

**XXV CONGRESSO DO CONPEDI -
CURITIBA**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

ILTON NORBERTO ROBL FILHO

IVAN DIAS DA MOTTA

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D598

Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UNICURITIBA;

Coordenadores: Ilton Norberto Robl Filho, Ivan Dias da Motta – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-360-3

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: o papel dos atores sociais no Estado Democrático de Direito.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Congressos. 2. Direitos Sociais. 3. Políticas Públicas.
I. Congresso Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Curitiba, PR).

CDU: 34



XXV CONGRESSO DO CONPEDI - CURITIBA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

É com grande alegria e cumprindo com uma relevante responsabilidade acadêmica que apresentamos esta coletânea de artigos, a qual é fruto dos debates realizados no âmbito do XXV Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, oriundo do Grupo de trabalho de Direitos Sociais e Políticas Públicas II . Importante frisar que o evento acadêmico aconteceu entre 07/12/2016 e 10/12/2016, na Cidade de Curitiba, sendo sediado pela UNICURITIBA e pelo seu programa de Pós-Graduação "Stricto Sensu" em Direito.

Dentre os 66 trabalhos selecionados para a temática de DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS, 22 artigos foram apresentados e debatidos neste Grupo de Trabalho. A abordagem geral dos artigos aponta a busca pela análise do Direito Constitucional nas relações sociais, demonstrando a evolução e o interesse nas políticas públicas e a consolidação da linha de pesquisa própria dos Direitos Fundamentais Sociais.

Os artigos apresentados enfrentaram os seguintes temas: acesso ao trabalho, educação, saúde, judicialização e gestão de políticas públicas, sustentabilidade e ambiente e questões de inclusão e gênero.

Discutiram-se como proposições do GT algumas questões aglutinadoras e metodológicas para futuras pesquisas:

- a necessidade de estudos sobre a concreção constitucional de direitos por meio de políticas públicas, assim como a eficiência, a efetividade e a eficácia da execução do orçamento público;
- na questão da judicialização da política pública, a necessidade de pensar um procedimento adequado para avaliação judicial da política pública e a efetividade da execução das sentenças;
- o tema da falta de dados públicos acessíveis sobre a concreção de políticas públicas de Direitos Sociais e mesmo Fundamentais individuais;

- metodologias para inclusão de direitos na agenda pública como vocalização de demandas sociais e Direitos Fundamentais.

Desse modo, fica patente nas pesquisas apresentadas a leniência ou mesmo a omissão do estado brasileiro na implementação de políticas públicas, apontando assim um comportamento juridicamente reprovável e transgressor. A atuação judicial, por sua vez, vem impondo ao Poder Executivo o cumprimento de muitas garantias e a efetivação de políticas públicas para garantia de Direitos Sociais previstos na Constituição.

Assim, os textos reunidos nesta obra refletem sobre questões centrais do Estado Democrático de Direito. Aos leitores, trata-se de uma ótima oportunidade para (re)pensar os Direitos Sociais e as políticas públicas.

Curitiba-PR, 09 de dezembro de 2016.

Coordenadores do Grupo de Trabalho

Professor Doutor Ilton Norberto Robl Filho - UPF e UFPR

Professor Doutor Ivan Dias da Motta - UNICESUMAR

O SUS COMO POLÍTICA DE SAÚDE ADOTADA PELA CF/88: SUAS PERSPECTIVAS E DESAFIOS ATUAIS.

SUS COMO POLÍTICA ADOPTADA SALUD PARA CF / 88: SUS PESPECTIVAS Y RETOS ACTUALES.

Paulo Roberto De Souza Junior ¹

Resumo

O artigo enfoca o sistema de saúde brasileiro, o qual é dotado de características próprias e singulares, muitas das vezes, não propiciando a população em geral, o direito à saúde. Atendendo a este clamor da sociedade a Constituição Federal do Brasil de 1988 delineou o alicerce de uma nova política setorial, destinada à saúde, que garante o acesso universal e coletivo, intitulada como Sistema Único de Saúde. Este novo sistema deverá ser (re)avaliado, cotidianamente, com finalidade de correção de suas anormalidades e adequação aos anseios de seus usuários

Palavras-chave: Políticas públicas, Sistema único de saúde, Desafios e perspectivas

Abstract/Resumen/Résumé

El artículo se centra en el sistema de salud brasileño, que está dotado de características únicas, a menudo no proporcionar a la población general, el derecho a la salud. Teniendo en cuenta este clamor de la sociedad de la Constitución Federal de Brasil, 1988 esbozó las bases de una nueva política sectorial, para la salud, garantizar el acceso universal y colectiva, titulada Sistema de Salud. Este nuevo sistema debería ser (re) evaluado , todos los días, con el propósito de corrección de sus anomalías y la adaptación a los deseos de sus miembros.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Políticas públicas, Sistema único de salud, Retos y perspectivas

¹ Mestre em Direito (UNESA). Especialista em Direito Constitucional (AVM/WPOS), Direito Tributário (UGF) e em Gestão Pública da Saúde (UFF). Professor da FAETEC/RJ e SEEDUC/RJ.

