



**INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
CURSO DE DIREITO**

FABIO MERLIM

POLITICAS PÚBLICAS: DIREITO A SAÚDE

SÃO MATEUS

2016

FABIO MERLIM

POLITICAS PÚBLICAS: DIREITO A SAÚDE

Trabalho apresentado ao Curso de Direito da
Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial
para aprovação na disciplina

Orientador: **Prof. Samuel Davi Garcia Mendonça**

SÃO MATEUS

2016

FABIO MERLIM

POLITICAS PÚBLICAS: DIREITO A SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel Direito.

Aprovado em ___ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

PROFº. Samuel Davi Garcia Mendonça
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
ORIENTADORA

PROF.
FACULDADE VALE DO CRICARÉ

PROF.
FACULDADE VALE DO CRICARÉ

Dedico aos meus familiares, por entender a ausência, pelo apoio, carinho e dedicação, aos quais expresso sentimento de gratidão e respeito.

Agradeço ao professor orientador Samuel Garcia Mendonça, pelo compartilhamento de ideias e conhecimento, pela prontidão e paciência no desenvolver deste trabalho.

Aos professores que, no decorrer da graduação se empenharam em passar todo seu saber e experiência a fim agregar valor, nos preparando para os desafios que virão.

"O que mais me preocupa não é o grito dos violentos, nem dos corruptos, nem dos desonestos, nem dos sem caráter, nem dos sem moral. O que mais me preocupa é o silêncio dos bons". Martin Luther King

RESUMO

O direito à saúde no Brasil é produto de um processo de intensa militância da sociedade civil, marcadamente o Movimento da Reforma Sanitária, que frutificou na consagração constitucional do direito à saúde como universal. Para articular tal empreitada de “saúde para todos”, a própria Constituição instituiu também como direito fundamental o Sistema Único de Saúde (SUS), que, por meio de políticas públicas, toma decisões políticas com o escopo de oferecer serviços a toda a população. O objetivo da pesquisa é verificar em que contexto a política pública em relação ao SUS e como é implementada, com quais fatores esta convive e como se dá a relação desta com a judicialização das questões em saúde.

Palavras-chaves: Direito à saúde; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
Capítulo 1	12
1. A SAÚDE SOB A ÓTICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS	12
1.1 Direito à vida.....	13
1.2 O aborto e a proteção dos direitos do nascituro	13
1.3 As pesquisas com células-tronco	15
1.4 O direito a receber medicamentos.....	16
1.5 Efetividade do Direito à Saúde.....	17
Capítulo 2	18
2. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE E MODELOS APLICÁVEIS A SERVIÇO DE SAÚDE	18
2.1 Como surgiu o SUS?	19
Capítulo 3	23
3. PRESTAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	23
Capítulo 4	27
4. PRINCÍPIOS JURÍDICOS E O DIREITO À SAÚDE	27
4.1 Direito à Saúde e sua Prestação pelo Estado.....	28
4.2 Municipalização da Saúde	30
4.1.1. Como acontece a municipalização da Saúde?	30
4.1.2 Município na gestão do SUS.....	31
4.2 Regime Jurídico de direito Público	34
4.2.1 Regime Jurídico de Direito Privado	35
4.1.3 O SUS tem problemas?	37
Capítulo 5	40

5. O SUS COMO UM NOVO DESENHO POLÍTICO-INSTITUCIONAL	40
5.1 O SUS como novo modelo técnico-assistencial	42
5.2 Competência do Distrito Federal, do Ministério da Saúde nas especificidades à saúde da família.....	44
5.4 Lei nº 8.142: Criação de Novas Instancias de Decisão e Controle Social .	47
5.4.1 Principais Instancias Decisórias	48
5.3.2 Pacto de Gestão.....	48
5.4.2 Vigilância Sanitária	49
5.4.1 O Lugar e as Responsabilidades da Vigilância Sanitária.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERENCIAS.....	53

INTRODUÇÃO

A saúde passou a ser considerada como um direito no Brasil com a sua inserção expressa na Constituição de 1988, graças à mobilização de vários setores da sociedade em um movimento denominado Reforma Sanitária. As demandas da população foram atendidas, tendo a Constituição de 1988 erigido a saúde como direito universal, provido através de um Sistema Único de Saúde, que também é garantia constitucional.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizado pesquisa exploratória que pode ser “comparada à expedição de reconhecimento que fazem os exploradores de uma região desconhecida (Gil, 2010)

Após a leitura exploratória partiu para a leitura seletiva que determinou o material que de fato é relevante para a pesquisa.

A escolha pela pesquisa bibliográfica é indispensável nos estudos históricos. Como diz Gil (2010 p. 30) é vantajosa “no fato de permitir ao investigador de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” sendo também o levantamento bibliográfico preliminar. Foi feita uma revisão bibliográfica a fim de delinear o direito à saúde e alguns construtos em política pública, bem como esclarecer os atores que influenciam as políticas públicas em saúde.

Deste modo, o trabalho se apresentará em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, analisaremos os o “Direito a Vida” e garantias fundamentais incorporados e consagrados por nossa Constituição. Tais direitos, embora já estivessem previstos em tratados internacionais ratificados pelo Brasil, não eram respeitados. Com sua constitucionalização, isso começou a mudar.

O propósito do segundo capítulo é explorar as oportunidades, os aprendizados, os limites impostos pelos instrumentos e meios de gestão ao desenvolvimento do SUS e seus desdobramentos.

No terceiro capítulo será abordado a prestação da saúde no Brasil pretende-se compreender até onde é possível avançar para que seja atendido o bem-estar da maioria e haja melhor aproximação da realidade utópica.

No quarto capítulo pontuaremos os princípios jurídicos e o direito a saúde e sua prestação de conta, será abordado também como acontece a municipalização s saúde.

No quinto capítulo será apresentado o SUS como um novo desenho político institucional e técnico assistência.

O número excessivo de cidadãos que acorrem ao Poder Judiciário em busca da efetivação do seu direito à saúde aponta em sentido diverso. Tal fenômeno, denominado judicialização, desvela uma alteração na relação entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, trazendo este último para o centro decisório das questões mais relevantes da vida social, dentre as quais se situa a saúde. Diante desses desdobramentos surge um questionamento: **O acesso à saúde é, realmente, ofertado a toda a população brasileira?**

Os objetivos deste trabalho: Apresentar sucintamente o histórico da saúde pública no país. Expor conceitos jurídicos ligados à saúde, através de definição de competências e jurisprudência.

Capítulo 1

1. A SAÚDE SOB A ÓTICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Neste capítulo, analisaremos os o “Direito a Vida” e garantias fundamentais incorporados e consagrados por nossa Constituição. Tais direitos, embora já estivessem previstos em tratados internacionais ratificados pelo Brasil, não eram respeitados. Com sua constitucionalização, isso começou a mudar.

A Carta Magna consagrou, definitivamente, a relevância dos direitos fundamentais, prevendo expressamente no parágrafo 1º do art. 5º a sua aplicação imediata. Essa eficácia imediata “ressalta a vinculação direta dos órgãos estatais a esses direitos e o seu dever de guarda-lhes estrita observância.

Especificamente¹ quanto ao direito à saúde, o artigo 196 da Constituição da República enuncia: O direito à saúde é um direito social, ou prestacional, sendo acolhido pela Constituição Cidadã como autêntico direito fundamental, não tendo o texto constitucional feito distinção entre os direitos e deveres individuais e coletivos e os direitos sociais, ao estabelecer que os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. É por isso que a busca da efetivação de prestações de saúde deve ser baseada a partir da análise desse contexto constitucional.

Maurice Cranston ensina que um direito fundamental deve ser um direito moral e universal, algo que ultrapasse as barreiras físicas e temporais, algo que é devido a todo ser humano por ele “ser humano”.

Robert Alexy, por sua vez, sustenta que, para ser fundamental, o direito deve ser universal, moral, protegido pelo direito positivo estatal, ter grande importância para o indivíduo e ser abstrato.

(Constituição, 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Vade mecum universitário de Direito. 8 ed. São Paulo: Editora Rideel, 2010

A teoria dos direitos fundamentais vem se consolidando a partir da Segunda Guerra Mundial em virtude da crença de que a dignidade da pessoa humana é um valor que deve fundamentar e orientar todo e qualquer exercício do poder.

Tal teoria passou a ter relevância no Brasil especificamente com o advento da Constituição Federal de 1988.

A Constituição Cidadã rompeu de vez com o passado autoritário e, no lugar da supressão de liberdades imposta durante a ditadura militar, fez surgir novos valores, favoráveis à redução das desigualdades sociais, aos direitos fundamentais, à democracia e a todos os valores ligados à dignidade da pessoa humana.

