



## UMA BREVE INTRODUÇÃO AO SUS PARA COMPREENSÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

### A BRIEF INTRODUCTION TO THE SUS TO UNDERSTAND THE RIGHT TO HEALTH IN BRAZIL

---

**Leticia Canut**

Professora, advogada, mestre e doutoranda em direito na Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, atualmente pesquisadora do CNPq, integrante do grupo de estudos em latim e fontes de direito romano: *Ius Dicere*, da UFSC-Cnpq. Lattes: [lattes.cnpq.br/6683473764894533](http://lattes.cnpq.br/6683473764894533) E-mail: [leticiacanut@gmail.com](mailto:leticiacanut@gmail.com)

#### **Resumo**

Pretende-se chamar a atenção para o fato de que não se pode compreender e atuar efetivamente na área do direito à saúde no Brasil sem o conhecimento do Sistema Único de Saúde-SUS, instrumento primeiro para a concretização de tal direito. Assim, procurou-se apresentar uma visão geral do SUS. Apresentou-se um breve histórico da saúde no Brasil para demonstrar que alguns desafios que o SUS enfrenta hoje têm raízes mais antigas. Explicou-se o que é o SUS, como ele se compõe -sistema público complementado pelo setor privado e que convive com um setor de saúde privado suplementar –, quais são as principais instituições que o formam e os princípios e diretrizes que o guiam. Esclareceu-se também sobre o processo de descentralização no âmbito do sistema de Saúde para evidenciar a importância do tema das relações interfederativas e poder, ao final, trazer especulações acerca de alguns desafios a serem enfrentados pelo SUS.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; direito à saúde; SUS

#### **Abstract**

It is intended to draw attention to the fact that no one can understand and act effectively in the area of the right to health in Brazil without the knowledge of the Unified Health System, the first instrument for the realization of this right. So, We tried to present an over view of the SUS. We presented a brief history of health in Brazil to show that some of the challenges that the SUS faces today have older roots. We had explained what is the SUS, how it is composed - the public system supplemented by private sector and living with a supplementary private health sector—which are its main institutions and the principles and guide lines

---

that guide it. We explained about the process of decentralization within the health system to highlight the importance of the relations inter-federative and do, finally, some speculations about challenges to be faced by the SUS.

**Keywords:** Health System, the right to health; SUS

## I. INTRODUÇÃO

Da análise dos preceitos constitucionais relativos ao direito à saúde – artigos 6º, e 196 a 200 – constata-se a complexidade desse direito social que, ao ser garantido a todos, exige atuação positiva do Estado para a sua concretização.

Em conformidade com a Constituição de 1988 essa atuação dar-se-á por meio da formulação e execução de políticas públicas no âmbito de um Sistema Único de Saúde a ser organizado de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada e com participação da comunidade para assegurar a universalidade, a equidade e integralidade das ações e serviços de saúde.

Desta forma, dando ênfase à dimensão objetiva do direito à saúde<sup>1</sup>, ou seja, ao dever do Estado em concretizá-lo por meio do Sistema Único de Saúde-SUS, procurar-se-á traçar uma visão geral desse sistema para que todos os interessados e, principalmente os operadores do direito, possam atuar nessa área jurídica com conhecimento mínimo de tal arranjo institucional que é o instrumento principal e primeiro para a efetivação do direito à saúde em todos os aspectos: de prevenção, recuperação e cura.

Além desse panorama geral do SUS apontar-se-ão, a título de especulação e não de conclusão, alguns desafios que ele deve enfrentar para concretizar-se. Para tanto o artigo organizar-se-á em sete tópicos: 1) Introdução; 2) breve histórico da assistência à saúde no Brasil no período que se estende da década de 20 à década de 80; 3) definição e descrição do Sistema Único de Saúde; 4) Instituições que formam o SUS; 5) Princípios e Diretrizes do SUS; 6) descentralização no âmbito do SUS e as competências dos entes federativos e relações intergestores; 7) considerações finais para apontar alguns desafios a serem enfrentados pelo SUS.

## 2. BREVE HISTÓRICO

Para compreender a atual configuração do SUS, o seu processo de implementação e os desafios que este sistema enfrenta para se concretizar, é preciso retornar ao século XX, principalmente no ano de 1923. Neste momento, com a publicação da Lei Elóy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), foram dados os primeiros passos rumo à formação do modelo de seguro social (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p. 65; ANDRADE; BARRETO, 2007, p.27) brasileiro.

---

<sup>1</sup> Recorda-se que a dimensão subjetiva é aquela ligada à possibilidade de exigibilidade judicial do direito à saúde.

Esse momento marcou o início da separação dicotômica entre a atenção médica de caráter preventivo e a de caráter curativo: de um lado as ações de saúde pública, coletivas, como as campanhas sanitárias e, de outro, a assistência médica individual pelas CAPs aos trabalhadores urbanos mediante a disponibilização de serviços comprados do setor privado por meio de credenciamento médico. (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 15).

As CAPs eram entidades públicas que mantinham sua autonomia em relação ao Estado e que se organizavam por empresas. Em 1933 elas foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), autarquias que a partir de então institucionalizaram o seguro social e organizaram-no por setores da atividade econômica (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 15; 16) e não mais por empresas (COHN, 2008, p. 238).

As CAPs e os IAPS prestavam assistência aos seus segurados, que eram empregados urbanos, e aos familiares destes em virtude das contribuições pagas paralelamente às contribuições dos empregadores e do Estado<sup>2</sup>. Além da diferença acima referenciada e da origem de recursos para financiá-los, com os IAPs houve tratamento diferenciado para a concessão dos benefícios em virtude da categoria profissional de cada segurado (MATIJASCIC apud RODRIGUES; SANTOS, 2009, p.66; RODRIGUES; SANTOS, 2009, 73 -75). Nesse sentido, Rodrigues e Santos reforçam que “Aos invés de cidadãos com direitos, trata-se de segurados com benefícios. (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p.67).

Com a criação do Ministério da Saúde em 1953 intensificou-se a dicotomia entre atenção médica de caráter curativo e a de caráter preventivo, já iniciada com a formação das CAPs, e que é acompanhada pela dicotomia serviços privados x serviços públicos (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 15; 16). Foram divididas as responsabilidades dos IAPs e do novo Ministério da seguinte forma: aqueles mantiveram suas responsabilidades previdenciárias e de assistência médica enquanto este deveria dedicar-se a ações preventivas de caráter coletivo (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p.66; 73,74).

Entre 1950 e 1960, mediante a possibilidade de fornecer a assistência médica e hospitalar diretamente ou mediante contratos com outras entidades oficiais ou com particulares, verificou-se a opção dos IAPs pelo credenciamento dos serviços privados. (BAHIA, 2005, P. 413-416)

---

<sup>2</sup> “As CAPs, [...]. Seus recursos têm origem tripartite: contribuição compulsória de empregados e empregadores 3,0 % do salário e 1,0% da renda bruta da empresa) e da União (1,5% das tarifas os serviços). O Estado institui, em tese financia em parte, e normatiza essa modalidade de seguro social, mas não participa diretamente do seu gerenciamento.” (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 14,15). Nos IAPS, que “[...] passam a ser geridos pelo Estado, continuando a contar com recursos financeiros de origem tripartite, com a diferença marcante de a contribuição patronal se agora calculada, como a dos empregados, sobre o salário pago.” (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 15; 16). Os IAPs “eram [...] – financiados por contribuições dos próprio trabalhadores e de seus empregadores e administrados de forma tripartite pelo governo, patrões e trabalhadores. (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p.67).

Apesar de os IAPs terem contemplado mais trabalhadores, o número dos excluídos ainda era alto, como exemplo dos trabalhares rurais e do setor informal (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p.66). Algumas CAPs remanescentes conviveram com os IAPs até o ano de 1966, tendo ocorrido no ano seguinte a unificação do sistema previdenciário brasileiro no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 16). Com este Instituto o atendimento dos segurados e seus dependentes passa a ser fornecido de forma igualitária, diferenciando-se do esquema anterior dos IAPs. (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p. 79)

Com o INPS a dicotomia entre atenção médica de caráter curativo e a de caráter preventivo é mantida e estende-se até meados da década de 70 diante da “clara divisão de tarefas e clientela [...]”, principalmente quando “[...] a rede pública de serviços passa a assumir crescentemente a assistência médica individual”. (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 16).

Além dessa continuidade, a nova estrutura herdou e aprofundou o padrão “[...] de transferência de atividades assistenciais mediante contrato à iniciativa privada [...]”. A década de 70 marca, assim, a “intensificação da privatização da assistência médica hospitalar”. A regulamentação desse período sobre essas relações entre o público e o privado reflete-se ainda hoje na delimitação da atuação do mercado e do Estado na área da saúde. (BAHIA, 2005, p. 422; 427).

A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974 e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) em 1977<sup>3</sup>, com os seus três institutos - I Inamps<sup>4</sup>, INPS e Iapas<sup>5</sup>, colaborou para esse cenário. (SCOREL, 2008, p. 402-404).

Com o Inamps consolidava-se a diferenciação entre as funções deste Instituto e as do Ministério da saúde criando um “duplo sistema de saúde profundamente estratificado”. Um sistema em que o Ministério da Saúde assumiu, além das funções para com a saúde pública, “[...] os serviços de assistência médica hospitalar e ambulatorial para os pobres, sem emprego fixo, sem carteira de trabalho e, conseqüentemente, sem o *status* de cidadão (Santos, 1978)”, configurando um sistema para pobres e trabalhadores em situação não regularizada de um lado, e de outro, por meio do Inamps, um sistema com serviços médicos para trabalhadores que atuavam no mercado formal<sup>6</sup>. (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 311).

Tendo em vista o contexto ora traçado pode-se sintetizar, de maneira simplificadora, esse quadro de dicotomias por meio dos dizeres Cohn, para quem, com a divisão e dualidade entre a área previdenciária e a específica da saúde para a implementação de políticas de saúde

---

<sup>3</sup> Criado pela Lei 6.439/77.

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, criado em 1977 como um desdobramento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e extinto em 1993, por meio da Lei 8.689.

<sup>5</sup> Iapas - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social.

<sup>6</sup> Nesse mesmo sentido manifestam-se Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch. (2006, p. 17).

