Municípios: (...) VII. prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.”

Isto posto, a Constituição da República acerca das ações e normas relativas à saúde, aponta as particularidades que o sistema reconhecerá ao Município referente à obrigação de respeitar legislações pertencentes a outras entidades da Federação, sem prejuízo de suas atribuições executivas quanto ao assunto que inclui zelar amplamente pela observância dos regramentos de origem externa. Ainda, será abordado a controvérsia sobre a faculdade municipal supletiva de elaborar normas sobre saúde, que se manifesta de maneira especial no exercício regular do poder de polícia sanitária, conforme veremos a seguir no tópico Município e Vigilância Sanitária.

2.4.4 Promoção da Saúde pelos Entes Federativos: Competências Executiva e Legiferante

O principal dispositivo constitucional que rege a competência para atuar no campo da promoção da saúde, qual seja, o artigo 23, inciso II estabelece de modo taxativo a competência executiva comum, conferida a todas as esferas da Federação. Também, existe uma articulação das entidades federativas preconizada pelo legislador constituinte, com ênfase

²¹⁷ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 13ª ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

à descentralização e municipalização dos serviços de saúde; bem como comandos sobre a possibilidade e as limitações impostas à participação da iniciativa privada neste setor. Atenta-se ao fato que a sincronização executiva entre os componentes da Federação em matéria de saúde corporificou-se no Sistema Único de Saúde, cujo delineamento foi traçado no artigo 198 da Carta Política e desenvolvido pela Lei n. 8080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). O artigo 4 Q deste mesmo diploma legal enumera os participantes do sistema nos seguintes termos:

Artigo 4 Q. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde.

§ 1 Q Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2- A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde, em caráter complementar.

Após tratarmos da questão de titularidade da competência executiva em matéria de saúde, resta necessário abordar a competência legiferante, expressa no artigo 24, XII da CF/88 conforme passagem transcrita: “Artigo 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: (...) XII. previdência social, proteção e defesa da saúde.” A Constituição Federal brasileira de 1988 não incluiu o Município na lista de atores aptos a dispor sobre proteção e defesa da saúde. No entanto, esta questão não deve ser estudada sob uma vertente, o que nos conduz em relação a tal problema, se valer do recurso do método sistemático de interpretação da Constituição, com a finalidade de alcançar a essência da Carta Política em sede de competência municipal.²¹⁸

A partir da utilização deste instrumento, podemos aferir que o mandamento invocado não encerra a inaptidão municipal para legislar sobre saúde. Ocorre que ao verificar o assunto com base nos incisos I e II do artigo 30 da CF/88, de acordo com os quais, ao Município compete legislar sobre assuntos de interesse local, para complementar as legislações estadual e federal naquilo que for necessário e dentro de suas atribuições. Ressalta-se que a partir do dispositivo ora em comento, a doutrina considera implicitamente a

²¹⁸ BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição**: fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 7ª ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2012.

possibilidade do poder público local estabelecer e editar normas sobre a saúde, desde que seu desempenho esteja fundamentado no princípio da predominância do interesse local e circunscrito à adaptação das normas de origem federal e estadual à realidade da comunidade.²¹⁹

O extenso rol de atribuições cometidas pela Constituição aos Municípios em matéria de saúde, associado ao panorama de ampla heterogeneidade das esferas federativas menores, a conformação das normas federais e estaduais às peculiaridades locais, faz-se necessária e indispensável. Entretanto, privar os Municípios de tal faculdade, confronta o artigo 30, II da CF/88, desobedecendo aos mandamentos da Lei Maior e da Lei n. 8080 de 1990 em sua essência, que se presta à descentralização do Sistema Único de Saúde.

2.4.4.1 O Município e a Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária compõe o conjunto de ações destinadas à proteção e defesa da saúde no Brasil. Ressalta-se sua expressa inserção na esfera e abrangência de atuação do SUS e dos demais integrantes do Sistema na forma do artigo 6, Q da Lei n. 8080 de 1990. Senão vejamos:

Art. 6 Q Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I — a execução de ações: a) de vigilância sanitária; /.../ § 1 Q Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I — o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II — o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

O município é a esfera federativa de interação com o cidadão e, seu papel no âmbito da vigilância sanitária resta relevante. O poder de polícia sanitária se destaca no rol das atribuições do Município, que conforme definição de Hely Lopes Meirelles consiste

²¹⁹ MORAES, Alexandre de. Competências administrativas e legislativas para vigilância sanitária de alimentos. In: **Revista Fórum administrativo**, v. 2, n. 11, jan. 2002, páginas 26 a 30.

na adoção de normas e medidas específicas, requeridas por situações de perigo presente ou futuro, que lesem ou ameacem lesar a saúde e a segurança dos indivíduos e da comunidade. Nesse panorama, as normas sanitárias municipais têm como objetivo precípuo o controle técnico-funcional das edificações particulares e dos recintos públicos, bem como dos gêneros alimentícios destinados ao consumo local.²²⁰

A partir do estabelecimento do papel de atuação do Município em relação à vigilância sanitária, considerando a complexidade e diversidade da realidade municipal brasileira, aplicam-se as teorias da predominância do interesse local e da necessidade de suplementação das legislações federal e estadual para fins de adaptação às especificidades da comunidade e, justificar a edição de normas, regras que versam sobre assuntos referentes aos Municípios, haja vista que apresentam disparidades. Entretanto, devemos nos atentar ao fato que as normas tributárias observarão os mandamentos das regras estabelecidas pela União na Lei n. 6360 de 1976 que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos, Cosméticos, Saneantes e outros produtos; e Lei 9782 de 1999 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e outras providências.

Ainda, frisa-se sobre a necessidade de observância pelos Municípios das normas estaduais que versam sobre vigilância sanitária, posto que o assunto resta inserido no âmbito da competência concorrente e, por este motivo, regulamentado pelas regras do artigo 24 da Constituição Federal. Desta maneira, o fato é que incumbe às autoridades locais cumprir e fazer cumprir por intermédio do corpo fiscalizatório local, as normas de vigilância sanitária editadas pelo Estado e pela União.

Ante o exposto, com fundamento nas ponderações realizadas ao longo deste tópico, inferi-se que a questão dos limites da atuação municipal em saúde, ainda suscita controvérsias entre os agentes políticos e administrativos locais; entretanto, a Constituição da República sugere um sistema de ações integradas por parte dos entes federativos na área da saúde, conferindo ao Município papel relevante, em virtude da descentralização de ações que preconiza o projeto do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, em matéria de saúde há competência executiva de todas as entidades federativas, bem como a competência legislativa concorrente, a qual possibilita ao Município legislar em caráter suplementar quando se tratar

²²⁰MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

de interesse local, assuntos referentes à vigilância sanitária. Ainda, salientamos que a competência legislativa supletiva municipal em matéria de vigilância sanitária se subordina às regras federais e estaduais incidentais, cuja observância deve ser tratada pelo órgão de fiscalização da respectiva administração local.

2.5 As Ações e Principais Modalidades de Políticas Públicas de Saúde no Brasil

As políticas públicas de saúde possuem como ações de promoção e prevenção o acesso igualitário na oportunidade de atendimento médico para todos. Entretanto, o assunto é amplo e traz outras questões básicas necessárias relacionadas à dignidade humana como moradia, emprego, educação e lazer intimamente associadas ao tema. O bem-estar e uma vida saudável incluem a saúde mental que depende de existir um mínimo de estrutura para viver de forma adequada. A educação e o acesso à informação ajudam a levar conhecimento sobre o benefício de uma alimentação saudável, a relevância dos hábitos de higiene e proteção sexual a fim de evitar a contaminação por algumas doenças, os males das drogas para o organismo entre outros.

No que tange ao lazer há oportunidade de todos realizarem atividade física regular para a qualidade de vida. As pesquisas ao redor do mundo mostram o quanto o sedentarismo e os maus hábitos alimentares estão associados a uma série de doenças que abreviam a vida como hipertensão, obesidade e outras. Podemos dizer que as principais políticas públicas de saúde no Brasil estão associadas à criação do Sistema Único de Saúde no ano de 1990 regulamentado pela Lei 8080. Esta detalha todos os compromissos, responsabilidades do Estado e especifica quais as atribuições de competência do Município, Estado e da União. Ao longo de trinta anos de existência o sistema elaborou diversos programas, sendo alguns utilizados pela Organização Mundial de Saúde como referência mundial.

Os programas que se destacam são a Estratégia Saúde da Família que promove atendimento a toda a família na atenção básica e alcançou cobertura de significativa parcela da população. As principais contribuições foram a redução dos índices de mortalidade infantil e

de doenças cardiovasculares. Há equipes multidisciplinares distribuídas pelo Brasil e com o aumento do atendimento na rede básica é possível adotar medidas e ações de prevenção a algumas doenças, controlando-as antes de serem disseminadas e atingirem proporção grave. As equipes de estratégia da saúde da família mapeiam os principais problemas que impactam na saúde da comunidade em que atuam e criam projetos com base nas informações e situações observadas, programa este que contribuiu para a redução da quantidade de internações.

Um segundo Programa é o Nacional de Imunizações que disponibiliza vacinas para as principais doenças acometidas em crianças, adolescentes, adultos e idosos. A disponibilização de imunização referente à febre amarela e gripe fazem parte deste programa e por meio deste estuda-se a compra e disponibilização da imunização para o coronavírus, a qual deve ser aprovada pelos órgãos de controle e disponibilizada no mercado. Este programa fez com que o país erradicasse algumas doenças como a poliomielite ou paralisia infantil e a varíola. A Organização Pan-Americana no Brasil traz que o programa nacional de imunização é reconhecido internacionalmente pelo alto número de imunizações oferecidas gratuitamente, o qual gera relevante impacto sobre as doenças imunopreveníveis e altas coberturas vacinais.

O terceiro programa consiste no controle da AIDS desde 2013, ano a partir do qual todos os pacientes com HIV no Brasil passam a ter acesso à terapia antirretroviral por intermédio da rede pública de saúde. O programa brasileiro de controle do vírus inovou o tratamento desta doença e contribuiu para a redução da velocidade de disseminação da epidemia. O quarto programa é denominado Sistema Nacional de Transplantes que possui amplo sistema público de transplantes do mundo, de maneira que a maior parcela dos transplantes de órgãos no Brasil é realizada por intermédio do Sistema Único de Saúde, o qual oferece assistência integral ao paciente transplantado. Um diferencial do sistema nacional é a oferta dos medicamentos necessários e acompanhamento do paciente transplantado pelo tempo necessário à sua reabilitação por meio do sistema público.

Por fim, temos o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo implementado no ano de 1986, o qual foi articulado pelo Ministério da Saúde por intermédio do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e composto pelas ações educativas, de comunicação, atenção à saúde, medidas legislativas e econômicas para reduzir o consumo de tabaco. A título de exemplo de ações identificamos a proibição de propagandas televisivas de marcas de cigarro; obrigatoriedade de imagens nas carteiras advertindo sobre os riscos à saúde; e proibição de fumar em ambientes fechados com a finalidade de reduzir os efeitos em

expressiva quantidade de fumantes passivos. As políticas públicas de saúde voltadas a esta área contribuíram para a redução da prevalência de fumantes entre homens e mulheres no período de 1990 a 2015.

Ocorre que embora tenha tido avanço no Brasil em relação a este setor o Sistema Único de Saúde possui desafios para manter o sistema que gasta elevada quantia de recursos públicos todos os anos e uma maneira de colaborar com o excesso de responsabilidades e custos da rede pública é criar condições para uma quantidade maior de pessoas terem acesso à saúde privada ou por intermédio de planos de saúde.

2.5.1 A Repartição de Competências dos Entes Federados para a Efetivação da Política de Medicamentos do SUS na Constituição Federal

A Constituição Federal de 1988 adotou o modelo de federalismo cooperativo ao propugnar a repartição concorrente de competências legislativas e a atribuição comum de competências materiais aos entes federativos. A finalidade do constituinte consiste em que exista uma cooperação entre os entes para atuarem em conjunto e articuladamente sem dispersão de recursos e esforços para atingir resultados satisfatórios. No Estado brasileiro a Constituição Federal repartiu as competências entre os entes da seguinte forma, senão vejamos, competência material (exclusiva e comum) e competência legislativa (exclusiva, privativa, concorrente e suplementar). A primeira se refere à execução de atividades e pode ser exclusiva quando se restringe a apenas uma entidade, excluindo as demais ou comum (denominada cumulativa ou paralela) quando pode acometida a sua prática a mais de um ente.

A atribuição de competência comum implica na criação de políticas nacionais para realizar determinadas atividades. Os entes federativos devem discutir de maneira ampla e democrática a criação de programa cooperativo de ação em que se estabeleçam áreas preferenciais de atuação para cada esfera da Federação, instrumentos de auxílio e controle. A cooperação listada na Constituição Federal preconiza a distribuição de tarefas e responsabilidades.²²¹

²²¹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 93-95.

A Federação consiste em um sistema de repartição de competências entre as unidades autônomas. O federalismo cooperativo se contrapõe ao federalismo clássico, neste os poderes da União são especificados e os demais poderes são atribuídos aos Estados-membros, delineando uma repartição horizontal de competências. No federalismo cooperativo incluem-se as competências concorrentes ou comuns para uma atuação coordenada dos entes federativos, delimitando a repartição vertical de competências.²²² Este evita atividades sobrepostas, o que beneficia a gestão administrativa e minimiza os desperdícios dos recursos públicos.

A definição da política pública com a delimitação dos campos de atuação é de competência do legislador infraconstitucional, o qual não pode se afastar do que dispôs a Constituição Federal nos termos do artigo 23, parágrafo único. Luís Roberto Barroso nos traz que como todas as esferas de governo são competentes impõe-se que haja cooperação entre elas tendo em vista o “equilíbrio do desenvolvimento e bem-estar em âmbito nacional.”²²³ No que tange à competência legislativa, trata-se de atribuição legiferante para normatizar determinados assuntos e está dividida sob a perspectiva da extensão em exclusiva, privativa, concorrente e suplementar.

A primeira consiste na exclusividade da atividade legislativa a uma entidade; a segunda refere-se à prerrogativa de normatividade a um ente federativo com a possibilidade de delegação; a terceira desdobra-se em duas, a faculdade de mais de uma entidade regular o mesmo assunto e a fixação pela União de normas gerais; e por fim, a quarta refere-se à competência concorrente, haja vista que enquanto nesta há a disposição de normas gerais, a competência suplementar possibilita a faculdade de formular normas específicas ou normas para suprir as omissões legislativas gerais. Salienta-se que em matéria sanitária não existe a titularidade exclusiva.

Adepta ao federalismo cooperativo a Carta Magna prevê em seu artigo 24, XII, “a” competência concorrente entre União, Estado e Distrito Federal para legislar sobre a defesa da saúde e no artigo 30, II aos Municípios trouxe a incumbência de suplementar a legislação federal e estadual. A Constituição Federal no artigo 23, parágrafo único apresenta o texto “Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o

²²² ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2013, páginas 32, 37, 51 e 53.

²²³ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção de novo modelo**, 11. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2023.

Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.” No que tange à competência material estabeleceu em seu artigo 23, II, “a” competência comum de todos os entes para cuidar da saúde.

Também, o artigo 30, VII da Constituição reforça a competência dos Municípios para a prestação dos serviços de atendimento à saúde com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, enfatizando a descentralização municipal na execução das ações sanitárias em conjunto com demais entes da federação. A instituição de um sistema único conforme o artigo 198 da Carta Política traz a concepção de um todo orgânico, cujas partes integrantes devem atuar de maneira harmônica e complementar.

No caso do Sistema Único de Saúde compete a cada esfera federativa o desempenho de atribuições interdependentes que no conjunto intentam gerar êxito ao sistema, de maneira que todos os entes da federação têm deveres de implementar a saúde e não podem atuar isoladamente, mas sim a partir de ações compartimentadas. Ainda, os atores devem caminhar no mesmo sentido em relação ao atributo da unidade, orientando-se pelos princípios constitucionais e dispostos na Lei Orgânica da Saúde.

Ressalta-se que o constituinte delimitou a forma de organização do sistema de saúde, dispondo que as ações e serviços públicos nessa área integram uma rede simultaneamente regionalizada e hierarquizada. No que se refere à regionalização o sistema está dividido em circunscrições regionais que consideram os aspectos geográficos e as prioridades no setor da saúde, assim há demarcação do espaço de gestão, resultando nas regiões de saúde. Quanto à rede hierarquizada existe o escalonamento nas prestações que levam em conta suas complexidades, para que se tenha racionalização e otimização dos recursos.

A hierarquização consubstancia distintos graus de atendimento de acordo com a complexidade do atendimento primário, atendimento secundário e atendimento terciário sendo que o acesso inicia pelo atendimento primário, o qual faz o encaminhamento para os demais níveis. Desta forma, o atendimento primário é a entrada no sistema e envolve a atenção básica em que ocorrem as ações de baixa complexidade e este sistema funciona por meio de referência e contrarreferência, realiza os serviços menos complexos e, caso

necessário, encaminha o cidadão para atendimentos mais complexos (secundário ou terciário).²²⁴

O artigo 24, parágrafos 1º e 2º da Constituição Federal determina que a União edita normas gerais e os Estados e Distrito Federal exercem competência suplementar. O mesmo diploma legal em seu artigo 23, inciso II prevê “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. A efetivação do direito à saúde via sistema público único regionalizado e hierarquizado implica na prestação conjunta e articulada dos serviços sanitários pelos entes federativos, o que acarreta ganhos de escala e evita sobreposição de investimentos e estruturas.

EMENTA: REFERENDO EM MEDIDA CAUTELAR EM AÇÃO DIRETA DA INCONSTITUCIONALIDADE. DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. EMERGÊNCIA SANITÁRIA INTERNACIONAL. LEI 13.979 DE 2020. COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS PARA LEGISLAR E ADOTAR MEDIDAS SANITÁRIAS DE COMBATE À EPIDEMIA INTERNACIONAL. HIERARQUIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. COMPETÊNCIA COMUM. MEDIDA CAUTELAR PARCIALMENTE DEFERIDA. 1. A emergência internacional, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, não implica nem muito menos autoriza a outorga de discricionariedade sem controle ou sem contrapesos típicos do Estado Democrático de Direito. As regras constitucionais não servem apenas para proteger a liberdade individual, mas também o exercício da racionalidade coletiva, isto é, da capacidade de coordenar as ações de forma eficiente. O Estado Democrático de Direito implica o direito de examinar as razões governamentais e o direito de criticá-las. Os agentes públicos agem melhor, mesmo durante emergências, quando são obrigados a justificar suas ações. 2. O exercício da competência constitucional para as ações na área da saúde deve seguir parâmetros materiais específicos, a serem observados, por primeiro, pelas autoridades políticas. Como esses agentes públicos devem sempre justificar suas ações, é à luz delas que o controle a ser exercido pelos demais poderes tem lugar. 3. O pior erro na formulação das políticas públicas é a omissão, sobretudo para as ações essenciais exigidas pelo art. 23 da Constituição Federal. É grave que, sob o manto da competência exclusiva ou privativa, premiem-se as inações do governo federal, impedindo que Estados e Municípios, no âmbito de suas respectivas competências, implementem as políticas públicas essenciais. O Estado garantidor dos direitos fundamentais não é apenas a União, mas também os Estados e os Municípios. 4. A diretriz constitucional da hierarquização, constante do caput do art. 198 não significou hierarquização entre os entes

²²⁴ PIVETTA, Saulo Lindorfer. Políticas públicas e a construção do conteúdo material do direito à saúde: desafio à Administração Pública brasileira. A&C – **Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 10, n. 41, jul. /set., 2010, p. 126.

federados, mas comando único, dentro de cada um deles. 5. É preciso ler as normas que integram a Lei 13.979, de 2020, como decorrendo da competência própria da União para legislar sobre vigilância epidemiológica, nos termos da Lei Geral do SUS, Lei 8.080, de 1990. O exercício da competência da União em nenhum momento diminuiu a competência própria dos demais entes da federação na realização de serviços da saúde, nem poderia, afinal, a diretriz constitucional é a de municipalizar esses serviços. 6. O direito à saúde é garantido por meio da obrigação dos Estados Partes de adotar medidas necessárias para prevenir e tratar as doenças epidêmicas e os entes públicos devem aderir às diretrizes da Organização Mundial da Saúde, não apenas por serem elas obrigatórias nos termos do Artigo 22 da Constituição da Organização Mundial da Saúde (Decreto 26.042, de 17 de dezembro de 1948), mas sobretudo porque contam com a expertise necessária para dar plena eficácia ao direito à saúde. 7. Como a finalidade da atuação dos entes federativos é comum, a solução de conflitos sobre o exercício da competência deve pautar-se pela melhor realização do direito à saúde, amparada em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde. 8. Medida cautelar parcialmente concedida para dar interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei 13.979, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do artigo 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais.

ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros do Supremo Tribunal Federal, em Sessão Plenária, sob a Presidência do Ministro Dias Toffoli, na conformidade da ata de julgamento e das notas taquigráficas, por maioria de votos, em referendar a medida cautelar deferida pelo Ministro Marco Aurélio (Relator), acrescida de interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei 13.979/2020, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do art. 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais, vencidos, neste ponto, o Ministro Relator e o Ministro Dias Toffoli (Presidente), e, em parte, quanto à interpretação conforme à letra b do inciso VI do art. 3º, os Ministros Alexandre de Moraes e Luiz Fux. **(STF, ADI 6341 MC-REF/DF, Relator Min. Marco Aurélio, DJ 15/04/2020).**

Corroborando com o posicionamento supramencionado sobre a saúde pública e competência concorrente, a Medida Cautelar em Ação Direta de Inconstitucionalidade 6341, deferida pelo Ministro Relator Marco Aurélio e julgada em 15 de abril de 2020 pelo Plenário do STF. A ação foi ajuizada em face da Medida Provisória 926 de 2020 que modificou o artigo 3º, *caput*, incisos I, II, IV e parágrafos 8º, 9º, 10 e 11 da Lei 13979 de 2020. Ato contínuo, o Relator deferiu em parte a Medida Cautelar, para explicitar a competência concorrente das esferas de governo, ainda que preservada a atribuição de cada uma delas,

quando tratar-se do enfrentamento da emergência de saúde pública com importância internacional como o coronavírus.

Desta maneira, não vislumbrou transgressão a preceito da Carta Magna e frisou que as providências não afastam atos a serem praticados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, considerada a competência concorrente nos termos do artigo 23, inciso II, da CF. O “caput” do artigo 3º quando consideramos o enfrentamento da emergência de saúde pública, com importância internacional, proveniente do coronavírus, fundamenta os atos e medidas a serem implementados pelas autoridades, no campo das respectivas competências, visando o isolamento, a quarentena, restrição excepcional e temporária de acordo com recomendação técnica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, referente à atuação das rodovias, portos e aeroportos em relação à entrada, saída e locomoção interestadual e intermunicipal das pessoas e animais no país.

O exercício da competência constitucional para as ações na área da saúde deve seguir parâmetros materiais a serem observados pelas autoridades políticas. Esses agentes públicos devem justificar as suas ações, e à luz dessas ações que o controle dessas pode ser exercido pelos demais Poderes e pela sociedade. O equívoco na formulação das políticas públicas consiste na omissão em relação às ações essenciais exigidas pelo artigo 23 da Carta Magna. Relevante do ponto de vista constitucional, sob a perspectiva da competência exclusiva ou privativa, que impedem que Estados e Municípios, no âmbito de suas respectivas competências, implementem as políticas públicas essenciais. O Estado garantidor dos direitos fundamentais não recai apenas sobre o ente da União, mas também inclui os Estados-membros e os Municípios.

O Congresso Nacional pode regular, de forma harmonizada e nacional, determinado tema e/ou política pública. Entretanto, na hipótese de ausência na manifestação legislativa pela iniciativa do Congresso Nacional ou pelo chefe do Poder Executivo federal, não se pode tolher o exercício da competência dos demais entes federativos na efetivação dos direitos fundamentais.

A Lei 8080 de 1990 que versa sobre o Sistema Único de Saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde e assegura esse direito por intermédio da municipalização dos serviços. A diretriz constitucional da hierarquização prevista no “caput” do artigo 198 da CF não consubstancia hierarquia entre os entes

federados, mas comando único dentro de cada uma dessas esferas respectivas de governo. Nos termos da Lei do SUS, o exercício da competência da União não afasta a competência própria dos demais entes da Federação na realização dos serviços de saúde, ainda que a diretriz constitucional disponha sobre a municipalização desse serviço.

O colegiado rejeitou a atribuição de interpretação conforme à Constituição ao artigo 3º, VI, "b" da Lei 13979 de 2020 e desde que a restrição excepcional e temporária de rodovia intermunicipal seja de interesse nacional, a competência é da autoridade federal. Porém, isso não impede eventualmente que o governo estadual possa determinar restrição excepcional entre rodovias estaduais e intermunicipais quando não afetar o interesse nacional, mas sim o interesse local.

A fim de concretizar o previsto na Carta Política, a Lei 8080 de 1990 visou delinear as atribuições de cada esfera federativa no que pertine às ações e serviços de saúde. Também, atribuiu à direção nacional do Sistema Único de Saúde a competência de prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e Municípios para o aperfeiçoamento da atuação institucional destes, a promoção da descentralização para as unidades federadas e os Municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal. A respeito da direção estadual do Sistema Único de Saúde, a Lei Orgânica da Saúde atribuiu as competências de promover a descentralização aos Municípios dos serviços e ações de saúde, prestar apoio técnico e financeiro e executar supletivamente ações e serviços de saúde. Por fim, incumbiu à direção municipal o encargo de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde.

No que tange à Política Nacional de Medicamentos, atendendo à disposição da Lei Orgânica da Saúde a “formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção delimitou as atribuições de cada esfera de gestão para obter a conjugação e integração de esforços” consoante Lei Ordinária 8080 de 1990 nos termos do artigo 6º que propugna “estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde: (...) VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde.”

A Política Nacional de Medicamentos adota como diretriz a reorientação da assistência farmacêutica, de maneira que as ações nesse setor não estão restritas à aquisição e

distribuição de remédios, envolvem todas as etapas para a promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. Nesse sentido, a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde compreende atividades como a seleção, programação, aquisição, o armazenamento, a distribuição, o controle da qualidade e a utilização da prescrição e sua dispensa, estando os produtos disponíveis para atender as necessidades dos usuários. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica aprovada pela Resolução CNS/MS 338 de 2004 reforça a ampliação do conceito de assistência farmacêutica, definindo-a como um conjunto de ações orientadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual ou coletiva em que se tem o medicamento como insumo essencial. O objetivo é tornar que os fármacos sejam acessíveis à população e promover o seu uso de forma racional.

Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensa, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização na obtenção de resultados concretos e melhoria da qualidade de vida da população. A seleção implica em definir a relação de medicamentos que serão oferecidos na rede pública; a programação envolve o planejamento para que os fármacos selecionados sejam disponibilizados em quantidade e tempo oportuno; a aquisição remete às atividades pertinentes na compra dos medicamentos; o armazenamento compreende as ações de recebimento, estocagem, segurança, conservação dos produtos e controle de estoque; a distribuição refere-se ao envio, produção dos medicamentos para as unidades de saúde; a dispensa envolve a entrega do remédio ao usuário na dosagem e quantidade prescrita, orientando-o para que ocorra o uso racional; e a farmacovigilância refere-se ao controle da qualidade e efeitos adversos dos produtos disponíveis no mercado. A Política Nacional de Medicamentos é regulamentada pela Portaria GM/MS 3916 de 1998.

No Brasil estão vigentes a Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estas se complementam, entretanto, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica tem caráter intersetorial e dialoga com outras áreas relevantes referentes aos medicamentos como a ciência, tecnologia e desenvolvimento industrial. Em segundo lugar essa reorientação no modelo da assistência farmacêutica se pauta em preceitos como a descentralização da gestão; promoção do uso racional dos medicamentos; otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público; o desenvolvimento de iniciativas que acarretem a redução dos preços dos produtos e viabilizem o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A descentralização da gestão prevista no texto constitucional como diretriz de organização do Sistema Único de Saúde tem como objetivo as ações e serviços públicos de saúde serem executados preferencialmente pelos entes locais, haja vista que estão mais próximos dos cidadãos, conseguem diagnosticar as necessidades urgentes e podem desenvolver soluções adequadas aos problemas da sociedade. Desta maneira, aos Estados caberia uma atuação complementar em relação aos Municípios enquanto que à União agiria de forma complementar em relação aos Estados.

Os medicamentos tem como prioridade a descentralização no processo de aquisição e distribuição de remédios essenciais e nesse sentido a Política Nacional de Medicamentos atribui aos Municípios as funções de coordenar, executar a assistência farmacêutica em seu respectivo âmbito; coordenar, monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos como a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Rede de Laboratórios de Saúde Pública; garantir a dispensa adequada dos medicamentos; determinar a relação municipal de medicamentos essenciais nos termos da RENAME a partir das necessidades da população; assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica da saúde da respectiva população, integrando sua programação à do Estado para manter o abastecimento de modo permanente e oportuno; adquirir os produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde de responsabilidade concorrente do Município; bem como receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua responsabilidade.²²⁵

A descentralização administrativa está relacionada à descentralização técnica e financeira, uma vez que o processo de priorizar a atuação do gestor municipal para implementar a assistência farmacêutica implica em cooperação técnica e financeira das demais esferas. O apoio técnico ocorre por intermédio da articulação entre os entes para orientação e assessoramento quanto à aquisição dos medicamentos consoante a realidade epidemiológica, a qual deve ser regular e ter o menor custo possível, sem que ocorra prejuízo referente à qualidade do produto. O apoio financeiro é realizado por meio da transferência de recursos ao fundo da saúde.

²²⁵ BRITTO, Érica Apgaua. Aquisição de medicamentos pela Administração Pública: judicialização e controle pelo Tribunal de Contas. **Revista TCEMG**, jan. fev. mar./2015.

Também, compete à União definir políticas públicas, formular normas e participar da execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos à saúde nos termos da Lei Orgânica da Saúde. O gestor federal atua preponderantemente no planejamento e coordenação da assistência farmacêutica em esfera nacional. Aos Estados cabe em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos à saúde sob um enfoque regional.