1.1 Direito à vida

Direito diretamente ligado à existência do ser humano e, por consequência, condição para o exercício dos demais direitos, o direito à vida é assegurado pela Constituição a todos os brasileiros e estrangeiros, sem qualquer distinção entre eles. Tal direito é previsto logo no caput do artigo reservado para os direitos civis e políticos: o art. 5º da Constituição.

No entanto, a interpretação deste direito traz uma grande carga de complexidade: saber quando começa a vida é uma das questões que o Direito e a ciência ainda não lograram responder com precisão. E tal indefinição apresenta maiores problemas aos quais os Tribunais precisam responder com soluções concretas.

Entre tais questões relacionadas à interpretação do direito à vida, pontuamos: (a) o problema do aborto e a proteção dos direitos do nascituro; (b) as pesquisas com células-tronco; (c) a pena de morte; e (d) o direito a receber medicamentos.

1.2 O aborto e a proteção dos direitos do nascituro

Uma das grandes dúvidas do mundo jurídico é determinar o momento em que a vida se inicia. Para efeitos jurídicos, os direitos da cidadania só existem a partir do

nascimento com vida. Contudo, há um consenso mundial no sentido de que a vida do nascituro também merece proteção do Estado, impondo à sua genitora deveres negativos, de forma a assegurar que este venha ao mundo.

Entretanto, em todo o mundo, existem níveis de proteção diferentes à vida intrauterina, havendo países que permitem o aborto, desde que este ocorra até um determinado tempo de gestação. Assim, quanto maior o tempo de gestação, maior a proteção conferida à vida do feto.

No Brasil, o art. 2º do Código Civil prevê que “a personalidade civil começa com o nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”. O Pacto de San José da Costa Rica, em seu art. 4º, também protege o nascituro, quando assegura o direito à vida, nos termos da lei, devendo, em geral, proteger tal direito desde o momento da concepção.

O texto do Pacto é bastante claro: o direito à vida será preservado nos termos da lei. Aqui no Brasil, o Código Penal criminaliza a conduta, em seus arts. 124 a 127. Contudo, no art. 128, são estabelecidas as circunstâncias em que o aborto é possível. São elas: a) não houver meio de salvar a vida da gestante. b) gravidez resultante de estupro. Em outros países, as hipóteses de aborto lícito são mais extensas.

No Brasil, porém, esta foi a escolha do legislador, optando, em regra, por proteger a vida desde a concepção.

Todavia, uma situação extrema causaria um profundo debate na sociedade: o aborto dos fetos anencéfalos. Trata-se de uma situação rara na qual, após alguns meses de gestação, é possível diagnosticar a ausência de cérebro no feto que, embora se desenvolva dentro do útero, morrerá assim que nascer.

No plano concreto, tal fato ocorreu com a Sra. Gabriela Cordeiro, no Rio de Janeiro, tendo o médico decidido pelo aborto. Por não haver previsão expressa no Código Penal permitindo este tipo de aborto, um padre católico ingressou com um habeas corpus em favor do nascituro (STJ, HC 32.159/RJ), obtendo liminar proibindo o aborto. Em seguida, uma Associação de Defesa dos Direitos da Mulher ingressou com um novo habeas corpus, agora no Supremo Tribunal Federal (HC 84.025), que restou prejudicado em virtude do fim da gravidez, tendo a Sra. Cordeiro dado à luz uma criança cujo coração parou de bater sete minutos após o parto.

Em virtude da polêmica, a Confederação Nacional dos Profissionais de Saúde ingressou com uma arguição de descumprimento de preceito fundamental (STF, ADPF/DF 54, rel. Min. Marco Aurélio), pleiteando que o Supremo Tribunal Federal dessa interpretação conforme os artigos do Código Penal sobre o aborto, com eficácia erga omnes e efeito vinculante, no sentido de que o aborto de fetos anencéfalos não seria criminoso. Segundo a petição inicial da arguição de descumprimento de preceito fundamental, o direito à vida de um feto sabidamente inviável não poderia se sobrepor ao direito à dignidade humana da gestante.

No momento, a ADPF 54 ainda aguarda julgamento, embora diversos ministros já tenham adiantado seu voto, no sentido de permitir o aborto do feto anencefálico. Contudo, cada gestante cujo feto seja diagnosticado com o problema deverá buscar o Judiciário para obter decisão aplicável ao seu caso, autorizando o aborto. Tais decisões têm sido relativamente comuns (cf. TJRS, Apelação n. 70031802614) no Judiciário brasileiro.

1.3 As pesquisas com células-tronco

A falta de consenso sobre o início da vida também gerou uma grande discussão no Supremo Tribunal Federal sobre a possibilidade de se fazer uso, em pesquisas, de células-tronco embrionárias provenientes de embriões humanos não utilizados nos procedimentos de fertilização in vitro.

A discussão chegou ao Supremo por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 3.510/DF, pela qual o Procurador-Geral da República questionava a constitucionalidade da Lei de Biossegurança (Lei n. 11.105/2005) que regulamentou a matéria.

Em sua decisão, em 2008, o relator do caso, Ministro Ayres Britto, entendeu que tais células não são sequer uma vida humana em potencial, não sendo passíveis de proteção jurídica. Segundo o ministro, até o 14º dia de gestação, tem-se um “pré-embrião”, sendo possível falar em embrião humano apenas a partir de tal data.

O ministro concluiu privilegiando o princípio utilitarista, ao dizer que

[...] mesmo que não adotada a concepção acima comentada, que demonstra a distinção entre a condição do pré-embrião (massa indiferenciada de células da qual um ser humano pode ou não emergir), e do embrião propriamente dito (unidade biológica detentora de vida humana individualizada), destaco a plena aplicabilidade, no presente caso, do princípio utilitarista, segundo o qual deve ser buscado o resultado de maior alcance com o mínimo de sacrifício possível. O aproveitamento, nas pesquisas científicas com células-tronco, dos embriões gerados no procedimento de reprodução humana assistida é infinitamente mais útil e nobre do que o descarte vão dos mesmos.

Dessa forma, concluiu o Supremo serem viáveis as pesquisas com células-tronco de embriões humanos não utilizados no processo de fertilização in vitro, nos termos da Lei de Biossegurança.

1.4 O direito a receber medicamentos

Outra situação em que o direito à vida é posto em evidência é a do portador de enfermidade grave que não tem condições financeiras de arcar com os custos do seu tratamento de saúde. Aqui, o dever de o Estado garantir a seus cidadãos o direito à vida se confunde com o dever de oferecer ao cidadão condições mínimas de saúde.

Tanto o Supremo Tribunal Federal (STF, AgR 625.570-2/RS, rel. Min. Celso de Mello) como o Superior Tribunal de Justiça (REsp 1.028.835, rel. Min. Luiz Fux) têm decisões reconhecendo aos portadores de moléstias graves, sem disponibilidade financeira para custear o seu tratamento, o direito de receber gratuitamente do Estado os medicamentos de comprovada necessidade.

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

No entanto, tal possibilidade não pode ser vista como um direito de escolha do paciente e de seu médico particular de medicamentos específicos. O próprio Superior

Tribunal de Justiça tem precedente no sentido de que, se o paciente não prova a ineficácia do remédio alternativo oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não possui direito líquido e certo ao fornecimento do indicado pelo profissional de sua escolha (MS 28.338/MG, rel. Min. Eliana Calmon).

1.5 Efetividade do Direito à Saúde

Os direitos fundamentais constituem a base e a essencialidade da Constituição Federal de 1988, haja vista que representam, invariavelmente, os valores e princípios de suma importância consagrados em todo o ordenamento, tais como a vida, a liberdade, a igualdade, a fraternidade e o respeito à dignidade humana.

Daniel Sarmiento² ensina que é dever do Estado não apenas a abstenção na prática de atos que atentem contra a dignidade humana, mas, ao revés, tem o Estado o dever de promover a dignidade por meio de condutas positivas, garantindo, assim, o mínimo existencial para cada ser humano em seu território, sendo que, o homem tem a sua dignidade molestada quando se vê privado de alguma das suas liberdades fundamentais e, também, quando não tem acesso à alimentação, educação básica, saúde, moradia etc.