[...] criam-se então duas grandes clivagens no sistema de saúde brasileiro, esta constitui uma herança: a primeira delas, oriunda diretamente do sistema previdenciário que diferenciava as categorias de trabalhadores por sua inserção no mercado de trabalho [...]. Já a segunda clivagem diz respeito a mudanças acentuadas na estrutura da demanda e da oferta de serviços de saúde que ocorrem no País a partir da década de 1970, criando-se com isso um sistema de saúde, em particular de assistência médica, compostos de dois subsistemas de saúde: um subsistema público e outro privado, diferenciando com isso o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde segundo sua posição no mercado de trabalho e de consumo.

Isso porque a partir da década de 1970 o setor público de serviços de saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, passa a ofertar assistência médica individual à população previdenciária e não previdenciária, para além dos tradicionais programas que ele já desenvolvia, sobretudo na área materno-infantil. É dessa época que a própria previdência social comprava serviços de assistência médica sob responsabilidade do Ministério da Saúde e/ou dos estados e dos municípios, pagando a produção dos serviços estatais para esse público previdenciário por produção, tal como fazia o setor privado. [...] (COHN, 2008, p. 240, 241).

Desta forma, a assistência médica individual curativa assumida pelo Ministério da saúde caracterizou-se pela organização de programas segmentados, ou seja, pela convivência de vários programas, cada um com um foco específico: um programa para adultos ao lado de programas de atenção à mulher e de saúde do trabalhador e etc. Não havia integração entre as políticas nem superação da dicotomia curativo x preventivo. (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 18, 19).

O Sistema Nacional de Saúde, criado pela lei n<sup>o</sup> 6.229/75, reforçou essa dicotomia ao estabelecer as especialidades do Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974, e as do Ministério da Saúde. (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 16, 17).

A previdência social, associada ao investimento e gastos da União nesse setor, atuava no fornecimento de serviços de saúde por meio da “compra dos serviços privados - seja sob a forma de credenciamento ou sob a forma de convênios [...]” . Assim, as opções da década de 70 permitiram o florescimento e capitalização do setor privado de prestação de serviços médicos no âmbito da previdência - e não da saúde - por meio de incentivos estatais. Isso fez com que a década de 80 marcasse o auge das empresas e cooperativas médicas e dos hospitais privados<sup>7</sup> e o sucateamento da rede pública de serviços em virtude desses não terem sido prioridade nem das políticas de saúde nem de outras políticas no país. (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 16, 17, 18).

Foi também nos anos 80 que a previdência social viveu uma crise. (ANDRADE; BARRETO, 2007, p. 32). Com o crescente número de beneficiários e com a crise econômica iniciada nessa década, o Inamps enfrentou grandes dificuldades financeiras. Na tentativa de contornar essa situação, o Inamps procurou implementar

---

<sup>7</sup> Tais hospitais “[...] ([..] tinham em grande parte a sua construção viabilizada com financiamento federal do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) criado em 74 [...]” (COHN; NUNES; JACOBI; KARSCH, 2006, p. 17, 18).

uma estratégia racionalizadora. Procurou “[...] controlar os gastos e conter a expansão dos contratos com o setor privado, passando a privilegiar o setor público.” (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p. 82). Para dar suporte a tais estratégias foi criado em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) (BUSS apud RODRIGUES; SANTOS, 2009, p. 82) que implementou o Sistema de Atenção Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMPHS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p. 82).

As AIs representaram grandes avanços, mesmo diante das dificuldades para sua implementação. No entanto, ao lado de tais progressos, o cenário foi marcado também por retrocessos, já que “[...] a partir de 1984, a direção geral do Inamps passou a praticar uma política de favorecimento à iniciativa privada, através do uso de expedientes fraudulentos nos sistemas de AIH, [...]” e etc (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 76)

Sem pretensão de descrever todo esse período, é preciso, para complementar esse breve traçado do panorama da saúde dos anos 20 aos anos 80, fazer menção a um elemento fundamental nessa área: o movimento sanitário.

Com seus marcos iniciais na década de 60, esse movimento se intensificou nos anos 70 quando, no contexto acima relatado, colocou, de forma mais organizada, questionamentos acerca da qualidade dos serviços e da política de saúde. Já na década de 80, também caracterizada nos parágrafos anteriores, “[...] esse movimento se amplia nacionalmente e se torna mais denso[...]” (LABRA, 2005, p. 360, 361) vindo expressar seu crescimento, ascensão e auge como força política hegemônica no âmbito da saúde na realização da 8ª Conferência de Saúde<sup>8</sup>, em 1986. (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 317; RODRIGUES, SANTOS; 2009, p.91).

Desta forma, a Conferência de 1986 marcou a afirmação do projeto de reforma no setor saúde. Sua influência já foi verificada no ano seguinte, em 1987, com a criação do “[...] Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), pelo qual o Inamps deixou de atuar como órgão de execução direta de ações e serviços de saúde, repassando essas atribuições para os governos estaduais e municipais. [...]” (RODRIGUES, SANTOS; 2009, p. 91). Eram as primeiras manifestações a caminho da proposta do movimento para a descentralização, “[...] que possibilitaria a reforma e reorganização do sistema de saúde brasileiro ‘sobre novas bases’.” (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 312).

Além da universalização e da descentralização, outras propostas centrais da movimentos foram: “A definição de programas e serviços de saúde adequados às realidades epidemiológicas e de morbidade das populações locais e a participação da sociedade no acompanhamento e controle das políticas implementadas[...] .” (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 309).

---

<sup>8</sup> “As Conferências Nacionais de Saúde foram sancionadas pelo governo Getúlio Vargas e seu ministro da Saúde, Gustavo Capanema, e ficaram instituídas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, ‘destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à saúde em todo o país e orientá-lo na execução dos serviços locais de saúde, bem como na comissão de auxílio e da subvenção federais.’ [...]” A Primeira Conferência Nacional de Saúde é convocada em novembro de 1942, [...]”. A 8ª Conferência em 1986, no governo Sarney tema “saúde e constituinte”(GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 313).

Recorde-se que toda essa movimentação da reforma sanitária destaca-se no momento de mobilização, também, de outros setores sociais, num contexto de redemocratização do país que possibilitou que a pressão e as propostas sociais formuladas na oportunidade da 8ª Conferência de saúde formassem a base para o reconhecimento do direito à saúde nos moldes atualmente esculpidos na Constituição de 1988.

Com esta Carta Magna verifica-se a pretensão de organizar o sistema de saúde sob uma lógica diferente da que reinava no setor antes de 1988. A garantia do direito à saúde a todos é um grande marco de tal mudança, pois possibilita a passagem de um sistema de seguro social combinado com a forte presença do setor privado para a organização de um Sistema Único de Saúde-SUS com caráter público e de acesso universal<sup>9</sup>. (RODRIGUES, SANTOS; 2009, p. 15; 71).

### 3. O SUS

A Constituição de 1988 foi elaborada sob inspiração das Constituições do pós-45 como Carta de um Estado democrático de direito, que coloca em evidência os direitos fundamentais e o dever do Estado em concretizá-los.

Nesse sentido e tendo em vista o receio do movimento sanitário de que houvesse apenas uma previsão genérica a respeito do dever do Estado para a realização do direito à saúde, sem qualquer menção a respeito do detalhamento e meios para tal concretização, a Constituição de 1988 além de estabelecer o direito à saúde como um direito social, em seu artigo 6º, incluiu dispositivos voltados para garantir sua concretização como, por exemplo: “[...] demarcou a necessidades de envolvimento dos entes federados para sua efetivação (art. 23, II), definiu a abrangência das ações em saúde (art.198, II) e determinou a criação de um sistema único, ao qual foi atribuído o dever de dar efetividade ao direito à saúde. [...]” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 77)

Assim, além de um direito social fundamental de aplicabilidade imediata (art. 6º c/c art. 5º,§1º ) que tem sua dimensão subjetiva em evidência no constitucionalismo contemporâneo, o direito à saúde teve sua dimensão objetiva, ligada aos deveres do Estado, prevista já no artigo 196, que reconhece a universalidade do direito à saúde ao dispô-lo como um direito de todos e o dever do Estado em garanti-lo por meio de políticas econômicas e sociais que tenham por objetivo a promoção de ações e serviços não só para a recuperação da saúde, mas também para a redução do risco de doenças e outros agravos, para a promoção e proteção da saúde.

E, como citado acima, a definição da abrangência das ações em saúde e a criação de um Sistema Único foram previstos no artigo 198, II e 198 caput, respectivamente, para direcionar a atuação do Estado e permitir a concretização do direito à saúde previsto nos artigos 6º e 196 da Constituição. Assim, “[...] o Sistema Único de Saúde – SUS é, na verdade, o mecanismo institucional no qual o constituinte depositou o dever estatal de implementação do direito à saúde.” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 77).

O SUS foi definido constitucionalmente no artigo 198 caput e incisos I, II e III, como um sistema único que conforma uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde a ser organizada sob um desenho descentralizado

que permita a participação da comunidade para cumprir o atendimento integral à população.

A lei orgânica da Saúde, lei 8080/90, também define o SUS. Em seu artigo 4º dispõe que o SUS consiste no “Conjunto e ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, [...]”.

Frente à permissão constitucional de participação do setor privado para a prestação de assistência à saúde, “também são consideradas ações e serviços públicos de saúde, integrantes do SUS, aquelas executadas por instituições privadas nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição. [...]” (AITH, 2007, p. 342; BRASIL, 2006, p. 57). Trata-se de atuação que configura o denominado setor complementar<sup>10</sup>. Nesse sentido, a lei 8080/90, após definir o SUS no artigo 4º, reafirma a permissão já efetuada pela Carta magna, dispondo no § 2º desse artigo que “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar.”

Desta forma, o artigo 24 caput da lei 8080/90 discorre sobre a possibilidade de participação do setor privado, de modo complementar no SUS “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, [...]”. Dá-se preferência à participação de entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 2007, p. 41; DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 96), em conformidade com o que dispõe o § 1º do artigo 199 da Constituição e artigo 25 da lei 8080/90. “Essa preferência é reforçada pela dicção do § 2º do art. 199 que proíbe a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 96)

A formalização da participação privada no SUS dá-se, em conformidade com § 1º do artigo 199 da CF e do § único do artigo 24 da lei 8080/90, por meio de contratos ou convênios, de acordo com as normas de direito público. Os convênios, nos casos de entidades filantrópicas, e os contratos, no caso de entidades lucrativas, são firmados com o gestor do SUS (estadual ou municipal). (BRASIL, 2007, p. 41)

O § 1º do artigo 199 prevê, que as entidades que participem do SUS de forma complementar deverão atuar segundo as diretrizes do sistema. O § 2º do artigo 26 da lei 8080/90 reforça essa previsão ao estabelecer que “os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.”