1 – Introdução

A promoção (adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável), proteção da saúde (prevenção de doenças) são dados essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento económico e social sustentável (OMS, 2010) e, por isso, são base do conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde, o qual é definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1948).

No Brasil, não havia preocupação com este completo bem-estar do indivíduo até a Constituição Federal de 1988, pois estávamos num modelo de medicina curativa e individual. Com o advento da referida Constituição foi apresentado um novo modelo de política de saúde, apontando uma transição do modelo estava em vigor, para um novo modelo, este universal e coletivo à população, privilegiando o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Este modelo foi contrário à ordem internacional, já que esta buscava eliminação de gastos públicos e o Brasil, estando numa fase de redemocratização, garantiu o direito de cidadania a todos, através da implantação de um Sistema Único de Saúde - SUS.

Este sistema é um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal, como salienta (VASCONCELOS, 2006, p. 531 *apud* AGUIAR, 2011, p. 43).

O grande desafio desta política pública é eliminar a desigualdade em saúde, com finalidade de propor um completo bem-estar social e o respeito aos direitos de cidadania. A missão é longa, mas só será possível quando as diversas esferas de governo estiverem equilibradas e ajustadas entre si, fortalecendo, assim, a gestão pública eficiente onde deverá primar pelo respeito e atendimento aos princípios e diretrizes do SUS, eliminando os problemas estruturais e financeiros e entres estes, sobretudo nos pequenos municípios, os quais dependem quase exclusivamente de aporte de capital federal nesta área.

Ressalta-se que, está em trâmite a Proposta de Emenda à Constituição nº 241-A, de 2016, do Poder Executivo, que "altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal".

A referida proposta, se aprovada proposta, trará consigo um impacto negativo nos investimentos em políticas sociais e, sobretudo no SUS devido à redução de

investimentos na área da saúde, pois sua falta, nesta área setorial, poderá levar a seu colapso e estagnação prejudicando a população de baixa renda.

O objetivo deste estudo é (re)avaliar o SUS como política pública e traçar os caminhos para esta política com finalidade de evitar prejuízo à sociedade brasileira de baixa renda. Nesta dicotomia será realizado um breve resgate das políticas públicas em saúde desde o nosso descobrimento com ênfase ao contexto econômico e político de cada momento.

O instrumento utilizado dentro deste estudo será a pesquisa bibliográfica sobre a temática, onde serão apreciados estudos de artigos e a própria legislação da saúde na busca de condições para sintetizar uma análise correta e coerente desta política com finalidade de traçar os referidos caminhos expostos.

Por fim, justifica-se esta pesquisa pelo fato da necessidade, cotidiana, de uma (re)avaliação e indicação dos caminhos a ser traçado pelo SUS – Sistema Único de Saúde, como política pública em saúde, que busca do respeito de aos direitos ligados a saúde, garantindo como princípios, a universalidade e a igualdade, estes já consagrados no ordenamento jurídico brasileiro.

2 - Política Pública e política de saúde no Brasil: conceito e importância

As políticas públicas são decorrentes da política, entretanto, há muitas diferenças entre estas.

O termo "política", no inglês, *politics*, faz referência às atividades políticas: o uso de procedimentos diversos que expressam relações de poder (ou seja, visam a influenciar o comportamento das pessoas) e se destinam a alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados a decisões públicas; já, as políticas públicas segundo Marcelo Figueiredo, são definidas como um conjunto homogêneo de medidas e decisões tomadas por todos aqueles obrigados pelo Direito a atender ou realizar um fim ou uma meta consoante com o interesse público (FIGUEIREDO, 2007, p. 38).

Seu processo de produção necessita de uma agenda, onde há necessidade de formulação, implementação, monitoramento e avaliação da mesma. Nesta avaliação, segundo Maria das Graças Rua (2012, p. 107) deve ser levada em conta a eficiência operacional (custos e prazos), eficácia (cumprimento dos objetivos almejados ou do projeto ou da organização) e, efetividade (efeitos secundários ou imprevistos) para sua evolução.