A Carta Magna consagrou, definitivamente, a relevância dos direitos fundamentais, prevendo expressamente no parágrafo 1º do art. 5º a sua aplicação imediata. Essa eficácia imediata “ressalta³ a vinculação direta dos órgãos estatais a esses direitos e o seu dever de guarda-lhes estrita observância. ”

² Apud, OLIVEIRA, Monica Drumond. O direito à saúde e a responsabilidade do Estado pela sua efetivação. 2010. 78 f. Dissertação de Pós-Graduação Lato Sensu em Direito Administrativo Contemporâneo, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2010, p. 14

³ MENDES, Gilmar Ferreira, COELHO, Inocêncio Mártires, GONET, Paulo Gustavo. Curso de Direito Constitucional. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 671

Capítulo 2

2. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE E MODELOS APLICÁVEIS A SERVIÇO DE SAÚDE

O propósito desse capítulo é explorar as oportunidades, os aprendizados, os limites impostos pelos instrumentos e meios de gestão ao desenvolvimento do SUS, considerando como tais limites impedem o alcance de parte dos objetivos dos constituintes de então, assim como os de sanitaristas, que historicamente formularam e defendem a saúde integral como direito de cidadania, de dirigentes de plantão e, sobretudo, como tais limites atormentam gestores e profissionais de saúde e, por fim, maltratam a quem se destinam os serviços – a população. Igualmente, serão tratadas as principais alternativas existentes ou mesmo passíveis de serem criadas, para melhor instituir-se o SUS e seus serviços.

A tutela do direito à saúde, anteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988, se dava de modo indireto, por meio de leis esparsas: as ações de saúde eram oferecidas por cinco ministérios (Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Trabalho, da Educação e do Interior) e eram reduzidas a alguns procedimentos médicos-odontológicos ambulatoriais e hospitalares, com vistas a uma perspectiva de saúde curativa. Frise-se que os indivíduos que eram contemplados com as ações dessa natureza eram estritamente os trabalhadores que compunham o sistema de previdência social pública (a minoria urbanizada da população), já que o Estado desejava preservar sua força de trabalho. À população em geral eram dirigidas as ações coletivas de natureza preventiva, a fim de evitar epidemias. A estes últimos restava pagar por serviços de saúde privado ou, para grande maioria pobre, depender da caridade pública – a exemplo das Santas Casas de Misericórdia – ou da solidariedade familiar (FREITAS FILHO et al., 2011, p.132)

Um balanço sobre como evoluíram as estruturas jurídicas dos serviços de saúde após a implantação do SUS (sistema único de saúde) diagnosticará certa anarquia. Concorre para esse quadro caótico a ausência de institucionalidade na administração pública brasileira efetivamente sustentável e alinhada aos desafios contemporâneos de gestão da saúde. Os modelos existentes, mesmo quando

amparados na própria administração pública, não geram segurança jurídica. (SANTOS, 2007). No entanto, esses modelos apresentam enormes variações e transitoriedades ao longo do tempo e ainda entre os níveis e agentes de governo que são responsáveis pela formulação de políticas e pela gestão estratégica e operacional do SUS.

O princípio da dignidade humana está previsto na Constituição Federal de 1988, especialmente no artigo 1º, inciso III, que assim dispõe:

Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana.

Por ser fundamento da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana é consagrada no sentido de centralizar no indivíduo toda a organização estatal. A razão de ser do Estado brasileiro está fundada na pessoa humana e não nas classes, nas organizações religiosas, na propriedade ou em si próprio.

2.1 Como surgiu o SUS?

A partir da década de 1970, em busca de soluções, os municípios começaram a estruturar atividades de assistência à saúde que até então eram centradas na atenção às medidas curativas e não às preventivas, assim surge a implantação dos postos de saúde. A sociedade se organizou através do movimento da Reforma Sanitária, revendo a estrutura dos serviços oferecidos pela União, estado e município. Em 1986, no fórum de debates sobre a saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, foram elaboradas propostas de mudanças que passaram a constar na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990).

Na Constituição de 1988, a saúde é, então, definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte de seguridade social, cujas ações e serviços devem ser providos por um sistema de saúde organizado segundo as diretrizes da CF de 1988:

1.Descentralização: é aproximar os responsáveis pelas ações e serviços de saúde aos que delas se utilizam. Descentralizar significa compartilhar o

poder, isto é, distribuir o poder e recursos além de redefinir as atribuições de competência de cada esfera do governo. Assim, o município passa a assumir uma série de ações e serviços que antes eram feitas pelo governo do estado ou pelo governo federal. 2. **Atendimento integral:** o princípio da integralidade se baseia na compreensão de que os usuários têm o direito de serem atendidos em todas as suas necessidades. Deve haver integração entre as ações preventivas e curativas, com maior atenção para as preventivas.

3. **Universalidade:** todas as pessoas têm acesso garantido às ações e serviços de saúde com igualdade. É de responsabilidade do Poder Público oferecer condições para o exercício desse direito. Isso acontecerá mediante a implantação do SUS.

4. **Direito às informações:** todas as pessoas têm acesso garantido às informações sobre a situação de saúde, assim como à condição de saúde da comunidade, organizações dos serviços bem como a forma de sua utilização.

5. **Equidade:** não é a mesma coisa que igualdade. É o respeito às diferentes condições e necessidades da população. O Sistema de Saúde deve estar sempre atento para as desigualdades, utilizando a realidade de cada comunidade para definir as prioridades na destinação de recursos e na orientação de programas a serem desenvolvidos.

6. **Participação da comunidade:** toda a sociedade tem direito de participar no planejamento, na avaliação e na fiscalização dos servidores de saúde de forma organizada, através de conselhos municipais, regionais e locais de saúde (BRASIL, 1990).

Na Constituição de 1988, a saúde é, então, definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, um sistema organizado segundo as diretrizes: descentralização, atendimento integral, universalidade, direito às informações, equidade e participação da comunidade.

A despeito dessa realidade sobre os formatos institucionais, é fato que o SUS expressa, com sua criação na Constituição Federal de 1988 e regulamentação por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 uma verdadeira reforma do Estado, estabelecendo novos direitos em cidadania em saúde e, por contrapartida, novo papel para o Estado e seus agentes. E, como processo político e social, contamina e igualmente é contaminado pela dinâmica econômica e social, ao longo de mais de 20 anos de história. Mal sabiam os sanitaristas da época, muitos dirigentes ainda hoje e outros somente agora dirigentes, que não se faz reforma sem efetivos instrumentos e recursos, sejam econômicos ou tecnológicos de diversas naturezas e em diversas frentes, ainda que seja exigida e escrita nova Carta Constitucional, garantidora da reforma.

A referência para toda a discussão se dá a partir de 1988, quando o Estado brasileiro, por meio do SUS, compromete-se a fazer “novas entregas”, em um volume e diversidade nunca imaginados, pois passa a ser lei uma cobertura tanto universal, quanto integral. O SUS é de fato uma realidade incontestada. O Estado foi reformado, embora haja muito o que reformar ainda. Nesse período de 20 anos, a expansão dos serviços, especialmente os básicos, incluindo um pouco de promoção, mais de prevenção e cuidados básicos e também de maior complexidade, alcançou números pouco previsíveis. São mais de 27 mil equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) e algo superior a 55 mil unidades básicas de saúde (IBGE/MAS, 2006). Em 1988, não havia equipes de saúde da família e as unidades básicas eram menos de 25 mil. Os números dos serviços do SUS são astronômicos, entre eles: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 300 milhões e consultas médicas e 2 milhões de partos; nas ações de maior complexidade, foram realizados 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de radioterapia e quimioterapia e 11,3 milhões de internações, tudo relativo apenas ao ano de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Reforma de Estado aprovada na Constituição de 1988 para a saúde “não cabe” no aparelho de Estado também reformado na mesma Carta Magna. Traduzindo: significa dizer que o Estado não possui ainda todas as condições para cumprir e fazer cumprir com todos os compromissos assumidos pelo SUS. Sabemos que um grande limitante é o financiamento, ainda aquém do necessário, mas aqui queremos dar destaque a “maquina” do Estado, que definimos como estrutura da administração pública brasileira. O Estado brasileiro ainda padece devido à administração pública que tem, sobretudo em áreas sociais como saúde, muito embora seja modelo em diversos outros campos, como fiscal e o governo eletrônico, mas não apenas.

- Nos últimos anos, os governos pouco se preocupam com uma agenda estratégica para a administração pública, salvo as contribuições de Luiz Carlos Bresser Pereira, com méritos, mas também equívocos e que no próprio governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) não logrou presença na agenda central do governo. De maneira geral, as reformas têm assumido caráter focal, quando comparadas às duas grandes reformas geradas em períodos autoritários:
- A Reforma Daspiara no governo de Getúlio Vargas; e
- A Reforma instituída pelo Decreto-lei n.200 de 1967.

Os novos desafios exigem inovação nesses campos, sob pena de se manter estruturas arcaicas e/ou a prática não institucional e mesmo ilegal para responder à pressão da sociedade e acompanhar os nítidos avanços no conhecimento, na tecnologia em geral e nas relações sociais bem como a permanente diversificação e ampliação de demandas e necessidades em saúde.