Com tais previsões normativas, “[...] todas as pessoas jurídicas de direito privado que tiverem firmado contrato ou convênio com os órgãos e as entidades que compõem o SUS serão consideradas, para todos os fins, instituições do SUS<sup>11</sup>.” (BRASIL, 2006, p.

---

<sup>10</sup> A atuação complementar da iniciativa privada no âmbito do SUS é de extrema importância para discussão da saúde pública e do direito à saúde. Faz-se essa ressalva principalmente por não se ter abordado o tema no texto “Comissões Intergestores: inovação na descentralização das políticas de saúde”. (CANUT, 2011).

<sup>11</sup> “A participação efetiva do setor privado no SUS hoje é mais pronunciada na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados de maior densidade tecnológica e custo, e representa uma proporção importante dos gastos do sistema. Essa dependência do SUS em relação aos serviços privados reflete a

69). Uma vez integrado ao SUS, “[...] submeter-se-ão a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor público correspondente, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.” (BRASIL, 2007, p. 41)

Ao dispor que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, o *caput* do artigo 199 da Constituição permitiu não só a atuação de entidades privadas de forma complementar no SUS, mas também a atuação da iniciativa privada fora do SUS, configurando o setor de saúde suplementar, por meio do qual muitos cidadãos buscam ações e serviços de saúde. Essa atuação é prevista nos artigos 20 a 23 da lei 8.080/90.

Desta forma, para “[...] a iniciativa privada fora do SUS, existe um regime jurídico diverso[...]. Sem pretensão de se dedicar diretamente a esse tema, levantam-se apenas alguns pontos: a) a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde deve ser controlada pelo Poder público em virtude do reconhecimento da relevância pública de tais ações pelo artigo 197 da Constituição Federal; b) a iniciativa privada pode prestar assistência à saúde em todos os níveis de complexidade – da atenção básica à média e alta complexidade; c) é proibida, em conformidade com o § 3º do artigo 199 da CF, “[...] a participação direta ou indireta e empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei [...]”; d) Os planos privados de assistência à saúde são regulados pela lei 9.656/98 e encontram-se sob a supervisão e controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, criada pela lei 9.961/00 (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 97); e) a “ANS é responsável pela normatização, pela fiscalização e pelo controle da atividade e todas as instituições jurídicas de direito privado que, de alguma forma, operam seguros e planos de saúde ou prestam ações e serviços privados de saúde e não possuem relação jurídica de natureza obrigacional com o Sistema Único de Saúde<sup>12</sup> [...]”. (BRASIL, 2006, p. 63, 64).

No que diz respeito aos Hospitais Universitários- HUs, de acordo com o artigo 45 da Lei 8.080/90, sua participação no SUS dar-se-á mediante convênio “[...] e não automaticamente como a princípio de [sic] depreende do texto do art.4º da Lei em comento.” (MAUÉS; SIMÕES, 2002, p.57)

Dessas características gerais verifica-se que no Brasil “a oferta de serviços de saúde é feita pelo SUS e pelo mercado privado. [...]” (RODRIGUES, SANTOS; 2009, p.134). Tem-se um Sistema Único de Saúde universalista – complementado pela iniciativa privada - ao lado da atuação do setor privado de forma suplementar.

---

insuficiência de investimentos na rede pública e a baixa produtividade da maioria dos serviços sob gerência pública. A oferta de serviços pelo setor privado está orientada pela lucratividade dos atos e condicionada pelos diferenciais de remuneração da tabela do SUS que tem favorecido os procedimentos especializados que utilizam maior aporte tecnológico.” (VASCONCELOS; PACHE, 2008, p. 548).

<sup>12</sup> Ressalta-se que “[...] (as instituições-organismos de direito privado sempre terão relação jurídica de natureza regulatória com os SUS, pois submetem-se às normas jurídicas impostas pelas fontes normativas do SUS, notadamente as do Ministérios da Saúde, da ANS e da Anvisa). São instituições-organismos de direito privado submetidas diretamente ao direito sanitário as seguradoras e os planos de saúde, as clínicas privadas de saúde, os laboratórios privados de saúde, os hospitais privados, etc. [...]”. (BRASIL, 2006, p. 63, 64).

Observa-se, então, que o Sistema de Saúde brasileiro – considerado em aspecto amplo - organiza-se como um sistema de saúde misto, como ocorre em vários outros países. Isso significa que ele combina características de mais de um tipo de sistema saúde<sup>13</sup> e se reflete nas combinações feitas entre o sistema público universal e sistema privado, que atua fora do Sistema de saúde público. Sendo que, “[...] apesar da predominância do sistema público universal, há a atuação do setor privado (RODRIGUES, SANTOS; 2009, p. 16).

Assim, dedicando-se à análise do SUS, verifica-se que ele consiste no

[...] arranjo institucional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 531)

Paim chama atenção ao fato de que o SUS pode ser analisado sob mais de uma perspectiva: como um sistema democrático aos moldes propostos pelo movimento sanitário; como um sistema formal-legal, conforme os preceitos constitucionais, legais e normativos em geral; um sistema à mercê de pressões econômicas do governo, da burocracia e do clientelismo; um sistema ‘para pobres’. (*apud* BAHIA, 2005, p.445)<sup>14</sup>.

Desta forma, após a descrição inicial de um SUS formal-legal, neste tópico e no seguinte, pretende-se abordar alguns pontos que envolvem algumas complexidades e dificuldades que o SUS formal enfrenta para se tornar o SUS real, nos tópicos finais.

#### 4. INSTITUIÇÕES QUE FORMAM O SUS

Ao utilizar a descrição de Vasconcelos e Pasche para definir o SUS no tópico anterior, foi possível verificar, na primeira parte da citação, que esse sistema conforma um arranjo institucional para efetivar as políticas de saúde. Nesta parte do trabalho intenta-se relacionar quais instituições fazem parte desse arranjo e como elas se organizam (ou deveriam se organizar) para a formação de um sistema de saúde que deve ser único num país federativo com tamanha extensão territorial, desigualdades sociais e que é composto por serviços públicos e serviços privados complementares.

Apesar de não apresentar personalidade jurídica própria, o SUS é uma instituição de direito público, considerada a mais importante do direito sanitário. Nesse sentido, o SUS configura-se como uma instituição organismo - assim caracterizada por sua criação e funcionamento serem previstos pelo direito - composta por várias outras instituições jurídicas autônomas<sup>15</sup> - dotadas de personalidade jurídica - e

---

<sup>13</sup> Rodrigues e Santos explicam os três tipos de sistemas: o sistema público de acesso universal; o de seguro social e o de saúde privada. (2009, p. 16)

<sup>14</sup> Para Ligia Bahia, essas diferentes concepções auxiliam “[...] a compreensão sobre as relações entre o público e o privado no sistema de saúde. (BAHIA, 2005, 455).

<sup>15</sup> Com escopo de cumprir os mandamentos constitucionais inscritos nos artigos 6º e 196 a 200, editaram-se as leis 8.080 e 8.142, ambas do ano de 1990. Além dessas leis, foram sendo publicadas, por meio de Portarias Ministeriais, as chamadas Normas Operacionais (NOBs) e as NOAS, várias outras leis, diversos outros regulamentos infralegais como Decretos, outras Portarias e Resoluções (AITH, 2007, p. 84).

complementares entre si, para desempenhar sua função constitucional de garantir o direito à saúde (BRASIL, 2006, p. 55, AITH, 2007, p. 336; 340; 343).

O SUS e as instituições jurídicas que permitem a sua existência são criados e orientados por normas que constituem o Direito Sanitário (AITH, 2007, p. 342,343). Um novo ramo do direito que foi tomando forma a partir das previsões constitucionais dos artigos 6º e 196 a 200<sup>16</sup>, que traçaram as bases jurídicas para a proteção do direito à saúde no Brasil e estimularam a produção normativa voltada à sua tutela (BRASIL, 2006, p. 52; AITH, 2008, p. 73, 74; AITH, 2007, p. 81,82) nos aspectos: individual, transindividual e coletivo<sup>17</sup>.

O direito sanitário “[...] representa, dentro desse contexto jurídico, o conjunto de princípios e regras que, transformados em normas jurídicas, regulam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da saúde pública. [...]”. (AITH, 2007, p. 81,82). Ele abrange tanto as normativas voltadas para a regulamentação e implementação do Sistema Único de Saúde, formado pela rede de serviços e ações públicas e privadas complementares, quanto aquelas voltadas para a prestação de assistência suplementar à saúde, que apesar de consistir em atividade privada que não faz parte do SUS, deve submeter-se à regulamentação e supervisão do setor público de saúde em razão da relevância pública das atividades do setor, prevista no artigo 197 da Constituição<sup>18</sup>. Além disso, em virtude da competência concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para legislar sobre saúde – artigos 24, XII e art.30, II – (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 102) verifica-se a existência de normas de direito sanitário nacionais, estaduais e municipais.

Diante desse quadro, verifica-se que o funcionamento do SUS dá-se por meio da atuação das diversas instituições-organismos que o compõe e que integram o direito sanitário. Algumas delas são: “o Ministério da Saúde; as Secretarias estaduais e municipais de Saúde; as Autarquias hospitalares; as Autarquias Especiais (agências reguladoras); as Fundações; Conferências e Conselhos de Saúde, Fundos de Saúde e etc.”(AITH, 2007, p. 341; 343).

Deve-se destacar que recentemente, em agosto de 2011, a Lei nº 1.2466 alterou a Lei 8.080/90 para reconhecer na estrutura do SUS as Comissões Intergestores Bipartites e a Tripartite<sup>19 20</sup> - artigo 14 A - e reconhecer o Conselho Nacional de

---

<sup>16</sup> Com escopo de cumprir os mandamentos constitucionais inscritos nos artigos 6º e 196 a 200, editaram-se as leis 8.080 e 8.142, ambas do ano de 1990. Além dessas leis, foram sendo publicadas, por meio de Portarias Ministeriais, as chamadas Normas Operacionais (NOBs) e as NOAS, várias outras leis, diversos outros regulamentos infralegais como Decretos, outras Portarias e Resoluções (AITH, 2007, p. 84).