Nessa linha, a Política Nacional de Medicamento especifica com fundamento na Lei 8080 de 1990 as atribuições ao gestor federal como prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do Sistema Único de Saúde no desenvolvimento das atividades referentes à Política Nacional de Medicamento; estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de governo; promover o uso racional de medicamentos à população; coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para Política de Medicamentos como a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Rede de Laboratórios de Saúde Pública; promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e sua Política Nacional de Medicamentos regulamentada pela Portaria GM/MS 3916 de 1998.

Ainda, à direção nacional do Sistema Único da Saúde compete formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde em articulação com os demais órgãos governamentais. A Lei 8080 de 1990 traz que à direção estadual do Sistema Único de Saúde compete em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; promover a elaboração, divulgação e utilização do Formulário Terapêutico Nacional; designar recursos para a aquisição de medicamentos mediante o repasse fundo a fundo para Estados e Municípios, delimitando os critérios básicos; criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde; adquirir e distribuir produtos em situações especiais identificadas pelas programações que tenham como base critérios técnicos e administrativos; orientar, assessorar os Estados e Municípios em seus processos de aquisição, dispensa dos medicamentos essenciais.

Em relação ao gestor estadual a Política Nacional de Medicamento prevê as incumbências de coordenar o processo de articulação intersetorial em seu âmbito; promover a formulação de política estadual de medicamentos; prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios no desenvolvimento das suas atividades, ações referentes à assistência

farmacêutica; coordenar e executar a assistência farmacêutica em seu âmbito; apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica; coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Rede de Laboratórios de Saúde Pública); definir a relação estadual de medicamentos com fundamento na RENAME e consoante o perfil epidemiológico do Estado; definir a lista de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo Estado, incluindo os de dispensa em caráter excepcional com base em critérios técnicos e administrativos; receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua responsabilidade; orientar e assessorar os Municípios nos processos de aquisição de medicamentos essenciais; bem como coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos Municípios.

A lista de atribuições supracitada aponta que há políticas públicas que embasam e especificam a competência de cada esfera de gestão. Apesar da opção pela descentralização municipal de aquisição e dispensa dos medicamentos, os gestores federal e estadual podem realizar tais atividades diretamente em situações especiais, observando critérios epidemiológicos, técnicos e administrativos estabelecidos na Política Nacional de Medicamento. A Portaria GM/MS 3916 de 1998 regulamentou a Política Nacional de Medicamentos e trouxe a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos consoante a Portaria GM/MS 399 de 2006 referentes ao Pacto pela Saúde, organizou o bloco de financiamento da assistência farmacêutica na área ambulatorial de atribuição de todos os entes em três componentes a saber, básico; estratégico; e de dispensa excepcional da Assistência Farmacêutica.

A Portaria GM/MS 204 de 2007 estabeleceu que os recursos federais devem ser transferidos por blocos de financiamento de acordo com suas especificidades, sendo o bloco da assistência farmacêutica ambulatorial constituído pelos três componentes mencionados acima. Também, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais contempla os medicamentos dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, os insumos e medicamentos de uso hospitalar no Sistema Único de Saúde. Os componentes agrupam uma gama de medicamentos de acordo com a finalidade de atenção à saúde a que se destinam e a organização por componentes indica o financiamento e a competência dos entes em cada etapa da assistência farmacêutica até a dispensa do produto, levando em consideração aspectos como a capacidade financeira e técnica das entidades federativas; a forma centralizada deve considerar três pressupostos de ordem epidemiológica a

saber doenças que configuram problemas de saúde pública, as quais atingem ou colocam em risco as coletividades e cuja estratégia de controle se concentra no tratamento de seus portadores; doenças consideradas de caráter individual que apesar de alcançar um número reduzido de pessoas requerem tratamento longo ou permanente com a utilização de medicamentos de custos elevados; doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

A decisão deverá ainda observar critérios específicos referentes a aspectos técnicos e administrativos como o financiamento da aquisição e distribuição dos produtos no que tange à disponibilidade de recursos financeiros; o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da sociedade; a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos; a necessidade de assegurar medicamentos em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos como crianças e idosos.

A Lei 8080 de 1990 em seu artigo 14-A prevê que as Comissões de Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde. O artigo 19- P, I do mesmo diploma legal propugna a responsabilidade pelo fornecimento dos medicamentos constantes na RENAME dever ser pactuada na Comissão de Intergestores Tripartite. Além do bloco da assistência farmacêutica existe os blocos de financiamento atenção básica; atenção de média e alta ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; gestão do Sistema Único de Saúde; e investimentos na rede de serviços de saúde.

Frisa-se que o bloco da assistência farmacêutica se limita à assistência fornecida em âmbito ambulatorial, excluindo a hospitalar e a relacionada aos medicamentos oncológicos diretriz da descentralização das ações sanitárias. A Portaria GM/MS 533 de 2012 trouxe que o relevante é observar o que caracteriza cada componente e quem deve cumprir as atividades relacionadas à assistência farmacêutica.

2.5.1.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica regulamentado pela Portaria MS/GM 1555 de 2013 abrange a aquisição de medicamentos e insumos, incluindo aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos na esfera da Atenção Básica à Saúde. Trata-se da assistência farmacêutica com foco em problemas comuns que podem ser solucionados com atendimento no nível primário. O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é tripartite, a União despenderá o valor per capita mínimo anual de R\$ 5,10; os Estados e os Municípios aplicarão R\$ 2,36 cada um; e o Distrito Federal R\$ 4,72. O gestor federal realiza o repasse mensal pelo Fundo Nacional de Saúde aos gestores estaduais ou municipais de modo regular e automático em parcelas de um, doze avos. A contrapartida do Estado é concretizada via repasse de recursos financeiros aos Municípios ou por intermédio do fornecimento de medicamentos básicos definidos e pactuados pelas Comissões de Intergestores Bipartite.

A contrapartida municipal é efetivada pelas prefeituras com valores do tesouro municipal e os recursos financeiros federais são destinados para custear os medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica nos termos dos anexos I e IV da RENAME vigente. Os recursos estaduais, municipais e distrital têm por fim o financiamento dos medicamentos e insumos, sendo os insumos destinados aos usuários insulino dependentes estabelecidos na Portaria GM/MS 2583 de 2007 entre os quais, a título de ilustração, disponibiliza tiras reagentes, lancetas para punção digital e seringas com agulha acoplada que podem ser adquiridos no Brasil consoante estipulado pelo Ministério da Saúde.

A Portaria GM/MS 1555 de 2013 dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde e este consiste em medicamentos fitoterápicos previstos na RENAME, matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme a Farmacopeia Homeopática Brasileira. A Portaria GM/MS 1555 de 2013 também estabeleceu em seu artigo 10 que os Estados, Distrito Federal e Municípios devem disponibilizar de maneira contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para garantir os cuidados com as doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

A realização das ações e serviços de saúde relacionados ao Componente Básico é descentralizada e compete às esferas estadual, distrital e municipal as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensa dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. No âmbito das Comissões de Intergestores Bipartite de cada Estado é definido o responsável pela aquisição dos fármacos, podendo ser o gestor estadual, municipal ou os consórcios de saúde. A partir do perfil nosológico da população, os gestores municipais podem criar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, selecionando os medicamentos do Componente Básico previstos na RENAME e incluir outros medicamentos na atenção básica. Este último caso em que ocorre a complementação na lista dos remédios do Componente Básico, o financiamento é feito por meio de recursos próprios do Município, a União participa do financiamento desse componente e é responsável pela aquisição direta de medicamentos contraceptivos, insumos do Programa Saúde da Mulher e insulinas previstos nos anexos I e IV da RENAME nos termos da Portaria GM/MS 1555 de 2013.

A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada e de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O Artigo 9º traz que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque, prazos de validade, distribuição e dispensa dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previstos nos Anexos I e IV da RENAME vigente conforme pactuação, incluindo-se plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS; matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro a partir de agosto de 2013.

O Artigo 11 do diploma supracitado com a finalidade de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios podem pactuar a aquisição de forma centralizada dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde com recursos distintos daqueles repassados aos outros entes para custear o Componente Básico. Nesse caso, o Ministério da Saúde adquire e posteriormente distribui

os elementos aos Estados e Distrito Federal que envia aos Municípios para proceder à dispensa aos usuários.

2.5.1.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações farmacêuticas para atendimento de programas estratégicos do SUS, cujo objetivo é a prevenção, diagnóstico, tratamento, controle de doenças e agravos de perfil endêmico com relevância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis contemplados em programas estratégicos da saúde pública. As ações são voltadas para combate de doenças que atingem a coletividade. Atualmente estão vigentes os programas estratégicos como o Controle da Tuberculose; Controle da Hanseníase; DST/AIDS; Endemias Focais; Sangue e Hemoderivados; Alimentação e Nutrição; Controle do Tabagismo; Influenza; Saúde da Criança. O escopo dos programas consiste em tratar agravos à saúde da população como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas, influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo, deficiências nutricionais e oferecer vacinas, soros e imunoglobulinas. A Portaria GM/MS 1555 de 2013 em seu artigo 6º, I, para os Municípios com população superior a quinhentos mil habitantes a entrega será feita diretamente ao Município.

A Portaria GM/MS 3089 de 2013 redefine a lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde e as respectivas regras, critérios para sua definição. Os medicamentos e insumos que integram o elenco do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica estão dispostos nos anexos II e IV da RENAME. Esses produtos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde, o qual faz a distribuição às Secretarias Estaduais de Saúde e estes armazenam, distribuem às Secretarias Municipais que dispensa ao usuário.

As atribuições das instituições envolvidas no processo de assistência farmacêutica dos programas estratégicos estão divididas da seguinte forma, compete ao Ministério da Saúde elaborar protocolos de tratamento, realizar planejamento, programação dos medicamentos e insumos, bem como o financiamento, aquisição centralizada desses produtos e o repasse aos Estados e ao Distrito Federal; às Secretarias Estaduais de Saúde

incumbe armazenar os medicamentos e insumos, distribuí-los às regionais ou Municípios e realizar a programação dos estoques; os Municípios são responsáveis pelo armazenamento, a distribuição às unidades de saúde, programação e a dispensa do medicamento ao usuário.

2.5.1.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é disciplinado pela Portaria GM/MS 1996 de 2013 e se refere a uma estratégia de acesso a remédios no âmbito do SUS, visando assegurar a integralidade de atendimento medicamentoso em nível ambulatorial consoante as linhas de cuidado estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. A sistematização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é distinta daquela adotada em relação aos demais componentes.

Os medicamentos que integram o componente especializado são divididos em três grupos de acordo com a esfera designada para o custeio. A Portaria GM/MS 1554 de 2013 dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. O Grupo um é financiado pelo Ministério da Saúde e abrange medicamentos indicados para tratamento de maior complexidade; nas hipóteses de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou segunda linha de tratamento; medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

Nota-se com base na Portaria GM/MS 1554 de 2013, o artigo 54 traz que as atribuições pela programação, o armazenamento, a distribuição e a dispensa dos medicamentos incluídos no Grupo um foram designadas para as Secretarias de Saúde estaduais e distrital. O Grupo dois compreende os medicamentos destinados a tratamentos de menor complexidade em relação ao Grupo um e nos casos de refratariedade ou intolerância em relação à primeira linha de tratamento compete a responsabilidade pelo financiamento, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensa aos Estados e ao Distrito Federal.

O Grupo três é caracterizado por medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica, os quais são indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como a primeira linha de cuidado para as doenças contempladas no

Componente Especializado. Busca-se com isso proporcionar tratamento integral no âmbito da saúde pública, haja vista que as doenças objeto de preocupação do Componente Especializado em geral têm o seu tratamento iniciado na atenção básica.

O financiamento dos medicamentos relacionados nesse grupo é tripartite, mas a responsabilidade pela aquisição, o armazenamento e a distribuição é definida pela Comissão de Intergestores Bipartite nos termos da Portaria GM/MS 1554 de 2013. A dispensa deve ser efetivada pelas Secretarias Municipais de Saúde e quanto à posição dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais os fármacos dos Grupos um e dois constituem o anexo III da RENAME, enquanto que aqueles do Grupo três compõem parte do anexo I dessa relação.

2.5.2 Incorporação de Novas Tecnologias no Sistema Único de Saúde

Ocorre a incorporação de novas tecnologias na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, o que amplia a lista de medicamentos previstos nos componentes da assistência farmacêutica. Afinal, não são todos os remédios comercializados no mercado que devem ser dispensados pelo Sistema Único de Saúde, mas a Administração Pública com vistas a melhorar o acesso da população à assistência farmacêutica deve acompanhar o desenvolvimento da ciência, das doenças e da produção da indústria de medicamentos. Frisa-se que a inclusão de novos medicamentos na lista do Sistema Único de Saúde deve ser técnica e criteriosa.

A crítica sobre a atuação dos laboratórios farmacêuticos feita pela Márcia Angell,²²⁶ especializada em indústria farmacêutica indica a finalidade de aumentar os lucros, as companhias recorrem a artifícios como disponibilizar remédios para moléstias que dispõem tratamento; aumentar os fatores de risco de certas doenças como reduzir o nível normal de colesterol para ampliar o contingente de pessoas diagnosticadas com tal problema; apresentar novos medicamentos a partir de versões antigas sem que exista novas pesquisas e descobertas; investir em publicidade e propaganda e não em pesquisa e desenvolvimento, alcançando lucros exorbitantes.

²²⁶ ANGELL, Marcia. Entrevista: Os Laboratórios Enganam o consumidor. **IstoÉ Dinheiro**. Em 02/07/2007. Disponível em: <https://www.istoedinheiro.com.br/os-laboratorios-enganam-o-consumidor/>. Acesso em 23 de janeiro de 2023.

Nesse cenário, torna-se imprescindível a definição de critérios para modificar o elenco de medicamentos contemplados pelo Sistema Único de Saúde. Cumpre salientar que a Lei 8080 de 1990 alterada pela Lei 12401 de 2011 com a inclusão do artigo 19-Q passou a prever a medicina baseada em evidências como fundamento para a mudança na RENAME. Desta maneira, restou estabelecida a competência do Ministério da Saúde assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde para a incorporação, exclusão e alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos no Sistema Único de Saúde conforme evidências científicas sobre a eficácia, efetividade, segurança do produto e a avaliação econômica dos seus custos e benefícios em relação às tecnologias incorporadas. A incorporação, exclusão e alteração de tecnologias de saúde devem ser precedidas de processo administrativo a ser conduzido pela CONITEC nos termos do Decreto 7646 de 2011.

Após a instrução do processo no caso de inclusão ou alteração de medicamento a CONITEC elaborará relatório observando as evidências científicas do produto, a avaliação econômica e o impacto da incorporação da tecnologia no Sistema Único de Saúde. O relatório será submetido à Lei 8080 de 1990, o artigo 19-Q dispõe “a incorporação, exclusão ou alteração pelo Sistema Único de Saúde de medicamentos, produtos e procedimentos, assim como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica são atribuições do Ministério da Saúde assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

Ainda, o parágrafo primeiro propugna que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Única de Saúde, cuja composição e regimento são definidos em regulamento e conta com a participação de um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de um representante especialista na área indicado pelo Conselho Federal de Medicina. O parágrafo segundo acrescenta que o relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS leva em consideração as evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias incorporadas, inclusive no que tange aos atendimentos domiciliar, ambulatorial e/ou hospitalar quando cabível.

O Decreto 7646 de 2011 em seu artigo 15 propugna a incorporação, exclusão e alteração pelo Sistema Único de Saúde de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas serão precedidas de processo administrativo. O parágrafo primeiro apresenta o requerimento de instauração do processo administrativo para a incorporação e alteração pelo SUS de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas deverá ser protocolado pelo interessado na Secretaria-Executiva da CONITEC devendo ser acompanhado de formulário preenchido; número e validade do registro da tecnologia em saúde na ANVISA; evidência científica que demonstre que a tecnologia pautada é eficaz e segura quanto aquelas disponíveis no SUS para determinada indicação; estudo de avaliação econômica comparando a tecnologia pautada com as tecnologias em saúde disponibilizadas no SUS; amostras de produtos quando cabível para o atendimento do regimento interno; e o preço fixado pela CMED no caso de medicamentos.

A consulta pública no prazo de vinte dias, após passar pela análise e deliberação do Plenário da CONITEC será encaminhado ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que prolatará a sua decisão. Destaca-se que para o medicamento ser incorporado à relação de medicamentos da saúde pública precisa estar registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O registro do produto é condição necessária para a industrialização, comercialização e importação para fins comerciais nos termos do artigo 12 da Lei 6360 de 1976. A ANVISA monitora a segurança, eficácia, qualidade da nova tecnologia apresentada e realiza a regulação econômica, comparando o benefício e custo do tratamento. A política definida pelo Poder Público para a assistência farmacêutica ambulatorial com destaque para a divisão de competências entre os gestores do Sistema Único de Saúde, cumpre analisar a posição dos tribunais quanto à responsabilidade dos entes federativos.

2.6 Implementação dos Ciclos das Políticas Públicas

A partir da democratização do Brasil em 1985 e com a promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988 ao ser delegado para o Estado um papel relevante na sociedade e no âmbito social, o campo de políticas públicas consolidou-se como processo empírico da atividade política e campo teórico próprio, autônomo consubstanciando um

campo multidisciplinar e como instrumento analítico relevante para compreender as relações da sociedade para com o Estado e deste para com aquela.

Este capítulo tem como objetivo analisar de que forma alguns Municípios da região sul do Brasil capacitaram-se por meio de consórcios intermunicipais para implementar políticas públicas de saúde, visto que estes possuem carência de capacidade para ganhos de escala. A metodologia adotada foi qualitativa e o procedimento utilizado consistiu na pesquisa bibliográfica e documental. Os autores consultados foram Celina Souza, Marta Arretche, Leonardo Secchi, Carlos Faria, David Easton, André Deubel e Mário Procopicuk. Este tema apontou que os Municípios do Sul do Brasil têm capacidade limitada para implementar as políticas públicas de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde foi uma ferramenta encontrada pelos Municípios para suprir suas deficiências, as de ganho em escala para contratar consultas e exames a título de ilustração.

A área de conhecimento de políticas públicas referentes ao Brasil teve um incremento da relevância e do interesse no estudo deste campo, apontando que o assunto teve maior amplitude e interesse em razão das mudanças ocorridas na sociedade brasileira pelo crescente e adensamento das reformas do Estado e do uso sistemático de políticas públicas para enfrentar as vulnerabilidades da sociedade, sobretudo as de natureza social.²²⁷ As políticas públicas são estudadas por motivos científicos que visam entender e explicar fenômenos sociais por razões profissionais que tratam da utilização dos conhecimentos adquiridos pelos gestores públicos, empresários e motivos políticos que procuram apreender uma estrutura necessária para ser eficaz na aplicação das políticas públicas.²²⁸

O objetivo deste tópico consiste em explorar as formas dos Municípios da região Sul do país terem se capacitado financeira e tecnicamente para implementar políticas públicas de saúde, sendo o tema importante em razão do aumento de relevância e responsabilidade que esses adquiriram a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Frisa-se que, a opção por trazer a experiência deste Estado serve como um dos instrumentos possíveis a ser utilizado, caso necessário e pertinente, como uma das propostas disponíveis para lidar com o enfrentamento das situações de emergência na área da saúde. Para tanto, houve a revisão da literatura sobre as políticas públicas e seus ciclos, a

²²⁷ ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18 n. 51, fev. São Paulo, 2003, p. 7-9.

²²⁸ SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquema de análise, casos práticos. 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

implementação e as políticas públicas de saúde, especificamente em relação à abordagem dos consórcios intermunicipais de saúde utilizados na resolução das vulnerabilidades da região estudada.

No ano de 1988 houve enfoque no Município e este se tornou um prestador de serviços sociais e implementador de políticas públicas da União no âmbito local.²²⁹ Trata-se de responsabilidades que foram delegadas pela União aos Municípios, o que requer capacidades financeiras, técnicas e de pessoal devidamente capacitado. Diante disso, este tópico pauta-se pela questão dos Municípios no que tange à capacidade financeira e ao corpo técnico estarem preparados para executarem e implementarem em seus territórios as políticas públicas de saúde delegadas pela União e pelo Estado. A hipótese *a priori* parte dos Municípios, independentemente do tamanho populacional e da arrecadação carecerem de recursos e pessoal com o devido preparo técnico para implementar de acordo com os critérios de eficiência, eficácia e efetividade as políticas públicas de saúde aquelas de origem local, estadual e da União.

O objetivo desse tópico é analisar de que maneira os Municípios da região Sul do Brasil se capacitaram para implementar políticas públicas de saúde que se divide para verificar a capacidade financeira dos Municípios para a implementação de políticas de saúde no território municipal; averiguar a capacidade de pessoal técnico para a implementação de políticas de saúde na jurisdição municipal; e caracterizar os consórcios intermunicipais de saúde no âmbito estadual. Este estudo tem relevância no que se refere à fase de implementação no contexto da teoria do ciclo de políticas públicas e quando se trata da saúde pública, um bem não está acessível à maioria da população. Assim, a partir da perspectiva teórica e prática investiga-se as capacidades estatais e traz subsídios aos implementadores de políticas de saúde.

No Brasil houve um incremento da relevância e do interesse no estudo em políticas públicas, apontando que o tema ganhou mais interesse devido às mudanças ocorridas na sociedade brasileira pelo crescente e adensamento das reformas do Estado e do uso sistemático de políticas públicas para enfrentar os males da sociedade, sobretudo os de cunho

²²⁹ ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18 n. 51, fev. São Paulo, 2003, p. 7-9.

social.²³⁰ As políticas públicas são estudadas por razões científicas que buscam entender e explicar fenômenos sociais por motivos profissionais que tratam da utilização dos conhecimentos adquiridos pelos gestores públicos e empresários e por questões políticas que procuram apreender ferramenta necessária para ser eficaz na aplicação das políticas públicas.²³¹

O referencial teórico adotado na fundamentação aborda as capacidades estatais de Políticas Públicas, o ciclo de Políticas Públicas e a implementação de Políticas Públicas. A respeito das capacidades estatais o conceito trouxe a questão de por que alguns Estados enfrentam maiores ou menores dificuldades para atingir objetivos variados. Theda Skocpol estudou a habilidade do Estado de implementar seus objetivos.²³² A pesquisa de Charles Tilly indicou que as capacidades do Estado estão relacionadas ao poder do Estado na arrecadação de impostos. Peter Evans investiga a capacidade de ação do Estado.²³³

Isto posto, define-se que a capacidade estatal é um conjunto de instrumentos e instituições de que dispõe o Estado para estabelecer objetivos, transformá-los em políticas e implementá-las. Outras pesquisas ressaltam que a autonomia do Estado é relativa, sobretudo com o surgimento de novos centros de poder e grupos de pressão e terrorismo exercendo o poder político. O produto desta nova configuração acarretou a alteração do equilíbrio, prejudicando a autonomia e a capacidade de ação político-econômica dos Estados Constitucionais Modernos.²³⁴ Fred Block afirma que a autonomia do Estado é relativa - não é absoluta – e contingente, depende dos contextos históricos.²³⁵

A capacidade estatal para a implementação de políticas públicas é analisada a partir de duas vertentes, a sua capacidade burocrática e capacidade financeira e disso resulta duas abordagens de análise, a teórica que trata da construção de conceito e a empírica, a qual

²³⁰ ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18 n. 51, fev. São Paulo, 2003, p. 7-9.

²³¹ SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquema de análise, casos práticos. 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

²³² SKOCPOL, Theda. Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. In: EVANS, Peter; RUESCHEMEYER, Dietrich; SKOCPOL, Theda (Eds.). **Bringing the state back in**. Nova York: Cambridge University Press, 1985. p. 3-43.

²³³ TILLY, Charles. **Coerção, capital e estados europeus**. São Paulo: EdUSP, 1996.

²³⁴ TILLY, Charles. War making and state making as organized crime. In: EVANS, Peter; RUESCHEMEYER, Dietrich; SKOCPOL, Theda (Eds.). **Bringing the state back in**. Nova York: Cambridge University Press, 1985. p. 169-191.

²³⁵ BLOCK, Fred. **The Ruling Class Does Not Rule**: Notes on the Marxist Theory of the State (chap. BRASIL – Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988). Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 23 dez. 2022.

analisa a burocracia em políticas de desenvolvimento, na política de assistência social e a capacidade financeira dos Estados na política de assistência social.²³⁶ A autora traz que os tipos de capacidades estatais são distinguidos na formulação da política que podem ser informacionais, desenho das políticas e suas regras, maioria legislativa, conciliação da política pública com os interesses privados, políticas prévias, informações sobre políticas semelhantes, burocrática; ou na implementação das políticas que podem ser financeiras, de infraestruturas com alcance territorial ou burocrático.

A tipologia da capacidade estatal é sua capacidade burocrática e Raymundo Faoro introduziu os estudos da burocracia como uma variável explicativa das relações entre o Estado e a sociedade.²³⁷ Em termos fundamentais significa a capacidade de participar da formulação e de implementar políticas públicas; ao passo que em um nível secundário refere-se à qualidade burocrática que pode ser entendida como quando diversas combinações desses quesitos administrativos estiverem presentes, quais sejam, o recrutamento baseado no mérito, as carreiras de longo prazo e com previsibilidade, regras para contratar e demitir que substituam contratações e demissões arbitrárias, o preenchimento de cargos seniores por intermédio de promoção interna de servidores concursados, profissionais com formação especialista ou generalista, profissionais livres de influências externas, burocracia regida por regras administrativas e legais.²³⁸

As Políticas Públicas e o Estado em ação conforme afirma Faria constituem um campo multidisciplinar a partir de sua perspectiva analítica e de intervenção nas suas articulações práticas, intelectuais e são orientadas por valores, especialmente o democrático e a busca da dignidade humana.²³⁹ Desta forma, as políticas públicas abarcam de forma transdisciplinar a Ciência Política, Sociologia, Antropologia, Administração Pública, Economia, Direito, Ciências Contábeis, Planejamento Urbano e Regional, bem como as Relações Internacionais. As ciências sociais como um todo, sobretudo a Ciência Política e Administração Pública na busca de novos caminhos e se mostram receptivas em incorporar os

²³⁶SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017, páginas 65-86.

²³⁷FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patrimônio político brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

²³⁸ SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017, páginas 65-86.

²³⁹ FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de; MARQUES, Eduardo (orgs.). **A política pública como campo multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018, p. 17.

estudos de políticas públicas em seu âmbito teórico e empírico, pois as análises dos problemas e demandas da sociedade e os resultados ou respostas que o sistema político retorna à sociedade, geralmente em forma de política pública contribuem para estas ciências alcançarem maior rigor científico.²⁴⁰

A definição aceita de política pública pelos pesquisadores da área é a proposta por David Easton que propugna o Estado em ação.²⁴¹ Esta é uma forma de compreender políticas públicas como um processo, sendo este essencialmente político, pois conforme Procopiuck é o meio pelo qual a sociedade se organiza, regula e governa.²⁴² Trata-se de um processo político porque se constitui em processo – é parte de um sistema - que se situa na esfera pública e envolve decisões políticas destinadas a enfrentar problemas que afetam coletivamente a comunidade ou segmentos dela. Celina Souza traz a análise de políticas públicas e procura explicar as interrelações entre Estado, política, economia e sociedade, analisar a ação do governo e quando necessário propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. Desta maneira, colocar o governo em ação traduz seus propósitos ou plataformas eleitorais em programas e ações.²⁴³

André Deubel apresenta o conceito de políticas públicas residir no fato que permite conjugar sob o mesmo termo a produção normativa das instituições públicas (planos, leis, decretos, resoluções, ordenanças, acordos jurídicos e outros) como as atividades políticas e administrativas realizadas por atores políticos e sociais como por autoridades públicas para a elaboração, decisão, implementação e avaliação dessa produção, ou seja, o processo de política bem como seus efeitos na sociedade e na atividade política.²⁴⁴ Leonardo Secchi afirma que a razão de ser das políticas públicas se justifica pelo fato de que Estado e

²⁴⁰ REIS, Fábio Wanderley. Política e políticas: a ciência política e o estudo de políticas públicas. In: REIS, Fábio Wanderley. **Mercado e Utopia**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009. pp. 40- 59.

²⁴¹ EASTON, David. **The political system**: an inquiry into the state of political science. Nova York: Alfred A. Knopf, 1953.

²⁴² PROCOPIUCK, Mário. **Políticas públicas e fundamentos da administração pública**. São Paulo: Atlas, 2013, p. 139.

²⁴³ SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017. Pp. 65-86.

²⁴⁴ DEUBEL, André-Noel Roth. (Ed.). **Approaches to the analysis of public policies**. Bogotá: University of Colombia, 2010, p. 21.

Sociedade não são entes isolados. O Estado sofre influências, demandas, pressões da Sociedade e influencia essa por intermédio das políticas públicas.²⁴⁵

As políticas públicas podem ter como uma possível definição o Estado atuando na sociedade via projetos, ações, diretrizes, princípios norteadores do poder público. Trata-se do conjunto de decisões propostas pelo ente público em uma determinada área como a saúde. A implementação e o ciclo de Políticas Públicas, o processo ou ciclo de políticas públicas são conceitos essenciais na análise de políticas públicas e tais vantagens apresentam uma visão dinâmica do processo de políticas públicas, detendo a atenção em um estágio deste processo e sua implementação. O ciclo organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes que inicia com a identificação do problema e segue com a formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção da política. Política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público e a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante.²⁴⁶

Tal concepção se distancia da concepção vaga do Estado em ação e pressupõe a política pública como uma vontade política, planejamento, direcionamento e assume a sociedade como uma arena de conflitos, controvérsias. Trata-se de um processo político complexo, pois envolve os diversos atores da política pública como os atores governamentais, políticos, designados politicamente, burocratas, juízes e os atores não governamentais como os grupos de interesse, partidos políticos, meios de comunicação, destinatários das políticas públicas, ONGs, fornecedores, organismos internacionais, financiadores, comunidades epistêmicas, especialistas e os consórcios intermunicipais.²⁴⁷

A configuração dos atores no ciclo de políticas públicas se dá de forma distinta com predominância de alguns e ausência de outros de acordo com área da política. A segurança pública por exemplo envolve atores bastante diversos em sua configuração do que a arena da saúde. Embora seja competência do Estado, a sociedade civil participa das diversas fases do ciclo das políticas públicas como a elaboração, implementação, fiscalização e

²⁴⁵ SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquema de análise, casos práticos. 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

²⁴⁶ SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquema de análise, casos práticos. 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017, p. 2.