Na verdade, a expressão direitos humanos é normalmente utilizada para se referir aos valores e direitos consagrados em tratados internacionais. Por sua vez, a expressão direitos fundamentais é empregada para fazer menção ao mesmo conjunto de direitos, quando inseridos na Constituição. É muito importante ter em mente que ideias como liberdade, igualdade, justiça e tratamento digno às pessoas sempre permearam as diversas civilizações de que temos notícia por meio da História. Em maior ou menor grau, é possível visualizar tais valores em quase todos os povos, embora nem sempre protegidos pela força da lei ou de um sistema legal.

Capítulo 3

3. PRESTAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

No presente capítulo, pretende-se compreender até onde é possível avançar para que seja atendido o bem-estar da maioria e haja melhor aproximação da realidade utópica

A saúde está assegurada na Constituição Federal como um direito de todos. O artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

O acesso à saúde pelo qual os direitos se tornam efetivos deve ser encarado como o requisito fundamental de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir direitos a todos. O acesso não é apenas um direito social fundamental, ele pressupõe um aprofundamento dos métodos utilizados para discernimento e aplicação da justiça.

Embora o acesso à saúde seja considerado um direito social básico, o conceito de efetividade é extremamente vago. Como traz Mauro Cappelletti⁴, “a efetividade perfeita, no contexto de um dado direito substantivo, poderia ser expressa como a completa ‘igualdade de armas’; essa perfeita igualdade, naturalmente é utópica”. É importante frisar que a eficiência não se confunde com a efetividade nem com a eficácia. Carvalho Filho explica tais diferenças: a eficiência refere-se “ao modo pelo qual se processa o desempenho da atividade administrativa; a ideia diz respeito, portanto, à conduta dos agentes”⁵. A eficácia tem a ver “com os meios e instrumentos empregados pelos agentes no exercício de seus misteres na administração; o sentido aqui é tipicamente instrumental”. Por fim, a efetividade diz respeito aos “resultados obtidos com as ações administrativas; sobreleva nesse aspecto a positividade dos objetivos.

⁴ CAPPELLETTI, Mauro e GARTH, Bryan. Acesso à Justiça. Tradução: Ministra Ellen Gracie. 10. ed. Porto Alegre, 1988, p. 13

⁵ 93 CARVALHO FILHO, José dos Santos, op cit., p. 20

A Constituição de 1988 trouxe a competência concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios para legislar sobre a saúde, adotando medidas políticas, sociais e econômicas para reduzir a mortalidade infantil, aumentar o cuidado com a higiene social, mental e física de toda a população e diminuir a incidência de doenças, competindo aos entes públicos defender e garantir o direito à saúde⁶.

Assim, nos termos do artigo 24 da Constituição Federal de 88, compete à União legislar sobre assuntos federais, enquanto que para os assuntos específicos de cada localidade, competente será o Município correspondente. Também é possível a responsabilidade dos três entes, de acordo com o artigo 23 do diploma constitucional, haja vista que os cuidados com a saúde e a assistência pública são responsabilidade de toda a Administração Pública.

Em seu título VIII, a Constituição Cidadã¹⁰³ trata da ordem social e no capítulo II prevê a Seguridade Social que, conforme o artigo 194 “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A Seção II, composta por cinco artigos, é inteiramente destinada à Saúde, in verbis:

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

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

⁶ SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Proteção e promoção da saúde aos 20 anos da CF/88. Revista de Direito do Consumidor, 2008, p. 142.

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

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

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

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

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

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

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

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

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

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

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

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

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

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

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

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

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

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

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

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

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Já em seu artigo 198 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em um sistema único.

Capítulo 4

4. PRINCIPIOS JURÍDICOS E O DIREITO À SAÚDE

A judicialização da saúde é, também, um laboratório da democracia brasileira. Marco Aurélio Antas Torreguay

No ordenamento jurídico, há princípios implícitos e expressos, não havendo supremacia exceto em relação ao princípio da certeza do direito, que está acima de todos os princípios, a fim de garantir a convivência social organizada. CARNOTILHO considera “princípios jurídicos fundamentais os princípios historicamente objetivados e progressivamente introduzidos na consciência jurídica e que uma recepção expressa ou implícita no texto constitucional.”⁷ Para Celso Ribeiro Bastos, “são os princípios constitucionais aqueles valores albergados pelo Texto Maior a fim de dar sistematização ao documento constitucional, de servir como critério de interpretação e finalmente, o que é mais importante espriar os seus valores, pulveriza-los sobre todo o mundo jurídicos”.⁸

O direito à saúde ao apropriar-se da liberdade e da igualdade caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores. A história da humanidade é farta de exemplos do movimento pendular que ora busca a liberdade, ora a igualdade. Os homens sempre tiveram a consciência de que para nada serve a igualdade sob o jugo do tirano e de que a liberdade só existe entre iguais. Tocqueville, compreendendo as causas profundas do movimento pendular da história, entendendo que a liberdade é um processo, um objetivo a ser alcançado em cada geração, afirmou: "As nações de hoje em dia não poderiam impedir que as condições fossem iguais em seu seio, mas depende delas que a igualdade as conduza à servidão ou à liberdade, às luzes ou à barbárie, à prosperidade ou às misérias." Também o direito à saúde será ou não garantido conforme a participação dos indivíduos no processo.

⁷ Direito Constitucional, Coimbra: Ed. Almedina, 6ª edição, p.173.

⁸ 3 Curso de Direito Constitucional, 20ª edição, São Paulo: Saraiva, 1999, p.154

Por força da Emenda Constitucional 29, de 13/9/2000, foi acrescentada a alínea “e” ao inc. VII do art. 34, possibilitando a intervenção da União nos Estados e no Distrito Federal no caso de não ser aplicado o mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde. A mesma Emenda Constitucional, modificando o inc. III do art. 35, previu a possibilidade de intervenção dos Estados nos Municípios, na hipótese de não ser aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.

4.1 Direito à Saúde e sua Prestação pelo Estado

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/90, regulamenta os artigos 196 e seguintes da Constituição Federal e dispõe nos artigos 6º, inciso I, alínea "d" e 7º, incisos I e II:

“Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - A execução de ações:

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

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

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

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

Vê-se, portanto, que a legislação infraconstitucional garante expressamente não só a assistência farmacêutica, como também o fornecimento de “insumos terapêuticos” (tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas, marca passos, etc.). Neste último caso, a previsão legal destina-se tão só às crianças, adolescentes e idosos, que por explícita previsão constitucional possuem tratamento prioritário em nossa sociedade.

A Portaria n. 698/GM, de 30 de maio de 2006, que “Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS” dispõe:

“Art 1º Definir que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

Art. 2º Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Art. 3º Ficam criados os seguintes blocos de financiamento:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS.

Art. 16. O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.

4.2 Municipalização da Saúde

Na prática, municipalizar a saúde é aplicar o princípio da descentralização. É trazer para o governo municipal a capacidade de definir junto com os usuários as ações e atividades do setor. Os governos estaduais e federais transferem para os municípios as atribuições que eram de sua competência.

Quando o município se torna gestor dos recursos públicos, existe mais agilidade para oferecer aos cidadãos respostas para os problemas locais, diminuem as fraudes e a distribuição desses recursos se dá de acordo com a realidade de cada município.

4.1.1. Como acontece a municipalização da Saúde?

Para regulamentar o SUS foram editados: Leis Orgânicas de Saúde – Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, em 1990, e Norma Operacional Básica/93 (NOB/93), em 1993. Em 1996 foi publicada a Norma Operacional Básica/96 (NOB/96) e, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – 01/NOAS/2001, dispendo sobre a descentralização e sobre as formas de gerência do SUS. O gerenciamento acontece por meio de três comissões especiais: nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2002).

Em nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite é formada por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A função da Comissão Tripartite é elaborar propostas políticas em nível nacional. Ela está subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, que é composto por representantes dos usuários (50%) e representantes dos demais segmentos (governo federal, trabalhadores da saúde, prestadores públicos e privados) (BRASIL, 2002).

Em nível estadual, a Comissão Bipartite é formada por representantes da Secretaria de Estado e Secretarias Municipais de Saúde, de forma partidária, e

tem a função de elaborar propostas políticas de saúde em nível estadual. A comissão está subordinada ao Conselho Estadual de Saúde que é composto por representantes dos usuários (50%) e representantes dos demais segmentos – 25% governo estadual e 25% trabalhadores de saúde, prestadores públicos e privados (BRASIL, 2002).

No município, o Conselho Municipal de Saúde atua de forma deliberativa no planejamento e no controle da execução da política de saúde municipal. A formação do conselho varia conforme a lei de cada município, porém, deve respeitar a Lei n. 8.142/90.