Em relação à política de saúde podemos identificar como problema prioritário a necessidade da população de baixa renda ter acesso igualitário e universal às demandas inerentes às mesmas e estas satisfaçam seus anseios, ou seja, haja uma gestão de qualidade com respeito à atenção básica e garantia de ações e serviços em saúde dentro da complexidade que requer.

Esta política em saúde visa à garantia do direito à saúde, o qual está delineado na Constituição brasileira de 1988, estabelecendo as diretrizes desta, onde atribui à lei complementar a definição dos padrões mínimos de financiamentos, além de determinar a regulamentação, a fiscalização e o controle do setor previsto em lei e assumir o dever de prestar serviços públicos de saúde, diretamente ou indiretamente, mediante a participação complementar da iniciativa privada.

3 - Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil

A implantação das políticas de saúde, no Brasil, está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los, já que a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro. A conquista destes direitos tem sido decorrentes reivindicações ao longo do tempo por parte dos trabalhadores e, nunca uma liberalidade do governo. Como será visto neste capítulo.

3.1- Período colonial/imperial (1500 a 1889)

O quadro sanitário brasileiro neste período é caracterizado pela ausência de uma política pública eficaz, onde a assistência médica limitava-se apenas às classes dominantes. A classe dominada era atendida pelos pajés, com suas ervas e cantos, e pelos boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia.

Medidas sanitárias só se fizeram presentes com o início da exploração agrícola pela metrópole. Neste período foi instituído o cargo de Provedor-mor de Saúde da Corte e dos Estados do Brasil, tendo por finalidade aplicar normas sanitárias nos portos a fim de preservar a saúde da população, doenças como a lepra e a febre amarela eram algumas das mais comuns (CASTILHO, 2106).

Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil encontravam todo tipo de dificuldades para exercer a profissão. Além do imenso território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo de submeter aos tratamentos que eram, geralmente, baseados em purgantes e sangrias.

Podemos destacar a fundação das Escolas de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia; criação da Imperial Academia de Medicina e, o surgimento das Santas Casas de Misericórdias.

Com o advento da primeira Constituição, em 1824, o Brasil assume os cuidados com a saúde dos escolares e pessoas com problemas mentais, entretanto nessa época os gastos com a saúde não ultrapassavam 1% de todo o orçamento (Campos, et al, 1987, p. 25).

3.2 - Período da Primeira República ou República Velha (1889 a 1930)

Nos dizeres de Silva (2010, p.79) com a proclamação da República, o Brasil deixa o Império:

“[...] tomba o Império sob o impacto das novas condições materiais, que possibilitaram o domínio dessas velhas idéias com roupagens novas [...] assumindo o poder, os republicanos, civis e militares, cuidaram da transformação do regime. Instala-se o governo provisório sob a presidência do Marechal Deodoro da Fonseca” (SILVA, 2010, p.79).

No começo deste período, o Brasil foi comandado pelas oligarquias, ou seja, os estados mais ricos. Estas eram ricas por causa da produção de café e a parte desses lucros foi aplicada nas cidades, assim fazendo com que aconteça um crescimento urbano.

No campo da saúde, este período tinha como meta o controle das doenças epidêmicas rurais e urbanas, como a febre amarela, entre outras. As ações de saneamento básico eram realizadas nos espaços de circulação de mercadorias.

Em 1892 foram criados os primeiros laboratórios Bacteriológicos. Oswaldo Cruz foi nomeado e implantou medidas de desinfecção sanitária e de vacinação obrigatória anti-varíola que desagradou à população, gerando um movimento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina (COSTA JÚNIOR e COSTA, 2014).

A população em geral era atendida pelos hospitais filantrópicos ou pela prática irregular da medicina. Há dois tipos de modelos de intervenção nas questões de saúde: o sanitarismo-campanhista (abordagem coletiva) e o curativo-privatista (abordagem individual, realizado, através das CAPs).

As CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões foram criadas em 1923, através da Lei Eloy Chaves, dando início a assistência médica, entretanto, restrita a

trabalhadores de determinadas empresas; seu financiamento era bipartite, entre trabalhadores e empresas.

3.3 - Período da Segunda República ou Era Vargas (1930 a 1945)

A Revolução de 1930 foi um marco para a história brasileira, visto que colocou um fim na República Velha, sendo instituído o governo Provisório, o que ocasionou a chegada de Getúlio Vargas ao poder, conforme menciona Silva (2010, p.83).