²⁴⁷ SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquema de análise, casos práticos. 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017, p. 101.

controle das políticas por meio de seus conselhos, movimentos sociais, observatórios, meios de comunicação, especialistas e outros.

A implementação constitui uma das principais fases do processo ou ciclo de políticas públicas. Por isso, o início do processo é essencial para o sucesso das políticas públicas e a fase de implementação é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações.²⁴⁸ Maria Rua formula a sua definição e traz a implementação tratar sobre as ações necessárias para que uma política funcione efetivamente. Esta pode ser compreendida como um conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos, de natureza pública ou privada, com vistas à obtenção de objetivos estabelecidos antes ou durante a execução das políticas.²⁴⁹ Eugene Bardach ressalta a complexidade dessa fase do ciclo de políticas públicas em razão dos interesses e diferentes atores em questão: processo de interação estratégica entre interesses especiais, onde cada qual defende o seu próprio. Portanto, a implementação se desenvolve de acordo com o conceito de jogo, traduzindo-se em relações que se entrelaçam que envolvem diversos jogadores com estratégias, táticas próprias e graus de incerteza.²⁵⁰

A política pública e sua implementação é gerenciada pela burocracia, pelo corpo funcional de servidores, pelos consórcios intermunicipais, pelas organizações sem fins lucrativos, concessionárias de serviços públicos, empresas privadas contratadas para executar obras e serviços. Michael Lipsky contribuiu com a literatura de implementação ao estudar o burocrata de nível rua. Esses atores têm grande impacto na vida das pessoas na medida em que socializam espaço na comunidade e expectativas sobre serviços públicos, determinam o acesso dos cidadãos, dominam a forma de tratamento com a população e realizam a mediação entre Estado e cidadãos. O autor complementa que esses atores são o foco da controvérsia política, pois são pressionados pelas demandas de serviços e pelos cidadãos. Esses atores possuem discricionariedade, pois adaptam a política na interação com o cidadão, realizam a

²⁴⁸ SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquema de análise, casos práticos**. 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017, p. 55.

²⁴⁹ RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**. Brasília: Enap, 1997, p. 2.

²⁵⁰ BARDACH, Eugene. **The implementation game: what happens after a bill becomes a law**. Cambridge: The MIT Press, 1977, p. 32.

entrega de benefícios, aplicam sanções e apesar dos padrões de decisão, esses atores conseguem ter autonomia sobre as regras e a alocação de recursos escassos.²⁵¹

Entre os modelos de implementação se destacam o Modelo *top-down*: vertical, de cima para baixo, havendo separação entre o momento da tomada de decisão e sua implementação. Este modelo tem como pressuposto que Política (tomadores de decisão) e Administração (implementadores) são instâncias e momentos separados, tratando-se de uma visão funcionalista e tecnicista, na qual os políticos deslocam a culpa caso os resultados da política não resultam naqueles esperados. O Modelo *bottom-up* atribui maior liberdade aos burocratas e rede de atores para organizar e modelar a implantação de políticas públicas. Este possui maior participação e adaptação aos problemas práticos da política pública pelos implementadores, havendo ajuste das normas à realidade. Para implantar uma política o formulador de políticas públicas necessita de instrumentos de implementação que podem ser a aplicação da lei; impostos e taxas; subsídios e incentivos; prestação de serviço público; terceirização do serviço; informação ao público; campanha/mobilização; transferência de renda como Bolsa-Família e auxílio medicamento; prêmios e concursos; certificados e selos como ABNT, INMETRO, OSCIPs e outros.

Eva Maria Lakatos e Marina de Andrade Marconi definem o método como o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que permite alcançar o objetivo de um pesquisador em aportar conhecimentos válidos e verdadeiros.²⁵² O método se apresenta como meio ou caminho para alcançar um fim traça as estratégias a serem observadas, o que engloba abordagens teóricas, procedimentos e técnicas. A metodologia deste estudo é qualitativa e quantitativa; o procedimento utilizado foi a pesquisa bibliográfica e documental.

O Núcleo de Descentralização do Sistema Único de Saúde possui um programa que atende aos consórcios a partir do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Em relação ao seu objetivo esse tópico é descritivo, uma vez que informa os objetivos e o funcionamento dos consórcios intermunicipais de saúde enquanto implementadores de políticas. Os dados foram analisados por meio do método qualitativo com o apoio de materiais bibliográficos e documentais relevantes para alcançar os resultados e as considerações dessa pesquisa. O resultado e a discussão do estudo lançaram um olhar

²⁵¹ LIPSKY, Michael. **Burocracia de nível de rua**: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Traduzido por Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: Enap, 2019.

²⁵² LAKATOS, Eva Maria.; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

sobre as políticas públicas de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde, principalmente como estão organizados no Estado do Paraná para suprir a capacidade financeira e de corpo técnico insuficientes na execução e implementação em seus territórios das políticas públicas de saúde delegadas pela União e pelo Estado.

As políticas públicas de saúde e consórcios intermunicipais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988 determinou como diretrizes a universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. Ao ser desenvolvido com base nesses princípios, o processo de construção do Sistema Único de Saúde busca reduzir o problema entre os direitos sociais assegurados em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira.

O campo de políticas públicas de saúde é amplo, complexo e engloba programas, ações e campanhas de saúde entre os quais mencionamos a tuberculose, DST-AIDS, hanseníase, tabagismo, farmácia popular, programa mais médicos, programa nacional de imunizações entre outras. As obrigações constitucionais orçamentárias para a saúde pública são compostas da seguinte maneira, o governo estadual é obrigado a investir 12% do seu orçamento, o municipal o montante é de 15%. Os consórcios intermunicipais de saúde surgiram como uma iniciativa autônoma de municípios adjacentes que se associaram para gerir e prover conjuntamente serviços relacionados à saúde de sua população, atendendo os critérios de eficiência, eficácia e efetividade.

José Martins, Jennifer Nascimento e Josmai Oliveira Junior a partir do estudo Capacidades de Implementação de Políticas Públicas no Município: o Papel dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná traz que o consórcio surge como relevante instrumento para o planejamento local e regional em saúde e funciona enquanto um planejamento conjunto a partir do qual diversos Municípios utilizam coletivamente serviços que estão disponíveis em um ou alguns dos entes federados. Os consórcios intermunicipais de saúde do Paraná e a gestão da saúde do Estado são bipartites, ou seja, dividem-se os papéis entre o Estado que deve ser representado pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos Municípios, os quais serão representados pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Paraná.

Os consórcios intermunicipais de saúde surgiram no Estado no ano de 1990 e teve como base legal a Lei Complementar Estadual 82 de 1998 que dispõe sobre a criação e

implantação de Consórcio Intermunicipal relacionado com a prestação de serviços públicos de interesse comum nas funções, áreas e setores que especifica, bem como o Decreto Estadual 4514 de 1998 que regulamenta a Lei Complementar 82 de 1998 estabeleceu normas e diretrizes para a cooperação do Estado na constituição e implementação de Consórcio Intermunicipal. Neste período existia os Centros Regionais de Especialidades e os consórcios surgiram a partir e em substituição a estes Centros.

O Estado do Paraná cedeu as instalações e ambulatorios aos Municípios que por meio de consórcios passaram a gerenciar e assumir as despesas dessas instalações. O Núcleo de Descentralização do Sistema único de Saúde que possui um programa, o qual atende aos consórcios recebeu a denominação de Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Este é um programa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, o qual tem enquanto propósito qualificar a atenção ambulatorial secundária do Estado para atender às necessidades de saúde da população.

O escopo do COMSUS consiste em implantar os Centros Especialidades Regionais em todas as regiões de saúde do Paraná mediante parceria firmada entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde. No que tange aos objetivos do COMSUS, a SESA destaca os seguintes, alinhar o modelo de atenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde com as redes de atenção à saúde prioritárias como a Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde Mental; implantar incentivo de custeio para ampliar a oferta de serviços especializados e de investimento para a melhoria da estrutura e de equipamentos dos Centros de Especialidades Regional; inserir os CIS nas Redes de Atenção à Saúde integrados com a atenção primária e terciária; operar com eficiência e efetividade; preencher vazios assistenciais; e melhorar a qualidade da gerência dos consórcios. No que pertine aos incentivos de custeio estes tem como base o Fator de Correção de Desigualdades Regionais e assim é diferenciado de acordo com as necessidades da população de sua abrangência.

Em relação ao incentivo de investimento este destina recursos financeiros para obras e equipamentos. Os equipamentos indicados para aquisição estavam vinculados às redes de atenção à saúde prioritária e o montante mensal designado ao custeio e investimento dos consórcios poderia sofrer a variação de R\$ 45.000 a R\$ 230.000 reais de acordo com informações fornecidas na entrevista. Por fim, no que diz respeito à capacitação foram

oferecidos cursos em gestão e planejamento regional de saúde para os gerentes dos consórcios, secretários municipais de saúde e representantes municipais que compõe as Comissões de Intergestores Bipartite Regionais.

A motivação e função primária dos Municípios se reunirem e formarem os consórcios intermunicipais de saúde com a finalidade de ganhar escala no montante para as contratações de serviços, consultas e exames pactuados junto ao setor privado. Os consórcios recebem recursos do tesouro do Estado do Paraná, da União e dos Municípios consorciados de onde proveem a maior parte dos recursos para implantar o ambulatório de especialidade no interior do consórcio. Estes executam e implementam um programa de saúde do governo do Estado composto pelas especialidades obstetrícia de risco intermediário e alto, pediatria de risco intermediário e alto, cardiologia- hipertensão, endocrinologia - diabetes, psiquiatria-saúde mental e geriatria-saúde do idoso ou idoso frágil em que se analisa os riscos de fragilidades de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional.

O Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde adotou as seguintes estratégias para direcionar sua atuação assistencial ou implementação do modelo de atenção com base nas redes de atenção à saúde de forma que integre a atenção primária, secundária e terciária, aperfeiçoando o acesso e a resolubilidade dos serviços; econômica ou alocação de recursos financeiros para melhoria das estruturas físicas e de equipamentos, para capacitação dos profissionais de saúde e modernização gerencial dos consórcios de acordo com o perfil assistencial que se espera para a região.

Também, a redistributiva ou estabelecimento de um fator de alocação dos recursos financeiros, considerando as desigualdades regionais; gerencial ou assinatura de Termo de Adesão e Convênio com a especificação de metas e indicadores; Educacional ou participação em oficinas gerenciais, cursos de especialização em gestão de saúde, cursos de capacitação e troca de experiências entre os consórcios; parceria com os Municípios ou estímulo à participação dos gestores locais nas comissões de avaliação do programa na região, definição da carteira de serviços necessários para o atendimento das necessidades de saúde da população, garantindo o acompanhamento pelo controle social.²⁵³

²⁵³ MARTINS, José Ricardo; NASCIMENTO, Jennifer Smitek; DE OLIVEIRA JUNIOR, Josmai Roberto. **Capacidades de Implementação de Políticas Públicas no Município:** o Papel dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná. II Seminário de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Grupo de Trabalho Saúde e Assistência Social. Curitiba, 2018.

3 ORÇAMENTO PÚBLICO

O orçamento público para eficácia e efetivação dos direitos sociais que não se mostra possível sem se alocar e aplicar recursos públicos materiais, humanos ou financeiros, em regra, são provenientes da receita tributária e de outras formas de arrecadação do Estado. Oliveira define o orçamento como “a lei periódica que contém previsão de receitas e fixação de despesas, programando a vida econômica e financeira do Estado, de cumprimento obrigatório, vinculativa do comportamento do agente público.”²⁵⁴

A definição operacional legal de orçamento público no Brasil encontra-se expressa no artigo 2º da Lei 4.320 de 1964 que estatui normas gerais de Direito Financeiro para a elaboração e o controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Esta contém a discriminação da receita e despesa, evidenciando a política econômico-financeira e o programa do governo que devem obedecer aos princípios de unidade, universalidade e anualidade.

A relação entre políticas públicas e orçamento público segundo José Mauricio Conti

as necessidades da Administração Pública, aliadas ao desenvolvimento das técnicas orçamentárias, foram aos poucos modificando a concepção clássica de orçamento público, fazendo com que assumisse uma função importante na condução das políticas públicas. Vários fatores influíram nessa tendência, destacando-se o intenso intervencionismo estatal nas atividades econômicas.²⁵⁵

A partir das necessidades políticas, exigências constitucionais e conveniências gerenciais surge o planejamento das ações governamentais, estabelecendo a Constituição Federal de 1988 que todas essas ações sejam previamente definidas e orçadas com sua edição na forma da lei e votada nas casas legislativas de cada esfera competente. Os enquadramentos normativos do orçamento público são a Constituição Federal de 1988, Lei de Responsabilidade Fiscal e a Lei 4.320 de 1964. A Constituição estabelece regras sobre

²⁵⁴ OLIVEIRA, Regis Fernandes de. **Curso de Direito Financeiro**. 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015, p. 606.

²⁵⁵ CONTI, José Maurício. **A autonomia financeira do Poder Judiciário**. São Paulo: MP Editora, 2006, p. 57.

orçamento (espécies de leis orçamentárias, tipos de orçamento, processo legislativo, prazo de execução orçamentária e outras).

No que tange ao planejamento orçamentário a Constituição Federal de 1988 dispõe em seu artigo 165 três planejamentos orçamentários que, se prestam à função regulatória da sociedade via Administração Pública (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual). Essa última deve respeitar a Lei de Diretrizes Orçamentárias e ambas têm que observar o Plano Plurianual conforme os artigos 165, parágrafo 7º; 166, parágrafo 4º; e 167, parágrafos 1º e 4º da Carta Magna.

Aprovado pelo Poder Legislativo o Plano Plurianual integra-se a cada ano na estrutura orçamentária e orienta a respectiva Lei Orçamentária Anual. O artigo 165, parágrafo 2º da CF/88 traz que a Lei de Diretrizes Orçamentárias compreende as metas e prioridades da Administração Pública Federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras de fomento e, a Lei de Diretriz Orçamentária tem por objeto orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual.

Conforme o artigo 165, parágrafo 5º da Carta Política, a Lei Orçamentária Anual compreende o orçamento fiscal dos poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da Administração Pública direta e indireta. O artigo 165, parágrafo 8º da CF determinou que a Lei Orçamentária Anual não pode conter dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação de despesa, porém, não veda a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito. O processo legislativo de elaboração do orçamento público obedece ao artigo 59 da Carta Magna com algumas particularidades como o Congresso Nacional que delibera sobre as leis orçamentárias. Essas leis têm início em uma Comissão e são deliberadas por ambas as Casas, de acordo com as competências atribuídas ao Parlamento.

A Constituição Federal em seu artigo 165 estabelece três instrumentos legislativos para compor o orçamento: o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. O poder de iniciativa do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual, na esfera federal, é do Presidente da República nos termos do artigo 84, inciso XXIII da Constituição Federal. Os projetos de lei do Plano

Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual são remetidos pelo Chefe do Poder Executivo ao Congresso Nacional, cabendo ao Poder Legislativo a decisão final sobre o destino das verbas orçamentárias, conforme os artigos 165, parágrafo 9º e 166, parágrafo 6º da Carta Política.

O processo de elaboração do projeto da Lei Orçamentária Anual é desenvolvido no âmbito do sistema de planejamento e orçamento do Poder Executivo e é definido como o conjunto de tarefas que resulta na estimativa da receita, fixação dos programas de governo, definição de metas e prioridades com base no que foi delimitado na respectiva Lei de Diretrizes Orçamentárias. Os programas de lei referentes ao Plano Plurianual, às Diretrizes Orçamentárias, ao Orçamento Anual, aos créditos adicionais no âmbito federal são apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional nos termos do artigo 166, “caput” da CF. De acordo com as normas comuns do processo legislativo, terminada a votação, o projeto de lei é enviado ao Presidente da República que aquiescendo o sanciona nos termos do artigo 66 da Carta Magna.

No entanto, havendo veto este é apreciado em sessão conjunta do Congresso Nacional dentro de trinta dias a contar de seu recebimento, apenas podendo ser rejeitado pelo voto da maioria absoluta dos Deputados e Senadores em escrutínio secreto. Esgotado esse prazo sem deliberação o veto é colocado na pauta do dia da sessão imediata até a votação final. Caso o veto seja mantido, será o projeto enviado ao Presidente da República para promulgação. Após promulgada, a Lei Orçamentária será publicada para o conhecimento de todos, no Diário Oficial, produzindo seus efeitos. A vigência da Lei Orçamentária encontra-se delimitada no tempo e é de primeiro de janeiro a trinta e um de dezembro, nos termos do artigo 34 da Lei 4.320 de 1964.

A execução orçamentária diz respeito à concretização do projeto previsto na Lei Orçamentária Anual sobre a arrecadação da receita estimada e do processamento da despesa fixada, a qual é efetivada pelas fases sucessivas de empenho, liquidação e pagamento. A questão orçamentária é de grande relevância, pois é por meio do orçamento público que será possível efetivar as políticas públicas, sendo observado o princípio da reserva do orçamento mesmo que o assunto verse sobre direito fundamental ao mínimo existencial. Nesse sentido, Ricardo Lobo Torres aduz

se não prevalece o princípio da reserva do possível sobre o direito fundamental ao mínimo existencial, nem por isso se pode fazer a ilação de

que não deve ser observado o princípio da reserva do orçamento. A superação da omissão do legislador ou da lacuna orçamentária deve ser realizada por instrumentos orçamentários, e jamais à margem das regras constitucionais que regulam a lei de meios. Se, por absurdo, não houver dotação orçamentária, a abertura dos créditos adicionais cabe aos poderes políticos (Administração e Legislativo), e não ao Judiciário, que apenas reconhece a intangibilidade do mínimo existencial e determina aos demais poderes a prática dos atos orçamentários cabíveis.²⁵⁶

As funções do orçamento público são promover ajustes na alocação de recursos, distribuição de renda e manter a estabilidade econômica. Deste modo, sendo os recursos escassos para a satisfação das necessidades públicas é indispensável avaliar o que é possível e, tal medida será feita com base no orçamento público, posto que o instrumento orçamentário consiste na escolha prévia das prioridades e no controle de sua execução.

3.1 Orçamento Público para o Sistema Único de Saúde

O orçamento público e sua relevância para a viabilização de direitos representam os planos de receita e gastos para determinado ano. Uma lista exaustiva dos custos da atividade governamental e suas respectivas fontes de financiamento em seus distintos estágios de preparação torna o orçamento uma ferramenta para a atividade de planejamento e controle desenvolvida pelos Poderes Executivo e Legislativo. O processo orçamentário constitui um sistema pelo qual as preferências do eleitorado são traduzidas em projetos e programas que visam satisfazer as demandas por bens públicos. O orçamento é tido como uma lei que programa a vida financeira estatal, podendo autorizar endividamento do Estado quando necessário ao atendimento dos interesses públicos.

Quanto aos aspectos que revestem o orçamento temos o político, cujo planejamento reflete um programa de governo do representante eleito pelo povo; o econômico que é ressaltado em virtude do papel do orçamento na distribuição de renda, mediante a concretização de políticas públicas; o contábil-técnico por meio do qual o orçamento deve

²⁵⁶ TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial, os direitos sociais e os desafios de natureza orçamentária. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org). **Direitos fundamentais, orçamento e “reserva do possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 69-86.

observar regras práticas para a realização dos fins nele encartados, sem deixar de obedecer a classificações claras, registros contábeis, construção metódica e racional das despesas e receitas; e o aspecto jurídico que é o estudo da natureza do orçamento, a fim de delinear os apontamentos para um controle efetivo do orçamento.²⁵⁷

No Brasil o planejamento é o orçamento estatal constituído pelo Plano Plurianual, Lei de Diretrizes orçamentárias e Lei Orçamentária Anual conforme disposto na Constituição Federal em seus artigos 165 e 169. O planejamento é um dever do Estado e a decisão de gastar e como gastar é uma escolha política.²⁵⁸ A Constituição estabeleceu parâmetros para a atuação do gestor com foco na satisfação do interesse público e o agente público deve atender aos reais interesses da sociedade. A Emenda Constitucional 29 de 2000 alterou os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Carta Magna para definir recursos que pudessem custear os serviços destinados ao atendimento de saúde e tais recursos devem custear os serviços relacionados à saúde.

No ano de 2015 o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional 86 de 2015 denominada PEC do Orçamento Impositivo e estabeleceu em seu artigo 1 o a alteração do artigo 166, §9, o qual passou a vigorar com o seguinte teor: as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde. Isto quer dizer que do total da Receita Corrente Líquida, 1,2% é destinado aos parlamentares para que possam promover emendas que beneficiem os territórios que representam. Neste caso, não existe margem de discricionariedade para que o Executivo estabeleça como irá destinar tais recursos.

O parágrafo onze do artigo 166 alterado pela Emenda Constitucional 85 de 2015 conferiu tal característica ao orçamento público no artigo 169 ao prever ser obrigatória a execução orçamentária e financeira das programações a que se refere o parágrafo 9 o deste artigo em montante correspondente a 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior consoante os critérios para a execução equitativa de programação definidos na lei complementar prevista no parágrafo 9 o do artigo

²⁵⁷ TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de Direito Constitucional, Financeiro e Tributário**: o orçamento na Constituição. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008, p. 79.

165. O reforço da imposição aparece no parágrafo 12 e estabelece que a execução no parágrafo 11 apenas pode deixar de ocorrer mediante impedimentos de ordem técnica e nos parágrafos posteriores estabelece o procedimento a ser seguido quando tal impedimento for configurado.

3.2 Previsão Constitucional do Financiamento do SUS

Para a implantação do Sistema Único de Saúde a dificuldade foi um financiamento definido e suficiente para os investimentos na rede de serviços à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar, entre outras ações de saúde. A Constituição Federal brasileira de 1988 criou fontes de financiamento capazes de garantir o atendimento das ações e serviços de saúde, impôs essa responsabilidade às três esferas de governo, devendo cada uma destas garantir o aporte regular de recursos.

Para a definição de fontes, formas e critérios de financiamento da seguridade social e nesta incluída a saúde, o legislador se preocupou com o princípio da diversidade da base de financiamento previsto no artigo 194, parágrafo único, VI, da Carta Política. Entretanto, o texto não assegurou um percentual mínimo de aplicação obrigatória para a área. Esta omissão acarretou crise de financiamento para a implantação do SUS, a qual foi reconhecida pela XI Conferência Nacional de Saúde realizada em 2000.

O relatório dessa Conferência consignou que a contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do Sistema Único de Saúde tem como dificuldade obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde em conflito com a expansão de um sistema privado orientado pela exclusão de mercado coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico no Brasil.²⁵⁹ Gilson Carvalho afirma

a luta para se conseguir mais recursos para a área de saúde só terá chance de ser vitoriosa quando fizer parte de uma luta de cidadania onde todos os brasileiros estivermos reunidos: governos, prestadores, trabalhadores de

²⁵⁹ TOJAL, Sebastião Botto de Barros [et al.]; ARANHA, Mareio Iório; e TOJAL, Sebastião Botto de Barros(org.). **Manual Conceitual do Curso de Especialização em Direito Sanitário** para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 594.

saúde e cidadãos usuários dos serviços de saúde com o duplo objetivo de conseguir mais recursos e usar melhor os existentes. A ação de saúde é cara e de mensuração de resultados extremamente complexa.²⁶⁰

No que pertine ao financiamento do Sistema Único de Saúde a Constituição Federal estabelece que “o Sistema Único de Saúde será financiado nos termos do artigo 195 com recursos do orçamento da seguridade social, União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (artigo 198, parágrafo primeiro). O artigo 195 da Constituição estabelece ainda que o financiamento da Seguridade Social é um dever imposto à sociedade de forma direta e indireta por intermédio de recursos oriundos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais.

Ainda sobre o sistema de financiamento temos o princípio da diferenciação disposto no parágrafo primeiro do artigo 195 da Constituição “as receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União”, acrescido à observância das diretrizes da autonomia e integração propugnados no parágrafo segundo do artigo 195

a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

Isto posto, o tratamento constitucional do financiamento do Sistema Único de Saúde é essencial à consolidação do sistema. Entretanto, a Carta Política não se desenvolveu a ponto de determinar os critérios de aplicação dos recursos para as ações e os serviços de saúde. A Emenda Constitucional 29 de 2000 progrediu nesta direção conforme veremos a diante. Esta estabeleceu que cada esfera de Governo deveria alocar recursos de seus orçamentos para o financiamento do Sistema Único de Saúde; porém, não previu parâmetros específicos e permitiu que os entes federados pudessem aplicar os recursos que reputassem adequados.

A Emenda Constitucional mencionada anteriormente buscou corrigir a omissão, definir regras objetivas e percentuais mínimos da dotação orçamentária a serem

²⁶⁰ CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade.** Disponível em <<http://pdfc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/financiamento-publico.pdf>>, Acesso em 27/01/2023.

direcionadas ao Sistema Único de Saúde. Assim, restou estabelecido que o orçamento federal para a saúde terá reajustes automáticos segundo a variação do valor nominal do Produto Interno Bruto, vinculando recursos federais, do Distrito Federal, dos Estados e Municípios à saúde e fixando um percentual mínimo dos recursos dos respectivos níveis de governo para aplicação imediata.

A respeito do dispositivo supracitado, Gilson Carvalho traz que a União fica responsável de garantir no mínimo cinco por cento a mais do que os recursos empenhados em 1999 e, nos anos seguintes, a correção pelo valor nominal do PIB. Os Estados devem investir no mínimo 12% e Municípios no mínimo 15% de seus respectivos orçamentos. O ente federativo que não alcançar esses patamares mínimos, terá um prazo de tolerância para alcançá-los de 2000 a 2004, devendo iniciar pelo menos com 7% no ano de 2000 e, nos anos subsequentes, completar a diferença. Os percentuais mencionados encobrem a postura do governo de deixar o social desamparado. As autoridades econômicas retiraram da União e atribuíram maior ônus sobre os Estados e Municípios. Houve redução dos recursos de contribuição da União à saúde e elevaram os percentuais em relação aos Estados e Municípios.²⁶¹

A XI Conferência Nacional de Saúde apresentou análise mais favorável quanto aos efeitos da Emenda Constitucional 29 de 2000. O relatório da Conferência apontou que no ano de 2000 a aprovação desta Emenda desenhava horizontes favoráveis aos montantes destinados à saúde e refletiu sobre os desafios para o controle social referente ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos. As principais restrições à EC 29 de 2000 residiam no fato de não estar acompanhada de uma regulamentação imediata que assegurasse significativo aumento dos recursos na área da saúde em detrimento das indefinições sobre o que seria admitido como gastos em ações e serviços de saúde.²⁶²

Embora a Emenda Constitucional não tenha sido aprovada na forma pretendida pelos especialistas da área, esta representou avanço na alocação de recursos orçamentários a serem designados às ações e serviços de saúde. A estimativa do Ministério da Saúde, a qual mostra a possibilidade de crescimento de mais de 40% dos recursos dos três níveis de governo

²⁶¹ CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade.** Disponível em <<http://pdfc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/financiamento-publico.pdf>>. Acesso em 27/01/2023.

²⁶² TOJAL, Sebastião Botto de Barros [et all.]; ARANHA, Mareio Iório; e TOJAL, Sebastião Botto de Barros(org.). **Manual Conceitual do Curso de Especialização em Direito Sanitário** para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 594.

de 1998 a 2004 destinados a Ações e Serviços de Saúde. Deste valor total, os governos estaduais deverão ampliar seus gastos em mais de 60%, seguidos pelos Municípios com 28% em relação aos valores de 1998.²⁶³

A regulamentação da Emenda Constitucional 20 de 1998 se deu pelo artigo 198, parágrafo terceiro da Constituição, acrescido da necessidade de lei complementar que estabelecesse os percentuais de participação dos entes federados a partir do ano de 2005; critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos Estados designados a seus respectivos Municípios, visando a progressiva redução das disparidades regionais; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual e municipal; bem como as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

O Conselho Nacional de Saúde entendeu ser autoaplicável os dispositivos da EC 29 de 2000 e, a partir desse entendimento e da necessidade de esclarecimentos conceitual e operacional do texto da Constituição para garantir eficácia e viabilizar sua aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que faz menção o parágrafo terceiro do artigo 198 da Carta Magna, aprovou com tal finalidade a Resolução 316 de 2002. Enquanto não aprovada a norma legal a partir do exercício financeiro de 2005, continuarão a ser aplicados à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios os critérios transitórios da EC 29 de 2000 nos termos do artigo 77, parágrafo quarto do ADCT. A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde tratados no artigo 198, parágrafo segundo da CF e no artigo 77 do ADCT se dá a partir das bases de cálculo mencionadas a seguir.

A União no ano de 2000 teve o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de no mínimo cinco por cento. A partir de 2001 a 2004 o valor apurado no ano anterior foi corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto. A expressão o valor apurado no ano anterior prevista no artigo 77, II, b do ADCT consistia no montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional para o ano anterior.

²⁶³ TOJAL, Sebastião Botto de Barros [et al.]; ARANHA, Mareio Iório; e TOJAL, Sebastião Botto de Barros(org.). **Manual Conceitual do Curso de Especialização em Direito Sanitário** para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 521.

Os Estados e o Distrito Federal tiveram doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a e inciso II da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que foram transferidas aos respectivos Municípios. Na apuração da base de cálculo dos Estados foi observada a fórmula total das receitas de impostos de natureza estadual: ICMS, IPVA, ITCMD, receitas de transferências da União: Cota-Parte do FPE, Cota- parte do IPI — Exportação, Transferências da Lei Complementar 87 de 1996 (Lei Kandir), Imposto de Renda Retido na Fonte e outras receitas correntes: receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária deduzidas as transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios: ICMS (25%), IPVA (50%), IPI — Exportação (25%) compunham a base de cálculo estadual.