<sup>17</sup> Para Sueli Dallari O direito sanitário se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado. [...] (DALLARI, 2003, p. 48).

<sup>18</sup> Conforme explicitado no tópico anterior.

<sup>19</sup> A Comissão Intergestores Tripartite – CIT foi criada em julho de 1991 (BRASIL, 2005) mas “[...] nunca foi consumada no processo de formulação durante o governo Collor (Goulart, 2001)” (ARRETCHE, 2005, p. 297). A NOB 01/93 organizou o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – no âmbito nacional –, instituiu as Comissões Intergestores Bipartites – CIBs – no âmbito estadual – e dispôs sobre a

Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) “como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento”.

No âmbito Federal, a direção única do SUS compete ao Ministério da Saúde<sup>21</sup>. Sua existência e competências são estipuladas pela Lei 10.683/03, nos artigos 25, XX e 27, XX<sup>22</sup>, respectivamente (BRASIL, 2006, p.59; 61; AITH 2007, p. 435). Os órgãos que compõem o Ministério da Saúde (art. 2º) e as suas competências (art. 3º a 48), estão previstos no Decreto nº 7.530, de julho de 2011<sup>23</sup>. Nessa estrutura organizacional está previsto o “[...] conjunto de instituições jurídicas (autarquias, fundações, sociedades de economia mista) que são responsáveis, no âmbito federal, pelas ações e serviços públicos. [...]” (AITH, 2007, p. 346; BRASIL, 2006, p. 61)

No que diz respeito à direção única do SUS nas demais esferas de governo, o Artigo 9 da Lei 8.080/90 estipula que ela será exercida pelos demais entes federativos nos seguintes termos: “[...] II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgãos equivalente.” Na estruturação do SUS nesses níveis de governo observa-se o seguinte:

Com relação aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a organização de suas instituições-organismos, da Administração direta ou indireta, também é regulada por leis específicas, aprovadas no âmbito de cada ente federativo. Em geral seguem a lógica da organização administrativa da Administração Pública Federal e apresentam estrutura semelhante, não havendo grandes distinções com relação à organização da União. O que mudam são algumas terminologias e competências, sendo que na área da saúde tanto os Estados quanto os Municípios podem ter (e geralmente o tem) um órgão específico destinado a desenvolver as ações e serviços públicos de saúde, geralmente chamado de Secretaria da Saúde. (AITH, 2007, p. 350, 351; BRASIL, 2006, p. 67). Estados e Municípios de saúde também criam Autarquias ou Fundações para a execução de ações e serviços públicos específicos (é o caso, por exemplo, da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas). (AITH, 2007, p. 350, 351).

sua composição.

<sup>20</sup> Aith destaca que as instituições jurídicas do SUS, “[...] cada qual com sua personalidade jurídica própria, tais como o Ministério da Saúde, as Agências, as Secretarias de Saúde, entre outras [...] criam outras instituições jurídicas, como, por exemplo, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. (AITH, 2007, p. 336)

<sup>21</sup> O artigo 198, I da Constituição estabelece a direção única em cada esfera do governo. O Artigo 9, I da Lei 8080/90 dispõe sobre o exercício de tal direção estipulando que será exercida pelos seguintes órgãos: “I – No âmbito Nacional, pelo Ministério da Saúde; [...]”

<sup>22</sup> De acordo com o inciso XX do artigo 27 a Lei 10.683/03, compete ao Ministério da Saúde: “a) política nacional de saúde; b) coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde; c) saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; d) informações de saúde; e) insumos críticos para a saúde; f) ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; g) vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos; h) pesquisa científica e tecnologia na área de saúde;”

<sup>23</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm#art8](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm#art8)>. Acesso em setembro de 2011.

As regulamentações estaduais, municipais voltadas para criação e adaptação de órgãos, em cumprimento da legislação federal - como os fundos e os conselhos de saúde - bem como a normatização complementar sobre o funcionamento do SUS (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 534) em suas instâncias de poder somam-se às normas nacionais incrementando o já citado direito sanitário

Nesse panorama, as instituições jurídicas ligadas à administração direta ou indireta da União, estados, municípios e distrito federal são as mais relevantes do Sistema Único de Saúde brasileiro. Em cada uma dessas esferas de governo cabe ao poder executivo a responsabilidade por organizar e executar as ações e serviços do SUS (AITH, 2007, p. 344; 353; BRASIL, 2006) em conformidade com os princípios e diretrizes constitucionais e legais do Sistema.

## 5. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

A formulação, organização e implementação das políticas de saúde, que se materializam em ações e serviços que formam o Sistema Único, devem sempre obedecer aos princípios e diretrizes previstos na Constituição de 1988 e detalhados pela Lei 8.080/90. Nesse sentido, a definição utilizada no final do tópico 3 enfatiza esta afirmação ao dispor que o SUS traduz em ação os princípios e diretrizes a ele condizentes.

A Constituição estabeleceu, em seu artigo 196, três grandes princípios para o SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade. Eles formam a base, o alicerce do Sistema de Saúde brasileiro (BRASIL, 2006, p. 71) e lhe conferem ampla legitimidade (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 535; BRASIL, 2003, p. 60)

Além de firmar a base do sistema de saúde, a carta constitucional, no seu artigo 198 *caput* e incisos I e III, estipulou as diretrizes que devem orientar a sua organização e operacionalização. Nesse sentido as ações e serviços de saúde deverão ser implementadas de acordo com as diretrizes<sup>24</sup> de regionalização e hierarquização - artigo 198 *caput* - ; da descentralização, com direção única em cada esfera de governo - artigo 198, II; e da participação da comunidade, - artigo 198, III.

Ao tratar dos princípios e das diretrizes do Sistema de Saúde, que dizem respeito aos seus alicerces e aos seus contornos, respectivamente, (BRASIL, 2006, p. 71) coloca-se em pauta a questão das ‘regras do jogo do SUS’ e as consequências operacionais que delas derivam (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 534).

Daí a importância de compreender cada um desses princípios e diretrizes, que refletem as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo que, apesar de todos estarem interconectados, alguns apresentam maior complexidade para

---

<sup>24</sup> Tendo em vista que as Leis 8.080/90 e 8.142/90 foram insuficientes para a implementação do SUS, ao longo dos anos foram sendo editadas normas operacionais (NOBs) e Normas de atenção à saúde (NOAs), mais tarde o pacto pela saúde 2006 e mais recentemente o decreto de 2011 que regulamenta a lei 8.080/90, que foram somando-se ao arsenal do direito sanitário, tendo como escopo a operacionalização do SUS de acordo com as diretrizes acima citadas. Verifica-se que há grande preocupação com a descentralização em todas elas, assumindo em alguns momentos o sentido da municipalização e desde as NOAs de 2001 e 2002 até o recente decreto 7.508/11o da regionalização.

implementação que outros.

O *princípio da universalidade* como grande informador de um sistema de saúde que pretende-se público, marca a grande mudança do cenário anterior ao SUS, no qual, como se viu no tópico 2, predominava um sistema de seguridade social para trabalhadores formais combinado com um sistema privado para aqueles que podiam pagar pela assistência. Seus reflexos são perceptíveis nos demais princípios e nas diretrizes do sistema.

Este princípio também está previsto no artigo 7, I, da Lei 8.080/90. E, segundo ele, a todos, sem *nenhuma discriminação*, é garantido o direito à saúde. Um direito a ser garantido pelo Estado independentemente de qualquer pagamento direto pelas ações e serviços<sup>25</sup>. Por interpretação restrita do artigo 5º, *caput*, está incluso o atendimento a todos os brasileiros e também os estrangeiros residentes no Brasil<sup>26</sup>.

A idéia da não discriminação remete a outro princípio do SUS, ao princípio da equidade, previsto também o artigo 196 do texto constitucional e no artigo 7, IV, da Lei 8.080/90. Com ele pretende-se garantir a não concessão de privilégios, ou seja, volta-se para “oferecer condição de atendimento igual para todos”, independentemente da condição social e/ou econômica dos usuários ou de outros critérios particulares (BRASIL, 2003, p. 64).

O último princípio, o da integralidade, está previsto no artigo 196 e 198, II, da Constituição. Ele foi abordado no inciso I, do artigo 7 da Lei 8.080/90 que trata da universalidade e dispõe que o acesso universal deve ser garantido *em todos os níveis de complexidade do sistema*. Isso quer dizer, de acordo com o artigo 7, II da Lei 8080/90, que a integralidade do sistema é “[...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade”.

Esses dispositivos reforçam o previsto no artigo 198, II, segundo o qual deve haver “atendimento integral, *com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*”.

A integralidade<sup>27</sup> é um tema fundamental para o direito à saúde e para a concretização do SUS. Ela envolve aspectos de alta complexidade que se desdobram principalmente nas *diretrizes da descentralização e da regionalização e hierarquização*. Trata-se, ainda, de tema a ser abordado com muita atenção diante dos debates acerca da judicialização do direito à saúde, já que nesse âmbito a predominância do aspecto curativo-individual faz com que o aspecto preventivo-coletivo seja relegado à segundo plano. Esse é um dos grandes resultados da constitucionalismo contemporâneo que enfatiza a dimensão subjetiva do direito à saúde.

---

<sup>25</sup> Nesse sentido o § 1º do artigo 198 da Constituição: “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.”

<sup>26</sup> O atendimento pelo SUS a estrangeiros não residentes ou em situação irregular no país, é assunto que demanda maior atenção e que não cabe debater nesse breve artigo.

<sup>27</sup> Para Dallari e Nunes, “O principal objetivo dessa diretriz do SUS [de assistência integral] é o e delimitar a extensão e o alcance do dever de atenção do Sistema Único de Saúde. [...]. Tal diretriz deve ser

A diretriz da descentralização<sup>28</sup>, com direção única em cada esfera de governo, recebeu tratamento legal no artigo 7, IX, e 9, I a III da Lei 8.080/90. Ela refere-se à descentralização político-administrativa e envolve, por isso, a distribuição de competências entre os entes da federação brasileira (DI PIETRO, 2001, p.342), que são autônomos e contam com gestores de saúde e suas responsabilidades em cada esfera de poder (art. 9, I a III).