Segundo a Lei n. 8.142/90, cada esfera do governo deve realizar uma conferência de saúde, de quatro em quatro anos. A conferência é um fórum que reúne vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Na Constituição de 1988, a saúde é, então, definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, um sistema organizado segundo as diretrizes: descentralização, atendimento integral, universalidade, direito às informações, equidade e participação da comunidade.

4.1.2 Município na gestão do SUS

As secretarias municipais de saúde assumem a gestão das ações e serviços de saúde através de normas. A Norma Operacional Básica/93 (NOB/93) apresentou modalidades de gestão progressivas em que, gradativamente, os municípios foram assumindo responsabilidades. Por essa norma, os municípios passaram a atuar no gerenciamento ambulatorial, programas de vigilância epidemiológica e sanitária e ações em saúde do trabalhador, podendo até chegar à gerência de atividades hospitalares.

A Norma Operacional Básica/96 (NOB/96) estabeleceu duas modalidades de gestão: plena da atenção básica e plena do sistema municipal.

Na gestão plena da atenção básica, o município gerencia as ações e serviços relacionados à assistência básica. Ele recebe os recursos para o custeio dessas

ações, planejando, executando ou acompanhando a execução, avaliando o impacto das ações e remunerando os serviços realizados.

Na gestão plena do sistema municipal, o município é o gestor de todo o sistema de saúde, planejamento, acompanhando e avaliando os serviços de saúde. Recebe a totalidade dos recursos no fundo municipal e procede ao pagamento dos serviços realizados.

Para o custeio das ações básicas (vacina, curativos, assistência farmacêutica, atividades educativas e preventivas, consultas médicas de pediatria, ginecologia, clínica médica e procedimentos de odontologia) foi definido o valor de R\$ 10,00 per capita/ano, denominado Piso de Atenção Básica (PAB).

O valor programado para o custeio das ações, serviços de saúde e áreas de vigilância sanitária e epidemiológica – ações básicas, ações de média e alta complexidade, internações hospitalares – é denominado Teto Financeiro de Assistência Municipal (TFAM).

Em janeiro de 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que define as regras de regionalização do atendimento, na qual os municípios de referência para procedimentos mais especializados poderão receber por atendimento prestado a moradores de outros municípios.

NOAS/01 estabelece:

- **Plano Diretor, Regional para Assistência (PDR):** são as diretrizes para garantir acesso à saúde integral dos usuários do SUS o mais próximo de sua residência, de modo hierarquizado, utilizando bem os recursos humanos e tecnológicos existentes em cada localidade.
- **Plano Diretor de Investimentos (PDI):** estabelece, com base em critérios populacionais, as normas para destinação de recursos tecnológicos necessários para complementar as ações assistenciais de média e alta complexidade, criando uma rede de referência qualificada e apta a prestar assistência aos usuários.
- **Programação Pactuada Integrada (PPI):** define o fluxo para assistência de média e alta complexidade com o conhecimento da rede de referência (UTI, centro de atendimento a pacientes com câncer e cirurgias cardíacas,

neurocirurgia, ortopedia e outros) entre os gestores municipais, assumindo as responsabilidades do repasse de recursos e garantia de assistência a ser prestada.

O Ministério da Saúde está repassando um incentivo financeiro para estimular os municípios a reorganizarem seus serviços com enfoque para a saúde da família. Assim, existe um acréscimo ao valor repassado para o PAB quando os municípios resolvem implantar tais estratégias, como Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Programa Saúde da Família (PSF): com este programa o serviço de saúde passa a funcionar com equipes compostas por médico, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e enfermeiro. Cada equipe fica responsável por grupos de aproximadamente 2.400 a 4.000 pessoas. As famílias são cadastradas e as equipes trabalham com as seguintes atribuições:

- conhecer a realidade das famílias;
- identificar os problemas de saúde e situações de risco de adoecer;
- elaborar, com a participação da comunidade e outros serviços, um plano para enfrentar os problemas que determinam os riscos de adoecer;
- prestar assistência integral, com ênfase à promoção da saúde;
- desenvolver ações educativas para a saúde;
- outras ações com base na realidade local. A base das ações inclui, ainda, as atividades de visitas domiciliares, com cuidados no domicílio e participação em grupos comunitários

Em cada município deve ser elaborada a forma como o trabalho do ACS será desenvolvido, desde que atenda à Portaria n. 2.488/11. No Brasil, hoje, existem realidades muito diferentes. Além da ESF, EACS, ESB, e agente de endemias (agente da dengue) – Portaria n. 1.007/10, o Ministério da Saúde também incentiva financeiramente o Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações de Vigilância Sanitária e Assistência Farmacêutica Básica.

Criado em 1988, pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como principal finalidade oferecer à população acesso ao atendimento público de

saúde. Antes de sua formação, a assistência médica era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Entretanto, ela era restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência (CRIVELLARO, 2012).

O SUS possui várias unidades espalhadas pelo país, incluindo postos e centros de saúde, hospitais universitários, serviços de vigilância sanitária, hemocentros, órgãos da vigilância ambiental, da vigilância epidemiológica e institutos de pesquisa, como a Fundação de Pesquisa (Fiocruz) e o Instituto Vital Braz.

4.2 Regime Jurídico de direito Público

- **Administração Direta:** São as organizações dos três níveis de governo. É composta de órgãos do governo e também chamada de administração centralizada. Não possui personalidade jurídica própria, subordinada ao regime administrativo: funções de disciplina: formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização; pouco apropriado para execução de serviços públicos; sem autonomia administrativa, financeira e orçamentária.
- **Administração Indireta ou Descentralizada:** é composta de pessoas administrativas (personalidade jurídica distinta que a faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação).
- **Autarquia:** é um tipo de autonomia usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de tarefas típicas de estado, como exercer o poder de polícia, mas tem sido usada para ensino (universidades) e para a saúde – hospitais.
- **De Regime Especial:** é uma autarquia na qual a lei de criação estipulou algumas condições especiais.
- **Agência Executiva:** é também uma autarquia especial, criada para o gerenciamento de entidades de ensino e de pesquisa. Existem poucos exemplos ainda desta modalidade.
- **Agência Reguladora:** autarquia de regime especial, nos termos de sua lei de criação voltada para a realização de atividades no campo da regulação. São exemplos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência

Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), etc.

- **Fundação de Direito Público:** hoje, praticamente reduzidas a autarquias, são as fundações que existiam na promulgação da Constituição de 1988. São, por exemplo, as utilizadas pelos hemocentros e partes das Universidades Federais.
- **Consórcio Público:** estas personalidades são entes de cooperação entre municípios e ou entre estados, criados por lei com autorização expressa dos legislativos envolvidos, com o objetivo de gerenciar um bem comum, como uma usina de asfalto, um hospital regional, uma região de saúde, etc. A gestão do consórcio se realiza por meio de instituição de uma associação que pode estar tanto no regime de direito público, como no de direito privado (maior número de casos) e tem sido utilizada na área de saúde em São Paulo (Penápolis) e em Minas Gerais.

4.2.1 Regime Jurídico de Direito Privado

- **Fundação Público de Direito Privado:** mais adiante será dedicada uma seção específica para as Fundações de Direito Privado.
- **Empresa Pública:** instituída por lei pelo estado para intervir no domínio econômico do setor privado em igualdade de condições com empresas privadas, Exemplos de empresas no espaço público: a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e a Caixa Econômica Federal (CEF) etc.
- **Sociedade Anônima:** também é uma forma do estado intervir no domínio econômico, criando sociedades anônimas por ações, como a Petrobras, o Banco do Brasil, etc.
- **Serviço Social Autônomo:** esta personalidade jurídica foi muito utilizada no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, para dar condições ao estado de construir, operar e cobrar por esse serviço, também é uma forma de se expressarem os serviços sociais de apoio da indústria, do comércio, etc., criados por lei federal e financiados com recursos dos

empregadores – Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC).

- **Organização Social (OS):** regida pela Lei n.9.637/98, é uma personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo Contrato de Gestão associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime CLT sem concurso público e tem privilégios tributários. Na área de saúde foi implementada como alternativa à gestão hospitalar pública pelo Governo de São Paulo.
- **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) :** regida pela Lei n. 9.790/99 “Lei do Terceiro Setor”, são entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificada pelo poder público (Ministério da Justiça), não estando submetidas às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo Termo de Parceria e seus objetivos são ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecer o Terceiro Setor para o fomento de projetos relevantes; o termo de parceria substitui as formas de contratos regidos pela Lei n. 8.666 e os convênios; não é modelo próprio para desenvolver atividade pública; têm sido instituídas com frequência na área cultural.
- **Outras situações:** Fundações de Apoio: este é um caso interessante, já que essas fundações nasceram como instituições privadas e voltadas exclusivamente para apoiar um órgão público. Assim, elas são um patrimônio (como as demais fundações), instituído por particulares, mas afetados pelo objetivo de apoiar o setor público, essas fundações têm sido chamadas de fundações de terceiro tipo.