Os Municípios e o Distrito Federal tiveram quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e parágrafo terceiro da Constituição Federal. No caso dos Municípios se procedeu da seguinte maneira, o total das receitas de impostos municipais: ISS, IPTU, UBI, acrescido das receitas de transferências da União: Cota-Parte do FPM, Cota-Parte do ITR, Cota-Parte da Lei Complementar 87 de 1996 (Lei Kandir), acrescido o Imposto de Renda Retido na Fonte — IRRF, acrescidas as receitas de transferências do Estado: Cota-Parte do ICMS, Cota-Parte do IPVA, Cota-Parte do IPI — Exportação, acrescidas outras receitas correntes: receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária compõem a base de cálculo municipal para os Estados e os Municípios até o exercício financeiro de 2004, observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação prevista no artigo 77 do ADCT.²⁶⁴

A apuração da base de cálculo do Distrito Federal foi definida pela soma do percentual de vinculação correspondente aos Estados aplicado sobre a base estadual com o percentual de vinculação correspondente aos Municípios aplicado sobre a base municipal, observado a regra de progressão prevista no artigo 77 da ADCT. Os entes federados que em 2000 aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderiam reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional foi abatida na razão mínima de um quinto ao ano até 2003, sendo que o ano de 2004 foi no mínimo o previsto no artigo 77 do ADCT.

²⁶⁴ Bases de cálculo expressa na Resolução 316 de 2002 do Conselho Nacional de Saúde.

Isto posto, a Emenda Constitucional 29 de 2000 ao determinar novo sistema de cálculo para apuração dos recursos mínimos aplicados em saúde pelos entes federados, acarretou aumento das dotações orçamentárias para o financiamento do Sistema Único de Saúde. Para o incremento necessário na dotação orçamentária da saúde no Brasil, levou-se em consideração que nos últimos anos a arrecadação de tributos pela União apresentou crescimento expressivo, a adoção da proporcionalidade de distribuição de receitas resultou um aumento dos valores destinados para o Sistema Único de Saúde.

Outras receitas do Sistema Único de Saúde constituíam também fontes de recursos e estão dispostas no artigo 32 da Lei 8080 de 1990 como provenientes de serviços que sejam prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde; e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Este dispositivo legal dispõe que as ações de saneamento básico realizadas de maneira supletiva pelo Sistema Único de Saúde são custeadas pelos recursos do Sistema Financeiro de Habitação em seu artigo 32, parágrafo terceiro, letra Q e as atividades de pesquisa, desenvolvimento científico e tecnológico em saúde são cofinanciadas pelo Sistema Único de Saúde, pelas universidades, pelo orçamento fiscal e recursos de instituições de fomento, financiamento e/ou de origem externa e receita das instituições executoras. Outra fonte de recursos relevante ao SUS é o repasse de cinquenta por cento do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres previsto na Lei 6194 de 1974.

As diferentes fontes de receitas instituídas pelo legislador ao estipular contribuições exigidas de variados segmentos da sociedade, observou o princípio da diversidade da base de financiamento do Sistema Único de Saúde, o que representou os recursos arrecadados serem bastantes à crescente demanda por ações e serviços na área da saúde pública. Desta maneira, a pertinência de estudos e pesquisas neste setor para aprimorar o sistema e adequá-lo às exigências dos brasileiros que deste dependem. O modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde foi aperfeiçoado com o surgimento da Emenda Constitucional 29 de 2000, apesar de tal aperfeiçoamento não configurar resposta satisfatória à crescente demanda por ações e serviços no campo da saúde pública, trata-se de significativo avanço e possibilidade de desenvolvimento a longo prazo.

Ressaltamos ser oportuno uma análise da Emenda Constitucional 95 de 2016 para a compreensão do teto de gastos instituídos e regulamentados a título da Saúde brasileira que foi resultado das propostas 241 e 55 que tramitaram na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, alcançando sua votação final em dezembro de 2016. A partir de então, foram inseridos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias dispositivos que implementaram um novo regime fiscal com limite para os gastos do governo federal que vigorará pelos próximos vinte anos. Esse regime valerá até 2036, sendo o teto fixado para 2017 correspondente ao orçamento disponível para os gastos de 2016, acrescido da inflação daquele ano. Para a saúde o ano-base será 2017 com início de aplicação em 2018. Qualquer mudança nas regras só poderá ser feita a partir do décimo ano de vigência do regime e será limitada à alteração do índice de correção anual.

Desse modo, pelo artigo 102 do ADCT é fixado para cada exercício um limite individualizado para a despesa primária total que corresponde ao montante da despesa total antes do pagamento dos juros da dívida do Poder Executivo, Judiciário, Legislativo, do Tribunal de Contas da União, Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União, cabendo a cada um destes a responsabilidade pelo estabelecimento do seu limite. Aumentos reais do limite estão vedados, pois o § 3º, inciso II desse artigo nos exercícios posteriores a 2017, o limite dos gastos corresponderá ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Aplicado e assim sucessivamente, de modo que apenas aumentos nominais são possíveis.

As regras deste regime não permitem o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, o que diferencia o caso brasileiro de outras experiências estrangeiras que adotaram o teto de gastos públicos. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram as taxas de crescimento econômico e demográficas pelos próximos vinte anos, o que pode acarretar o sucateamento das políticas sociais na área da saúde, colocado em risco a qualidade de vida da população brasileira.

Fixado o teto uma vez, isso vincula todos os fenômenos administrativos que ocorrerem nas várias unidades, órgãos e pessoas administrativas supra pelos próximos vinte anos, o que obstará os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração, contratação de pessoal, reestruturação de carreiras necessários em razão do crescimento demográfico, dos

objetivos e fundamentos constitucionais que direcionam o projeto constituinte do Estado de Bem Estar Social.

O novo regime fiscal suspende o projeto constituinte de 1988 e retira dos próximos governantes a autonomia sobre o orçamento, salvo se houver no futuro em uma nova gestão outra proposta de emenda constitucional em sentido contrário. Também, retira do cidadão brasileiro o direito de escolher em cada eleição o programa de governo traduzido no orçamento e com isso decidir pelas políticas públicas prioritárias para o desenvolvimento econômico.²⁶⁵ Não foram excluídos do teto o pagamento de juros e amortizações da dívida públicas os percentuais obrigatórios de gastos com a saúde e a Constituição exige que os governos apliquem um percentual mínimo de sua receita neste setor. A União federal é obrigada a aplicar na saúde ao menos o mesmo valor do ano anterior mais o percentual de variação do Produto Interno Bruto; os Estados e Municípios precisam investir 12% e 15%, respectivamente.

Sem essa exclusão do teto, o financiamento do Sistema Único de Saúde nos Estados e Municípios será atingido, pois cerca de dois terços das despesas do Ministério da Saúde são transferidas fundo a fundo para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras a cargos dos entes federados. O ex-Ministro da Fazenda do governo vigente à época, Henrique Meirelles, confirmou em entrevista que a “desvinculação das despesas obrigatórias com saúde é parte fundamental e estrutural” do novo regime fiscal.²⁶⁶ Destaca-se que isso é inconstitucional, uma vez que atenta contra a vedação ao retrocesso social, consubstanciada no plano do direito positivo na lista das cláusulas pétreas constitucionais do § 4.º do artigo 60.²⁶⁷

Um problema associado à liberdade para o crescimento da dívida pública é a exclusão do teto das “despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes”. Neste ponto, para a compreensão do que isso significa é necessário um cotejo

²⁶⁵ NUNES, António José Avelãs. **Neoliberalismo & Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, páginas 111-112.

²⁶⁶ MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Rev. Investig. Const. Curitiba**, v. 4, n. 1, abril 2017, p. 259-281. Disponível em <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392017000100259&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

²⁶⁷ SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. **Serviço Público: garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social**. Curitiba: Íthala, 2016, páginas 209-235.

entre as regras da EC 95 de 2016 que ao acrescentar o art. 102 no ADCT estabelece no inciso V do seu § 6.º que “despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes” ficam excluídas do teto, o que permite que esses recursos que estão sendo reservados sejam utilizados para aumento de capital dessas empresas para encobrir os gastos. A EC 95 de 2016 é uma medida de ajuste fiscal que atende as nações subdesenvolvidas ou em desenvolvimento que pode ser sintetizada na relação tríplice “superávit primário, meta inflacionária e câmbio flutuante”, cujo resultado é o aprofundamento da desigualdade social, recessão econômica e geração de lucros exclusivos e exorbitantes para poucos.

No Brasil alcançar superávits primários elevados se tornou responsabilidade fiscal desde as crises econômicas do ano de 1990 e consiste no dinheiro que o governo consegue economizar, ou seja, aquilo que este gasta em despesas que não são financeiras a menos do que arrecada, destinando o saldo remanescente para pagar os juros ou amortizações da dívida pública. Esse dado passou a ser meta da política econômica neoliberal, pois consubstancia o risco de um governo dar calote na dívida pública ou não.

Ocorre que as justificativas brasileiras para a adoção do teto de gastos públicos no país estão permeadas de equívocos como a compreensão do déficit público apresentado como um dado negativo significar necessariamente incompetência administrativa ou irresponsabilidade fiscal, mas não é a realidade, uma vez que país que investe em infraestrutura como o Brasil vinha fazendo nos últimos tempos acumula déficit público, dado este que pode significar a adoção de uma política desenvolvimentista. Ainda, cumpre salientar que não é possível afirmar que o governo federal brasileiro sob o governo anterior gastou demasiadamente e foi irresponsável do ponto de vista fiscal, apresentando tal premissa como justificativa suficiente para a adoção do teto de gastos públicos.

No país a finalidade da EC 95 de 2016 consistiu em reforçar o limite dos investimentos públicos o sistema de saúde privado, considerando o princípio da liberdade de escolha trazido pela Escola conservadora de Chicago.²⁶⁸ Por isso ao seguir a posição da União europeia, Carlos Octávio Ocké-Reis em sua obra “SUS: o desafio de ser único” apontou como principais obstáculos à efetividade e universalidade do Sistema Único de Saúde brasileiro a concorrência entre os planos privados de saúde e os subsídios que recebem do Estado, sem se

²⁶⁸ FRIEDMAN, Milton; FRIEDMAN, Rose. **Liberdade para escolher**. 2. ed. Trad. Ana Maria Sampaio et all. Portugal: Publicações Europa-América, 1980.

preocupar com os motivos ligados à gestão do sistema.²⁶⁹ Essa análise também foi encontrada no livro “O preço da desigualdade” de Joseph Stiglitz que projeta o colapso do nível de vida da sociedade norte-americana, desassistida de um sistema público e universal de saúde, em um futuro próximo que iniciou.²⁷⁰

Desta maneira, podemos extrair que a EC 95 de 2016 pretendeu alcançar um equilíbrio fiscal a partir do corte do gasto e não pelo investimento, o que revela um equívoco. Outra opção poderia ter sido utilizada por intermédio de reformas no sistema de arrecadação que são capazes de promover um ajuste fiscal. A EC atribuiu imunidade à tributação brasileira sobre as grandes propriedades e rendas do capital que acarretou na incidência da carga tributária centralizada sobre os mais pobres e nos rendimentos do trabalho e seu consumo. Por isso a medida consubstancia uma opção que privilegia determinados setores nacionais e estrangeiros, tendo em vista que existe outras alternativas em relação ao teto de gastos que são eficazes se comparadas ao seu teto, medida esta que não o é.

A medida adequada a ser adotada para a crise brasileira não é o teto de gastos públicos, haja vista que a curto e médio prazos acarretará o agravamento da crise. Uma diminuição gradual dos juros em conjunto com o fim da isenção dos dividendos o Brasil é um dos países do mundo que a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso passou a não tributar a distribuição dos lucros e, portanto, a reforma da tabela progressiva do Imposto de Renda, a criação do Imposto sobre Grandes Fortunas e do Imposto sobre o valor Agregado seriam providências desejáveis para substituir o PIS, Cofins, IPI, ICMS, ISS e a contribuição previdenciária sobre a receita das empresas capazes de gerar superávit e corrigiriam falhas na economia brasileira. Essa é uma das posições apresentadas no estudo publicado em dezembro de 2016 pelo Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo vinculado ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O texto apresenta a análise crítica da tributação da renda e do lucro no Brasil, demonstrando como as medidas adotadas nos anos de 1980 e 1990 restringiram o papel distributivo dos Impostos.²⁷¹

²⁶⁹ OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

²⁷⁰ STIGLITZ, Joseph. **O preço da desigualdade**. Trad. Dinis Pires. Lisboa: Bertrand, 2016.

²⁷¹ MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Pedro. Texto para discussão 1844- **Gasto Público e Desigualdade de Renda no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=18638>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

3.3 Planejamento e Orçamento do Fundo Nacional de Saúde

Instituído pelo Decreto 64867 de 1969 como fundo especial, o Fundo Nacional de Saúde é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde na esfera federal. Os recursos administrados por este fundo destinam-se a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da Administração direta e indireta integrantes do SUS. Os recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde são designados também às transferências realizadas aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a fim de que esses entes federativos efetuem de modo descentralizado ações e serviços de saúde, investimentos na rede de serviços e cobertura assistencial e hospitalar no âmbito do SUS. A destinação dos recursos é orientada pelas políticas e pelos programas gerenciados pelas secretarias do Ministério da Saúde.

As transferências de recursos da União consubstanciam instrumentos celebrados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas como a administração estadual, distrital e municipal ou privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco que envolvam a transferência de recursos financeiros provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

As dotações orçamentárias destinadas às transferências de recursos são alocadas no Orçamento Geral da União de duas formas, quais sejam, o recurso de programa/ação que se trata de dotação orçamentária na qual as entidades públicas e privadas têm a iniciativa de cadastrar propostas de projetos mediante programas previamente elencados pelo órgão público concedente. Os recursos de programação são executados de acordo com o planejamento da política/programa e a disponibilidade orçamentária. A segunda forma se dá por meio do recurso de Emenda Parlamentar ou instrumento que o Congresso Nacional possui para participar da elaboração do orçamento anual. Essas emendas possibilitam aos parlamentares aperfeiçoarem a proposta encaminhada pelo Poder Executivo com vistas a uma melhor alocação dos recursos públicos. O Ministério da Saúde realizará o processamento das emendas consoante a legislação vigente.

O orçamento impositivo traz que as Emendas Constitucionais 86 de 2015 e 100 de 2019 acrescentassem à Constituição Federal brasileira de 1988 novo teor aos textos dos

artigos 165 e 166. Tais emendas constitucionais tornam obrigatórias as execuções orçamentária e financeira das emendas individuais, de bancadas estaduais e do Distrito Federal inseridas pelos parlamentares na Lei Orçamentária Anual, a qual rege o orçamento geral da União. Nos termos da Constituição Federal as emendas individuais inseridas pelos parlamentares ao Projeto de Lei Orçamentária serão aprovadas no limite de até 1,2% da Receita Corrente Líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo e as emendas incluídas pelas bancadas estaduais e do Distrito Federal terão seu limite fixado em até 1,0% da mesma Receita Corrente Líquida. Metade desse valor será obrigatoriamente destinado pelos parlamentares às ações e aos serviços públicos de saúde.

O texto constitucional atual determina ainda que caso exista limitação de empenho para cumprimento do resultado primário as emendas parlamentares sofrerão limitação em percentual igual ou inferior ao que incidir sobre as despesas discricionárias. As emendas impositivas não serão executadas em caso de impedimento de ordem técnica conforme disposto na LDO 2022 (Lei 14194 de 2021 e em portarias interministeriais a serem publicadas pela Secretaria de Orçamento Federal, a fim de regulamentar a execução das emendas parlamentares individuais e de bancadas estaduais.

O artigo 65, parágrafo segundo da Lei de Diretrizes Orçamentárias propugna que são consideradas hipóteses de impedimento de ordem técnica, sem prejuízo de outras posteriormente identificadas em ato do Poder Executivo Federal a ausência de projeto de engenharia aprovado pelo órgão setorial responsável pela programação nos casos em que for necessário; a ausência de licença ambiental prévia nos casos em que for necessária; a não comprovação por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios quando a cargo do empreendimento após a sua conclusão da capacidade de aportar recursos para sua operação e sua manutenção; a não comprovação de que os recursos orçamentários e financeiros sejam suficientes para conclusão do projeto ou de etapa útil com funcionalidade que permita o imediato usufruto dos benefícios pela sociedade; a incompatibilidade com a política pública aprovada no âmbito do órgão setorial responsável pela programação; a incompatibilidade do objeto da despesa com os atributos da ação orçamentária e do respectivo subtítulo; e os impedimentos cujo prazo para superação inviabilize o empenho dentro do exercício financeiro.

Os procedimentos e prazos para superação de impedimentos de ordem técnica são estabelecidos nos textos da Lei de Diretrizes Orçamentárias, portarias interministeriais de

operacionalização das emendas parlamentares e portaria de alterações de créditos orçamentários da Secretaria de Orçamento Federal.

Os critérios adotados para determinar os recursos de investimentos consistem na alocação de recursos de investimentos na saúde que é essencial, uma vez que se trata de setor estratégico para o desenvolvimento brasileiro, assegurando inclusão social e geração de trabalho. As ações de enfrentamento às desigualdades regionais na alocação de recursos, observação da compatibilização entre investimentos em obras, equipamentos, pessoal e garantia de custeio, a complexa relação entre acesso, escala, escopo e sustentabilidade dos investimentos em saúde são importantes para ampliar a capacidade técnica do complexo produtivo da saúde do país e melhorar a qualidade de vida da população. Desta maneira, analisar as principais diretrizes de investimentos no SUS, os critérios e parâmetros de alocação de recursos para que haja aperfeiçoamento contínuo de sua capacidade institucional de gestão e oferta de serviços de saúde com o objetivo de superar desafios que constituem obstáculos à sua consolidação e legitimação.

O principal objetivo do investimento nos próximos anos consiste em garantir o acesso, a qualidade e equidade da atenção à saúde da população, a valorização dos profissionais de saúde e o aprimoramento da gestão da saúde. A regionalização do SUS, as políticas que buscam equidade no sistema são essenciais para alcançar os objetivos propostos. Para tanto, os recursos alocados consideram e refletem as necessidades regionais, priorizando as regiões com vazios sanitários e grandes dificuldades no acesso.

As regras vigentes preveem o atendimento das especificidades das regiões e as Leis Complementar 141 de 2012 em seu artigo 17 e 8080 de 1990 em seu artigo 35 estipulam as regras para o estabelecimento de valores a serem distribuídos por Estados, Municípios e Distrito Federal que combinados podem gerar fórmulas de cálculo que atendam às peculiaridades das diversas linhas de investimento e às diferentes necessidades oriundas da heterogeneidade das regiões, dos Estados e Municípios brasileiros entre as quais temos a necessidade de saúde da população; dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial; capacidade de oferta das ações e de serviços de saúde; perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; e características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.

Os parâmetros para propostas de investimentos conforme exposto anteriormente, a destinação dos recursos de investimentos no setor saúde está condicionada aos critérios e métodos de seleção, priorização e aprovação de projetos que respondam às necessidades dos sistemas de saúde dentro de seu alcance sejam estes locais, regionais ou estaduais. A análise de um projeto de investimento deve considerar aspectos de elegibilidade jurídico-administrativa e técnico-assistencial, sendo a elegibilidade técnico-administrativa a avaliação dos principais aspectos técnicos relacionados à proposta com vistas a averiguar sua consistência, a adequação aos princípios do SUS e os macro-objetivos do investimento no setor.

A base dos critérios de análise e aprovação de proposta consiste na coerência com as políticas nacionais, estaduais, municipais e com os objetivos e as estratégias das políticas estruturantes do SUS aprovadas na Comissão de Intergestores Tripartite e/ou no Conselho Nacional de Saúde e em conformidade com o Plano Nacional de Saúde; a Descentralização em razão da sua importância na garantia de acesso e racionalização da atenção à saúde este critério visa à promoção de infraestrutura física ou humana para a descentralização do sistema; impacto sobre a cobertura e a integralidade, haja vista que estimulam-se ações que aumentem a cobertura dos serviços e integrem conhecimentos e outros recursos necessários para tal cobertura.

Ainda, o impacto sobre a promoção da equidade da saúde e do sistema de saúde a partir do qual avalia-se a abrangência do projeto a grupos populacionais que apresentam dificuldades de acesso à assistência e de grupos de risco, periferias de cidades com mais de vinte mil habitantes em áreas de difícil acesso e os demais grupos em situação de miserabilidade e vulnerabilidade na sociedade.

Priorizam-se projetos voltados para crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, usuários de crack e outras drogas, portadores de transtornos mentais e vítimas de violência; humanização do ambiente de trabalho com vistas à crescente valorização de projetos de construção, ampliação e reforma que possibilitem fluxos lógicos e ordenados de atendimento ao otimizar e qualificar as atividades profissionais; racionalidade do investimento a ser comprovada e fundamentada por meio de indicadores de morbidade e de mortalidade, os quais deverão corroborar o pedido de investimento. Avalia-se se há consistência entre a proposta de infraestrutura do projeto, o montante do investimento solicitado e o objetivo central do projeto.

O desenvolvimento da força de trabalho mediante avaliação em relação ao projeto deve prever a capacitação específica da força de trabalho e se existe um núcleo de gestão do trabalho e de educação em saúde, promovendo a educação permanente inserida nos processos de trabalho. No modelo de gestão da proposta são avaliados os aspectos organizacionais e a capacidade de gestão do projeto sob os pontos de vista gerencial, técnico e financeiro.

O planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde de acordo com o estabelecido pela Resolução CIT 10 de 2016 traz os entes federados que planejem a construção ou ampliação física de serviços de saúde no SUS que demandem aporte financeiro por parte dos demais entes federados deverão acordar previamente o total de recursos orçamentário financeiros de capital e custeio, de modo que seja devidamente pactuado para o seu pleno funcionamento.

Os entes que solicitarem recursos de capital, os quais acarretem aumento da oferta como criação de novo serviço e ampliação física de serviço existente por exemplo devem informar a previsão quanto ao custeio mensal com definição da parcela atribuída para cada ente e previsão de incidência de gasto de custeio dos novos serviços a serem implementados. Ressalta-se que a consulta aos demais entes quanto à possibilidade de aporte de recursos de custeio deverá preceder a aplicação dos recursos de capital por parte do ente proponente, de modo a evitar o início da operacionalização de novos serviços sem assegurar os recursos de custeio necessários ao funcionamento adequado do serviço.²⁷²

O Fundo Nacional de Saúde atua como agente financeiro do Sistema Único de Saúde e possui recursos que são destinados a prover as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades da administração indireta, as transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, bem como outras autorizadas pela Lei Orçamentária Federal em conformidade com o Plano Quinquenal do Ministério da Saúde nos termos do artigo 2 da Lei 8142 de 1990.

Os recursos que compõem o Fundo Nacional de Saúde têm origens distintas, as quais podem ser elencadas a seguir: consignações do Orçamento da Seguridade Social

²⁷² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2022** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

destinadas de acordo com o artigo 34 da Lei 8080 de 1990 para as despesas e transferências estabelecidas no artigo 2 da Lei 8142 de 1993; consignações do Orçamento Fiscal da União oriundos de créditos adicionais, doações de organismos internacionais vinculadas à Organização das Nações Unidas e de entidades de cooperação técnica, de financiamentos e empréstimos produtos de aplicações financeiras na forma da legislação vigente; outras fontes nos termos do artigo 32 da Lei 8080 de 1990; da contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e créditos de natureza financeira; cinquenta por cento do valor bruto do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres.

As contribuições supracitadas indicam que a CPMF teve participação significativa no custeio das ações e serviços de saúde em detrimento do montante arrecadado e da destinação propugnada pela Emenda Constitucional 37 de 2002, sendo que dos 0,38%, 0,20% são destinados ao Fundo Nacional de Saúde. Apesar de tratar-se de fonte subsidiária foi responsável pela regularização dos fluxos de recursos designados à saúde pública ao longo de anos. Portanto, a manutenção dessa contribuição é instrumento que não deveria ser abandonado sem uma avaliação profunda em relação às consequências de tal supressão. O Fundo Nacional de Saúde é estruturado em consonância com as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde e se presta como modelo de organização aos Estados e Municípios dos respectivos fundos de saúde.

3.4 Mínimo Existencial e Reserva do Possível

A pessoa humana como centro referencial de proteção surge com os ideais liberais da Revolução Francesa que inseriram direitos na Declaração dos Direitos Humanos de 1789 e influenciaram diversos ordenamentos jurídicos do mundo. Os Direitos Fundamentais nasceram nas Constituições liberais do século XVIII, dando início a uma relevante fase do desenvolvimento teórico destes direitos. Porém, a afirmação dos Direitos Fundamentais somente se deu no século XX, a partir da Segunda Guerra Mundial. Com o pós-guerra transformações ocorreram em defesa dos Direitos Humanos, impulsionou-se o movimento de internacionalização dos Direitos Humanos mediante um sistema de monitoramento e fiscalização internacional desses direitos, demonstrando ser legítimo interesse da comunidade internacional a tutela dos Direitos Humanos.

As violações ao ser humano e seus direitos perpetradas durante as guerras que se sucederam no século XX, resultaram na criação da ONU em 1945 e na proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948. João Baptista Herkenhoff nos traz

A Carta das Nações Unidas, que criou a ONU, estabeleceu como um dos propósitos desse organismo internacional promover e estimular o respeito aos Direitos Humanos. Em atendimento a esse objetivo, o Conselho Econômico e Social, órgão responsável por esta matéria no seio da ONU, criou a Comissão de Direitos Humanos. A Comissão de Direitos Humanos, como sua primeira empreitada, discutiu e votou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, submetida depois à Assembleia Geral.²⁷³

A partir de então, a humanidade caminhou no sentido de considerar a pessoa humana o bem mais importante a ser protegido e promovido. A tutela da dignidade da pessoa humana se transformou na ideia central do sistema jurídico mundial, para esta convergindo a fundamentação dos direitos fundamentais. A esse respeito Vicente Barreto esclarece

os direitos humanos remetem a exigências imprescindíveis para a vida da pessoa humana, que podem ser resumidas na ideia de dignidade humana. A manutenção da dignidade humana constitui, assim, o cerne dos direitos humanos, pois é por meio deles que serão asseguradas as múltiplas dimensões da vida humana, todas asseguradoras da realização integral da pessoa.²⁷⁴

A Declaração Universal de 1948 deu nova dimensão aos Direitos Humanos que a partir de então, passou a caminhar no sentido de sua plena efetivação. Os direitos proclamados em 1948 foram sendo gradativamente inseridos no texto das Constituições dos diversos Estados. A Constituição Federal brasileira de 1988 acolheu os Direitos Humanos propugnados em distintos documentos internacionais. A Constituição declara no primeiro artigo a proteção à dignidade da pessoa humana como norma que fundamenta o Estado brasileiro. Tal princípio opera como suporte axiológico de todo o sistema jurídico nacional, para este convergindo todos os demais direitos fundamentais presentes na Constituição Federal.

²⁷³ HERKENHOFF, João Batista. **Direitos Humanos**: uma ideia, muitas vozes. Aparecida: Editora Santuário, 2011, p. 33-34.

²⁷⁴ BARRETO, Vicente. Ética e Direitos Humanos: aporias preliminares. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.). **Legitimação dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002, p. 521.

O princípio da dignidade da pessoa humana no sistema constitucional brasileiro traz na Carta Política de 1988 em seu artigo 1º, inciso III que a República Federativa do Brasil tem como fundamento o princípio da dignidade da pessoa humana. Tal dispositivo colocou o ser humano como objetivo central do ordenamento jurídico, orientando todo o sistema, a fim de que todo ele esteja sistematicamente direcionado para a sua tutela. Assim concebido, o da dignidade da pessoa humana se tornou o epicentro do extenso catálogo de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais que as Constituições e os instrumentos internacionais oferecem aos indivíduos e às coletividades. Esse princípio orienta toda a atividade legislativa, judiciária, administrativa e privada à realização do indivíduo como interesse superior e primário.

A proteção à dignidade da pessoa humana encontra-se no Título I, fato que pela técnica legislativa adotada demonstra a relevância de tal dispositivo, o qual precede a todos os demais capítulos constitucionais, servindo de base interpretativa para estes. O princípio confere unidade axiológica ao sistema jurídico-constitucional, vinculando o aplicador do direito que ao interpretar e aplicar as normas jurídicas deve priorizar a proteção da pessoa humana. O sistema jurídico e os direitos fundamentais encontram seu fundamento na pessoa humana. Nessa perspectiva suas necessidades têm que ser consideradas concretamente e não podem se sujeitar aos modelos tradicionais abstratos de proteção. Fábio Konder Comparato afirma

a ideia de que o princípio do tratamento da pessoa como fim em si mesma implica não só o dever negativo de não prejudicar ninguém, mas também o dever positivo de obrar no sentido de favorecer a felicidade alheia constitui a melhor justificativa do reconhecimento, a par dos direitos e liberdades individuais, também dos direitos humanos à realização de políticas públicas de conteúdo econômico e social, tal como enunciados nos artigos XXII a XVIII da Declaração Universal dos Direitos Humanos.²⁷⁵

As normas jurídicas criadas pelo homem encontram seu fundamento de existência, a sua finalidade no homem, de maneira que a dignidade da pessoa humana consiste no respeito ao outro. Maria Celina Bodin de Moraes assevera quatro princípios compõem o substrato material do princípio da dignidade da pessoa humana, quais sejam, liberdade e solidariedade.

²⁷⁵ COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 231-237.

Quando se reconhece a existência de outros iguais, daí dimana o princípio da igualdade; se os iguais merecem idêntico respeito à sua integridade psicofísica, será preciso construir o princípio que protege tal integridade; sendo a pessoa essencialmente dotada de vontade livre, será preciso garantir, juridicamente, esta liberdade; enfim, fazendo ela, necessariamente, parte do grupo social, disso decorrerá o princípio da solidariedade social.²⁷⁶

A dignidade da pessoa humana consubstancia direito inviolável e preexistente ao ordenamento jurídico, haja vista que os textos que a estabelecem são declaratórios e não constitutivos.²⁷⁷ Maria Celina Bodin de Moraes acrescenta que a dignidade humana não é criação da ordem constitucional, apesar de ser por esta respeitada e tutelada. A dignidade é inerente à condição natural do homem, sendo sua proteção um dever moral e legal de todos.²⁷⁸ Ingo Sarlet Wolfgang descreve a dignidade da pessoa humana

A qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.²⁷⁹

A dignidade da pessoa humana se relaciona e interage com os valores morais e materiais de subsistência, os quais transpostos para a ordem jurídica se transformam no princípio da dignidade da pessoa humana. Esse princípio foi constituído pela reunião de direitos indispensáveis a uma vivência digna do ser humano. Os direitos que compõem o conteúdo material deste princípio se encontram nos planos dos direitos individuais e sociais. O desrespeito ao princípio da dignidade da pessoa humana foi no século XX marcado pela intolerância, discriminação, fome, violência, desigualdade social e guerras e a luta apela afirmação deste princípio representa o desafio dos tempos atuais.