Essa diretriz é fundamental para a universalização do direito à saúde, tendo elevado o SUS a instrumento fundamental para a nacionalização da política de saúde (FRANZESE, ABRUCIO, 2009, p. 15). Trata de conceito fundamental no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e diz respeito à “[...] descentralização na formulação e implementação da política de saúde, dos recursos financeiros e, fundamentalmente, dos serviços e ações de saúde nos estados e municípios” (GERSCHAMN; VIANA, 2005, p. 308).

O artigo 7, IX, da Lei 8.080/90 explicita que a descentralização pode seguir dois caminhos: a) a municipalização; b) a regionalização e hierarquização<sup>29</sup>. A municipalização tomou impulso a partir dos anos 80, com as propostas constantes nos discursos pela democratização do país e pela reforma sanitária e recebeu destaque na NOB 01/93. A partir das NOAs de 2001 e 2002, a proposta de descentralização passa a assumir o foco da regionalização. Sob a lógica de organização regional do SUS também foram elaborados o Pacto pela Saúde de 2.006 e o Decreto 7.508/11, que regulamenta a lei 8.080/90.

A regionalização como uma forma de descentralização das ações e serviços de

---

interpretada, por evidente, à luz do conceito de saúde, sobretudo quando este alude à busca do estado de completo bem-estar e físico, mental e social. Ela inclui, portanto, no campo de ações de atenção à saúde, não só atividades de proteção epidemiológica (vacinação etc), como o mais amplo espectro de atendimentos (consultas, cirurgias, internações etc), além de assistência farmacêutica (fornecimento de medicamentos) e a prestação de serviços e o fornecimento de insumos necessários à integração ou reintegração do indivíduo à vida social (próteses, equipamentos externos para ventilação pulmonar etc).” DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 91, 92). Ao dispor sobre o tema os autores abordam que tal princípio ressoa os princípios a dignidade humana, da igualdade e do acesso universal, não podendo o Estado se recusar de o seu atendimento sob o argumento de custos que isto envolveria. Assim, enfatizam a dimensão subjetiva do direito ao colocarem que :”A integralidade, em outras palavras, nada mais significa do que privilegiar a vida em detrimento de interesses orçamentários da administração – o chamado interesse público secundário. Nesse sentido, um dos pontos mais discutidos em relação ao tema diz respeito a protocolos clínicos, relações de medicamentos e outros expedientes administrativos similares, que intentam, por assim dizer, delimitar o âmbito da assistência integral. A questão, embora controversa, pode (p. 93) ser singelamente formulada: os órgãos públicos da saúde podem criar standards de atendimento? [...].(DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 92, 93). Transcrevem-se tais passagens apenas para demonstrar a polêmica que tal diretriz envolve e o cuidado que ela exige em seu tratamento.

<sup>28</sup> Apesar de o tema do financiamento da saúde não ser objeto do presente trabalho, ressalta-se que : “[...] O sucesso do processo de descentralização é altamente dependente da disponibilidade de fundos para o cumprimento das atribuições e prioridades locais [...]” (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 349).

<sup>29</sup> “Quanto à integralidade, hierarquização e regionalização do sistema de saúde, a regionalização acaba se defrontando com duas questões: o caráter de nossa federação e das formas de financiamento da saúde, que tornam os municípios e estados competitivos entre si na arrecadação de recursos; e a distribuição altamente desigual dos equipamentos de saúde, mais acentuadamente ainda no que diz respeito aos equipamentos de maior complexidade tecnológica. [...]”(COHN, 2008, p. 243).

saúde se estrutura com base *na diretriz da hierarquização*. E essas duas diretrizes traduzem-se na possibilidade de organizar regiões de saúde que garantam o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, ou seja, que garanta atendimento desde a atenção básica até a os tratamentos de média e alta complexidade. Pretende-se por meio delas criar uma rede que permita que os usuários de municípios que não ofereçam determinados serviços e ações de saúde de maior complexidade possam ser atendidos em outros municípios que prestem tal serviço ou ação.

Nesse sentido:

A hierarquização da atenção à saúde não significa apenas organizar a rede física de serviços de saúde, mas significa a implementação de mecanismo que garantam o acesso às ações e aos serviços de toda a complexidade requerida. Inclui a organização de fluxos de encaminhamentos – referência – e de retorno dos usuários e das informações sobre o atendimento realizado, para o nível da atenção básica do sistema, ou seja, dos profissionais responsáveis pela saúde dos mesmos – contra-referência. (BRASIL, 2003, p. 111)<sup>30</sup>

Com essa estruturação procura-se cumprir o princípio da integralidade que, como bem ressalta Lenir Santos, tem que ser garantido no “[...] âmbito do *sistema de saúde* e não no âmbito de cada ente federativo”. Por meio dela verificam-se também os fundamentos de um sistema que se baseia em negociações e integração entres gestores para organizarem a oferta de ações e serviços de saúde, e impõe, por isso, “*solidariedade ao sistema*”. (SANTOS, 2011).

Sem aprofundar na análise dos dispositivos do Decreto 7.508/11, cabe ressaltar a atenção que este instrumento normativo deu à regionalização e à hierarquização. Estipulou, em relação a esta, as portas de entrada do SUS - art. 9<sup>31</sup> - e dispôs em seu artigo 20<sup>32</sup> que a integralidade da assistência à saúde é garantida por meio do sistema de referenciamento do usuário.

A última diretriz a ser abordada é a da participação da comunidade. Como uma

---

<sup>30</sup> Dallari e Nunes explicam esse processo : “Ao promover a regionalização e a hierarquização da atenção em saúde, a Constituição determina a criação de um sistema de referência e contra-referências, com o objetivo de racionalizar a utilização dos recursos para o atendimento. Por essa lógica e funcionamento, as unidades de atendimento primário devem construir as portas de entrada do sistema, aptas não só a realização de atendimentos de menor complexidade, como também ao referenciamento, eventualmente necessário, do paciente para unidades destinadas a atendimentos de maior complexidade. Assim, em princípio, as pessoas são atendidas nas unidades primárias, que, verificando que a situação clínica requer um nível maior de complexidade na atenção, referencia (encaminha) o interessado a outra unidade de atendimento (secundária ou terciária, conforma o caso). Uma vez realizado o atendimento mais complexo é freqüente que o paciente necessite de cuidados complementares, geralmente ambulatoriais, o que faz com que a unidade de atendimento de maior complexidade promova a contra-referência do paciente à unidade primária de onde partiu o encaminhamento. [...]” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 83,84)

<sup>31</sup> Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto.”

<sup>32</sup> Art. 20. “A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.”

das grandes propostas do movimento sanitário, tal diretriz exige a criação, pelo poder público, de mecanismos que permitam a participação popular na formulação e implementação das políticas de saúde, que se exteriorizam nas ações e serviços públicos de saúde<sup>33</sup>. (DALLARI, 2006, p. 76)

Além da previsão constitucional e legal no artigo 7, VIII, da Lei 8.080/90, tal diretriz recebeu tratamento específico na Lei 8142/90<sup>34</sup>, que tratou da participação institucionalizando-a na estrutura do SUS por meio das Conferências de Saúde<sup>35</sup> e dos Conselhos de Saúde.

As Conferências e os Conselhos de Saúde - nos níveis municipal, estadual e nacional - são consideradas elementos fundamentais de controle da sociedade sobre a formulação e implementação das políticas de saúde<sup>36</sup>. (BRASIL, 2003, p. 99)

Importa destacar também que o movimento favorável à participação social no SUS considerava a descentralização como um fator chave para a democratização e para o controle social a ser exercido pelas Conferências e Conselhos em todos os níveis da federação<sup>37</sup>.

Além dessa participação institucionalizada, verificam-se iniciativas do Ministério da Saúde com objetivo de criar outros canais de participação dos usuários. Como exemplos tem-se a criação de uma política nacional de gestão estratégica e participativa (BRASIL, 2009), a realização de audiências e consultas públicas e, recentemente, a criação de redes sociais do Ministério para permitir “[...] o diálogo e na aproximação do governo federal com a sociedade. As informações divulgadas são ações de saúde pública que auxiliam na melhoria da qualidade de vida do cidadão, seja para a promoção da saúde, prevenção de doenças ou adesão da população às mobilizações de campanhas”. Dentre as redes sociais elencadas no site do Ministério estão o Facebook e o Twitter<sup>38</sup>.

Essas iniciativas são cada vez mais importantes no cenário marcado não só pelo Estado democrático, mas também por um direito que é de todos, no sentido de que pertence à sociedade. Daí a importância de que tais canais não se transformem em

---

<sup>33</sup> Nesse ponto ressalta-se a importância do planejamento e dos planos de saúde, já que a operacionalização das políticas de saúde, a serem transformadas em ações e serviços, deverá estar prevista em tais planos.

<sup>34</sup> Recorde-se que esse tratamento em lei posterior justifica-se pelos vetos do presidente Collor acerca do assunto no projeto de lei que se tornou a lei 8.080/90.

<sup>35</sup> Destaca-se que a existência legal das Conferências Nacionais de Saúde data de 1937 (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 313), conforme já citado no tópico 1.

<sup>36</sup> Não cabe aqui destacar os debates acerca de tais espaços, que são muitos. No entanto, neste momento destaca-se a necessidade de reforçar o controle social sobre o momento político da implementação de tais políticas.

<sup>37</sup> Vale destacar a observação de Nascimento, segundo a qual: “A análise dos princípios que definiram o sistema de organização as relações territoriais de poder, ou seja, os princípios que viriam orientar o sistema federativo brasileiro concomitantemente às diretrizes e princípios que nortearam a reorganização do sistema de saúde no Brasil, na Constituição de 1988, pressupõem compreender o contexto no qual foi possível instituí-los no plano jurídico-legal. Em ambos os casos, democracia e descentralização política e territorial foram definidas como seus princípios fundamentais.” (NASCIMENTO, 2007, p. 87).

<sup>38</sup> Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=348>>. Acesso em setembro de 2011.

espaços de transmissão de comunicação do Ministério para os cidadãos. Eles devem ser utilizados para viabilizar a participação real e concreta de todos - e qualquer um no SUS.