A Constituição Federal de 1934 é fruto do movimento de 1930, das mudanças operadas pelo Governo Provisório e da Revolução Constitucionalista de 1932 (RAEFFRAV, 2005, p. 167), inspirada pela Constituição de Weimar, inovou em muitos aspectos.

Nasce a garantia dos direitos trabalhistas e de alguns direitos sociais aos trabalhadores. Os CAPS foram substituídos pelos IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões, vinculado ao Ministério do Trabalho, sendo constituídos por categorias profissionais e financiados pelo governo, trabalhadores e empregadores (tripartite). A gestão destes era a cargo do governo, onde sua atuação pautava-se na medicina curativa e individual.

A saúde pública estava a cargo do Ministério da Educação e Saúde (MESP), criado para dentro do mesmo modelo sanitaria do período anterior, pois a assistência à saúde deste período se resumia quase que somente a “proteger a relação capital – trabalho” (RAEFFRAY, 2005, p. 171).

3.4 - Período de Redemocratização ou Desenvolvimentista (1945 a 1963)

Podemos destacar a criação do Ministério da Saúde independente da educação, sendo destinado 1/3 dos recursos do antigo ministério, do período anterior, durante o segundo governo de Vargas, e algumas conquistas da saúde pública no governo de Juscelino Kubitschek.

Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), a qual promoveu a uniformização dos benefícios aos segurados independentemente do instituto a que estivessem filiados.

No final deste período foi realizada III Conferência Nacional de Saúde levantou, onde o Ministro da Saúde, Wilson Fadual, levantou a bandeira da Municipalização dos Serviços de Saúde.

3.5 - Período do Regime Militar (1964-1984)

Nos anos 60 e início da década 70 (século XX), ocorre um crescimento na contratação coletiva de planos de saúde. Eram os chamados convênios médicos entre entidades empregadoras e empresas médicas (SOUZA e MARQUES, 2013, p. 278). É da chamada “medicina de fábrica” que surgem as “empresas médicas” ou “grupos médicos” especializados na venda de serviço assistenciais, inicialmente por redes próprias e, depois, por sistema de credenciamento de prestadores de serviço médico-hospitalar. Surgem também as Unimed, constituídas como cooperativas de trabalho. Paralelamente, as grandes empresas estatais preservaram seus esquemas próprios, consolidando o que seria mais tarde denominado autogestão. (GREGORY, 2010, p. 32-33).

Em 1966, deu-se a normatização do Sistema Nacional de Seguros Privados (Decreto Lei 73, de 21-11-1966), que criou o CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) e a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

Também, neste ano, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, unificando os IAPs e com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares.

Em 1974 o INAMPS foi criado pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Este era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada.

O Inamps pretendeu simultaneamente articular as ações de saúde entre si, por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado pela Lei n. 6229, de julho de 1975, e, elas, com o conjunto das políticas de proteção social, por meio do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), criado pela Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977.

A política em saúde, segundo a Lei que criou o SNS, ficou a cargo do Ministério da Saúde (MS), esta, voltada ao atendimento de interesse coletivo, pois as ações médico-assistenciais individualizadas ficaram a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social. (MPAS), por meio do INPS(depois Inamps).

A partir da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, ocorrida em 1978 e com o apoio da OMS (Organização Mundial da Saúde) e da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), começa-se a difundir, no Brasil e também na América Latina, os conceitos de Atenção Primária da Saúde e os princípios da medicina comunitária.

As novas formulações em torno da prática médica caracterizaram-se pela revisão crítica da teoria preventivista, até então hegemônica na análise dos problemas da saúde. Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva e, nessa perspectiva, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença (ESCOREL, 1998).

Devido o agravamento da crise da Previdência Social foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, por meio do Decreto n. 86.329/81, com missão de reorganizar assistência Médica, entre outras funções. Podemos destacar dois programas elaborados: Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS).

3.6 - Nova República (1985/1988)

Este processo teve como marco institucional a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, e contou com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde.

O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde chegou as seguintes conclusões:

Saúde como Direito em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os

habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 49).

4 - SUS: conceito, princípios, perspectivas e seus desafios atuais

O direito universal às ações e prestações em saúde e oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, anterior ao SUS, foi instituído o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Este aprofundou a política de descentralização da saúde, principalmente na parte do orçamento, permitindo maior autonomia dos Estados na programação das atividades do setor, deu seguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e programação das atividades do setor (COSTA e FLORES, 2015, p. 567) .