²⁷⁶ MORAES, Maria Celina Bodin de. O Conceito de Dignidade Humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang. (Org.). **Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p. 117.

²⁷⁷ PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do Direito Civil**: introdução ao direito civil constitucional. Tradução de Maria Cristina De Cicco. 3ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007., p. 3.

²⁷⁸ MORAES, Maria Celina Bodin de. O Conceito de Dignidade Humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang. (Org.). **Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p. 115.

²⁷⁹ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed., revisada, atualizada e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019, p. 62.

Por outro lado, deparamos com a reserva do possível e a escassez de recursos que abrange o custo dos direitos, a escassez dos recursos e as escolhas de sua alocação. Na doutrina o entendimento que o teor dos direitos de liberdade é negativo e dos sociais é positivo, na proporção aqueles impõem dever de abstenção do Estado e este dever de ação tal diferenciação é insuficiente, haja vista que há dimensões positivas de direitos negativos e direitos sociais, cujo teor é predominantemente negativo.²⁸⁰

Os direitos de liberdade não importam apenas em um dever de abstenção do Estado, mas ainda condutas estatais positivas que garantem a tutela dos direitos fundamentais de primeira dimensão, quer seja ao criar um aparato normativo que obsta os indivíduos de praticarem atos que atentem contra as liberdades dos demais membros da sociedade, seja fiscalizar ou assegurar acesso aos remédios judiciais. Os direitos de liberdade são por vezes ameaçados pela ação da sociedade ou de outros indivíduos como é a hipótese do direito à privacidade que pode ser ameaçado pela imprensa. Por outro lado, há direitos sociais que são negativos como o direito à sindicalização e à greve, os quais apesar de possuírem um aparato normativo não dependem em regra de uma prestação estatal positiva para serem concretizados.

Nesse sentido, podemos aferir que os direitos de liberdade e sociais podem implicar custos. Ainda, os direitos de liberdade para serem fruidos necessitam de um aparato estatal que para ser mantido acarreta custos que serão atendidos com os recursos estatais, os quais em última instância consubstanciam os recursos da comunidade.

José Reinaldo Lopes afirma que os custos provenientes dos direitos de liberdade e sociais são distintos, posto que em relação aos primeiros não existe uma relação necessária e diretamente proporcional entre os custos do aparato estatal e o turado deveria funcionar adequadamente para os benefícios que o interessado obtém deste. Nessa situação um aparato estruversos casos independentemente das suas especificidades e complexidade. A título de ilustração mencionamos o caso do aparato judicial em que não há uma relação direta entre o custo gerado pelo processo judicial e o benefício que o indivíduo pretende obter. Ao passo que em relação aos direitos sociais em regra o custo varia de acordo com a necessidade

²⁸⁰ AMARAL, Gustavo. **Direito, Escassez e Escolha**: critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 37-38.

de cada indivíduo, uma vez que a prestação positiva apresenta especificidades consante as condições de cada interessado.²⁸¹

O saneamento básico possui relação com a saúde dos indivíduos, mas seus custos não têm relação proporcional aos benefícios alcançados. Entretanto, o argumento apresentado pelo autor é importante, haja vista que grande parte dos direitos sociais apresenta relação de proporcionalidade. A título de ilustração mencionamos a saúde curativa em que os custos provenientes de um tratamento estão atrelados às especificidades da doença de um indivíduo.

Também, o objeto da prestação varia conforme a pretensão de tutela de certa liberdade ou a garantia de um direito social. No primeiro caso a prestação consiste em recursos indiretos à manutenção de programa obtido independentemente da ação estatal como despreendemos da proteção à propriedade, o Estado não tem o dever de assegurar que todos a possuam, mas àqueles que dispõem desse bem não serão esbulhados de seu direito. Em relação aos direitos sociais a situação é distinta, posto que a prestação que se busca é a prestação do serviço ao tomar a saúde não ser negada ao indivíduo que a procura o acesso ao serviço estatal nos termos supracitados.

Assim, a despeito da identificação dos direitos de liberdade como direitos negativos e dos direitos sociais como positivos seja artificial e que os direitos de liberdade e os direitos sociais implicam em custos, importa para o capítulo em discussão observar que há direitos fundamentais, os quais dependem de ações positivas estatais para serem concretizados no âmbito fático. Tais ações demandam gastos que serão suportados pelo Estado e em última instância pela sociedade. Nesse sentido, o direito social à saúde em sua perspectiva positiva deve ser assegurado pelo Estado por intermédio de políticas públicas e sociais de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal brasileira de 1988, cuja efetividade depende de condutas estatais positivas que implicam custos.

As ações e serviços médicos podem ser promovidos pela iniciativa privada consoante artigo 199 da Carta Política, mas parcela significativa da população depende da ação estatal para ter acesso à saúde, uma vez que não dispõe de recursos financeiros para custear tratamentos e remédios ou adquirir planos de saúde. A garantia desse benefício não

²⁸¹ LOPES, José Reinaldo de Lima. Em torno da reserva do possível. In SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (orgs.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria dos advogados, 2008, p. 175-177.

refere-se apenas ao acesso a tratamentos e remédios como também versa sobre políticas públicas de saneamento e prevenção. Portanto, a efetivação desse direito, especificamente em relação às parcelas mais carentes da população, necessitam de prestações positivas pelo Estado, o qual tem o dever na ordem constitucional de implementar políticas públicas na área da saúde. Desta maneira, a ação estatal voltada à implementação de políticas públicas requer meios materiais como recursos financeiros, profissionais especializados, equipamentos entre outros.

José Reinaldo Lopes traz que a implementação de políticas públicas capazes de concretizar os direitos sociais pelo Estado depende dos gastos públicos e de uma legislação infraconstitucional que estrutura o serviço a ser prestado, bem como promove o serviço indiretamente pelos particulares. Nesse sentido, afirma sobre a necessidade do Estado planejar as suas contas e o desenvolvimento nacional, o que inclui a efetivação dos direitos sociais que possuem planos e orçamentos à implementação das respectivas políticas públicas. Assim, a satisfação de pretensões fundadas no direito social à saúde perante o Estado se pauta em uma legislação infraconstitucional e meios materiais. Esses por sua vez são finitos e conforme Gustavo Amaral os recursos necessários à satisfação das demandas sociais demanda que o Estado deve dispor de recursos humanos como de pessoas que desempenhem as funções públicas, meios materiais, ambos limitados pelos recursos financeiros de que dispõe o Estado.²⁸²

A busca dos recursos financeiros pelo Estado encontra-se limitada por outros direitos fundamentais como as garantias dos contribuintes e a proibição de confisco. Por outro lado, as necessidades são infinitas, porque os padrões que se pretende serem atendidos sofrem constantes modificações ao longo da história. A título de ilustração temos a saúde no passado consubstanciar saneamento e vacinação e atualmente compreender a assistência preventiva e curativa, observando-se uma ampliação de seu objeto e responsabilidades.²⁸³

Outros fatores que colaboram com o agravamento da infinidade das necessidades são os avanços científicos e tecnológicos; o desenvolvimento da medicina é notório e possibilita tratamentos que de um lado torna disponível remédios e procedimentos

²⁸² LOPES, José Reinaldo de Lima. Em torno da reserva do possível. In SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (orgs.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria dos advogados, 2008, p. 178.

²⁸³ AMARAL, Gustavo. **Direito, Escassez e Escolha**: critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 59.

mais caros e de outro o envelhecimento da população, bem como o aumento da expectativa de vida dos indivíduos que passam a contar com a assistência estatal por tempo indeterminado.

Tal progresso é positivo, mas representa despesas mais elevadas aos Estados que fornecem os remédios e procedimentos médicos, bem como são necessários ainda recursos entre os quais mencionamos órgãos para transplantes, profissionais especializados e equipamentos. Isto posto, temos em vista que as necessidades são infinitas e os meios materiais necessários à sua satisfação são finitos, o que indica uma situação de escassez dos recursos disponíveis na medida que é escasso um recurso que não existe em quantidade suficiente para atender a todos que deste necessitam; trazemos o transplante de órgãos, recurso o qual diversas pessoas necessitam para sobreviver mas é escasso. No caso em tela a necessidade revela-se maior do que a disponibilidade do recurso e por isso a adoção de uma opção disjuntiva se impõe, uma vez que determinados indivíduos não serão atendidos ainda que todos sejam destinatários da norma constitucional que assegura o direito à saúde.

O direito à saúde tem em vista o bem que se pretende proteger relacionado ao princípio Gustavo Amaral traz que considerado de forma isolada, não há tratamento que suplante o orçamento dos entes federados, contudo, o dinheiro público é recurso escasso em razão do que a atenção aos custos se faz necessária. Escasso porque finito, depende de fatores econômicos como a riqueza produzida no país, também o Estado deve considerar os custos gerados pelo atendimento de toda a coletividade e as múltiplas demandas existentes nas diversas áreas sociais, não tendo em vista apenas um caso específico.

Nesse sentido, Stephen Holmes e Cass Sunstein afirmam

Os direitos costumam ser descritos como invioláveis, peremptórios e determinados. Todavia, isso é mero floreio retórico. Nada que custa dinheiro pode ser absoluto. Nenhum direito cuja eficácia pressupõe o gasto seletivo dos recursos dos contribuintes pode, em última instância, ser protegido unilateralmente pelo Judiciário sem observância das consequências orçamentárias que afetam as competências dos outros poderes. Levar o custo dos direitos em conta é então se portar como um administrador prudente, que se indaga como alocar inteligentemente recursos limitados, levando em conta o amplo espectro de bens e utilidades públicas. Os direitos assegurados em lei têm 'custos de oportunidade'; quando um direito é tornado efetivo, outros bens valiosos, inclusive direitos, são postos à margem, pois os recursos consumidos para dar eficácia àquele direito são escassos. A questão

é sempre: poderiam os recursos públicos ser alocados com mais justiça de um outro modo?²⁸⁴

Jorge Miranda propugna que ao considerar as normas serem abundantes e os recursos escassos, na hipótese de todos os direitos sociais e econômicos não puderem ser atendidos haverá a necessidade de determinar a prioridade e em que medida o deverão ser, caso contrário culminaria a inutilização dos comandos constitucionais, uma vez que querer-se-ia tudo fazer sem nada conseguir-se fazer.²⁸⁵ Desta maneira, os recursos necessários para efetivar o direito à saúde por serem escassos requer a necessidade da adoção de escolhas alocativas e impõe-se a utilização de critérios que estabeleçam quais demandas serão atendidas.

Frisa-se o caráter disjuntivo das escolhas em um universo de escassez de recursos, posto que a opção por um bem ou serviço dar-se-à às expensas de outro conforme despreendemos da hipótese de serem alocados recursos à educação tal decisão ocorre a cargo dos idosos quem em regra não usufruem deste benefício. Ao transpor este raciocínio à área de saúde a decisão de alocar recursos para o tratamento de uma doença pode ocorrer em diversas situações que ao investir em tratamentos para câncer existirá menos recursos para atender as demais demandas médicas.

Gustavo Amaral ressalta que esse caráter disjuntivo traz consequências que não são vislumbradas sob a perspectiva da microjustiça e trata sobre os princípios de justiça distributiva, os quais consistem nos diversos parâmetros que podem ser utilizados na alocação dos recursos a partir de concepções que distribuem de acordo com as necessidades de cada um, com base em merecimento ou consoante critérios igualitaristas para a tomada de decisões alocativas.²⁸⁶

Entendemos todos deverem ter acesso irrestrito à saúde sem que sejam considerados os custos, mas apenas o reconhecimento às pessoas de um direito subjetivo ao recebimento de quaisquer tratamentos para que não ocorra a supressão da efetividade do direito que pretendem tutelar. As demandas pelos tratamentos consomem os recursos

²⁸⁴ SUNSTEIN, Cass; HOLMES, Stephen. **O custo dos direitos**: Por que a liberdade depende dos impostos. Traduzido por Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2019, não paginado.

²⁸⁵ MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional** - Tomo IV - Direitos Fundamentais. 9. ed. Coimbra: Coimbra, 2012, p. 392-393.

²⁸⁶ AMARAL, Gustavo. **Direito, Escassez e Escolha**: critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 82.

financeiros sem que haja uma racionalização e planejamento em relação ao uso racional e amplo à cobertura universal. No Brasil por um lado o atendimento das doenças que atingem ricos e pobres é eficiente como no caso da AIDS, por outro prejudica parte da população que sofre de doenças provenientes da miséria como a desnutrição, febre amarela, cólera e outras. Portanto, impõe-se planejamento e atuação em face à escassez de recursos e consequente necessidade de escolhas alocativas.

O mínimo existencial carece de conteúdo específico e representa a dimensão essencial e inalienável de qualquer direito. Trata-se do mínimo de dignidade humana e condições materiais necessárias à existência humana e ao exercício da liberdade. O fundamento desse núcleo essencial encontra-se nas condições necessárias para o exercício da liberdade real e não apenas liberdade como ausência de opressão. Ainda, o direito às condições mínimas de existência é inerente à pessoa humana de forma que condiciona o ordenamento jurídico e materializa um direito público subjetivo.²⁸⁷

O mínimo existencial relaciona-se com o conceito de pobreza absoluta que decorre da desigualdade social, devendo ser combatida pelo Estado em observância ao princípio da igualdade. Em contrapartida a pobreza relativa que decorre de causas da produção econômica e redistribuição de bens trata-se de objeto das políticas orçamentárias e está pautada nas condições de justiça social. O autor assevera que o mínimo existencial é composto por um *status negativus libertatis* que representa a esfera de atuação e omissão do indivíduo na qual o Estado não pode intervir e, um *status positivus libertatis*, cuja proteção requer prestações positivas por parte estatal que assegurem as condições de liberdade. Entretanto, o *status positivus libertatis* diverge do *status positivus socialis*, o qual versa sobre direitos econômicos, sociais e seguridade social. Este configura o fornecimento dos serviços públicos não essenciais e as prestações financeiras em benefício dos mais vulneráveis consoante a situação econômica do país.²⁸⁸

Nessa direção, os direitos econômicos e sociais estão previstos em normas constitucionais programáticas e não têm caráter vinculante pelo fato de tal efetivação estar atrelada à concessão do legislador ordinário na esfera orçamentária. Isto posto, esses direitos existem sob a reserva do possível ou a partir da reserva de lei orçamentária e do empenho por

²⁸⁷ TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. In **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, n. 42. Rio de Janeiro, 1990, p. 29-32.

²⁸⁸ TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. In **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, n. 42. Rio de Janeiro, 1990, p. 29-32.

parte da Administração relacionada à despesa necessária. Em contrapartida, a tutela do mínimo existencial prescinde da lei infraconstitucional e não está vinculada à reserva do possível de modo que o Poder Judiciário pode determinar a sua entrega, haja vista que a concretização não se encontra sob a responsabilidade do ato discricionário legislativo e administrativo.

Ricardo Torres ainda afirma que a distinção entre o mínimo existencial e os direitos econômicos e sociais não é clara, especialmente após as emendas constitucionais que vinculam o orçamento público nas áreas de saúde e educação. Nessas hipóteses argumenta que compete ao Poder Judiciário recomendar ao Legislativo e à Administração implementarem a política pública adequada por intermédio do reconhecimento da intangibilidade do mínimo existencial e determinação da prática dos atos orçamentários cabíveis, propiciando a entrega de bens públicos individualizados como os remédios, o que acarreta desequilíbrio no patrimônio público em razão do remanescimento dos valores destinados a cada setor referente à respectiva despesa pública disposta na legislação. Cumpre salientar que isto ocorre em detrimento a ausência de instrumentos que possibilitem vincular e responsabilizar o legislador na previsão orçamentária subsequente.

No que tange ao direito à saúde o autor entende que não se trata de um direito originariamente fundamental ou *status* que possui, mas na parcela mínima necessária a sobrevivência do ser humano, entretanto, não apresenta critérios para definir o núcleo essencial desse direito e apenas menciona que a medicina curativa está situada entre os direitos econômicos e sociais que dependem da concessão pelo legislador.²⁸⁹ José Reinaldo Lopes trata este problema sob a perspectiva da reserva do possível a partir da análise analógica com três institutos jurídicos a saber, impossibilidade da obrigação, a doutrina da questão exclusivamente política e cláusula potestativa. Ao inserir o debate sobre o ângulo da reserva do possível na dinâmica das obrigações é possível verificar a impossibilidade jurídica de alocar e criar recursos em contrariedade com as regras do orçamento público que possui fonte constitucional e a impossibilidade econômica decorre da escassez dos recursos, o que implica que sejam distribuídos consoante regras que pressuponham o direito igualitário de todos sem qualquer forma de exclusão.

²⁸⁹ TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. In **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, n. 42. Rio de Janeiro, 1990, p. 29-32.

A doutrina da questão política resta relevante na medida que propõe a escassez advir das escolhas que favoreçam uma área determinada em detrimento de outra, o que suscita a questão de estabelecer o ator legítimo para efetuar as escolhas legais e políticas que envolvam a alocação dos recursos da sociedade. Essas decisões políticas e não jurídicas se utilizam de critérios analisados com fundamento nos parâmetros de conveniência e oportunidade, motivo pelo qual devem ser tomadas pelos Poderes que prestam contas às maiorias, quais sejam, os Poderes Legislativo e Executivo.²⁹⁰

Por fim, a utilização do instituto das cláusulas potestativas traz a ponderação do autor em se posicionar a favor da judicialização sobre direitos sociais quando necessário e na hipótese de não haver outra possibilidade ou meio para acessar um direito fundamental. Isso porque, diante da omissão do Estado na concretização dos direitos sociais que dependem de sua iniciativa e atribuição institucional coloca o Poder Judiciário enquanto ator que se presta como um canal de comunicação entre a sociedade e o Poder Público, o que possibilita o Estado ser convocado a trazer explicações sobre suas escolhas e prioridades.

Tal ação fortalece as ações civis públicas e de improbidade administrativa enquanto mecanismos aptos a suprirem as omissões referentes aos direitos sociais. A despeito do autor ter analisado a reserva do possível sob a perspectiva do direito privado o argumento apresentado traz à baila sobre os direitos sociais a questão referente à impossibilidade jurídica, econômica e o aspecto político das escolhas alocativas de recursos. As prestações positivas necessárias à efetivação dos direitos sociais acarretam custos ao erário e tem em vista que o orçamento é o meio pelo qual as despesas públicas são constituídas, organizadas e financiadas, de maneira que não é possível afirmar que a criação e alocação de recursos em dissonância com o orçamento público é juridicamente impossível.²⁹¹

Na área da saúde o artigo 196 da Constituição Federal brasileira de 1988 propugna o caráter igualitário e universal das ações estatais, assim ao dispensar um dado tratamento deve-se considerar a possibilidade de entregá-lo a todos que deste necessitarem, assim como os custos que advirão de seu fornecimento possibilitarão que outros tratamentos continuem sendo fornecidos. A questão de verificar a possibilidade econômica do Estado deve

²⁹⁰ LOPES, José Reinaldo de Lima. Em torno da reserva do possível. In SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (org.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria dos advogados, 2008, p. 177.

²⁹¹ TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. In **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, n. 42. Rio de Janeiro, 1990, p. 29-32.

priorizar o acesso universal e igualitário dos serviços de saúde e se de um lado existe um núcleo dos direitos sociais, o mínimo existencial que se impõe ser efetivado por outro, os direitos sociais, cuja efetivação encontra obstáculo em relação à reserva do possível. Dessa forma, a fim de compatibilizar o mínimo existencial e a reserva do possível trazemos o entendimento de Ricardo Lobo Torres que argumenta o mínimo existencial relacionar-se com o conceito de pobreza absoluta da qual emerge a desigualdade social, devendo ser enfrentada pelo Estado em atenção ao princípio da igualdade.

O autor analisou a reserva do possível sob a perspectiva do direito o argumento apresentado traz à discussão dos direitos sociais e a questão referente a impossibilidade jurídica, econômica e o aspecto político das escolhas alocativas de recursos. As prestações positivas necessárias à efetivação dos direitos sociais acarretam custos ao erário e tem em vista que o orçamento é o meio pelo qual as despesas públicas são constituídas, organizadas e financiadas, mas não demonstram possível afirmar que a criação e alocação de recursos em dissonância com o orçamento público é juridicamente impossível.²⁹²

Na área da saúde nos termos do artigo 196 da Constituição Federal devemos atentar ao caráter igualitário e universal das ações estatais e, por isso ao conceder um dado tratamento essa possibilidade de entregá-lo cabe a todos que dele necessitarem, assim como os custos provenientes de seu fornecimento possibilitarão que outros tratamentos continuem sendo prestados. A partir de então surge a situação de verificar a possibilidade econômica do Estado, a qual deve priorizar o acesso universal e igualitário referente aos serviços de saúde.

Por um lado existe o núcleo dos direitos sociais, o mínimo existencial que se impõe ser concretizado e de outro, os direitos sociais se depara com a sua efetivação ser obstado em razão da reserva do possível. Dessa forma, a fim de se compatibilizar o mínimo existencial e a reserva do possível destaca-se o entendimento de Ricardo Lobo Torres que argumenta o mínimo existencial relacionar-se com o conceito de pobreza absoluta proveniente da desigualdade social, a qual deve ser enfrentada pelo Estado em atenção ao princípio da igualdade. Em contrapartida, a pobreza relativa oriunda das causas de produção econômica e

²⁹² TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. In **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, n. 42. Rio de Janeiro, 1990, p. 29-32.

redistribuição dos bens é objeto de políticas orçamentárias tem como fundamento as condições de justiça social.²⁹³

A partir da ideia do mínimo existencial relacionar-se com o conceito de pobreza absoluta, trata-se de um mínimo necessário ao exercício da liberdade real e nos permite dizer que ao Estado compete as ações preventivas e o combate das doenças relacionadas à pobreza. O mínimo necessário à existência constitui um direito fundamental, uma vez que sem este mínimo cessa a possibilidade de sobrevivência do homem e desaparecem as condições iniciais de liberdade. Leivas desenvolve o tema relativo ao mínimo existencial considerando um conceito de necessidades básicas entendidas estas como situações ou estados que constituem uma privação daquilo que é básico ou imprescindível e que conseqüentemente nos coloca diante da situação de dano, privação ou sofrimento grave para a pessoa.²⁹⁴

Len Doyal e Ian Gough afirmam que o necessário seria um padrão ótimo crítico ou máximo de saúde e autonomia, ou seja, a obtenção do melhor nível de satisfação de necessidades que pudesse ser alcançado hodiernamente em qualquer lugar do mundo. Entretanto, reconhece que em países de terceiro mundo como o Brasil tal exigência é inviável e requer uma estratégia de desenvolvimento a médio prazo com o intuito de atingir níveis realistas de satisfação.²⁹⁵ Essa concepção do que seja mínimo existencial como comenta Leivas passa por uma contextualização, de forma que cada nação tem uma realidade social, política, cultural e econômica distinta das demais. A literatura sobre o mínimo vital passa por uma formulação que as necessidades estão associadas com os parâmetros de vida mínimo aceitável em uma sociedade.²⁹⁶

Nesse sentido, após detida análise reflete-se sobre a existência de um direito fundamental definitivo ao mínimo existencial orientado pela aplicação do princípio da proporcionalidade, haja vista a ocorrência de colisão entre vetores de otimização. Uma alternativa para efetivar um direito subjetivo público ao mínimo existencial e para tangenciar os demais direitos fundamentais sociais pondera-se sobre os princípios que o fundamentam e

²⁹³ TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. In **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, n. 42. Rio de Janeiro, 1990, p. 29-32.

²⁹⁴ LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **A Estrutura Normativa dos Direitos Fundamentais Sociais**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

²⁹⁵ DOYAL, Len; GOUGH, Ian. **A theory of human need**. London: Macmillan, 1991.

²⁹⁶ LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **A Estrutura Normativa dos Direitos Fundamentais Sociais**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

os princípios colidentes. Em favor do mínimo existencial temos os princípios da liberdade fática, dignidade humana, do Estado Social e igualdade fática. Do outro lado como princípios capazes de restringir tais direitos estão o princípio da competência orçamentária do legislador e o direito de terceiros. Ocorre que o reconhecimento de um direito fundamental definitivo ao mínimo existencial afasta qualquer dúvida ou discussão que os princípios referentes ao fundamental possuem um peso maior no caso concreto quando houver a incidência de princípios colidentes.

4 DEMOCRACIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Saúde é uma forma de Democracia segundo Sérgio Arouca afirma durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, um momento histórico à consolidação do sistema nacional de saúde que conhecemos na atualidade. A Democracia, proposição na concepção do Sistema Único de Saúde surge no contexto da Reforma Sanitária Brasileira como um projeto de mudança para a configuração desse sistema em um processo de redemocratização de país após a ditadura militar, o que beneficiou a inclusão ampla dos atores envolvidos.

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira demarcou política e institucionalmente a consolidação de princípios e diretrizes que fundamentaram a criação do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, emerge um sistema de saúde com previsão à participação de usuários, trabalhadores e gestores em sua gestão em 1980. A título de marco legal temos a participação da população e dos trabalhadores instituída como diretriz de organização do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal brasileira de 1988 e na Lei 8142 de 1990.

A garantia formal da participação social no sistema de saúde se deu pelo estabelecimento de espaços de participação via conselhos e conferências de saúde, organizados nas esferas administrativas do sistema de saúde, de maneira que com a criação das instituições participativas, consideradas “formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre as políticas.”²⁹⁷ Neste trabalho aborda-se a democracia em sua expressão nas instâncias participativas do Sistema Único de Saúde a partir da análise das possibilidades de participação e articulação dos atores envolvidos.

Esses espaços no sistema de saúde possuem caráter permanente e deliberativo. Os conselhos de saúde atuam na formulação de estratégias, no controle e na deliberação da execução da política em suas correspondentes instâncias.²⁹⁸ As conferências de saúde são

²⁹⁷ BORBA, Julian. Participação política como resultado das instituições participativas: oportunidades políticas e o perfil da participação. In: PIRES Roberta Rocha. Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea; 2011. p. 65-76.

²⁹⁸ COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro; GOMES, Karine de Oliveira; JUNQUEIRA, Túlio da Silva. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselhos de saúde. **Physis** (Rio de Janeiro); 2010; 20(3): 853-72.

espaços amplos de discussão dos caminhos da política e das prioridades do Sistema Único de Saúde nas diferentes esferas administrativas de governo, organizadas a cada quatro anos. Também no que diz respeito à ampliação, há os conselhos locais de saúde, organizados por unidades de saúde ou territórios determinados com a finalidade de discutir propostas de saúde no âmbito regional.²⁹⁹

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde traz que diversos conselhos de saúde foram criados no Brasil com diversas características de organização. A participação social adquire espaço e demarca a característica de um sistema que pretende ser voltado às necessidades da população como um direito social.³⁰⁰ O sistema de saúde brasileiro surge como agenda popular em um momento de ascensão neoliberal. As leis que regiam o funcionamento do Sistema Único de Saúde foram vetadas e restringiam políticas econômicas, o que se acarretou em barreira para uma reforma ampla no sistema brasileiro neste período.

A garantia legal de participação da população na gestão do sistema de saúde é identifica diversos desafios para a participação de trabalhadores e usuários.³⁰¹ Estes desafios são antigos e vêm desde a centralização do poder nas representações executivas do Estado, passando pela dificuldade do exercício democrático pelas populações e alcançando a precarização dos espaços de participação social.³⁰² Os limites da Democracia Participativa no contexto do Capitalismo consubstanciam um cenário contraditório ao desenvolvimento do controle social.

Grande parte das pessoas encontram-se marginalizadas da possibilidade de participação na sociedade, e outras que participam enfrentam desafios impostos pelo regime político administrativo que visam à concentração de poder, dificuldades nas condições materiais de participação e no âmbito da subjetividade individual no contexto de sua

²⁹⁹ COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2010.

³⁰⁰ OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANI, Ana Maria Zollner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciênc Saúde Coletiva**. São Paulo, 2013.

³⁰¹ MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos municipais de saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. 14 (3), São Paulo, 2009.

³⁰² MARTINS, Poliana Cardoso, et all. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis**, vol. 18, núm. 1. Rio de Janeiro, 2008, páginas 105-121.

consciência social.³⁰³ Em trinta anos da constituição brasileira vigente, nos período de 2014 a 2017, ocorre mais uma crise econômica de um Estado Capitalista.

Diante desta situação é relevante refletirmos as realidades da Democracia Participativa e para tanto, observa-se que historicamente houve diversos entraves à consolidação de espaços de participação na área da saúde. A partir da situação política vivenciada nos dias de hoje de Democracia, os debates acerca da participação social, a relação da sociedade e Estado, potencializam-se ao considerarmos as reivindicações políticas e sociais da população brasileira em confronto. Este capítulo pretende trazer o conhecimento atual sobre a questão da participação na saúde.

O objetivo é descrever e analisar, a partir da sistematização de estudos recentes, o Estado sobre tal tema para compor um panorama dos debates sobre a Democracia e saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. As abordagens teóricas da Democracia, um dos assuntos da pesquisa, serão abordados, assim como as tipologias, os conceitos e a agenda de pesquisa da participação social, considerando que esse tópico é multidimensional, com muitos sentidos práticos, teóricos e institucionais.³⁰⁴

Posteriormente serão expostos o material que responde aos objetivos propostos para este capítulo, quais sejam, apresentar um panorama dos estudos recentes sobre a tema da participação na saúde; identificar as concepções sobre Democracia e os conceitos sobre participação que orientaram as pesquisas; descrever e analisar quais os desafios apontados para a consolidação da participação social e mapear as perspectivas à prática e aos estudos sobre participação social na saúde.

³⁰³ NETO, Antônio Cabral. Democracia: velhas e novas controvérsias. **Estud Psicol.**, vol. 2, núm. 2. Natal, 1997; páginas 287-312.

³⁰⁴ LAVALLE, Adrián Gurza. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, Roberta Rocha. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**, vol. 2. Brasília: Ipea; 2011. p. 33-42.