## 6. DESCENTRALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS: COMPETÊNCIAS<sup>39</sup> DOS ENTES FEDERATIVOS E RELAÇÕES INTERGESTORES

No âmbito do SUS, a diretriz de descentralização com direção única em cada esfera de governo<sup>40</sup>, a ser exercida pelo Ministério da Saúde, no âmbito da União e pelas secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios<sup>41</sup>, reflete uma das principais características do federalismo brasileiro adotado pela Constituição de 1.988: a descentralização político-administrativa e financeira. (BAGGIO, 2006, p. 109; 116). Além disso, o sistema de saúde enfatiza outro ponto peculiar<sup>42</sup> desse sistema federativo: o reconhecimento dos municípios como entes federativos autônomos<sup>43</sup>.

A direção única remete à responsabilidade dos entes federativos para o desempenho da competência comum (AITH, 2007, p. 361-362) de cuidar da saúde, nos termos do artigo 23, II, da Constituição e envolve também a complexidade da cooperação entre eles.

A Lei 8.080/90 se ocupou, em seu capítulo IV, com os temas: Atribuições Comuns (seção I) e Competência (seção II). Na primeira seção, que compreende o artigo 15, incisos I a XXI, a lei descreve as atribuições comuns a serem assumidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em seus âmbitos administrativos.

Já na segunda seção, a Lei discrimina as competências dos entes federados: no artigo 16, incisos I a XIX, estabelece as competências da direção nacional do SUS – Ministério da Saúde; no artigo 17, incisos I a XIV, institui o que compete à direção estadual do sistema; no artigo 18, incisos I a XII, organiza a competência da direção municipal; no artigo 19 dispõe sobre a competência do Distrito Federal.

Para Aith “[...] as competências do SUS encontram-se bem delineadas, desde a C.F. até a Portaria que define a Norma Operacional Básica do SUS [...]” (2007, p. 367-368).

---

<sup>39</sup> A competência legislativa concorrente na área da saúde, prevista no artigo 24, XII, da Constituição não será objeto de análise deste trabalho. Para mais informações sobre competências materiais e legislativas nessa área, vide Dallari e Nunes (2010, p. 101-106)

<sup>40</sup> Artigo 198, I da Constituição Federal.

<sup>41</sup> Artigo 9, I, II e III da Lei 8080/90.

<sup>42</sup> Gerschman e Viana abordam outra especificidade da descentralização no federalismo brasileiro no texto a seguir: “O caso brasileiro de descentralização, por sua vez, apresenta inúmeras particularidades, decorrentes do modelo de federalismo fiscal adotado na Constituição Federal de 1988, a herança do modelo anterior e federalismo fiscal (partilhas definidas pela reforma tributária de 1966/67) e, finalmente, do perfil de formação do produto/renda no território nacional.” (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 333).

<sup>43</sup> “[...] Esta é uma peculiaridade do sistema brasileiro, já que não há na história do federalismo mundial registros anteriores de tal natureza, [...]” (BAGGIO, 2006, p. 109)

Não se corrobora deste posicionamento. Apesar da previsão constitucional e do tratamento do tema em comento pela lei 8.080/90 e pela lei 8142/90 - principalmente em relação aos recursos financeiros -, o conjunto normativo por elas formado não é suficiente para o estabelecimento das funções/competências dos entes federativos na área da saúde.

A imprecisão de tal definição pode ser constatada diante da preocupação das Normas Operacionais (NOBs) - principalmente a NOB 01/93 e a NOB 01/96-, das Normas de Assistência à Saúde (NOAS) e do Pacto pela Saúde de 2006 em estabelecer os papéis e responsabilidades dos entes federativos<sup>44</sup>.

Em relação ao tema, Santos e Andrade referem-se à difícil tarefa de detalhar as responsabilidades estaduais e municipais constantes nos artigos 15 a 19 da Lei 8.080/90 e consideram que esta estipulação não deve ser feita de forma hierárquica, de cima para baixo, seja pelo Ministério da Saúde em seu papel de direção nacional, seja pelos Estados em seu papel de direção estadual (2007, p. 107).

Desta forma, apesar de a Lei 8.080/90 dispor sobre competências comuns e específicas de cada ente federativo, pouco especifica sobre as competências assistenciais em saúde, ou seja, pouco diz sobre as responsabilidades de cada ente na organização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007, p. 25).

Por isso, além de toda a preocupação com a delimitação das competências de cada esfera de governo, há outro elemento fundamental para a concretização do Sistema de Saúde: a cooperação e coordenação entre estas esferas. No parágrafo único do artigo 23 da Constituição reconheceu-se a importância de tal cooperação. No entanto, o seu regramento ficou vinculado à edição de lei complementar. A falta de regulamentação desse dispositivo constitucional dificulta a resolução de problemas pertinentes às relações intergovernamentais (BAGGIO, 2006, p. 113) e impõe desafios para a concretização do Sistema de Saúde.

Nascimento afirma que há [...] falta de precisão no que diz respeito à definição das competências e à origem dos recursos financeiros na gestão do SUS [...] (NASCIMENTO, 2007, p.157) e que pelo fato de as previsões constitucionais dos artigos 23 e 30 ainda não terem sido regulamentadas, o país fica “[...] entregue à ‘desordem federativa’, resultante de uma indefinição de funções entre as três instâncias federativas, da superposição de ações e da inflação de transferência voluntárias, por pressões políticas descoordenadas e incoerentes’ [...]”<sup>45</sup> (CAMARGO *apud* NASCIMENTO, 2007, p.140).

Assim, tendo em vista que a atual conjuntura normativa é incompleta no que diz respeito ao estabelecimento de competências, que a lei complementar que fixaria normas para cooperação entre os entes federados não foi elaborada, e que o estabelecimento de responsabilidades na área da saúde deve dar-se em conformidade com questões geográficas, socioeconômicas e epidemiológicas locais e regionais<sup>46</sup>,

---

<sup>44</sup> Não se dedicará à análise do disposto nas NOBs, NOAS e Pacto pela Saúde 2006 acerca do estabelecimento de competências e atribuições dos entes federados.

<sup>45</sup> O autor refere-se à lei complementar já referenciada neste tópico.

<sup>46</sup> “No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipo de ações e

foram criados mecanismos dentro do próprio SUS para possibilitar as relações intergovernamentais ou interfederativas.

Uma iniciativa marcante nesse sentido foi a criação das comissões Intergestores Bipartite e Tripartite<sup>47</sup>, inicialmente criadas e normatizadas por Portarias Ministeriais, e atualmente reconhecidas na estrutura do SUS por meio da Lei 12.466/11, que alterou a Lei 8.080/90. Tais Comissões também foram tratadas no Decreto 7.508/11<sup>48 49</sup>, que reforçou a importância as Comissões intergestores ao dispor sobre as Comissões Intergestores Regionais, já prevista no Pacto pela saúde de 2006 sob outra denominação<sup>50</sup>.

Essas Comissões<sup>51</sup> consistem em colegiados de negociação e deliberação sobre

---

<sup>47</sup> A Comissão Intergestores Tripartite – CIT foi criada em julho de 1991 (BRASIL, 2005) mas “[...] nunca foi consumada no processo de formulação durante o governo Collor (Goulart, 2001)” (ARRETCHE, 2005, p. 297). A NOB 01/93, ao dispor sobre o “gerenciamento do processo de descentralização”, estabeleceu que as relações entre as três esferas do governo dar-se-ia por meio de “instâncias de articulação, negociação e decisão, nas quais os três gestores (ministério da saúde, secretarias municipais e estaduais de saúde) pactuarão as políticas de saúde [...]” (REMOR, 2003, p. 39). Assim, esta norma organizou o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – no âmbito nacional –, instituiu as Comissões Intergestores Bipartites – CIBs – no âmbito estadual.

<sup>48</sup> De acordo com este Decreto de 2011, “Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.”

<sup>49</sup> Cabe ressaltar que este decreto ao regulamentar questões relativas à CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e às CIBs (Comissões Intergestores Bipartites), tratou de assunto que já estava em debate por meio do projeto de Lei 5.203/09, que dispôs sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde e suas respectivas composições, que foi transformado na Lei 12466/11. Nesse sentido, coloca-se uma inquietação: por que o tema não recebeu tratamento conjunto? Por que o decreto refere-se às comissões intergestores regionais e a Lei 12.466/11 que alterou a lei 8.080/90 não faz referência a elas? Não se pretende, nesse momento, debruçar-se sobre tais questões.

<sup>50</sup> Pelo novo decreto as Comissões Intergestores nas Regiões denominam-se “Comissões Intergestores Regionais - CIR”, ao passo que o Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria 399/06) quando tratava dos “Mecanismos de Gestão Regional”, previa a CIBs (Comissões Intergestores Bipartites) Regionais.

<sup>51</sup> A NOB 01/93 organizou o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – no âmbito nacional –, instituiu as Comissões Intergestores Bipartites – CIBs – no âmbito estadual – e dispôs sobre a sua composição:

A Comissão Intergestores Tripartite – integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS – tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1993)

A Comissão Intergestores Bipartite – integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado – deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. (BRASIL, 1993)

[...] Cada Estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador”. (BRASIL, 1993)

a implementação da política de saúde<sup>52</sup>. São foros tecno-burocráticos com atribuição de decidir sobre os aspectos operacionais do SUS e surgem como mecanismo de interação entre os entes federativos. São “[...] fóruns de coordenação federativa horizontal” (FRANZESE; ABRUCIO, 2009, p. 17).

Nesse sentido o artigo 2º, IV, do Decreto 7.508/11 ao dispor que as Comissões Intergestores são “instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras a gestão compartilhada do SUS” e o artigo. 14-A<sup>53</sup> da Lei 8.080/90 segundo o qual “As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Gerschman e Viana atentam para mais um elemento complexificador nesse contexto: a participação social, prevista na constituição e na Lei 8.142/90. Eles explicam que a implementação de um sistema de saúde que envolve entes federativos autônomos e a participação social só “poderia acontecer sob um acerto institucional renovado de forma continuada, o que se torna quase inviável considerando a diversidade de interesses em jogo” (2005, p. 319). Desta forma, há ainda, que garantir essa participação nos processos de decisão interfederativas.

Na citação a seguir verifica-se a importância das pactuações intergestores:

---

<sup>52</sup> Em conformidade com o artigo 32 do Decreto 7.508/11: “Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão: I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.” Com a Lei 12466/11, foi incluído o artigo 14-A na Lei 8080/90 com o seguinte teor: “Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.”