- **Convênio:** também como fruto da falta de opção para realizar transferências entre o setor público e entre este e particulares, operando situações de parceria, os convênios têm sido usados, quase abusivamente, pelas diversas esferas do governo. A vantagem é que como os convênios estabelecem relações entre entidades com objetivos comuns, eles não necessitam de licitações, o que torna esse mecanismo muito frágil do ponto de vista de controles e, por isso, também tem sido motivo de muita crítica por parte dos órgãos de controle do estado (Tribunais de Contas e Ministérios Públicos).

4.1.3 O SUS tem problemas?

Um dos maiores problemas do SUS é a falta de recursos financeiros. Com o princípio da universalização, colocado em prática após a implantação do SUS, o número de pessoas que deve ser atendida pelo sistema público aumentou. É necessário um aumento do investimento em saúde para que toda a população seja atendida com mais dignidade e qualidade.

Os valores de investimento com saúde no Brasil são demonstrados com base em uma série histórica, cujos valores apresentam-se como resposta ao controle social no SUS. O financiamento é destinado ao cumprimento das legislações específicas para o pagamento de serviços e procedimentos de saúde em todos os níveis de complexidade. Se comparado com outros países da América Latina, em 1990 o Brasil teve um gasto per capita semelhante ao da Argentina, Chile e Uruguai, porém, foi o país que apresentou uns dos piores indicadores de níveis de saúde, como expectativa de vida, taxa de mortalidade infantil, mortalidade materna e cobertura vacinal

Outro problema é a pouca participação dos estados que, com a municipalização da saúde, retiram progressivamente os investimentos do financiamento do SUS. Em 1995, os estados alocaram, em média, 3,8% do seu orçamento para a área da saúde. Os municípios, em geral, aplicaram em 1995 cerca de 8,7% de seus orçamentos na

área da saúde (BRASIL, 2007). Com a diminuição de recursos do governo federal, os estados e municípios têm que investir cada vez mais em saúde.

O art. 33 da Lei Federal n. 8.080/90 cita que os recursos financeiros serão oriundos do orçamento da Seguridade Social e de outros orçamentos da União, além de outras fontes. O pouco detalhamento das fontes e omissão dos percentuais orçamentários destinados à saúde, com conseqüente redução de recursos para o setor. Essa situação fez com que vários setores se organizassem para que fosse proposta uma emenda constitucional que fixasse percentuais de destinação dos orçamentos da União, estados e municípios para a área da saúde. Desde o ano de 1996 essa proposta é discutida pela Assembleia Legislativa e Senado Federal e, finalmente, em meados do ano 2000, foi aprovada a proposta de Emenda Constitucional n. 29 – EC 29, com as seguintes determinações (que até hoje não saíram do papel):

- A União terá que agregar 5% a mais ao orçamento da saúde com base no repasse de 1999. O reajuste fica atrelado à variação nominal do Produto Interno Bruto;
- Os estados terão que gastar, no mínimo, 7% dos seus orçamentos com saúde em 2000. O percentual deve chegar a 12% até 2004;
- Os municípios comprometem 7% de suas contas em 2000, chegando a 15% também em 2004 (BRASIL, 2007).

A emenda define que não são considerados gastos em “ações e serviços públicos de saúde” as despesas com inativos e pensionistas, dívidas, assistência médica e odontológica específica para servidores, serviços de limpeza pública e tratamento de resíduos sólidos, ações de saneamento e ações financiadas com transferências voluntárias da União ou do Estado.

Não há dúvidas de que há a necessidade de aumentar os investimentos públicos em saúde, mas devemos definir melhor o seu destino para que a prioridade seja sempre a necessidade da população. O que não deve mais acontecer é o corporativismo de empresas multinacionais de medicamentos que provocam aumento desenfreado de custos no sistema de saúde, sem a melhoria dos níveis de saúde.

O SUS está sendo construído e, para efetivação e aprimoramento integral das diretrizes do sistema, é necessário a participação de todos os cidadãos nos conselhos locais, regionais e municipais de saúde.

Uma das coisas mais importantes conseguidas na Constituição Federal de 1988 foi a garantia da participação da população no Sistema Único de Saúde. Isto é, exercício da cidadania através do controle social.

É importante entender que o SUS é um processo que caminha com dificuldades, pois temos um país continental em seu tamanho e uma população doente devido ao pouco investimento em saúde preventiva e saneamento básico.

Capítulo 5

5. O SUS COMO UM NOVO DESENHO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

O novo desenho político-institucional faz referência à ideia de que a implantação do novo sistema de saúde, agora universal, deveria se dar de forma inovadora, com estruturas ágeis e compatíveis com as novas tarefas e os novos compromissos do sistema. Deveria superar, do modelo anterior, a fragmentação institucional, o centralismo gerencial, o padrão burocrático de decisão e a execução de ações. A remodelação institucional proposta foi concebida sob a inspiração de um novo padrão de relação Estado-sociedade, de forma a viabilizar a responsabilidade pública sobre a saúde.

Ao desenhar uma nova forma de exercer a gestão pública de saúde buscando melhorar o desempenho do Estado, podemos dizer que a Reforma Sanitária antecipou alguns dos preceitos que mais tarde estariam presentes na Agenda de Reforma do Estado, pelo menos nas suas prescrições mais voltadas a melhorar o desempenho estatal no exercício da responsabilidade pública. E buscou um novo formato de Estado, de modo a favorecer sua agilidade e permeabilidade à sociedade.

Além da unificação dos comandos institucionais, as categorias que deram eixo ao novo desenho foram a descentralização e a participação. Os marcos aqui são dados pela Lei. n. 8.080/90 e pela Lei 8.142/90, que detalham o desenho e estabelecem os mecanismos operacionais para a descentralização político-administrativa e para a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde. Quanto à unificação/descentralização, a legislação é bastante clara ao definir a situação-objetivo da direção única em cada esfera de governo. A Lei n.8.080/90 define seu artigo 7º diversos princípios, entre os quais:

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

Na sua operacionalização que, como vimos, já se desenvolvia desde os SUDS, o processo de descentralização engendrou, para resolver o problema das relações entre as esferas governamentais, novos espaços institucionais que foram chamados de Comissões Intergestores: uma no plano federal, chamada Tripartite (reunindo em igual número representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems); e uma no âmbito de cada unidade federada, chamada Bipartite (reunindo em igual número representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do COSEMS de cada unidade federada).

A participação é manifestada na obrigatoriedade da constituição de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo e na sua definição como membros do Poder Executivo. A Lei n. 8.142/90, como vimos, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Em seu artigo 1º, parágrafo 2º, constatamos que:

O conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Sendo assim, podemos afirmar que o Conselho de Saúde é um organismo oficial do Poder Executivo. O chamado caráter paritário decorre de regras de composição dos Conselhos: a metade do conselho deve ser constituído de representantes dos usuários e a outra, de setores que oferecem e executam os serviços, ou seja, um conjunto composto pelos profissionais, pelos prestadores de serviços e pelos representantes governamentais.

Vejamos alguns aspectos da natureza e do funcionamento do Conselho de Saúde.

- Quanto à sua competência, a legislação é clara sobre seu caráter deliberativo em relação à política de saúde. Alguns temas como o aumento salarial de servidores e a realização de obras, podem envolver outras políticas de governo,

nesse caso, as propostas do Conselho têm caráter indicativo. Por isso, em muitas cidades do País foi instituído o orçamento participativo para dar conta do conjunto das políticas públicas.

- Quanto à sua identidade, ela é claramente a de um organismo do Poder Executivo, o que a difere da câmara dos vereadores (Poder Legislativo), do Ministério Público e do Poder Judiciário. Como a questão saúde passa comumente por esses três níveis de poder, são esperados conflitos, mas também reforço mútuo entre as iniciativas dessas esferas.
- Quanto à sua dinâmica, ela é compreendida na implementação desses organismos e na construção gradual de relações mais firmes entre os governos eleitos e os representantes de segmentos sociais. As Conferências de Saúde, cuja realização é prevista pela legislação a cada dois anos, representam um momento privilegiado nessa construção, tanto no tocante à legitimidade das políticas quanto no que diz respeito à representatividade dos conselheiros. Um grande número de municípios brasileiros já realizou pelo menos duas Conferências de Saúde e alguns estão marcando a sexta.

5.1 O SUS como novo modelo técnico-assistencial

O novo modelo técnico-assistencial é baseado em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, em que o acesso a bens e aos serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas capazes de prover qualidade de vida.