4.1 Teorias Democráticas, Conceitos e Modalidades de Participação Social

A democracia conta como princípio com apoio considerável da sociedade. No entanto, o seu significado tem clivagens e distinções relevantes. As vertentes teóricas sobre Democracia podem ser sistematizadas em dois modelos: competitivo, seja na perspectiva do elitismo ou do pluralismo; e popular, das abordagens de participação e deliberação.³⁰⁵

Para a elite o papel dos indivíduos restringe-se a votar, enquanto aos membros dela que se destacam em relação ao povo têm a incumbência de governar. A Democracia pode ter como uma de suas definições “a livre competição entre líderes em potencial pelo voto do eleitorado.”³⁰⁶ De acordo com essa abordagem, a Democracia não tem valor intrínseco, consistindo apenas, no modo de obter decisões políticas. A democracia é a possibilidade de escolha da representação, ou seja, a participação é restrita à escolha daqueles que decidem.³⁰⁷

A partir da crítica à elite, o pluralismo é expresso como uma possibilidade de diversos grupos lutarem pelo poder político. A democracia surge como o fomento e a garantia de competição entre eles com a tutela do direito de participação e das minorias. Essa abordagem pressupõe participação e contestação, mas ocorre nos grupos e nas associações voluntárias, espaços por intermédio dos quais os indivíduos formulam, expressam e têm igualdade para que suas preferências sejam consideradas pelos governos. Por meio do sufrágio universal, tais grupos competem entre si na arena política e para a composição da representação no Estado.

Essas abordagens trazem a concepção da Democracia como competição, focadas na representação ou centralização dos processos decisórios nas instituições representativas. Ainda, ressalta a divisão entre o Estado e a Sociedade Civil. Os modelos populares surgem da crítica a esses modelos e contra a perspectiva de Democracia pautada na representação política de interesses. Apresentam a solidariedade, cooperação, o

³⁰⁵ SILVA, Denisson; SETTI, Gabriel; PARANHOS, Ranulfo; NASCIMENTO, Willber. Teoria democrática contemporânea modelo democrático competitivo e modelo democrático popular. vol. 10, n. 1. **Em Tese**. Florianópolis, 2013, páginas 1-27.

³⁰⁶ SILVA, Denisson; SETTI, Gabriel; PARANHOS, Ranulfo; NASCIMENTO, Willber. Teoria democrática contemporânea modelo democrático competitivo e modelo democrático popular. vol. 10, n. 1. **Em Tese**. Florianópolis, 2013, páginas 1-27.

³⁰⁷ COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004.

reconhecimento e a consideração do outro em oposição à competição. Também, indicam a necessidade da participação direta como pressuposto para a Democracia. Essas perspectivas têm natureza prescritiva e de plano de ação, considerando que o Estado Democrático é constituído quando as decisões políticas são tomadas por aqueles que estão a estas submetidos. Dessa maneira, propõe a superação da distinção entre Estado e sociedade e concepção de democracia exclusivamente como forma de governo.³⁰⁸

A abordagem participacionista ressalta a participação democrática enquanto aquela que propicia que as instituições sejam pensadas com os indivíduos da sociedade, os quais participam igualmente das oportunidades dos processos decisórios. A participação tem uma função social enquanto processo educativo ao incentivar de forma positiva os indivíduos e as instituições que participam destes processos. Os grupos de participação regionais e relacionadas ao cotidiano das pessoas são relevantes nessa perspectiva de participação como aprendizado em seus ambientes de trabalho, uma vez que se tributa a esta o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos para as atividades públicas.³⁰⁹ Nesse sentido, Norberto Bobbio traz sobre a democracia participativa

Hoje, se se quer apontar um índice do desenvolvimento democrático este não pode mais ser o número de pessoas que têm o direito de votar, mas o número de instâncias (diversas daquelas políticas) nas quais se exerce o direito de voto; sintética mas eficazmente: para dar um juízo sobre o estado da democratização num dado país o critério não deve mais ser o de "quem" vota, mas o do "onde" se vota (e fique claro que aqui entendo o "votar" como o ato típico e mais comum do participar, mas não pretendo de forma alguma limitar a participação ao voto).

A democracia em sua expressão nas instâncias participativas do Sistema Único de Saúde a partir da análise das possibilidades de participação e articulação dos atores envolvidos associada à posição de Norberto Bobbio traz o conceito de governança que prioriza o envolvimento da sociedade enquanto recurso para ampliar a eficiência econômica e social do Estado e converge com demandas políticas que propugnam o aprofundamento do conteúdo democrático da vida política. Este autor ao tratar o desenvolvimento da democracia política real defendia a ampliação dos espaços democráticos, posto que a democratização da

³⁰⁸ LAISNER, Regina. A participação em questão: ponto ou contraponto da representação na teoria democrática? **Estud Sociol.**, vol. 14, núm. 26. São Paulo, 2009, páginas 17-35.

³⁰⁹ SILVA, Denisson; SETTI, Gabriel; PARANHOS, Ranulfo; NASCIMENTO, Willber. Teoria democrática contemporânea modelo democrático competitivo e modelo democrático popular. vol. 10, n.1. **Em Tese**. Florianópolis, 2013, páginas 1-27.

sociedade, onde se conclui que pode haver um estado democrático em uma sociedade em que a maior parte de suas instituições como família, escola, empresa e gestão dos serviços públicos não são governadas democraticamente.³¹⁰

A posição de Norberto Bobbio coaduna com a perspectiva de uma boa governança, enseja a criação de novos espaços públicos e a incorporação de atores não-estatais provenientes do mercado e da sociedade na gestão da coisa pública. Neste contexto de cessão pelo Estado da exclusividade na elaboração, consecução, gestão de políticas públicas e prestação de serviços públicos que a participação social adquire novas dimensões como recurso político, econômico e social, visando ampliar a eficiência na utilização dos recursos e a eficácia das políticas públicas.

Complementa Maria da Glória Gohn que estes novos mecanismos participativos incluídos na governança se baseiam no engajamento popular como um recurso produtivo central, valendo-se da participação enquanto fonte de informações e diagnósticos sobre os problemas públicos para produzir conhecimentos e subsídios à elaboração de estratégias na resolução dos problemas e conflitos envolvidos.³¹¹ Ainda, podemos acrescentar a tais atributos a função de controle da sociedade sobre os governantes com vistas à ampliação da eficiência na alocação dos recursos públicos. A participação democrática entendida como um valor político a estes novos mecanismos está associada a uma participação da sociedade como valor instrumental ao desenvolvimento social.

A perspectiva de deliberação entende a ação comunicativa ser central, esta torna possível o diálogo entre os indivíduos sob a perspectiva de construção de entendimentos mútuos de caráter ético e pela busca de acordos e equilíbrios entre os interesses divergentes. O resgate da esfera pública, momento dialógico de construção da opinião popular, bem como a constituição de espaços de deliberação comum nas instituições do Estado, propicia que os indivíduos participem da arena política, considerado o momento decisório. Portanto, a Democracia seria um meio pelo qual o debate público gera a decisão política.³¹² A

³¹⁰ BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

³¹¹ GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 4 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2016, p. 43.

³¹² SILVA, Denisson; SETTI, Gabriel; PARANHOS, Ranulfo; NASCIMENTO, Willber. Teoria democrática contemporânea modelo democrático competitivo e modelo democrático popular. vol. 10, n. 1. **Em Tese**. Florianópolis, 2013; páginas 1-27.

participação como categoria teórica da Democracia explicita as críticas e diferenças das proposições dos modelos teóricos elitistas, pluralistas, participacionistas e deliberacionista.³¹³

Tais abordagens distinguem-se pelas formas e funções atribuídas à participação dos indivíduos no espaço público e na arena política. O entendimento sobre participação indireta ou direta, competitiva ou popular enseja modelos teóricos diversos de Democracia.³¹⁴ O conceito de participação enquanto categoria prática visa atribuir sentido à ação coletiva e prática política dos atores. No Brasil, está relacionada à orientação da ação dos atores em direção à emancipação das camadas populares. Nesse sentido, a participação tem um objetivo a ser alcançado de superar a desigualdade na conformação de políticas redistributivas, direitos e do acesso aos serviços públicos como “organização dos explorados para a disputa de um projeto de sociedade.”³¹⁵

O conceito de participação enquanto procedimento institucionalizado e estabelecido em leis e regras reporta às práticas nas instâncias participativas. A categoria institucional, participação está relacionada à proposição Constitucional de 1988 em que é estabelecida como um direito do cidadão. Essa concepção de participação refere-se aos processos de inovação institucional democrática que ocorreram no Brasil com a criação de Conselhos e Conferências.³¹⁶

No entanto, as instituições participativas não são as únicas formas de participação da sociedade civil nos processos decisórios do Estado. Lavallo afirma que a análise sobre a participação fica complexa ao considerar a variedade de atos grupados sob o rótulo de participação como falar em uma assembleia, depositar uma queixa, inscrever o nome em um abaixo assinado, frequentar uma reunião, aderir a um protesto público, tornar-se delegado, representar grupos na tomada de decisões institucionalmente investidas, incidir na formação e fluxos da opinião.³¹⁷

³¹³ COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004.

³¹⁴ COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004.

³¹⁵ COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004, p. 26.

³¹⁶ COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004.

³¹⁷ COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004.

Alguns dos atos de participação supracitados estão presentes nos repertórios de ação dos movimentos sociais e incluem capacidade de mobilização para além da participação na arena político-institucional das instituições participativas, sejam por meio de estratégias de pressão como abaixo-assinado, redes sociais, mobilização das comunidades, ações exacerbadas e disruptivas,³¹⁸ A utilização das distintas formas de protestos para a negociação com objetivos de confronto ou cooperação em relação às instituições participativas e ao Estado.

Outras maneiras de participação ocorrem nas instituições participativas e os dispositivos de participação institucionalizados nos Municípios brasileiros previstas em normas formais podem ser classificados como mecanismos individuais de participação que acolhem reclamações, sugestões e demandas nas ouvidorias, no fale conosco, reclame aqui e sistema de atendimento ao cliente; processos de conferências, cuja participação ocorre por representação; orçamento participativo que combina participação direta e indireta; e Conselhos de políticas públicas e direitos com diferenças nas formas de participação relacionadas ao arcabouço institucional das áreas a que se destinam.³¹⁹

As distintas definições, concepções, formas e tipologias de Democracia e participação social apresentadas anteriormente orientam duas categorias analíticas deste trabalho. Pretende-se mapear os objetos de análises, as formas e tipologias de participação analisadas, bem como identificar as abordagens de participação e Democracia que orientam os estudos produzidos sobre a participação social em saúde. Os desafios e as perspectivas para a participação social em saúde, outro tópico abordado neste capítulo, foram delimitados a partir da agenda de pesquisas sobre este assunto que surge com base na diversidade de opção da participação, a partir da implementação das instâncias participativas provenientes do processo de construção democrática, consolidado com a Constituição Federal brasileira de 1988, a qual fomentou estudos a partir de 1990 no Brasil.

A primeira referência foi a teoria participativa. Nesse momento, estava em questão o estudo da relação entre a consolidação da democracia, o aprendizado democrático e a participação direta [relacionando-as] aos fatores inerentes, principalmente, à organização e

³¹⁸ TATAGIBA, Luciana Ferreira. A questão dos atores, seus repertórios de ação e implicações para o processo participativo. In: PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea; 2011. p. 171-186.

³¹⁹ CORTES, Soraya Vargas. As diferentes instituições participativas existentes nos municípios brasileiros. In: PIRES, Roberto Rocha. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea; 2011. p. 137-150.

ao *modus operandi* destas instâncias do ponto de vista de sua dinâmica interna de funcionamento.³²⁰ Também, “defender as instituições participativas enquanto instrumento para o alcance de determinados objetivos políticos-normativos subjacentes ao processo de democratização brasileiro. Em um segundo momento, as pesquisas dedicaram-se às reais dificuldades de implementação e funcionamento de políticas participativas”³²¹ em relação à eficiência dos processos deliberativos, tendo o participacionista e as suas expressões empíricas.³²²

A agenda dos estudos sobre instâncias participativas caminha ao interesse em estudos que tratam sobre o assunto da efetividade deliberativa. Isso se dá em detrimento do funcionamento das instâncias, a sua capacidade de deliberar e das decisões influenciarem as políticas públicas na avaliação sobre o impacto das deliberações nas políticas públicas, os resultados distributivos que produzem no acesso aos bens e serviços públicos e as condições políticas, econômicas e sociais para viabilizarem efetivamente as deliberações também estão em discussão.³²³

A respeito da teoria de Democracia a crítica sobre o modelo deliberacionista se destaca na relação entre deliberação e conflitos. Alguns autores indicam a possibilidade do conflito estar incluído na medida em que a deliberação pressupõe acordos e, não necessariamente, consensos.³²⁴ Outros autores, no entanto, afirmam a incapacidade da deliberação nas instituições políticas e na esfera pública, uma vez que as desigualdades e os mecanismos estruturais de sua reprodução são obstáculos para a democratização da sociedade atual que resultam em assimetrias no controle de recursos de poder, de tal forma que os

³²⁰ VAZ, Alexander Cambraia. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: PIRES, Roberto Rocha (org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, 2011. p. 96.

³²¹ SILVA, Denisson; SETTI, Gabriel; PARANHOS, Ranulfo; NASCIMENTO, Willber. Teoria democrática contemporânea modelo democrático competitivo e modelo democrático popular. vol. 10, n. 1. **Em Tese**. 2013, Florianópolis, p. 12.

³²² VAZ, Alexander Cambraia. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: PIRES, Roberto Rocha (org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, 2011. p. 93.

³²³ AVRITZER, Leonardo. A Qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea; 2011; p. 13-25.

³²⁴ PEREIRA, Marcus Abilio. Movimentos sociais e democracia: a tensão necessária. **Opinião Pública**, vol. 18, n. 1. Campinas, 2012, páginas 68-87.

grupos têm capacidades diferenciadas de influir nos processos decisórios e na construção das regras da organização coletiva.³²⁵

Trata-se de análises que pretendem investigar os desafios para a participação deliberativa e as perspectivas para a sua qualificação. Os movimentos sociais, o ativismo político, associativismo, as formas e os repertórios de ação coletiva extrapolam o modelo deliberativo de Democracia como referência. A qualidade da participação estava em pauta, principalmente, o caráter deliberativo, o desenho institucional e a representatividade dos participantes dos Conselhos.³²⁶ Após as mobilizações massivas que ocorrem no país a partir de 2013, demonstrando a possibilidade de diversos objetos de análise sobre participação social para além das instâncias participativas, as instituições participativas se consolidaram nas áreas de políticas públicas em geral e na saúde especificamente. A questão é identificar qual a agenda dos estudos sobre a participação social na saúde no período atual.

4.2 A Participação Social no Sistema Único de Saúde

As construções e definições sobre a participação social no Sistema Único de saúde traz como mais utilizada para a participação na saúde o controle social. Desde o período da redemocratização no Brasil em 1980, este conceito vem sendo usado como controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, originalmente, associado ao controle dos indivíduos, a partir dos valores e normas da sociedade a qual pertencem.

Os modelos de participação e deliberação se apresentam nos estudos quando abordado a inclusão de atores sociais como sujeitos sociopolíticos investidos de poder institucional que detêm poder de controle direto da população sobre a coisa pública. Essa perspectiva que orienta o conceito de controle social enquanto sinônimo de participação social utilizado no campo da saúde e que adquire contornos mais abrangentes, ressignificando a participação social na ação política pública no que pertine à participação e deliberação de tais políticas.

³²⁵ MIGUEL, Luis Felipe. Deliberacionismo e os limites da crítica: uma resposta. **Opinião Pública**. Vol. 20, n. 1. Campinas, 2014, páginas 118-131.

³²⁶ COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004.

A democracia participativa é essencial para a legitimidade das decisões da gestão pública e os espaços de controle social são efetivos locais de disputas e acordos para interesses comuns, os espaços de diálogo em que predomina o debate e a discussão de problemas para a construção de soluções coletivas. Os modelos deliberacionista e participacionista são identificados quando prescrito como forma à concretização do controle social, a necessidade de os espaços de representação serem permeados pela horizontalização do debate com ampla possibilidade de participação e quando a formalização de um espaço democrático é atribuída à agregação de uma diversidade de seguimentos da sociedade civil representados com acesso dos atores ao processo decisório.

A participação enquanto ferramenta para atingir justiça social e emancipação das camadas populares se expressa na medida que a participação da população na gestão é considerada como um elemento fundamental na configuração do Sistema Único de Saúde universal e equânime, voltado às necessidades da população e na construção do direito à saúde. A motivação indicada para a participação nos espaços de controle social consubstancia a possibilidade de atuar na mudança da qualidade da assistência à saúde em âmbito regional. Essa perspectiva da participação como meio para atingir um objetivo é afirmada pela ênfase da construção do sistema de saúde brasileiro de acordo com o resultado de uma trajetória dos processos de luta, a partir dos movimentos sociais organizados pelos membros das universidades, trabalhadores da saúde, militantes pela saúde e movimentos comunitários de base. A participação social tem como efeito a sua garantia no texto constitucional de 1988, haja vista que a participação da comunidade é prevista enquanto diretriz do Sistema Único de Saúde no artigo 198.

A participação sob o enfoque da prática de ação social das camadas populares pela emancipação fica evidente nas discussões que criticam os fóruns, haja vista que na construção dos espaços de participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde integra sujeitos. Esses espaços e seus formatos expressam diversidades como o resultado da organização da sociedade e de projetos políticos e ideológicos; a ação social de indivíduos que atribui sentido a um determinado espaço de participação, consolidando seus objetivos e significado social, de maneira que o espaço de participação social pode assumir perspectiva emancipatória e propor mudanças que seria o sentido ao controle social ao corroborar à manutenção da ordem social vigente.

Nas hipóteses em que os estudos abordaram a Democracia foi por meio da crítica ao contexto das sociedades liberais, a partir da qual a participação está relacionada à propriedade privada, com fundamento na premissa de liberdades e direitos iguais, considerando que a sociedade não proporciona, segundo os estudos, condições iguais de participação no jogo político. Ainda que o conceito de participação esteja presente nas análises, verifica-se que a participação enquanto procedimento institucionalizado e estabelecido em leis e regras foi a principal abordagem orientadora de seus estudos, uma vez que estes foram sobre os Conselhos e as Conferências de saúde.

Os modelos deliberativos e participativos de Democracia orientam as perspectivas analíticas ainda que não tenham sido formalmente citados. As teorias democráticas e contribuições das análises brasileiras sobre participação social e instâncias participativas provenientes da área das ciências sociais não foram referência formal para as pesquisas realizadas. Os desafios para a consolidação da participação social no Sistema Único de Saúde nos traz que a legislação não é suficiente para assegurar a organização dos espaços de gestão democrática no SUS.

Alguns autores afirmam os Conselhos de Saúde serem espaços de construção recentes e, por esse motivo, há necessidade de consolidação e afirmação dessas instituições, posto que muitas experiências estudadas não seguem o que é indicado no marco legal.³²⁷ Os Conselhos se inserem em um panorama das práticas políticas tradicionais no país, com vícios como o autoritarismo e o clientelismo. As dificuldades na representatividade integram o universo da crise democrática do Brasil no parlamento e no Poder Executivo, o que traz um desafio mais amplo.

A literatura analisada indicou a representatividade um obstáculo à consolidação das instituições participativas. Os espaços de controle social encontram-se aparelhados pelos representantes da gestão, enfraquecendo a ação dos segmentos populares nos processos decisórios do Sistema Único de Saúde. Em determinadas situações, a representação dos trabalhadores e usuários é figurativa, limitando-se a sancionar o que é apresentado pela gestão.³²⁸ A partir do cenário de crise da representatividade, transcende outro desafio para a organização do controle social, qual seja, a desvalorização do conhecimento popular. Por este

³²⁷ SANTOS, Cibelle Cristina da Silva; BASTOS, Raquel Littério de. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. **Rev Bras Promoção Saúde**, vol. 24, n. 3. Fortaleza, 2011, páginas 266-273.

³²⁸ BATAGELLO, Rodrigo; BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón. Conselhos de saúde: controle social e moralidade. **Saúde Soc.** vol. 29, n. 3. Brasília, 2011; páginas 625-634.

motivo, não é raro que os representantes atuem de maneira desarticulada e/ou individualizada. Também, não há regras que responsabilizem os conselheiros sobre sua participação e o seu compromisso social.

As dificuldades em relação à participação social foram associadas à falta de informações pela população, pois mesmo com mais de vinte anos de construção do Sistema Único de Saúde resta necessário ampliar o conhecimento de todos segmentos sociais sobre os direitos existentes e a respeito da função dos espaços de gestão democrática.³²⁹ Esta ampliação e divulgação devem partir dos gestores em razão da importância e função dessas instâncias na gestão do Sistema Único de Saúde, dos trabalhadores, uma vez que trata-se de um espaço para apresentar propostas de melhoria nas condições de trabalho e dos usuários por ser fórum de reivindicação e tutela do direito à saúde.

Maria Elisabeth Kleba³³⁰ traz relevante contribuição quando aborda o tema da fragmentação dos atores envolvidos no processo de representação. O enfoque desses autores torna difícil articular os interesses do vasto conjunto dos representantes do segmento usuário e quando isto acontece, o foco das demandas dilui em detrimento da multiplicidade de instâncias do poder público que são responsáveis por atendê-las (Estado, Município, Secretaria de saúde e outros).

Alguns autores apresentaram experiências de Conselhos de Saúde que exerciam papel informativo ou burocrático³³¹ em que os membros destes Conselhos não conheciam a sua respectiva função. Os Conselhos funcionam a partir da dinâmica de apresentação das propostas pela gestão e votação, de acordo ou em desacordo com os demais segmentos, sem debate suficiente, o que é prejudicado pelas reuniões dispersas, mal organizadas ou com pouca resolutividade. Ainda, aparecem referências quanto à dificuldade de implantar o que é decidido, indicando deficiências no papel deliberativo dos espaços de participação na esfera da gestão em saúde.

³²⁹ SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Márcio Florentino; CARDOSO, Antônio José Costa; BERMUDEZ, Ximena Pamela Cláudia Dias. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciênc Saúde Coletiva**. Vol. 18, n. 8. Brasília, 2013, páginas 2275-2284.

³³⁰ KLEBA, Maria Elisabeth. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de saúde de Chapecó (SC). **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 3. Santa Catarina, 2010, páginas 793-802.

³³¹ SHIMIZU, Helena Eri; Pereira, Márcio Florentino; Cardoso, Jorge Alberto Córdon; BERMUDEZ, Ximena Pamela Cláudia Dias. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciênc Saúde Coletiva**. vol. 18, n. 8. Brasília, páginas 2275-2284.

Tal constatação é confirmada pela análise sobre a criação de espaços formais de representação na saúde não garantirem participação suficiente e articulada de todos os atores envolvidos nos processos decisórios, portanto, a Democracia deliberativa que deveria funcionar como mais uma possibilidade de ampliação da Democracia na perspectiva de uma articulação contínua não atinge sua finalidade. A ampliação da democracia tem seu fundamento nos resultados dos processos democráticos à medida que as reivindicações da população são alcançadas ou discutidas com clareza. A agenda dos estudos da participação na saúde coaduna com a análise sobre a participação em que está em discussão a representatividade dos participantes, os desenhos institucionais e a qualidade da participação no que tange ao caráter participativo e deliberativo dessas instâncias.

Os caminhos e as perspectivas para a gestão participativa no Sistema Único de Saúde enquanto perspectiva para qualificar a participação social, os autores trazem a necessidade de ampliar o acesso às informações para aqueles que atuam diretamente nas instâncias participativas com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre os processos de gestão do sistema de saúde como para a população em geral, possibilitando a visibilidade e socialização das ações dos Conselhos e de sua importância. Por outro lado, cumpre salientar que os espaços de controle social, a formação inicial e contínua dos Conselheiros foi reconhecida como experiências que obtiveram êxitos conforme desprendemos da literatura.

Tais análises e a formação dos conselheiros possibilitou a aquisição de habilidades e conhecimentos fundamentais para o melhor exercício das atividades nos Conselhos de Saúde.³³² A fim de impulsionar a relação das representações nos Conselhos e nas Conferências com seus representados, alguns estudos demonstraram a necessidade de superar a visão do representante como aquele que está ocupando esse espaço para votar. Desta maneira, uma vez que a sua legitimidade de representante vem de uma base social está relacionada à capacidade de articular e expressar os interesses da população que representa.

Isto posto, além de participar das reuniões nos Conselhos de Saúde, a sugestão para qualificação da representação dos conselheiros (segmentos usuários e trabalhadores) consiste em manter agendas periódicas e contínuas de debate com a base que representam. Nesse sentido, os movimentos sociais ganham espaço na concentração de ideais e demandas da população, colocando em pauta os interesses da sociedade nos espaços de participação

³³² SANTOS, Cibelle Cristina da Silva; BASTOS, Regina Lattério. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. **Rev Bras Promoção Saúde**. Vol. 21, n. 3. Fortaleza, 2011, páginas 266-273.

representativa. A ação social organizada passa a nortear a ação do conselheiro usuário, gestor, prestador de serviço ou trabalhador da saúde.

Os estudos indicaram a percepção de maior articulação de organização dos atores sociais para atuação nos Conselhos para aumentar suas influências nesses espaços de participação. Foi possível identificar a contribuição das experiências de gestão municipal centradas na construção mútua entre os membros do segmento usuário. Nesse contexto, a estratégia utilizada para superar a hegemonia dos atores estatais da gestão nos espaços de participação foi a cooperação e articulação entre os conselheiros que apresentaram pautas conectadas e conjugaram esforços em torno de interesses comuns.

O método de trabalho e os desenhos institucionais dos espaços de controle social são considerados ferramentas essenciais e responsáveis pela efetiva participação da população na gestão da saúde segundo demonstrou alguns estudos. A construção de ações concretas teve papel fundamental na metodologia que privilegiou a sistematização do conteúdo e dos apontamentos discutidos na orientação dos processos decisórios. As análises indicaram que os espaços de controle social podem ser alternativas efetivas para encontrar soluções aos problemas enfrentados a partir da participação ativa da população no processo de decisão.

A questão da participação social na saúde e a capacidade de participação nos processos decisórios na gestão do Sistema Único de Saúde é uma agenda aberta. Ao debruçar-se sobre esse tema é necessária e compreensão de um processo em construção e em disputa entre modelos competitivos e populares de Democracia, portanto, dinâmico e com possibilidade contínua de transformação. Estas são as considerações, restam os desafios e as perspectivas aos defensores dos modelos participativo e deliberativo da participação social. Ao estudarmos as barreiras necessárias a serem transpostas, experimentamos um universo amplo de desafios para a participação social.

Verificamos avanços quantitativos na institucionalização da participação social por meio das instituições participativas desde a constituição do sistema nacional de saúde. No entanto, a questão da presença e qualidade da participação dos atores sociais no processo decisório permanece um desafio. As decisões ainda dependem dos atores estatais que se expressam em função da característica do processo de construção de representações elitistas do Estado, interesses distintos de grande parte da população e das classes populares. Temas

que ainda não são discutidos na agenda de pesquisa sobre participação social em saúde confirmam a natureza conservadora e liberal nas relações sociais institucionalizadas ou não. O poder popular aparece cada vez mais diluído e enfraquecido na realidade de uma sociedade individualista governada pelo capital. Por isso, é preciso sedimentar que saúde não é mercadoria, saúde é democracia; saúde não se vende. Diante dos desafios, sobram esperança e perspectivas na construção e fortalecimento pela Democracia participativa e deliberativa.

Aos gestores comprometidos com esses modelos para a saúde brasileira compete constituir alianças para reorientar a gestão do sistema de saúde. Às camadas populares é preciso manter a informação que a sua participação na saúde, com diversos repertórios de ação, pode orientar o Sistema Único de Saúde voltado também aos seus interesses. O enfrentamento e a persistência por uma saúde digna passa pela iniciativa da mobilização popular que inclui a participação nas instituições democráticas e outras ações coletivas de participação. Para tanto, é necessário avançar em direção à consciência social e organização de táticas que orientem a participação da sociedade no controle social. Ao avançar na experiência de Democracia popular é possível consolidar a ação coletiva em detrimento do individualismo da representação elitista e corporativa. A mudança do Sistema Único de Saúde em direção à consolidação do direito à saúde apenas será efetivada a partir de um modelo democrático popular e de viés classista, baseado na Democracia direta na consolidação do poder popular.

Os desafios apontados neste capítulo são antigos assuntos dos defensores do Sistema Único de Saúde e modelos participacionistas e deliberativistas da participação social. Ao abordarmos as barreiras necessárias a serem transpostas, vivenciamos um universo amplo de desafios para a participação social. Verificamos avanços quantitativos na institucionalização da participação social por intermédio das instituições participativas desde a constituição do sistema nacional de saúde. No entanto, a questão da presença e qualidade de participação dos atores sociais no processo decisório é um desafio. As decisões passam pelos atores estatais que expressam em função da característica do processo de construção das representações elitistas do Estado, interesses diversos da maioria da população e das classes populares.

O Estado Capitalista centrado nas perspectivas competitivas de Democracia não prevê o efetivo poder decisório nas mãos da população. Além da possibilidade e qualidade de participação das camadas populares nas instâncias participativas e nos processos

decisórios tratar-se de uma questão relevante para efetiva participação na saúde, apresentam-se como pautas relevantes os demais repertórios de ação dos atores e movimentos sociais, os efeitos dessas instituições participativas na organização dos movimentos sociais e do associativismo na efetividade de políticas públicas em direção à justiça social e à emancipação. Acrescenta-se a isso, os estudos confirmarem a postura conservadora e liberal nas relações sociais, institucionalizadas ou não. O poder popular surge enfraquecido na realidade de uma sociedade individualista governada pelo capital. Por isso, resta necessário afirmar que saúde não é mercadoria, é democracia e saúde não se vende.

Diante dos desafios, sobram esperança e perspectivas de construção da Democracia participativa e deliberativa. Aos gestores comprometidos com esses modelos para a saúde brasileira compete a constituição de alianças que reorientem a gestão do sistema de saúde. Às camadas populares é preciso manter a informação e persistência sobre a relevância da sua participação na saúde com diversos repertórios de ação para orientar o Sistema Único de Saúde rumo aos seus interesses e às suas necessidades. A luta por uma saúde digna passa pela iniciativa da mobilização popular que inclui a participação nas instituições democráticas e outras ações coletivas de participação.

Para isso é preciso avançarmos em relação à consciência social e organização de táticas que orientem a participação da sociedade no controle social. Ao avançar na experiência de Democracia popular é possível consolidar a ação coletiva em detrimento do individualismo da representação elitista e corporativa. A transformação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde em direção à consolidação do direito à saúde serão efetivados a partir do modelo democrático popular e de viés classista, baseado na Democracia direta que consolide o poder popular.