<sup>53</sup> Com alteração pela lei 1.2466/11 já citada.

---

Do mesmo modo, existe uma série de ações e serviços que devem ser executados 'pelo SUS' (item 1.3 adiante). Significa que em locais ou situações em que não haja possibilidade deles serem executados pelo Município, cabe ao Estado fazê-lo, ou à União. O que não é possível é a ausência/inexistência destas ações e serviços. Quando e como fazer deve ser tratado pelas Comissões Intergestoras Bipartite \_Clb e pela Comissão Intergestora Tripartite-CIT, com avaliação e deliberação dos respectivos Conselhos de saúde. Muitas vezes ( na maioria delas) faltam recursos; outras vezes, falta tecnologia, pessoal, insumos, entre outros, inclusive, falta vontade política" (BRASIL, 2003, p. 74).

Apesar da afirmação de notórios autores na área do direito sanitário no sentido de que "[...] a simples compreensão do sistema federal e da distribuição de competências adotada pela federação brasileira, somada ao entendimento do Estado Democrático de Direito seria suficiente para que pudesse atuar com segurança na organização jurídica do sistema de saúde no Brasil<sup>54</sup>[...] " (DALLARI, NUNUES JÚNIOR, 2010, p. 12), acredita-se que a atuação nessa área exige maior compreensão do SUS e das relações interfederativas que em seu âmbito ocorrem para implementação das ações e serviços de saúde.

Trata-se de um desafio para aqueles que atuam na área jurídica, já que a organização do sistema por meio das pactuações entre gestores não se formaliza por meio de leis e sim por normas e baixa hierarquia como Portarias - exemplo as Portarias Ministeriais, e dos gestores estaduais - e ainda, a partir do Decreto 7.508/11, no que diz respeito à organização interfederativa de atenção à saúde, por meio de Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde<sup>55</sup>(artigo 33), que dão ênfase aos direitos obrigações dos entes federativos. Mesmo que esses contratos reforcem os compromissos entre os gestores, fica a questão, comum às portarias, relativa ao reconhecimento desses instrumentos no universo jurídico, principalmente quando envolve demandas judiciais.

---

<sup>54</sup> Isso não quer dizer que Dallari e Nunes desconhecem tal organização. Muito ao contrário. Eles chegam a dispor que: "Convém constatar, entretanto, que essa resposta [da solidariedade entre os entes federativo] não dissolve a responsabilidade recíproca dos entes no interior do sistema, já que, em se tratando de uma responsabilidade comum, todos devem, por evidente, dar sua quota-parte para a concretização do ideário constitucional. Nesse sentido, a Lei 8080/90, ao regulamentar o Sistema Único de Saúde, discriminou como cada um dos entes deve concorrer para o incremento do sistema, indicando, portanto, quais responsabilidades pertencem a cada uma das esferas da Federação, sendo certo que boa parte delas, inclusive, deve ser pactuada por meio das chamadas Comissões Intergestores. Ademais, como já apontado, a diretriz de descentralização, embora fixe uma responsabilidade para os Municípios, não desonera os demais entes federativos, que devem, inclusive, assumir a gestão das ações e recursos em saúde quando houver descumprimento as obrigações pela Municipalidade." (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 105)

Organizativos da Ação Pública da Saúde<sup>55</sup> (artigo 33), que dão ênfase aos direitos obrigações dos entes federativos. Mesmo que esses contratos reforcem os compromissos entre os gestores, fica a questão, comum às portarias, relativa ao reconhecimento desses instrumentos no universo jurídico, principalmente quando envolve demandas judiciais.

É o conhecimento dessa organização - na qual as pactuações intergestores vão estipulando novas responsabilidades para cada esfera de governo - que viabiliza uma atuação na área da saúde com vistas a preservar e até mesmo colaborar para a concretização do SUS e assim do direito à saúde de acordo com os princípios da universalidade e da integralidade.

Nesse panorama, constata-se que a descentralização no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro consiste em um processo dinâmico (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 91) que tem se manifestado de forma bastante particular já que o seu processo decisório concentra autoridade no Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que garante a representação dos estados e municípios por meio das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites (ARRETCHE, 2005, p. 285).

Assim, a implementação das políticas de saúde, que se dá por meio do SUS, carrega o dilema - comum das políticas públicas - de manter autonomia e integridade de todos os entes federados e, ao mesmo tempo, possibilitar a coordenação entre eles para o cumprimento do dever comum. (COSTA; PALOTTI, 2009, p. 1). De explicitar, de um lado, as funções de cada uma das esferas de governo e, de outro, utilizar mecanismos para a articulação entre tais esferas para que elas possam atuar de forma complementar e cooperativa (BRASIL, 2003 a, p.16). Justamente por isso, Santos e Andrade referem-se ao SUS como “[...] exemplo mais acabado do federalismo cooperativo”, (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 123)

Para Dallari e Nunes, toda essa estruturação da descentralização do sistema de saúde, justamente por ser organizar-se como “sistema”, consite numa [...] descaracterização pontual da lógica federativa.[...]” já que no lugar da autonomia dos entes propugna-se a integração (automática) deles a um sistema, que só se sustenta por meio da cooperação. (2010, p. 79, 80).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUNS DESAFIOS PARA O SUS**

Ao longo do texto pôde-se verificar que o Sistema de Saúde brasileiro representa muitos avanços na área da proteção e promoção do direito à saúde. Além disso,

---

<sup>55</sup> Por meio do Decreto criou-se um novo instrumento de formalização de tais pactuações. Esses contratos já haviam sido abordados na obra de Santos e Andrade (2007). No artigo sobre as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, elaborado antes do Decreto supramencionado e tendo em vista o projeto de lei transformado na Lei 12466/11 (CANUT, 2011, p. 130), discorreu-se que, com relação ao instrumento de formalização dos consensos interfederativos, verifica-se que a proposta do Projeto de Lei não contempla as necessidades apontadas por Santos e Andrade: ‘Como os consensos obtidos nos fóruns interfederativos da saúde não são suficientes para dar seqüência ao pactuado, necessitam consubstanciar-se em outros instrumentos jurídicos, que podem ser o contrato de ação pública ou o contrato de regionalização, o qual organizará o serviço regionalizado da saúde, capaz de gerar direitos e obrigações, garantindo-se, assim, uma situação de segurança jurídica entre os entes públicos e, conseqüentemente, para a população usuária dos serviços de saúde’ (2007, p. 129).

pretendeu-se demonstrar que para atuação nessa área do direito é importante saber: como se organizava a assistência à saúde antes do SUS; em que consiste e como se organiza o SUS; quais as instituições que compõem o SUS; os seus princípios e diretrizes; como funciona o processo de descentralização do sistema e como se configura a divisão de competências entre os entes federativos nesse contexto.

A visão geral ora traçada sobre o SUS permite compreender os elogios que a ele se direcionam em virtude de sua caracterização como uma política pública<sup>56</sup> universalista e de seu processo de descentralização que ao ser operacionalizado proporciona uma arquitetura inovadora no âmbito da gestão pública.

Essas, e outras características citadas ao longo do trabalho, são algumas conquistas já alcançadas no decurso da instituição e implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro. No entanto, os próprios avanços são acompanhados por desafios. Estes, diante da obrigação de garantir um direito prestacional, ou seja, que exige ações positivas do Estado, por meio de políticas públicas a serem implementadas em conformidade com seus princípios e diretrizes constitucionais - já expostos nesse trabalho - põe em xeque a estrutura tradicional do direito, da justiça, da divisão dos poderes, da organização da assistência à saúde e exige uma outra lógica.

Não há pretensão de apontar todas as dificuldades que os assuntos até aqui trabalhados apresentam ao SUS. Intenta-se somente citar alguns pontos problemáticos que envolvem temas tratados nesse trabalho e que se tornam desafios para a concretização do sistema.

Nesse sentido, além das conquistas já alcançadas, ainda destaca-se que o SUS exige inovações na gestão pública e, conseqüentemente, novos paradigmas administrativos para a concretização do direito à saúde. (MAGALHÃES JÚNIOR, 2007, p. 16).<sup>57</sup>

Um dos grandes desafios a ser apontado nesse aspecto pode ser formulado da seguinte maneira: Tendo em vista que o cenário jurídico tradicional não tem ferramentas nem organização propícias para lidar com políticas públicas, como possibilitar a concretização do direito à saúde por meio de políticas públicas no âmbito do SUS, conforme previsto constitucionalmente?

Ocupando-se com o tema “direito administrativo e políticas públicas” em geral, Maria Paula Dallari Bucci destaca a dificuldade acima citada e afirma que ela é consequência de o modelo das políticas públicas não ter sido contemplado pelas estruturas jurídicas tradicionais, não tendo sido integrado, por isso, ao ordenamento jurídico (BUCCI, 2006, p. 262). Desta forma, não há um padrão para a exteriorização da política de saúde que seja claramente apreensível ao sistema jurídico, o que coloca em

---

<sup>56</sup> “[...], assumindo-se a definição de políticas públicas como ‘programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados, [cita Bucci], não há dúvida de que o Sistema Único de Saúde configura uma política pública de saúde, que tem sua primeira formulação na própria Constituição.” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 117)

<sup>57</sup> Esse autor ressalta a necessidade de mudanças não só administrativas, mas também técnicas, operacionais e financeiras no SUS para que ele possa realmente se consolidar como uma política pública que visa a integralidade da pessoa humana. (MAGALHÃES JÚNIOR, 2007, p. 16)

questão a vinculatividade dos instrumentos que formalizam as políticas públicas<sup>58</sup> (BUCCI, 2006, p. 257)

Diante desse quadro desenvolve-se uma problemática fundamental para o SUS: o tema da solidariedade que, em virtude da dificuldade dos aplicadores do direito em lidar com a estrutura, organização, formalização e aplicação de políticas de saúde, tem sido tratado de maneira não condizente às políticas de saúde no âmbito do SUS.