Distingue-se do modelo anterior por associar inteiramente as ações preventivas às ações curativas e a saúde coletiva à atenção individual e por não centrar o atendimento à demanda por assistência médica.

Além do artigo 196, que vincula o direito à saúde à implementação de “[...] políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos” (BRASIL,1988), a Constituição estabelece:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação, da comunidade. (BRASIL, 1998).

A Lei n. 8.080/90, em diversas passagens, especifica o que entendemos por atenção integral:

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

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990).

A integralidade da assistência em saúde inclui quatro estações:

- A articulação entre os níveis de atenção, garantindo a primazia das ações de promoção e prevenção e também as de assistência a doentes.
- A articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contrarreferência.
- A articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando a uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta.
- A oferta de serviços cuja organização atenda à demanda espontânea e à programação de ações para problemas prioritários.

A integralidade importa, assim, em uma oferta adequada e oportuna de recursos tecnológicos necessários para prevenir ou para resolver problemas de

saúde, dos indivíduos ou das coletividades. No entanto, esse talvez tenha sido o aspecto menos desenvolvido no SUS. Nem a legislação é exaustiva a respeito, nem as sucessivas NOBs lograram enfrentar a questão de reformatação dos processos de trabalho no interior do SUS, haja vista a grande pressão provocada tanto pela tradição assistencial dos profissionais quando pela demanda reprimida por assistência médica.

5.2 Competência do Distrito Federal, do Ministério da Saúde nas especificidades à saúde da família

De um lado, ao adotar-se uma política de saúde com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, ou seja, para além dos cuidados com a doença, as informações de interesse para esse gestor possuem um escopo bem maior que os dados de morbimortalidade.

Por outro lado, a produção e a disseminação, de informações em saúde vêm se processando em um contexto fragmentado e fragmentador, com vários setores/órgãos/instituições gerindo a informação de modo desarticulado. (MORAES, 1994).

Cabe destacar, também, os avanços significativos que vem sendo observados nos mecanismos de disponibilização eletrônica dos dados. No plano intersetorial, o IBGE vem aperfeiçoando suas pesquisas e estudos e as formas de acessá-los. O mesmo ocorre com o Ministério da Saúde, com destaque para o Departamento de Informática do SUS (Datusus), ligado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

No âmbito do Ministério da Saúde, os diversos sistemas de informação existentes foram desenvolvidos sem qualquer preocupação com padronização, embora nos últimos três anos venham sendo feitos alguns movimentos nesse sentido, envolvendo principalmente aqueles considerados essenciais para o planejamento e o monitoramento de ações e serviços no âmbito do SUS.

Esses sistemas, de base nacional, passaram a ser de alimentação obrigatória, para estados e municípios, por decisão da Comissão Intergestores Tripartite em distintas ocasiões, decisão essa operacionalizada por meio de portarias ministeriais.

O não cumprimento dessa determinação implica usualmente a suspensão das transferências de recursos financeiros, como detalhado no quadro seguinte:

Bases de dados de alimentação obrigatória e penalidade prevista pelo descumprimento

Sistemas de informação	Penalidade
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	Suspensão da transferência do PAB, nos casos da não alimentação por três meses consecutivos.
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos da não alimentação por três meses consecutivos, ausência de ressarcimento por procedimentos Faec.
SI-PNI – Sistemas de Informação de Imunização	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não alimentação por três meses consecutivos
Sinasc – Sistema de Informação de Nascidos Vivos	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em saúde, nos casos da não alimentação por três meses consecutivos.
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em saúde, nos casos da não alimentação por três meses consecutivos
Siscolo – relacionado ao controle do câncer de colo do útero	Suspensão do pagamento dos procedimentos referentes à citopatologia, à histopatologia e ao controle de qualidade (ambulatoriais, informados no SIA-SUS)
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos da não alimentação por três meses consecutivos.
CNS/Cadsus – Cadastro do Cartão Nacional de Saúde	Suspensão do pagamento dos procedimentos vinculados pela Portaria SAS n. 174, de 2004.
Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	Não há penalidade prevista.
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares	Suspensão da transferência do MAC nos casos da não alimentação por três meses consecutivos, ausência de ressarcimento por procedimentos Faec

Quadro1

É importante destacar que a compulsoriedade do envio dessas informações é para análise de situação de saúde, bem como para o monitoramento e a avaliação dos resultados de ações e serviços implementados. Apesar do questionamento frequente sobre sua qualidade – e é inquestionável que ainda há muito a ser feito no que se refere a esse quesito –, o expressivo volume de registros disponíveis em cada uma dessas bases constitui-se como um recurso de valor incalculável para o planejamento dos organismos internacionais de cooperação (Unesco, OPS, BID e Bird).

Declarado no art. 5º da Constituição Federal de 1988, que é o da igualdade entre os homens. A base do princípio é que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza". Assim, deve-se igualar os desiguais levando em conta suas diferenças. Não é tão difícil perceber que não pode a legislação processual tratar de modo invariavelmente igual os litigantes, desconsiderando as distintas condições de cada um deles. Se em dado momento o faz é apenas porque o interesse daqueles que mais sofrem com a desigualdade real não conseguiu ainda impor-se ou, pelo menos, adquirir relevância suficiente para merecer a atenção do legislador.

Partimos, portanto, da premissa de que a igualdade não significa homogeneidade. Daí, o direito à igualdade pressupõe e não é uma contradição, o direito à diferença. Diferença não é sinônimo de desigualdade, assim como igualdade não é sinônimo de homogeneidade e de uniformidade. A desigualdade pressupõe uma hierarquia dos seres humanos, em termos de dignidade ou valor, ou seja, define a condição de inferior e superior; pressupõe uma valorização positiva ou negativa e, portanto, estabelece quem nasceu para mandar e quem nasceu para obedecer; quem nasceu para ser respeitado e quem nasceu só para respeitar.

5.3 Lei nº 8.142: Criação de Novas Instancias de Decisão e Controle Social

Instancias de decisão/Controle Social temos a Conferencia de Saúde, Conselhos de Saúde e CONASS e CONASEMS.

A definição do papel das instancias supracitadas são:

- Representação paritária de vários segmentos sociais;
- Avaliar a situação da saúde,
- Propor diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, órgão colegiado, composto em paridade por representantes do governo, profissionais da saúde, usuários e prestadores de serviço.
- Órgão colegiado composto em paridade por representantes do governo, profissionais,

- Formulação, controle e execução da política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cabe aos conselhos de saúde,
- Decisão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo,
- Representantes dos Estados e Municípios no Conselho Nacional de Saúde,
- Interlocutores oficiais do MS com relação à Política de Saúde. (Conselhos de representação dos Secretários de Saúde).

Fonte: Ministério da Saúde,2010

5.3.1 Principais Instancias Decisórias

Quanto aos níveis de governo temos: âmbito Nacional, Estadual e Municipal.

No âmbito Nacional temos a Comissão Intergestores Tripartite formada por representantes do Ministério da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com o objetivo de auxiliar p Ministério da Saúde na elaboração de propostas de implantação e operacionalização do SUS, estando submetido ao Conselho Nacional de Saúde.

5.4 Lei nº 8.142: Criação de Novas Instancias de Decisão e Controle Social

Instancias de decisão/Controle Social temos a Conferencia de Saúde, Conselhos de Saúde e CONASS e CONASEMS.

A definição do papel das instancias supracitadas são:

- Representação paritária de vários segmentos sociais;
- Avaliar a situação da saúde,
- Propor diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, órgão colegiado, composto em paridade por representantes do governo, profissionais da saúde, usuários e prestadores de serviço.
- Órgão colegiado composto em paridade por representantes do governo, profissionais,

- Formulação, controle e execução da política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cabe aos conselhos de saúde,
- Decisão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo,
- Representantes dos Estados e Municípios no Conselho Nacional de Saúde,
- Interlocutores oficiais do MS com relação à Política de Saúde. (Conselhos de representação dos Secretários de Saúde).

Fonte: Ministério da Saúde,2010

5.4.1 Principais Instancias Decisórias

Quanto aos níveis de governo temos: âmbito Nacional, Estadual e Municipal

No âmbito Nacional temos a Comissão Intergestores Tripartite formada por representantes do Ministério da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com o objetivo de auxiliar p Ministério da Saúde na elaboração de propostas de implantação e operacionalização do SUS, estando submetido ao Conselho Nacional de Saúde.

No âmbito Estadual temos o Conselho Nacional de Saúde que é o órgão deliberativo na formulação de estratégias e controle da política nacional de saúde e também a Comissão Intergestores Bipartite, formada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, COSEMS, sendo que, o secretário de saúde do município da capital é membro nato desta comissão. É a instancia privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Falando agora do âmbito Municipal temos o Conselho Estadual de Saúde que é permanente e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e controle da exceção da política estadual de saúde.