5 GESTÃO SOCIAL DA SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

O atual regime democrático, processo da reforma iniciada em 1990 a participação social é um dos princípios que organizam a deliberação democrática na esfera regional, possibilita a participação do cidadão e das organizações da sociedade civil nas políticas públicas. A lei 8142 de 1990 determinou os Conselhos e as Conferências de Saúde enquanto um espaço de representação da sociedade na área pública, sendo sua constituição e funcionamento condição de atuação do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, Tenório assevera que a gestão social entre Estado e sociedade apenas ocorre caso os governos institucionalizem formas de criação de políticas públicas que considerem o indivíduo participante ativo no processo de construção, efetivação e avaliação dessas políticas, uma vez que a participação do cidadão que assegura a prática da democracia e o exercício da cidadania.³³³ Cumpre salientar que a participação é a maneira de garantir os direitos de cidadania em um Estado Democrático de Direito.

Este capítulo se dedica ao movimento da Reforma Sanitária, das reformas administrativas e à criação do Sistema Único de Saúde, a qual representou umas das relevantes reformas da área social. Desta maneira, o controle social e a participação popular asseguram o exercício da democracia e cidadania no SUS conforme veremos a seguir.

5.1 As Reformas da Administração Pública e o Modelo Gerencial no Brasil

A Reforma do Estado e o gerencialismo no Brasil se deu em um cenário de crise ocorrida entre os anos de 1970 e 1980 que colocou em questão o *Welfare State* e as políticas desenvolvimentistas até o momento as formas de atuação estatal em curso com predominante expressão. Diante da crise fiscal experimentada a defesa de um Estado reduzido, eficiente e eficaz encontra força emergindo como proposta neoliberal de um Estado regulador e não mais mínimo, mas do tamanho e com a estrutura suficiente à manutenção do

³³³ TENÓRIO, Fernando Guilherme. (Re) visitando o conceito de gestão social. **Desenvolvimento em questão**, a. 3, n. 5, jan./jun. 2005, páginas 101-124.

equilíbrio das dinâmicas econômicas e sociais. Desta maneira, um equilíbrio não equânime, sem justiça social, mas com a pretensão de manter a sociedade em relativa posição de estabilidade perante as tensões e os conflitos do sistema capitalista.

No ano de 1990 um Brasil de extrema desigualdade econômica e social surgia enquanto resultado de uma política desenvolvimentista que não obteve êxito em implementar melhorias de modo universal para a população. A fórmula de crescer para posteriormente distribuir mostrou-se uma promessa que ao término do período ditatorial materializou abismos econômicos e sociais com um contingente de empobrecidos concentrados na região norte e nordeste do país, enquanto a riqueza encontrava-se em pequena parcela e regiões da população nas localidades sul e sudeste. Assim, a redemocratização se deu nesse contexto e trouxe a pauta da participação popular e do controle social para a agenda política do país a ser discutida e elemento de mudança na sociedade.

A reforma do Estado advém do ano de 1990 e consoante afirma Dasso Júnior há dois períodos de políticas de reforma do Estado brasileiro, sendo a primeira reforma ter enquanto finalidade a gestão da crise econômica que alcançou as economias desenvolvidas e em desenvolvimento em 1980, cuja gestão social se deu no cenário das Políticas Públicas de Saúde e consubstanciou desajustes macroeconômicos que culminaram em taxas inflacionárias que impediram o crescimento econômico da população.³³⁴ Os mecanismos adotados para combater a crise foram os ajustes fiscais, a redução de gastos públicos, as reformas tributárias, privatizações e liberalização econômica.

A segunda reforma se deu em 1990 e atuou na estabilidade macroeconômica e transformação das instituições públicas em relação ao aparelhamento do Estado, áreas administrativa, tributária, legislativa, dos organismos regulatórios e das relações trabalhistas. A reforma da gestão pública iniciada em 1995 foi uma medida de ação diante da profunda crise do Estado no ano de 1980 e globalização da economia, o que redefiniu as funções estatais e a sua burocracia.³³⁵ Esta foi um tema de relevância na agenda contemporânea de políticas públicas em 1990, uma vez que entre seus desafios estava a mudança da relação entre o Estado e a sociedade civil em um mundo progressivamente democrático e

³³⁴ DASSO JUNIOR, Aragon Érico. **O papel do servidor público num Estado democrático e participativo**. Palestra realizada VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la administración Pública, Lisboa, Portugal, oct. 2002, páginas 8-11.

³³⁵ FERREIRA, Caio Márcio Marini. Crise e Reforma do Estado. Uma questão de cidadania e valorização do servidor. **Revista do Servidor Público**, ano 47, v.120, n.3, set./dez, 1996.

globalizado.³³⁶ Os desafios acerca das políticas e programas visavam ampliar a eficiência e melhoria da qualidade dos serviços públicos que se tornaram tendência mundial e assumiram a denominação de gerencialismo na Administração Pública.³³⁷

A Reforma da gestão pública iniciada em 1990 trazia o modelo gerencial de administração caracterizado pela existência de estratégias modernas de gestão, para que fosse alterado a forma de controle sobre os serviços públicos, as relações entre o Poder Público e seus funcionários, a atuação da administração que passaria a priorizar eficiência, qualidade e participação mais intensa e constante da população na esfera pública, assegurando a efetivação da democracia nos espaços públicos.³³⁸ O modelo gerencial se contrapõe ao modelo burocrático tradicional de gestão ora predominante na administração pública do país.

No ano de 1995 sob a administração de Bresser Pereira, a frente do MARE1 no governo de Fernando Henrique Cardozo o Brasil instituiu em âmbito federal um conjunto de medidas que incluíam a modelagem institucional e estruturação do sistema jurídico aplicado à administração pública. Estas medidas implementadas objetivavam implantar um sistema de funcionamento à máquina estatal que trazia diversos elementos das teorias administrativas aplicadas às organizações privadas e se encontravam em desenvolvimento avançado em outros países. O aporte financeiro do BID oferecia a capacitação técnica dos profissionais em diversos níveis hierárquicos e estimulava investimento em tecnologias de modernização da gestão. O convênio de cooperação técnica firmado com o BID contribuiu com criação de vias para transmissão do conhecimento em elaboração e previamente testados em experiências internacionais. Nesse sentido, o Caderno Mare número 16 indica

Este Programa, financiado pelo BID, representa um importante passo na modernização da administração pública brasileira, pois é receptor tanto de assistência técnica especializada, como de recursos financeiros que permitirão acelerar este processo tão necessário para dar um melhor, mais eficiente e econômico serviço a nossa população. O amadurecimento das práticas de gestão na administração privada empresta à reforma do Estado

³³⁶ DASSO JUNIOR, Aragon Érico. **O papel do servidor público num Estado democrático e participativo**. Palestra realizada VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la administración Pública, Lisboa, Portugal, oct. 2002, páginas 8-11.

³³⁷ FERREIRA, Caio Márcio Marini. Crise e Reforma do Estado. Uma questão de cidadania e valorização do servidor. **Revista do Servidor Público**, ano 47, v.120, n.3, set./dez, 1996.

³³⁸ COELHO, Daniella Mello. Elementos essenciais ao conceito de administração gerencial. **Revista de Informação Legislativa**, v. 37, n. 147, jul./set. de 2000, páginas 257-262.

princípios gerencialistas norteados pela busca de melhor desempenho do organismo estatal na produção e entrega dos serviços públicos.³³⁹

No que tange aos princípios regentes da administração pública como a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade dispostos na Constituição Federal brasileira de 1988 é acrescida a diretriz da eficiência. Isto posto, a burocracia estatal é ressignificada como um modelo objetivo a partir do qual importa garantir a capacidade formal do Estado na execução de suas ações, mas deve ainda assegurar que estas ações sejam realizadas utilizando os recursos públicos da melhor e mais econômica forma possível em busca da efetividade no atendimento das demandas sociais. Bresser Pereira afirma que a institucionalidade passa a ser orientada por resultados com foco no cidadão e deve promover condições de ser controlada por estes. Assim, consolida-se a passagem da administração pública burocrática à administração pública gerencial.³⁴⁰

Na discussão supracitada podemos observar significativa presença da influência do gerencialismo e os métodos e a linguagem constituem elementos relevantes do sistema da avaliação das políticas públicas e sobre os quais há um esforço na construção de ações que reconhecem como virtuosa a adoção pelo Estado de teorias e práticas administrativas na estruturação de fazer como elemento garantidor da eficiência, efetividade e impessoalidade na execução estatal. Entretanto, na ciência política não há consenso na aceção positiva deste fenômeno. A respeito desta divergência Faria nos traz

a concepção hoje prevalecente da avaliação como instrumento administrativo e, portanto, como função supostamente alheia às disputas propriamente políticas talvez fique ainda mais evidenciada em função da postura da ciência política brasileira, que acaba, assim, por endossar esse viés distorcido do princípio republicano da desvinculação entre política e administração pública.³⁴¹

A crítica apontada sobre os limites do gerencialismo reside na discussão acerca do que seria configurado como uma falha lógica, mas que pode trazer intenções assertivas a

³³⁹ MARE. (1998). “Programa de Modernização do Poder Executivo Federal”. **Cadernos Mare** nº 16, p. 7. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno16.pdf>. Acesso em 04/02/2023.

³⁴⁰ BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A Reforma Gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, julho 2000, p. 16

³⁴¹ FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, out. 2005, p. 101.

respeito das disputas de poder e da defesa de interesses privados. Adotar que o gerencialismo consubstancia a capacidade de proteger as ações públicas dos interesses privados parece não convergir com a natureza política do Estado, sendo assim possível que a administração pública gerencial se preste como um anteparo à publicização da existência e disputa entre forças políticas da sociedade.

A administração pública gerencial busca se adaptar à atual realidade da sociedade, na qual estão sendo revistos os papéis e as formas de atuação do Estado, o atendimento às reivindicações das democracias de massa, posto que a funcionalidade e o poder das burocracias vinham sendo questionados com frequência. Ferreira afirma que entre os princípios que fundamentam o modelo de administração gerencial tem como prioridade a ação do Estado voltada ao cidadão que na esfera pública tem espaço ao exercício da cidadania; a reorientação dos instrumentos de controle para atingir resultados, avançar em relação aos modelos burocráticos de controle institucional, cuja perspectiva esteja ao alcance de objetivos, resultados e controle social, posto que foi preciso criar mecanismos de prestação de contas e avaliação de desempenho das ações do Estado para a sociedade.³⁴²

O processo de reforma referente à questão da participação social vem sendo construída como um dos princípios que organizam a deliberação democrática no âmbito regional, haja vista que possibilitar a participação do cidadão e das organizações da sociedade civil no processo de planejamento das políticas públicas no modelo da gestão pública regional contemporânea.³⁴³ A partir das reformas da Administração Pública houve mudança na gestão da coisa pública, o que exigiu do Estado a busca de novos métodos e práticas de gestão, atribuindo outros contornos às políticas públicas de saúde como o papel e a relação entre Estado e cidadão, ocasionando o desafio de internalizar os novos valores à sociedade civil.³⁴⁴

³⁴² FERREIRA, Caio Márcio Marini. Crise e Reforma do Estado. Uma questão de cidadania e valorização do servidor. **Revista do Servidor Público**, ano 47, v.120, n.3, set./dez, 1996.

³⁴³ MILLANI, Carlos Roberto Sanchez. O princípio da participação social na gestão de políticas sociais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, maio/jun. 2008, páginas 551-579.

³⁴⁴ MIRANDA, Shirle Rosângela Meira de; SILVA, Roseane Do Socorro Brabo da; SOUZA, Karla Christina Neves de. **DRd – Desenvolvimento Regional em debate** (ISSN 2237-9029) Ano 3, n. 2, jul./dez. 2013, p. 135-153.

5.2 Desenvolvimento dos Direitos de Cidadania no SUS

A conjuntura contemporânea das políticas públicas de saúde no Brasil passa pela avaliação dos fatores históricos, sociais e políticos que influenciaram a construção deste processo pautado na perspectiva de avanço do sistema capitalista na sociedade brasileira. A saúde é discutida a partir de 1808 com a chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro. A forma de atuação do Estado Brasileiro durante o século XIX em relação à saúde se restringia ao combate eventual de epidemias.³⁴⁵ Entretanto, o Estado começa a se preocupar com as condições de saúde da população quando a doença interfere no desempenho do mercado de exportação da época que colocava em risco a economia brasileira.

Esta durante o regime militar no Brasil ao considerar o período de 1964 a 1985 instalou um modelo de saúde médico hospitalar privatista focada na valorização da saúde individual, o qual beneficiava somente alguns trabalhadores da cidade e se distanciava das práticas voltadas para a saúde pública. As práticas de saúde eram reguladas pelo capital externo no que dizia respeito à tecnologia e medicamento e a ênfase era nos procedimentos curativos e assistenciais.³⁴⁶ Os trabalhadores rurais e empregados domésticos passaram a ter direitos previdenciários a partir de 1970 e o modelo de saúde pública adotado no país até 1988 fragmentava a população em três classes distintas, quais sejam, aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem trabalhadores com carteira assinada; e os que estavam completamente excluídos do processo.³⁴⁷

No ano de 1980 a saúde não era considerada um direito social, com o movimento democratizador denominado Reforma Sanitária que precede a Constituição Federal brasileira de 1988, produto de mobilizações dos distintos segmentos sociais foi responsável pela mudança da concepção ideológica e estrutural da saúde pública brasileira materializada com a Criação do Sistema Único de Saúde por meio da Constituição de 1988.³⁴⁸

³⁴⁵ VARGAS, Jerferson Dutra de. **História das políticas públicas de saúde no Brasil**: revisão da literatura. Monografia. Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, 2008.

³⁴⁶ NUNES, Gabrielle Miranda; et al. **Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde**. In Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social, 3, Juazeiro, Petrolina, 2009.

³⁴⁷ INDRIUNAS, Luís. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em: <https://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>. Acesso em 28 de janeiro de 2023.

³⁴⁸ SILVEIRA, Claudia Hausman. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. In: MACHADO, Paulo Henrique Battaglin; LEANDRO, José Augusto.; MICHALISZYN, Mario Sergio (Orgs). **Saúde coletiva: um campo em construção**. Curitiba: Ed. IBPEX, 2006.

Ângelo Giuseppe Roncalli afirma que o SUS é resultado de uma trajetória de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro entre os anos de 1970 e 1980 consoante as articulações pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira e abertura política.³⁴⁹

Jairnilson Paim nos traz que "o projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais."³⁵⁰ Vinícius Vasconcelos complementa o debate e expõe que o Movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, projeto construído a partir da luta política e ideológica, trata-se de um exemplo de mobilização social, onde a participação da sociedade civil foi essencial aos resultados positivos obtidos.³⁵¹ Edmundo Gallo afirma que entre as diretrizes estratégicas relevantes do movimento de reforma sanitária está a ampliação dos direitos de cidadania das classes sociais historicamente marginalizadas pelo processo de acumulação de capital, pela supressão do direito à liberdade de participação e restrição dos direitos civis durante o período do regime militar.³⁵²

A Oitava Conferência Nacional de Saúde se deu em Brasília no ano de 1996 e representou o início do rompimento do antigo modelo tradicional de assistência à saúde. O Movimento da Reforma Sanitária possibilitou que pela primeira vez a população participasse das discussões em Conferências, sendo suas propostas contempladas no texto da Constituição Federal de 1988, nas leis orgânicas da saúde 8080 de 1990 e 8142 de 1990 que regulamentaram a criação do Sistema Único de Saúde. A Conferência de Saúde propôs a criação de um SUS que propugnava um conceito amplo de saúde, o qual envolve ações de promoção, proteção e recuperação.

O Sistema Único de Saúde foi definido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada. Nos termos da Carta Magna os princípios

³⁴⁹ RONCALLI, Ângelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

³⁵⁰ PAIM, Jairnilson Silva. A. Reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, n. 2., 1992, p. 32.

³⁵¹ VASCONCELOS, Vinicius Carvalho de. **A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), 270f. Rio de Janeiro, 2008.

³⁵² GALLO, Edmundo. et al. Reforma Sanitária: Uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out./dez. 1988.

norteadores consistem nas ações e nos serviços realizados pelo SUS de caráter universal, de maneira que diferenças sociais como sexo, raça, cor e outros não podem obstar o livre acesso ao sistema; haja equidade ou igualdade de acesso que pode ser entendida como justiça social e, por conseguinte, deve ser ofertado mais serviços a quem necessita; a integralidade orienta que os usuários devem ser considerados como um todo de forma biopsicossocial; a descentralização enquanto estratégia para diminuir as desigualdades sociais; a regionalização e hierarquização das ações são diretrizes importantes para descentralização, racionalização e controle social ou participação popular, garante que o usuário participe ativamente no direcionamento das políticas de saúde, criando espaços para a prática da democracia participativa.³⁵³

As três primeiras diretrizes têm base doutrinária e apresentam natureza ideológica que buscam assegurar o direito à saúde e a democratização deste setor da sociedade, ao passo que as diretrizes restantes são organizativas e trazem propostas de operacionalização do sistema. Os princípios do SUS apontam para a democratização das ações e dos serviços de saúde que deixam de ser limitados e passam a ser universais, deixam de ser centralizados e passam a ser orientados pela descentralização. Desta forma, o sistema tem sido avaliado como uma das conquistas bem-sucedida das reformas na área social realizada sob o regime democrático e uma conquista social prevista na Constituição Federal brasileira de 1988.

5.3 A Participação Popular e o Controle pela Sociedade no Sistema Único de Saúde

Maria Bravo e Rodriane de Oliveira trazem como definição de controle social sua fundamentação nos aspectos legais dispostos na Constituição Federal de 1988 que o descreve enquanto a participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Ocorre que ao definir as diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde da comunidade historicamente temos uma participação limitada, inclusive em termos

³⁵³ SANTOS, Cristiane Carvalho dos. et al. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe:** livro do aprendiz 1. Aracajú: Funesa, 2011.

políticos,³⁵⁴ mas Eduardo Stotz afirma que a forma de enfrentamento dessa limitação na Constituição com a elaboração da Lei 8142 de 1990 que regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.³⁵⁵

Esta Lei determinou aos Conselhos de saúde o papel de atuar no planejamento e controle da execução da política pública de saúde. As Conferências e os Conselhos passaram a ser os instrumentos legais assegurados pela Carta Política para que a sociedade participasse dos processos decisórios e deliberativos referentes à saúde nas esferas de governo federal, estadual e municipal.³⁵⁶ O setor de saúde foi o primeiro a promover a defesa da prática da participação popular em sua gestão, resultado da repercussão causada pelo movimento da reforma sanitária constituída pelos estudantes universitários, profissionais de saúde e setores organizados da sociedade que iniciaram no final do período da ditadura militar do país, por meio do qual defendiam a criação de um modelo de saúde pautado na democracia e universalidade da assistência.³⁵⁷

O funcionamento dos Conselhos de Saúde é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, haja vista que estes são compostos por representantes do governo, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e usuários, possuem caráter deliberativo e funcionam de modo permanente; as Conferências ocorrem a cada quatro anos. Victor Valla reflete que embora o termo participação popular seja utilizado universalmente sua aplicação tem um significado peculiar para a América Latina, pois a concepção de participação popular surge para se distinguir de outra concepção de sociedade que aponta o caminho para as classes populares.³⁵⁸

O termo admite distintas interpretações que poderiam resultar seu uso e do fato que a tradição autoritária da América Latina e do Brasil influencia os grupos conservadores e

³⁵⁴ BRAVO, Maria Inês Souza; OLIVEIRA, Rodriane de. Conselhos de Saúde e Serviço Social. Luta Política e trabalho profissional. Ser Social. **Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social**, UNB, n.10, 2002.

³⁵⁵ STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise da experiência nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n. 1, 2005, p. 9-30.

³⁵⁶ ARANTES, Cássia Irene Spinelli. et all. O controle social no Sistema Único de Saúde: Concepções e ações de Enfermeiros da Atenção Básica. **Texto Context Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007, p. 470- 478.

³⁵⁷ NUNES, Gabrielle Miranda; et al. **Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde**. In Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social, 3, Juazeiro, Petrolina, 2009.

³⁵⁸ VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Sup. 2, 1998, p. 7-18.

progressistas. Existe a busca pelo controle das populações que habitam as periferias dos centros urbanos, trabalham e residem nas áreas rurais. Tal controle tem como finalidade colocar em prática as respectivas concepções de como deve ser a sociedade brasileira. O regime democrático fomenta a participação popular e apresenta como elemento fundamental que deve constar no processo de implementação da política pública de saúde. Neste sentido os conselhos de saúde se tornaram fóruns democráticos de inclusão, gestão social e a população sob a perspectiva da participação do povo assume a posição de sujeito da política de saúde na medida que se torna o sujeito ativo da sua produção.³⁵⁹

Fernando Tenório traz que a gestão social na relação Sociedade-Estado ocorre quando os governos institucionalizam formas de elaboração de políticas públicas que veja o indivíduo presente para participar ativamente no processo de elaboração, execução e avaliação das respectivas políticas.³⁶⁰ O contexto de cidadania e participação popular que emerge considera o homem sujeito de direitos, deveres na ordem política e participante ativo no processo democrático.³⁶¹

O exercício da cidadania deve ser visto para além das práticas eleitorais como um processo de revitalização da democracia à medida que possibilita à saúde e ao SUS a participação social de maneira mais ampla ao invocar uma participação efetiva da sociedade por intermédio de canais institucionais. O mesmo autor complementa que esses movimentos se organizam inicialmente como um “espaço de ação reivindicativa e recusam relações subordinadas de tutela ou cooptação por parte do Estado, dos partidos ou de outras instituições.”³⁶²

Estes se expandiram pelo Brasil e construíram um conjunto de organizações populares mobilizadas para conquistar, ampliar e assegurar direitos, melhores condições de trabalho, vida e combater as discriminações de raça e gênero. José Roberto Pereira aponta que a gestão social no âmbito do Sistema Único de Saúde se daria por meio do exercício da

³⁵⁹ GUIZARDI, Francine Lube. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, 2004.

³⁶⁰ TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Tem razão a administração?** 3.ed. Ijuí: Ed. da Unijuí. Rio de Janeiro, 2008.

³⁶¹ DIAS, Solange Gonçalves. Reflexão acerca da participação popular. **Integração**, a. 13, n. 48, jan./mar. 2007, p. 47.

³⁶² DIAS, Solange Gonçalves. Reflexão acerca da participação popular. **Integração**, a. 13, n. 48, jan./mar. 2007, p. 47.

democracia e cidadania assim como ocorre em outras políticas públicas.³⁶³ A sociedade contribui para a gestão efetiva desse bem ao utilizar espaços como as conferências e os conselhos de saúde, fóruns e outros espaços de discussão para essa finalidade, uma vez que a gestão pública da saúde no Brasil encontra desafio na organização da sociedade civil para constituir uma esfera pública na área da saúde.

³⁶³ PEREIRA, José Roberto. **Gestão social como caminho para a redefinição da esfera pública**. In: Anais do V Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social. vol. 5, Florianópolis, 2011.

CONCLUSÃO

Nesses anos de constituição do SUS, seus princípios e diretrizes embora reconhecidos legalmente e operando formalmente em maior parte do país, ainda precisam atingir seus objetivos mais caros para a constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Entretanto, o reconhecimento legal e embates cotidianos nos serviços de saúde, na comunidade, nos conselhos de saúde, nas secretarias e instituições de formação representam motivação constante para continuar a luta histórica pelo direito à saúde. Distintos e inúmeros interesses econômicos, políticos e culturais são encontrados na arena sociopolítica brasileira e colocam em disputa projetos sanitários e sociais distintos, dificultando o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde como no governo atual que reduziu o papel do Estado nas políticas sociais e as influências de organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precários de saúde.

O modelo democrático e civilizatório proposto pelo SUS amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas, promove o debate e a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra-hegemonia. A formação técnica dos agentes comunitários de saúde constitui um desafio para o SUS e a sociedade brasileira. Os princípios e diretrizes constituem a estrutura para a formação dos trabalhadores e orientam a construção de uma prática em saúde emancipatória e cidadã. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e de todos os trabalhadores do SUS é um desafio cotidiano de construção permanente ao defender seus princípios e repensar as formas de tal materialização, sempre com fundamento na participação e discussão coletiva. O desenvolvimento do SUS necessita de um projeto social, superação das históricas iniquidades sociais e econômicas que existem e se espalham no Brasil e na construção de um modelo de Estado que implemente políticas sociais que potencializem a Reforma Sanitária.

Os dados analisados neste trabalho demonstraram o impacto positivo da publicação da EC 29 de 2000 no financiamento do SUS. Observa-se que todas as esferas aumentaram os gastos em Saúde e que tem ocorrido a participação crescente de Estados e Municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde. Porém, os diferentes mecanismos de vinculação de recursos aos gastos em ações e serviços públicos de Saúde dos entes federados levaram a resultados díspares consoante verificamos na participação do gasto na

proporção do Produto Interno Bruto. Enquanto os Estados e Municípios empenharam uma parcela de suas receitas, a União despendeu o montante de gastos do ano anterior corrigida pela variação nominal do PIB. Ou seja, a vinculação à receita tributária mostrou-se aparentemente mais eficaz para prover a saúde de recursos, enquanto que Estados e Municípios registraram aumentos proporcionais superiores aos da União.

A ação de corrigir os gastos da União pela variação nominal do PIB parecia suficiente para proteger o financiamento do SUS, uma vez que não quedaria suscetível à variação de arrecadação de receitas pelo nível federal. Mas, os estudos mostraram que de 2002 a 2011 houve aumento progressivo de arrecadação, o que tornou a vinculação de gastos da União a um percentual das receitas mais atraente ao financiamento do SUS. O esgotamento da capacidade de financiamento ao relacionar receitas tributárias com as receitas totais dos Municípios apresentou a conclusão que grande parte dos Municípios brasileiros dependem dos recursos de outros entes federativos. Os dados indicaram que a receita tributária da maioria dos Municípios brasileiros é insuficiente para cobrir o custo das ações e serviços de Saúde demandadas pela população, de modo que em 86% destes, as receitas tributárias não ultrapassaram 10% das receitas totais.³⁶⁴

As receitas tributárias municipais versam sobre a cobrança do IPTU, ISS e ITBI; os tributos com maior potencial de arrecadação são de competência da União e dos Estados, os quais transferem parte dos recursos diretamente aos Municípios por intermédio do Fundo de Participação. Recebem dos Estados os percentuais de ICMS (25%), IPVA (50%) e cota-parte do IPI exportação referente aos Municípios. A União, principal mantenedora dos serviços de Saúde prestados pelos Municípios que repassam automaticamente e transferem recursos adicionais para o desenvolvimento de programas de Saúde. As transferências estaduais são limitadas e dependem de recursos da União. Embora o Município seja deficitário em determinada situação, o grau de dependência é elevado em detrimento do esgotamento da capacidade de expansão dos gastos municipais com ações e serviços de Saúde.³⁶⁵

³⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1, 2013, p. 89.

³⁶⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1, 2013, p. 89.

O reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental por meio da positivação no ordenamento jurídicos do Brasil é um caminhar em direção da à igualdade e justiça entre as pessoas. A Constituição Federal de 1988 em razão dos direitos fundamentais que positiva representa uma conquista, consiste em um patrimônio aos brasileiros, sobretudo em um país formado sobre tantas desigualdades sociais como o Brasil. A Constituição Cidadã positiva o direito à saúde de forma ampla, universal e integral em um país de estrutura federativa, cabendo aos entes conjugar esforços conforme propugna o texto constitucional e pacto federativo para trabalhar de maneira articulada com base na cooperação, buscando efetivar esse direito fundamental.

O Brasil na essência do federalismo apresenta um excesso de centralização na figura da União e ausência de autonomia real para os demais entes federados. Essa distorção representa desequilíbrio no pacto federativo e consiste em um entrave ao desenvolvimento da nação. O federalismo brasileiro descentralizou os deveres na prestação direta à saúde para a população e centralizou a arrecadação de tributos, de modo que o ente que mais arrecada é aquele que menos despende proporcionalmente com prestações de saúde. Assim, temos a descentralização de deveres e centralização de recursos. A saúde é atribuída pelo constituinte como responsabilidade comum da União, dos Estados e Municípios e, apesar disto acarretar diversos conflitos e desequilíbrios federativos parece não ser viável outra forma de competência.

A competência em relação à saúde diante da omissão da Administração Pública faz com que o cidadão cobre judicialmente a garantia desse direito por meio do ajuizamento de ação judicial. O pacto federativo que vale somente entre quem dele faz parte se opõe ao indivíduo e perante a crise histórica do financiamento que o setor da saúde enfrenta, considerando o sistema de proteção integral e universal à saúde previsto pelo constituinte, as demandas judiciais na área restam recorrentes. Em decorrência da competência comum dos entes federativos sobre a saúde, os tribunais consolidaram o entendimento de responsabilidade solidária entre a União, os Estados e Municípios nessa matéria. O Poder Judiciário pelo fato de ter atenção voltada para a efetivação de um direito fundamental ao adotar posicionamento favorável e garantidor à prestação célere deste direito, não possui em um primeiro momento preocupação com o equilíbrio federativo, haja vista que não considera esse aspecto da questão.

A responsabilidade solidária acrescida do desequilíbrio fiscal acentua a falta de equilíbrio existente no pacto federativo. Além dos investimentos com as políticas públicas de saúde estarem em situação desajustada, afetando prioritariamente os Municípios, os entes são acionados indistintamente, consoante escolha do demandante, devendo custear as prestações determinadas judicialmente. Desta maneira, um ente em situação desfavorável pode acabar arcando com mais um custo, ser responsabilizado por uma prestação cabível a outro que pode ser produto da omissão deste. Essa situação abala estruturas fragilizadas do pacto federativo, devendo ser enfrentada com acordos de compensações entre os pactuantes para que a balança do financiamento da saúde seja reequilibrada.