Conforme visto no tópico 5, a solidariedade do SUS emerge principalmente em função da diretriz da hierarquização dos serviços de saúde. E nesse sentido, “[...] entes federativos com maior população, organização de serviços e desenvolvimento econômico deverão, na rede de serviços, garantirem serviços ao cidadão referenciado por municípios de menor porte e riqueza”. (SANTOS, 2011)

No âmbito do judiciário tem-se recorrido muito ao discurso da solidariedade (SANTOS, 2011) no seguinte sentido:

Destarte, fica clara a responsabilidade conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios na prestação à saúde, o que eu significa, por outro modo, solidariedade entre os entes, fazendo com que o cidadão, a seu critério, possa emanar qualquer uma das entidades federativas. Esse o entendimento de copiosa jurisprudência: “[...]”. (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 103)

Uma síntese dessa problemática é feita por Lenir Santos, para quem a solidariedade sanitária no âmbito do SUS “[...]se fundamenta no tratamento equânime entre os entes federativos na garantia do direito à saúde e não numa solidariedade que, por desconhecer o SUS e desconsiderar a sua forma organizativa, desestrutura um sistema fundado na *solidariedade de hierarquia de complexidade de serviços*. (SANTOS, 2011).

A maneira de o judiciário tratar a solidariedade não contribui para a organização da rede de ações e serviços de forma hierarquizada para garantir a integralidade da saúde. Demonstra desconhecimento da estrutura do SUS e acaba por desconsiderar toda a complexa organização do Sistema por meio de pactuações intergestores e da participação popular<sup>59</sup>.

Em relação às pactuações feitas nas Comissões Intergestores levantam-se dois problemas: a) o de que a integralidade depende das relações interfederativas descritas no tópico anterior; b) o do seu reconhecimento pelo judiciário, seja quando da sua formalização por meio de Portarias, instrumentos de baixa hierarquia normativa, ou por meio de contratos previstos no novo Decreto 7.508/11. Esse tema remete à questão acima citada relativa à exteriorização da política de saúde<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> A autora refere-se às políticas públicas e não à política de saúde especificamente.

<sup>59</sup> O direito subjetivo à saúde deve ser garantido. No entanto, o que se coloca em pauta são os meios e formas com que se busca a concretização de tal direito. Ressalta-se a necessidade de pensar novas formas que possibilitem a concretização do direito subjetivo sem desconsiderar a organização do SUS.

<sup>60</sup> Nesse sentido, “Hoje, o desafio da atuação estatal, num Estado como o brasileiro, é exatamente o da coordenação para a execução das políticas, pois o que se tem verificado é que há uma profusão de leis e normas de cunho declaratório (ou meramente retórico) que não encontram eficácia, uma vez que seu ‘poder coativo’ se perde no espaço intraestatal entre os momentos da decisão e da execução” (BUCCI, 2006, p. 40)

No que diz respeito à participação popular, verifica-se que ao invocar a solidariedade sob o aspecto ora mencionado, o judiciário não leva em conta que as políticas de saúde são formuladas e executadas com a participação institucionalizada por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. E assim, tendo em vista que o direito à saúde exige atualmente, além da atuação e participação do Parlamento, “[...] a participação dos cidadãos na elaboração e na implementação das normas e ações destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 16, 17), como ficaria a participação na situação ora mencionada?

A participação popular, prevista na constituição e na Lei 8142/90, apesar de representar um dos grandes avanços do SUS, enfrenta dificuldades para ser efetivada na prática. Esse tema levanta várias questões a serem analisadas<sup>61</sup>.

Outra dificuldade, a última a ser abordada, diz respeito aos antecedentes do SUS, traçados no tópico 2. Apesar de todas as inovações do Sistema de Saúde instituído pela Constituição de 1988, ele reflete as escolhas feitas no passado<sup>62</sup>. E “estas opções estabeleceram modalidades de relacionamento entre o setor público da saúde e o setor privado de baixa nitidez, nas quais os limites entre um e outro se tornam difusos e, por vezes, próximos de um convívio promíscuo.” (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 312).

Desta forma, verifica-se que o SUS foi sendo formado sob a base de instituições que já existiam e que funcionavam não só sob a orientação dos interesses mercantis, mas também da medicina previdenciária, da centralização, do autoritarismo, do clientelismo e do afastamento da participação de trabalhadores e usuários na gestão. (VASCONCELOS; PACHE, 2008, p. 554).

Além disso, as dicotomias individual x coletivo e preventivo x curativo, que fundamentou toda a organização da assistência à saúde nos períodos anteriores ao SUS, refletem-se nas fontes de financiamento desse sistema, ‘o SUS coletivo’ para ‘aqueles que não podem pagar’ (BAHIA, 2005, p. 410)<sup>63</sup>.

Outra herança das décadas anteriores ao SUS é verificada pela manutenção da lógica e organização dos serviços e ações de saúde por meio da transferência de atividades assistenciais à iniciativa privada por meio de contratos e convênios.

Desta breve exposição especulativa em torno de alguns desafios que o SUS deve enfrentar para a sua concretização, verifica-se a necessidade de: a) adaptação do direito para lidar com as políticas de saúde e com os novos instrumentos de gestão de tais políticas<sup>64</sup>; b) garantir a participação social; c) a “reforma nas instituições que constituem a ossatura do sistema de saúde [...]” (VASCONCELOS; PACHE. 2008, p. 554).; d) estabelecer novos limites para a relação público x privado no âmbito de um sistema que se pretende universal.

---

<sup>61</sup> Que não serão abordadas nesse trabalho.

<sup>62</sup> Mesmo assim “É consenso entre os estudiosos que o direito universal à saúde, o qual fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma profunda ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas de saúde no país. [...]” (LABRA, 2005, p. 407).

<sup>63</sup> Nesse sentido, “O sistema de saúde brasileiro é visivelmente contraditório, A universalidade do direito à saúde, que dinamiza o debate e imprime novos sentidos às práticas de expansão de coberturas e modelos de atenção, convive, de certo modo, harmoniosamente, com um expressivo mercado de serviços e empresas de planos de saúde privado, que também incorpora novos processos gerenciais e tecnológicos. [...]” (BAHIA, 2005, p. 407)

<sup>64</sup> Tema do trabalho de BUCCI, 2006, p. 280.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário. A proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Consolidação do direito Sanitário no Brasil*. In: COSTA, Alexandre Bernardino; et al. (orgs.) *O direito Achado na rua*. Vol. 4. Introdução crítica ao direito à saúde. Curso de extensão Universitária a distância. Brasília: CEAD/Unb, 2008. p. 65 – 75.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANDRADE, luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Iavana Cristina de Holanda Cunha. *SUS passo a passo. História, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. 2 ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ARRETCHE, Marta. *A política de saúde no Brasil*. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.) 1ª reimp. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- BAGGIO, Roberta Camineiro. *Federalismo no contexto a ordem global*. Perspctivas de (re)formulação da federação brasileira. Curitiba: Juruá, 2006.
- BAHIA, Lígia. *O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro*. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.) 1ª reimp. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 407-449.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Coordenação-geral de Sueli Dallari. Reação e pesquisa de Fernando Aith *Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde*. Brasília: Ministério a Saúde, 2006. Série E. Legislação de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão o trabalho e da educação na Saúde. Departamento de gestão da educação em saúde. Organização de Márcio Iorio Aranha. RESENDE, Conceição Aparecida Pereira; TRINDADE, Jorge; SANTOS, Lenir (autores). *Direito sanitário e saúde pública*. Vol. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Série E. Legislação de Saúde.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Conselho Nacional de Saúde – Brasília: CONASS, 2003 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Programa de Apoio e fortalecimento do Controle Social no SUS. Organização de Márcio Iorio Aranha *Curso de extensão em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito Administrativo e Políticas Públicas*. 1. ed., 2. tir. São Paulo: Saraiva, 2006.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hicitec – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- CANUT, Letícia. *Comissões Intergestores: inovação na descentralização das políticas de saúde*. In: CUSTÓDIO, André Viana; VIEIRA, Reginaldo de Souza (orgs.). *Estado, política e direito: políticas públicas e direitos sociais*. Vol. 3. Criciúma: Ed. Unesc, 2011.

---

COHN, Amélia. *O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hicitec – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 219-246.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula S. *A saúde como direito e como serviços*. 4 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

COSTA, Alexandre Bernardino; et al. (orgs.) *O direito Achado na rua*. Vol. 4. Introdução crítica ao direito à saúde. Curso de extensão Universitária a distância. Brasília: CEAD/Unb, 2008. p. 65 – 75.

COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura. *Relações intergovernamentais e descentralização: uma análise da implementação do SUAS em Minas Gerais*. 33º ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS.GT 32 – Políticas Públicas, 2009. Disponível em: <<http://sec.adtevento.com.br/anpocs/inscricao/resumos/0001/TC0821-2.pdf>>. Acesso em: mar. 2010.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES, JÚNIOR, Vidal Serrano. *Directo Sanitário*. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.

DIPETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo de; EDLER, Flavio Coelho. *As origens da reforma sanitária e do SUS*. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.) 1ª reimp. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-83.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lúgia et al (orgs). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio e Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando Luiz. *Federalismo e políticas públicas: uma relação de reciprocidade no tempo*. 33º ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS.GT 32: Políticas Públicas, 2009. Disponível em: <<http://sec.adtevento.com.br/anpocs/inscricao/resumos/0001/TC2210-1.pdf>>. Acesso em: mar. 2010.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza. *Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal*. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.) 1ª reimp. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 307- 351.

LABRA, Maria Eliana. *Conselhos e Saúde: dilemas, avanços e desafios*. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.) 1ª reimp. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 353- 383.

LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.) 1ª reimp. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Apresentação. In: SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *SUS: Espaço de gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

MAUÉS, Antonio G. Moreira; SIMÕES, Sandro Alex de Souza. *Direito Público Sanitário Constitucional*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Programa de Apoio e fortalecimento do Controle Social no SUS. Organização de Márcio Iorio Aranha *Curso de extensão em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. *SUS. Pacto Federativo e gestão pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; Santo André, SP: Cesco, 2007.

REMOR, Lourdes de Costa. *Controle, avaliação e auditoria do sistema único de saúde*. Atividades de regulação e fiscalização. Florianópolis: Papa-livro, 2003.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares. *Saúde e cidadania*. Uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SANTOS, LENIR. *O princípio da solidariedade no SUS*. In: Blog Direito Sanitário: saúde e cidadania. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/30/o-principio-da-solidariedade-no-sus/>>. Acesso em setembro de 2011.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *SUS: Espaço de gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. *O sistema único de saúde*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (orgs). *Tratado e Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hicitec – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 531-562.

Recebido em 29.11.2011  
Aprovado em 22.07.2012