5.3.2 Pacto de Gestão

Estabelece responsabilidades Gerais de Gestão do SUSOs Municípios são responsáveis pela integridade da atenção a saúde de sua população de forma solidária com o estado e união.

Os Estados reponde solidariamente com Municípios, DF e União, pela integralidade da atenção à saúde da população.

A União por sua vez, responde solidariamente com Municípios, DF e União pela integridade da atenção à saúde da população.

5.4.2 Vigilância Sanitária

As ações do campo da vigilância sanitária constituem a antiga face da saúde pública. As primeiras ações desse campo não foram instituídas com o modo de produção capitalista, tampouco sob o domínio da medicina, muito antigas visitavam, desde a sua origem, exercer um controle sobre o exercício das práticas de cura, o meio ambiente e alguns produtos relacionados com doenças/saúde, objetos de trocas comerciais. As origens da vigilância sanitária remontam a preocupação das organizações sociais com nocivo, noção social e historicamente definida como fundamento para imposição de medidas de controle.

Mesmo sem referência explícita ao direito á saúde, cuja construção emerge com a modernidade, os problemas decorrentes da vida em sociedade impõem às organizações sociais o desenvolvimento de atividades ligadas à saúde da população e o estabelecimento de regras para modelar comportamentos que podem resultar em ricos ou danos à saúde da coletividade. O campo da saúde, em particular, tem sido historicamente objeto de normatização, normas sobre a saúde e sanções para os casos de descumprimento fora inserida em antigos códigos.

5.4.1 O Lugar e as Responsabilidades da Vigilância Sanitária

Como a proteção e a promoção da saúde e do bem-estar da população é um dever do Estado, cabe a ele a tarefa de impedir ou regular as atividades de particulares que possam significar riscos para a saúde pública.

O Poder Público, portanto, deve zelar pelos interesses coletivos, ainda que isto implique na restrição de direitos e liberdades individuais.

Essa atribuição do Poder Público se realiza de diversas formas e por meio de esferas da administração pública dentre elas a Vigilância Sanitária, que tenham poder de regulamentação e poder de polícia. A vigilância sanitária, portanto, é uma função típica do Estado.

Em suma, segundo a Lei nº 6.080/1990 referente ao Sistema Único de Saúde: entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesses da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria dos direitos fundamentais vem se consolidando a partir da Segunda Guerra Mundial em virtude da crença de que a dignidade da pessoa humana é um valor que deve fundamentar e orientar todo e qualquer exercício do poder e passou a ter relevância no Brasil especificamente com o advento da Constituição Federal de 1988.

A Constituição Cidadã rompeu de vez com o passado autoritário e, no lugar da supressão de liberdades imposta durante a ditadura militar, fez surgir novos valores, favoráveis à redução das desigualdades sociais, aos direitos fundamentais, à democracia e a todos os valores ligados à dignidade da pessoa humana. Embora ainda exista um grande descompasso entre o texto constitucional e a realidade socioeconômica brasileira, são nítidos os avanços em matéria de direitos fundamentais com o advento do texto constitucional. Este intento que norteou o processo constituinte se faz presente até mesmo na ordem em que os Direitos Fundamentais são trazidos pelo Constituinte: no início do texto, com notável destaque em relação às outras disposições.

A ideia de que a dignidade da pessoa humana é um valor que deve fundamentar e orientar todo e qualquer exercício do poder é facilmente percebida na Constituição não apenas pela primazia topográfica, mas por expressa previsão do primeiro artigo da Constituição, que elege a dignidade da pessoa humana como fundamento da República e do Estado Democrático de Direito que ali eram instituídos.

O constituinte brasileiro foi bastante claro ao atribuir eficácia imediata aos Direitos e Garantias Fundamentais, no § 1º do art. 5º. Assim, independentemente de disposição legislativa posterior, tais direitos já são exigíveis. Houve quem interpretasse que o cidadão só poderia exigir o cumprimento de tais direitos em face do Estado, em uma relação vertical em que o ente estatal estaria acima dos cidadãos, como provedor de tais direitos. Contudo, tal entendimento não se sustenta, uma vez que o respeito aos direitos e garantias fundamentais é obrigação não apenas do Estado, mas dos particulares em suas relações cotidianas, no que se convencionou chamar de eficácia horizontal das normas de direitos humanos.

Quando se trata da incidência horizontal das normas essenciais, a vinculação de tais garantias não se dá apenas nas relações de poder que se estabelecem entre o Estado e o cidadão (eficácia vertical), mas igualmente naquelas instituídas entre pessoas e entidades que se encontram em posições, pelo menos teoricamente, de igualdade, ou seja, entre particulares (eficácia horizontal). Assim, não é lícito a um particular, por exemplo, tratar seus funcionários de forma discriminatória, sob o fundamento de que o dever de tratamento isonômico é exclusivo do Estado.

Nos últimos anos, muito se fez, especialmente do ponto de vista jurídico, sobre os Direitos Humanos Fundamentais. Se até o século XVIII afirmar que os homens são iguais por natureza era algo indefensável, ao longo dos dois últimos séculos os ativistas dos Direitos Humanos parecem ter vencido a batalha das ideias, e o princípio basilar da igualdade entre os homens parece não despertar grandes discussões no meio acadêmico ou mesmo em qualquer discussão cotidiana. Com relação ao arbítrio estatal e o poder que este ente tem sobre seus cidadãos, também pouco resta a construir do ponto de vista jurídico.

Hoje, é consenso entre os governantes de países democráticos que a tortura não pode ser uma política estatal e que as pessoas não podem ser detidas por manifestarem suas opiniões. Enfim, as premissas teóricas já estão estabelecidas. Contudo, a luta atual é pela implementação e pela concreção de tais premissas. Em outras palavras, busca-se torná-las letra viva, direito sensível aos cidadãos como um todo, fazendo com que saiam do mero debate acadêmico.

REFERENCIAS

- ALEXY, Robert. **Direitos fundamentais no estado constitucional**. Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, Renovar, v. 217, jul./set. 1999.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 12 ed. São Paulo: Malheiros, 2002. 805 p.
- BRASIL. Constituição (1988). Acesso em: 19 out. 2016.
- BRASIL. Portaria n. 325, de 21 de fevereiro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 22 fev. 2008.: . Acesso em: 21 out. 2016.
- BRASIL. Portaria n. 408, de 17 de outubro de 2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 18 out. 2002. Acesso em: 10 out. 2016.
- BRASIL. Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 8 abr. 2011a. . Acesso em: 222 Out. 2016.
- BRASIL. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 20 jul. 2011b.. Acesso em: 10 outr. 2016.
- BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 21 out. 2011c. 14 Out 2016.
- COSTA, Hekelson Bitencourt Viana da. **A superação da tripartição de poderes**. 79f. Monografia (Especialização em Direito Público), Universidade Cândido Mendes, Brasília, 2007.
- COMISSÃO INTERNACIONAL DE JURISTAS. **Acesso à Justiça: violações de direitos humanos por empresas**. Brasil. Genebra, 2011
- CONTROLE SOCIAL-**Conselhos municipais e controle social**. Disponível em: . Acesso em: 03 out. 2016
- CARVALHO, D. M. T. **Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de utilização das grandes bases de dados nacionais como subsídio a uma alocação orientada de recursos**. Dissertação – Instituto de

Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 1998.

CRIVELLARO, J. L. G. **Sistema Único de Saúde e saúde coletiva**. 1. ed. LT, 2012.

CRIVELLARO, J. L. G.; CAMPOS, R. T. de. **Enfermagem em saúde coletiva**. 2. ed. Curitiba: Senac, 2003. v. 1 e 2.

DONNANGELO, M. C. F. **A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil**. In: ABRASCO. **Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro, 1982, p. 4-19

NICZ, L. F. **Previdência social no Brasil**. In: GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982. p. 163-197. cap. 3.

MENDES, Gilmar Ferreira, COELHO, Inocêncio Mártires, GONET, Paulo Gustavo. **Curso de Direito Constitucional**. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 671

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Resolução nº 1, DE 17 DE OUTUBRO DE 2016. Disponível em:

Apud, OLIVEIRA, Monica Drumond. O direito à saúde e a responsabilidade do Estado pela sua efetivação. 2010. 78 f. Dissertação de Pós-Graduação Lato Sensu em Direito Administrativo Contemporâneo, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2010, p. 14

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Direito Fundamental à Saúde na Constituição de 1988: dos 20 anos de absoluta inefetividade, ao advento de uma realidade supostamente excessiva de judicialização**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, 58, 31 out. 2008. Disponível em . Acesso em 03 out. 2016.