Os entes federados em detrimento da cooperação que envolve o pacto federativo podem construir um sistema de enfrentamento do problema do desequilíbrio gerado pelas prestações da saúde, quer advenham das políticas públicas ou demandas judiciais. Uma repartição mais específica da competência para as prestações não previstas nas políticas do SUS ajudaria a reestabelecer o equilíbrio, haja vista que, embora um ente não responsável não possa afastar seu dever com a questão da saúde demandada, pode por intermédio da ação de regresso reaver as despesas com o custeamento da prestação. Um possível caminho é a formulação de um sistema de responsabilidades específicas para a União, os Estados e Municípios, e com base nisso, construir um sistema de ressarcimento que quando um ente não responsável for demandado judicialmente consiga assumir sozinho com as prestações que não lhe competem, o que reforçaria o pacto federativo e fortaleceria a autonomia dos pactuantes.

A respeito da Democracia no Sistema único de Saúde os desafios apontados consubstanciam antigos conhecidos dos defensores do SUS, modelos participativos e deliberativos da participação social. Ao estudar os obstáculos essenciais a serem transpostos verifica-se um universo amplo de desafios para a participação social. No entanto, é possível identificar avanços quantitativos na institucionalização da participação social por meio das instituições participativas desde a constituição do sistema nacional de saúde. A questão da presença e qualidade da participação dos atores sociais no processo decisório configura um desafio e as decisões pertencem aos atores estatais que expressam em razão do processo de construção de representações elitistas do Estado, interesses distintos da maioria da população e das classes populares. O Estado Capitalista não visa o efetivo poder decisório da população.

A possibilidade e qualidade da participação das camadas populares nas instâncias participativas e nos processos decisórios representam uma questão relevante para

efetiva participação na saúde e trata-se de pauta essencial aos demais repertórios de ação dos atores e movimentos sociais, os efeitos dessas instituições participativas na organização dos movimentos sociais e do associativismo na efetividade de políticas públicas em direção à justiça social e emancipação. As pesquisas reafirmam a onda conservadora e liberal nas relações sociais, institucionalizadas ou não e a articulação popular se faz abafada na realidade de uma sociedade individualista ordenada pelo capital.

Por isso, é preciso trazer que saúde não é mercadoria, saúde é democracia e saúde não se vende. Diante dos desafios tem-se as perspectivas de construção da Democracia participativa e deliberativa. Aos gestores comprometidos com esses modelos para a saúde brasileira há o dever de constituir alianças para reorientar a gestão do sistema de saúde e às camadas populares, é preciso sua participação na saúde com diversos repertórios de ação, podendo orientar o SUS para os seus interesses e vislumbrar outros horizontes.

A luta por uma saúde digna passa pela iniciativa da mobilização popular que abrange a participação nas instituições democráticas e outras ações coletivas de participação. Para isso, no entanto, é necessário avançar na consciência social e organização de estratégias que organizem a participação da população no controle social. A experiência da Democracia popular pode consolidar a ação coletiva em detrimento do individualismo da representação elitista e corporativa. A mudança do SUS em direção à consolidação do direito à saúde será efetivada a partir do modelo democrático popular e de viés classista pautado na democracia direta para consolidação do poder popular.

A participação social nos processos de gestão e na defesa do Sistema Único de Saúde acumulou um significativo patrimônio na democracia participativa no Brasil e estudos apontam nesse caminho. Os resultados apresentados pela pesquisa demonstram que a Gestão social no contexto das Políticas Públicas de Saúde está garantida na Constituição Federal de 1998 a universalidade do direito à saúde na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado, tendo a participação social como seu principal fundamento. A saúde se apresenta como direito do cidadão, seu conceito é amplo, incluiu os aspectos preventivos e curativos, bem como o potencial da participação social na elaboração e execução das políticas de saúde. A participação social apresentou-se como princípio principal no processo de implementação das políticas públicas de forma democrática. O SUS assegura a participação social nos espaços de formulação, execução e controle das políticas de saúde.

Nesse sentido, as Conferências e os Conselhos de Saúde se tornaram fóruns de diálogo, inclusão e gestão social. Mas, os desafios para consolidação da gestão social no SUS são muitos e atribuídos à dificuldade em romper com o modelo de administração burocrática, verticalizada, privatista e centralizadora presente na Administração Pública em razão da política de cooptação que se tornou uma estratégia a ser utilizada pelos representantes do governo para obter o controle da agenda deliberativa, além da insuficiente qualificação dos Conselheiros para desempenhar as suas funções de modo eficiente. A participação social não pode se limitar às instâncias formais asseguradas pela Constituição, é necessário incentivar a abertura de outros espaços de gestão social no cotidiano dos serviços de saúde, fortalecer e qualificar os conselhos para que seus resultados sejam efetivos, o que demonstrou a necessidade de uma articulação eficiente entre gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

As dificuldades apontadas para efetivar a gestão social no âmbito das políticas públicas de saúde contrariam os princípios que fundamentam a criação do Sistema Único de Saúde e fragilizam a imagem social dos conselhos perante a sociedade. A reflexão realizada sobre a gestão social no contexto da Saúde Pública ao longo deste trabalho ao considerar as construções de cidadania, democracia e participação social demonstraram que os princípios do SUS devem ser compreendidos enquanto elementos interpeladores para as políticas de saúde, os quais necessitam diante dos impasses de potencialidades e especificidades das circunstâncias históricas serem recolocados como questões para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema com a finalidade de obstar o distanciamento da essência daquilo a que o SUS se propõe.

Ante o exposto, após o estudo do tema e subtemas supramencionados, verifica-se a existência e acesso à política pública de saúde com qualidade para todos que dela necessitam no Brasil, referente à prestação de serviços e fornecimentos de medicamentos essenciais aos indivíduos por intermédio do Sistema Único de Saúde, que com a cooperação dos entes federativos, possibilitam sua efetivação.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, Victor; COURTIS, Christian. **Los Derechos Sociales como Derechos Exigibles**. Madrid: Trotta, 2ª edição, 2019.

ABREU, Rogério Messias Alves de. **Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalização do Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado (Mackenzie). São Paulo, 2009.

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

ALVES, Bruna Marques; DUARTE, Francisco Carlos. O Imposto sobre Grandes Fortunas e a Promoção da Justiça Fiscal. **Revista do Mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 3, jan./jun. 2015.

ALVES, Sandra Mara Campos. **A Formação em Direito Sanitário: um diálogo possível a partir da interdisciplinaridade. Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASSDIREITO_A_SAUDE-ART_2B.pdf>.

AMARAL, Gustavo. **Direito, Escassez e Escolha: critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

ANDRADE, José Carlos Vieira de. **Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976**. Col. Manuais Universitários, 6. ed. Coimbra: Almedina, 2019.

ANGELL, Marcia. Entrevista: Os Laboratórios Enganam o consumidor. **Isto É Dinheiro**. Em 02/07/2007. Disponível em: <https://www.istoedinheiro.com.br/os-laboratorios-enganam-o-consumidor/>.

ARANTES, Cássia Irene Spinelli. et all. O controle social no Sistema Único de Saúde: Concepções e ações de Enfermeiros da Atenção Básica. **Texto Context Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. O Conceito de Relevância Pública na Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, Vol. 5 n. 2. jul. 2004. pp. 90-97. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80686/84338>>.

ARRETICHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **RBCS**, v. 18 n. 51, fev. 2003.

ARON, Raymond. **Le spectateur engagé**. Paris: Gallimard, 1981.

ASENSI, Felipe Dutra. O direito à saúde no Brasil. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). **Direito sanitário**. 1a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

AVRITZER, Leonardo. A Qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea; 2011.

BAGGIO, Roberta Camineiro. **O federalismo no contexto da nova ordem global: perspectivas de (re)formulação da federação brasileira**. Curitiba: Juruá, 2006.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do federalismo**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais**. O princípio da Dignidade da Pessoa Humana, 3ª edição, revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARDACH, Eugene. **The implementation game: what happens after a bill becomes a law**. Cambridge: The MIT Press, 1977.

BARRETO, Vicente. Ética e Direitos Humanos: aporias preliminares. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.). **Legitimação dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROSO, Luís Roberto. **A Judicialização da Vida: e o papel do Supremo Tribunal Federal**, 1ª edição. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção de novo modelo**, 11. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2023.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Juris Plenum: Direito Administrativo**, vol. 1, n. 1. Caxias do Sul: Editora Plenum, 2014.

BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição: fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **(Syn) thesis**, vol. 5, n. 1, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a Efetividade de suas Normas**. 9ª edição, revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Editora: Renovar, 2009.

BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra. **Comentários à Constituição do Brasil**. v. 1. São Paulo: Saraiva, 1988.

BATAGELLO, Rodrigo; BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón. Conselhos de saúde: controle social e moralidade. **Saúde Soc.** vol. 29, n. 3. Brasília, 2011.

BERCOVICI, Gilberto. **Desigualdades regionais, Estado e constituição**. São Paulo: Max Limonad, 2003.

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1988.

BIASOTO JUNIOR, Geraldo. **Setor Saúde**: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas. (mimeo). IE/UNICAMP: Campinas, 2003.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Silvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciên Saúde Colet**, v. 18, n.1. Rio de Janeiro, 2013.

BLOCK, Fred. **The Ruling Class Does Not Rule**: Notes on the Marxist Theory of the State (chap. BRASIL – Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988). Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, Elsevier, 2004.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

BORDENAVE, Juan Enrique Diaz. **O que é participação**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2022.

BORBA, Julian. Participação política como resultado das instituições participativas: oportunidades políticas e o perfil da participação. In: Pires Roberta Rocha. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea; 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. Brasília, DF: CFESS, 2009, p. 10. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf>.

BRASIL. **Anais da Assembleia Nacional Constituinte** – 1987/1988. Senado Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2022** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1, 2013.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1986 (mimeo).

BRAVO, Maria Inês Souza; OLIVEIRA, Rodriane de. Conselhos de Saúde e Serviço Social. Luta Política e trabalho profissional. **Ser Social**. / do Programa de Pós graduação em Política Social, UNB, n.10, 2002.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A Reforma Gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**. v. 34, n. 4, Rio de Janeiro, 2000.

BRITTO, Érica Apgaua. Aquisição de medicamentos pela Administração Pública: judicialização e controle pelo Tribunal de Contas. **Revista TCEMG**, jan. fev. mar./2015.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direitos Humanos e Políticas Públicas** [on line]. São Paulo: Pólis. Disponível em <[http://www.comitepaz.org.br/download/Direitos Humanos e Políticas Públicas. pdf](http://www.comitepaz.org.br/download/Direitos%20Humanos%20e%20Políticas%20Públicas.pdf)>, 2001.

BURDEAU, Georges; HAMON, Francis; TROPER, Michel. **Direito constitucional**. Trad. Carlos Souza. 27. ed. Barueri: Manole, 2005.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cienc Saude Colet** [Internet]. vol. 8, n. 2. Rio de Janeiro, 2003, p. 570. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=isso>.

CAMPOS, Gastão Wagner. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas**. 2ª ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. Coimbra: Almedina, 2020.

CARBONELL, Miguel et al. **Neoconstitucionalismos**. Madri: Trotta, 2003.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade**. Disponível em < <http://pdfc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/financiamento-publico.pdf> > .

CHAGAS, Magno Guedes. **Federalismo no Brasil: o poder constituinte decorrente na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2006.

CIRÍACO, Patrícia Karinne de Deus. **O debate sobre a separação dos poderes: uma análise crítica do ativismo judicial**. Portugal: Universidade de Coimbra, 2014.

COELHO, Daniella Mello. Elementos essenciais ao conceito de administração gerencial. **Revista de Informação Legislativa**, v. 37, n. 147, jul./set. de 2000.

COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34 Letras, 2004.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2013.

COMPARATO, Fábio Konder. Direitos Humanos e Estado. In: FESTER, Antônio Carlos Ribeiro (org.). **Direitos humanos** e. São Paulo: Brasiliense, 1989.

CONASS (a). **Para Entender a Gestão do SUS 2011** (Volume 1 – Sistema Único de Saúde). Brasília: Conass, 2011. Disponível em www.conass.org.br.

CORTES, Soraya Vargas. As diferentes instituições participativas existentes nos municípios brasileiros. In: PIRES, Roberto Rocha. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea; 2011.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, maio/ago. 2006.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc Saúde Coletiva**. 15 (5), Rio de Janeiro, 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro; GOMES, Karine de Oliveira; JUNQUEIRA, Túlio da Silva. **Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselhos de saúde**. 20 (3), Physis (Rio de Janeiro), 2010.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **A Constituição na vida dos povos: da idade média ao século vinte e um**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2013.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado federal**. São Paulo: Ática, 1986.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo: V.9, n.3, nov.2008/fev.2009, p. 11. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>>.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de saúde pública**, v. 22. São Paulo, 1998.

DALLARI, Sueli Gandolfi.; NUNES JUNIOR., Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DASSO JUNIOR, Aragon Érico. **O papel do servidor público num Estado democrático e participativo**. Palestra realizada VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la administración Pública, Lisboa, Portugal, outubro 2002.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, abr./jun., 1986.

DELDUQUE, Maria Célia. **A Mediação Sanitária como Novo Paradigma Alternativo à Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil**. Para Entender a Gestão do SUS. Brasília:

CONASS, 2015. Disponível em:
https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDEART_9B.pdf >.

DEUBEL, André-Noel Roth. (Ed.). **Approaches to the analysis of public policies**. Bogotá: University of Colombia, 2010.

DIAS, Solange Gonçalves. Reflexão acerca da participação popular. **Integração**, a. 13, n. 48, jan./mar. 2007.

DINIZ, Debora; MACHADO, Tereza Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciencia & Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 2, 2014.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 13ª ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 35. ed., revisada, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2022.

DOYAL, Len; GOUGH, Ian. **A theory of human need**. London: Macmillan, 1991.

EASTON, David. **The political system**: an inquiry into the state of political science. Nova York: Alfred A. Knopf, 1953.

ECKLY, Pierre et al. **Le nouveau défi de la Constitution japonaise**. Paris: LGDJ, 2004.

SCOREL Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES; 2008.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata. História dos Trabalhadores da Saúde. In **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 13 n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2008.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder**: formação do patrimônio político brasileiro. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 20, n. 59, São Paulo, out. 2005.

FERRAZ, Anna Cândido da Cunha. **Poder constituinte do Estado-membro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1979.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. Normas gerais e competência concorrente: uma exegese do art. 24 da Constituição Federal. **Revista Trimestral de Direito Público**, n. 7. São Paulo, 1994.

FERREIRA, Caio Márcio Marini. Crise e Reforma do Estado. Uma questão de cidadania e valorização do servidor. **Revista do Servidor Público**, ano 47, v.120, n.3, set./dez. 1996.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição brasileira de 1988**. São Paulo: Saraiva, 1990, v. 1.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FERREIRA, Pinto. **Comentários à Constituição brasileira**. v. 2. São Paulo: Saraiva, 1990.

FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FORGES, Jean-Michel. **L'intervention de l'Etat en matière sanitaire**: quelques repères historiques. Conseil d'Etat Rapport Public 1998. Paris: La documentation Française, 1998.

FRANCO NEME, Eliana; DAVID ARAÚJO, Luiz Alberto. Federalismo e efetivação dos direitos individuais: a garantia do direito à saúde. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas**, [S. l.], v. 38, n. 1, páginas 345 a 361, 2022. Disponível em: <<https://revista.fdsu.edu.br/index.php/revistafdsu/article/view/462>>.

FREITAS, Juarez. **A Interpretação Sistemática do Direito**. 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

FRIEDMAN, Milton; FRIEDMAN, Rose. **Liberdade para escolher**. 2. ed. Trad. Ana Maria Sampaio et al. Portugal: Publicações Europa-América, 1980.

GALLO, Edmundo. et al. Reforma Sanitária: Uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out./dez. 1988.

GAUDUSSON, Jean du Bois. **Les Constitutions africaines**. Paris: La Documentation Française, 1997.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n. 6. nov./dez. Rio de Janeiro, 2004.

GARAPON, Antoine. **O Guardador de promessas**: justiça e democracia. Portugal: Instituto Piaget, 1998.

GASPARI, Elio. **A Ditadura Acabada**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2016.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 4 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2016.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, v. 9, n. 17. Rio de Janeiro, 2005.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 2 v.

GUIZARDI, Francine Lube. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, 2004.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. 2. ed. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2 v., 2011.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. 1. ed. Tradução de Denilson Luís Werle. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

HAMEL, Márcio Renan. Movimentos sociais e democracia participativa. **Revista Espaço Acadêmico**, a. 8, n. 95, abr. 2009.

HERKENHOFF, João Batista. **Direitos Humanos**: uma ideia, muitas vozes. Aparecida: Editora Santuário, 2011.

HORTA, Raul Machado. **Estudos de direito constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

INDRIUNAS, Luís. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em <<https://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>>.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio, 2003**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

JACOBI, Pedro Roberto. Políticas Sociais locais e os Desafios da Participação Cidadina. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V.7, n.3. São Paulo, 2002.

KELSEN, Hans. **Teoria General del Estado**. Mexico: Editora Nacional, 1959.

KLEBA, Maria Elisabeth. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de saúde de Chapecó (SC). **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 3. Santa Catarina, 2010.

KRELL, Andreas Joachim. Controle Judicial dos Serviços Públicos Básicos na Base dos Direitos Fundamentais Sociais. In: Sarlet, Ingo Wolfgang (Org). **A Constituição Concretizada** – Construindo Pontes para o Público e o Privado. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

LAKATOS, Eva Maria.; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

LAISNER, Regina. A participação em questão: ponto ou contraponto da representação na teoria democrática? **Estud. Sociol.**, vol. 14, núm. 26. São Paulo, 2009.

LAST, John. Health. **A dictionary of epidemiology**. New York, Oxford University Press, 1983.

LAVALLE, Adrián Gurza. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação, vol. 2. Brasília: Ipea; 2011.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência pré-natal e ao parto, 1999- 2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1. São Paulo, 2005.

LEAVELL, Hugh ; CLARK, Gurney. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1976.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **A Estrutura Normativa dos Direitos Fundamentais Sociais**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

LIPSKY, Michael. **Burocracia de nível de rua**: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Traduzido por Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: Enap, 2019.

LOBO, Paulo Luiz Neto. Competência legislativa concorrente dos Estados-Membros na Constituição de 1988. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 26, n. 101, jan./mar. 1989.

LOPES, José Reinaldo de Lima. Em torno da reserva do possível. In SARLET, Ingo W; TIM, Luciano Benetti (org.). **Direitos fundamental, orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria dos advogados, 2008.

LUZ, Madel Therezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In GUIMARÃES, Reinaldo; RAW, Tavares (Orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1994.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, vol. 46, n. 4, 2012.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde: introdução. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, jul. Rio de Janeiro, 2009.

MARE. (1998). Programa de Modernização do Poder Executivo Federal. **Cadernos Mare** nº 16. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno16.pdf>>.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v. 4, n. 1, abril 2017. Disponível em

<http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392017000100259&lng=en&nrm=iso>.

MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (orgs.). **A política pública como campo multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MARTINS, José Ricardo; NASCIMENTO, Jennifer Smitek; DE OLIVEIRA JUNIOR, Josmai Roberto. **Capacidades de Implementação de Políticas Públicas no Município: o Papel dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná**. II Seminário de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Grupo de Trabalho Saúde e Assistência Social. Curitiba, 2018.

MARTINS, Poliana Cardoso, et all. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis**, vol. 18, núm. 1. Rio de Janeiro, 2008.

MATTOS, Rubens Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos Saúde Pública**, v.20, n.5. Rio de Janeiro, 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (organizadores). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.

MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Pedro. Texto para discussão 1844- **Gasto Público e Desigualdade de Renda no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=18638>.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

MELLO, José Luiz de Anhaia. **O Estado federal e as suas novas perspectivas**. São Paulo: Max Limonad, 1960.

MELO, José Tarcízio de Almeida. **Direito constitucional do Brasil**. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 16. ed., revisada e atualizada. São Paulo: Saraiva Jur, 2021.

MENDES, Heloísa Wey Berti; CALDAS JÚNIOR, Antonio Luiz. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.9, n.3. Ribeirão Preto, 2001.

MIGUEL, Luis Felipe. Deliberacionismo e os limites da crítica: uma resposta. **Opinião Pública**. Vol. 20, n. 1. Campinas, 2014.

MILLANI, Carlos Roberto Sanchez. O princípio da participação social na gestão de políticas sociais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, maio/jun. 2008.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional** - Tomo IV - Direitos Fundamentais. 9. ed. Coimbra: Coimbra, 2012.

MIRANDA, Shirle Rosângela Meira de; SILVA, Roseane Do Socorro Brabo da; SOUZA, Karla Christina Neves de. **DRd – Desenvolvimento Regional em debate**. Ano 3, n. 2, jul./dez. 2013.

MONTAIGNE, Michel de. **Les Essais**. Tome II: Livre II, Chapitre XXXVII. Paris: Classiques Garnier, 2018.

MOORE JUNIOR, Barrington. **As Origens Sociais da Ditadura e da Democracia**: senhores e camponeses na construção do mundo moderno. 1. Ed. São Paulo: Edições 70, 2010.

MORAES, Alexandre de. Competências administrativas e legislativas para vigilância sanitária de alimentos. **Revista Fórum administrativo**, v. 2, n. 11, jan. 2002.

MORAES, Maria Celina Bodin de. O Conceito de Dignidade Humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

MOREIRA, Vital; CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição da República Portuguesa** - Anotada - Volume I - Artigos 1º a 107º. 4. ed., revisada. Coimbra: Coimbra Editora, 2014.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos municipais de saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. 14 (3), São Paulo, 2009.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. Competência concorrente limitada: o problema da conceituação das normas gerais. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, a. 25, n. 100, out./dez. 1988.

NETO, Antônio Cabral. Democracia: velhas e novas controvérsias. **Estud Psicol.**, vol. 2, núm. 2. Natal, 1997.

NICOLAU, Gustavo Rene. **Medidas provisórias**: o Executivo que legisla. Evolução histórica no constitucionalismo brasileiro. São Paulo: Atlas, 2009.

NOBRE, Marcos. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira; NOBRE, Marcos. **Participação e deliberação** - teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34; 2004.

NUNES, António José Avelãs. **Neoliberalismo & Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

NUNES, Gabrielle Miranda; et al. **Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde**. In Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social, 3, Juazeiro, Petrolina, 2009.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANI, Ana Maria Zollner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciênc Saúde Coletiva**. 18 (8). São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, Rafael Tomaz de. et al. **A jurisdição constitucional entre a judicialização e o ativismo: percurso para uma necessária diferenciação**. In: Anais do X Simpósio Nacional de Direito Constitucional. Curitiba, 2012.

OLIVEIRA, Régis Fernandes de. **Manual de direito financeiro**. 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Editora Edufba, 2013.

PAIM, Jairnilson. Reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, n. 2., 1992.

PARANHOS, Vinícius Lucas. Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde: Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. **Revista Meritum**, vol. 2, n. 1, 2007.

PEREIRA, José Roberto. **Gestão social como caminho para a redefinição da esfera pública**. In: Anais do V Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social. vol. 5, Florianópolis, 2011.

PEREIRA, Marcus Abilio. Movimentos sociais e democracia: a tensão necessária. **Opinião Pública**, vol. 18, n. 1. Campinas, 2012.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do Direito Civil: introdução ao direito civil constitucional**. Tradução de Maria Cristina De Cicco. 3ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

PILATTI, Adriano. **A Constituinte de 1987-1988**. Progressistas, Conservadores, Ordem Econômica e Regras do Jogo. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. Políticas públicas e a construção do conteúdo material do direito à saúde: desafio à Administração Pública brasileira. **A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 10, n. 41, jul/set, 2010.

PLATÃO. **Protágoras**. Lisboa: Inquérito, s/d.

PRIETO SANCHÍS, Luis. Neoconstitucionalismo y ponderación judicial. In: CARBONELL, Miguel (Ed.). **Neoconstitucionalismo(s)**. Madrid: Trotta, 2003.

PROCOPIUCK, Mário. **Políticas públicas e fundamentos da administração pública**. São Paulo: Atlas, 2013.

PUFENDORF, Samuel. **Le droit de la nature et des gens** Livros 2 e 6, capítulos IV e IX, tomo I. Tradução Jean Barbeyrac, 4ª ed. Bâle, E.&J.R. Thourneisen, frères, 1732, tomo 2.

QUEIROZ, Cristina. **Direitos fundamentais sociais**: funções, âmbito, conteúdo, questões interpretativas e problemas de justiciabilidade. Coimbra: Coimbra, 2006.

QUEIROZ, Cristina. **O princípio da não reversibilidade dos direitos fundamentais sociais**: princípios dogmáticos e prática jurisprudencial. Coimbra: Coimbra, 2006.

RAMOS, Dircêo Torrecillas. **O federalismo assimétrico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

RAMOS, Elival da Silva. Federação- competência legislativa (normas gerais de competência da União e competência supletiva dos Estados: A questão dos agrotóxicos). São Paulo: **Revista de Direito Público**, a. 19, n. 77, jan./mar., 1986.

RAUCH, André. Histoire de la santé. **Revue des Sciences Sociales de la France de L'Est Paris**, n° 22. Paris: PUF, 1995.

REGIS, André. **O novo federalismo brasileiro**. Tradutor Heldio Villar. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

REIS, Fábio Wanderley. Política e políticas: a ciência política e o estudo de políticas públicas. In: REIS, Fábio Wanderley. **Mercado e Utopia**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009.

ROCHA, Antonio Sergio. **Genealogia da Constituinte**. Do Autoritarismo à Democratização. São Paulo: Lua Nova, n. 88, 2013.

ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. **República e federação no Brasil**: traços constitucionais da organização política brasileira. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas**: conceitos básicos. Brasília: Enap, 1997.

SANTOS, Carlos Maximiliano Pereira dos. **Comentários à Constituição brasileira**. v. 1, 5ª ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1954.

SANTOS, Cibelle Cristina da Silva; BASTOS, Raquel Littério de. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, vol. 24, n. 3. Fortaleza, 2011.

SANTOS, Cláudia Menezes. et al. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe**: livro do aprendiz 1. Aracajú: Funesa, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 13. ed., revisada, atualizada e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed., revisada, atualizada e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos Fundamentais: orçamento e reserva do possível**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2013.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. **Serviço Público: garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social**. Curitiba: Íthala, 2016.

SCHMITT, Carl. **Teoría de la Constitución**. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, 1934.

SCHULTZE, Rainer-Olaf. Tendências da evolução do federalismo alemão: dez teses. In: CARNEIRO, José Mário Brasiliense; HOFMEISTER, Wilhelm (Orgs.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. Trad. Nikolaus Karwinsky. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

SKOCPOL, Theda. Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. In: EVANS, Peter B.; RUESCHEMEYER, Dietrich; SKOCPOL, Theda (Ed.). **Bringing the state back in**. Nova York: Cambridge University Press, 1985.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquema de análise, casos práticos**. 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Márcio Florentino; CARDOSO, Antônio José Costa; BERMUDEZ, Ximena Pamela Cláudia Dias. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciênc Saúde Coletiva**. Vol. 18, n. 8. Brasília, 2013.

SILVA, Denisson; SETTI, Gabriel; PARANHOS, Ranulfo; NASCIMENTO, Willber. Teoria democrática contemporânea modelo democrático competitivo e modelo democrático popular. **Em Tese**. Florianópolis, vol. 10, n. 1. 2013.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 31. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

SILVEIRA, Claudia Hausman. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. In: MACHADO, Paulo Henrique Battaglin; LEANDRO, José Augusto.; MICHALISZYN, Mario Sergio (Orgs.). **Saúde coletiva: um campo em construção**. Curitiba: Ed. IBPEX, 2006.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira; SARMENTO, Daniel (Coords.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. 2ª Tiragem. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

STIGLITZ, Joseph. **O preço da desigualdade**. Trad. Dinis Pires. Lisboa: Bertrand, 2016.

SZABO, Imre. **Fundamentos históricos de los derechos humanos**. Las dimensiones internacionales de los derechos humanos. v. 1. K. Vasak (ed.) Barcelona: Serbal: UNESCO, 1984.

SUNSTEIN, Cass; HOLMES, Stephen. **O custo dos direitos**: Por que a liberdade depende dos impostos. Traduzido por Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2019, não paginado.

STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise da experiência nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n. 1. Rio de Janeiro, 2005.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 73/74. Rio de Janeiro, 2006.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A judicialização da prescrição de medicamentos no SUS ou o desafio de garantir o direito constitucional de acesso à assistência farmacêutica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 9, nº 1. São Paulo, 2008.

TATAGIBA, Luciana Ferreira. A questão dos atores, seus repertórios de ação e implicações para o processo participativo. In: PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea; 2011.

TAVARES, D. de F. **Projeto Montes Claros**: Depoimento Oral. Belo Horizonte: DAD/COC, 1993.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. (Re) visitando o conceito de gestão social. **Desenvolvimento em questão**, a. 3, n. 5, jan./jun. Ijuí, Ed. Unijuí, 2005.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Tem razão a administração?** 3.ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2008.

TOCQUEVILLE, Alexis de. **Da democracia na América**. Tradução Pablo Costa. Campinas: Vide Editorial, 2019.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros [et all.]; ARANHA, Mareio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). **Manual Conceitual do Curso de Especialização em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. In **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, n. 42. Rio de Janeiro, 1990.

TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de Direito Constitucional, Financeiro e Tributário**: o orçamento na Constituição. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

TILLY, Charles. **Coerção, capital e estados europeus**. 1. ed. São Paulo: EdUSP, 1996.

TILLY, Charles. War making and state making as organized crime. In: EVANS, Peter B.; RUESCHEMEYER, Dietrich; SKOCPOL, Theda (Ed.). **Bringing the state back in**. Nova York: Cambridge University Press, 1985.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Sup. 2, 1998.

VAN WAARDEN, F. Dimensions and Types of Policy Networks. **European Journal of Political Research**, 1992.

VARGAS, Jerferson Dutra de. **História das políticas públicas de saúde no Brasil**: revisão da literatura. Monografia. Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. vol. 14, n.1. Rio de Janeiro, 2004.

VASCONCELOS, Vinicius Carvalho de. **A dinâmica do trabalho em saúde mental**: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), 270f. Rio de Janeiro, 2008.

VAZ, Alexander Cambraia. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: PIRES, Roberto Rocha (org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011.

WEICHERT, Marlon Alberto. A saúde como serviço de relevância pública e a ação civil pública em sua defesa. In ROCHA, João Carlos de Carvalho et all. (Orgs.). **Ação Civil Pública - 20 Anos da Lei n. 7.347/85**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

ZIMMERMANN, Augusto. **Teoria geral do federalismo democrático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.