Simone Letícia Severo e Sousa apud Bahia identifica os termos conceituais presente na sigla SUS:

‘Sistema’, entendido como conjunto de ações e instituições, que de forma ordenada e articulada contribuem para uma finalidade comum, qual seja, a perspectiva de ruptura com os esquemas assistenciais direcionados aos segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos. ‘Único’ referido à unificação de dois sistemas; o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pelo Ministério da Saúde e na universalização do acesso a todas ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo. ‘Saúde’ compreendida como resultante das condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada, como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economista, tal como definida na VII Conferência Nacional de saúde é “a resultante das condições de alimentação,

habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (SOUZA, 2013, p. 109/110).

Por fim, a referida professora, salienta que é “Único”, porque o Estado reuniu no SUS as atividades sanitárias e assistencialistas, pondo fim à dicotomia existente.

Kildare Gonçalves Carvalho sintetiza o Sistema Único a mencionar que:

Quer isto significar que não mais haverá a difusa administração da matéria na esfera da União (que implicava, por absurdo, na existência de dois ministérios e um sem-número de órgãos federais atuando no setor), nem a dispersão e superposição de órgãos e atribuições em esfera estadual e municipal. Sendo único, o sistema deverá possuir um específico modelo de relações entre o todo (o que dá unidade ao conjunto de órgãos, sujeitos a atribuições) e as partes que o integram. (CARVALHO, 2012, p. 817.).

Este Sistema nasce com princípios e diretrizes a ser seguidos. Entre os princípios percebemos uns, de núcleo comum, chamados de princípios doutrinários (universalização; equidade; integralidade) e, outros, que consagram forma e operacionalização, de cunho organizacional (regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; participação popular), previstos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS):

- a) universalidade define que a saúde é um direito de todos e, por isso, não há restrição a seu acesso;
- b) equidade é o princípio complementar da igualdade, significando tratar as diferenças em busca deste princípio, ou seja, o respeito ao recebimento de ações e serviços dentro de sua complexidade;
- c) integralidade está relacionada com a promoção de saúde, prevenção de riscos e assistência das pessoas, bem como recuperação delas. Busca-se a humanização dos serviços prestados no âmbito do SUS, tendo como base o art. 198, inciso II da Constituição Federal e art. 7º, inciso II da Lei n. 8.080/90;
- d) descentralização implica na redistribuição das responsabilidades entre as esferas de governo e a sua regionalização, com o objetivo de buscar uma distribuição mais racional dos recursos dentro de cada especialidade (hospitais, UBS, PSF, ambulatórios);

- e) hierarquização: os serviços deverão ser organizados levando-se em conta a sua complexidade;
- f) participação e controle social entre administradores, trabalhadores e usuários; e,
- g) unidade do sistema SUS está expresso no art. 199 da Constituição Federal e art. 7º, inciso XII da Lei n. 8.090/90.

Simone Leticia Severo e Souza soma a este rol de princípios, os seguintes: o princípio de ressarcibilidade ao SUS. Tal princípio consiste na obrigação de as operadoras de planos de saúde ressarcirem o SUS em caso deste prestar atendimento ao segurado ou beneficiário da empresa privada; e, o princípio da prevenção ou precaução, este expresso nos arts. 196 e 200 da Constituição Federal e em atos de vigilância sanitária (SOUZA, 2013, p. 113/114).

A Lei 8.080/90 foi regulamentada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, esta determina a transferência dos recursos para a saúde entre as esferas do governo e as formas de participação da população na gestão do SUS, quais sejam, por meio de conferências de saúde, que reúne representante dos usuários, do governo, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviço e parlamentares para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da Política de saúde nos Municípios, Estados e União.

As Conferências aquelas são fóruns importantes para o processo de democratização da saúde no Brasil, onde reza que sejam realizadas a cada quatro anos, com paridade entre usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Sua convocação poderá ser pleiteada pelo governo ou pelo Conselho de Saúde e deverão ser precedidas nos Estados e nos Municípios.

Estes Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas e têm função deliberativa, em relação à fiscalização e formulação de estratégias da aplicação de recursos na área de saúde. Estes são formados por representantes de usuários do SUS, de prestadores de serviços e de gestores da saúde.

Em respeito às prestações à saúde, o STF, se posicionou salientando que, há um “dever solidário” entre os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios):

Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se

uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo." (AI 550.530-AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, julgamento em 26-6- 2012, Segunda Turma, DJE de 16-8-2012.).

Na linha de pensamento, O Tribunal do Rio Grande do Sul assim se posicionou sobre a temática:

(...) A Constituição da República prevê o dever de prestar os serviços de saúde de forma solidária aos entes federativos, de modo que qualquer deles tem legitimidade para responder às demandas que visam ao fornecimento gratuito de medicamento, exame ou procedimento. A divisão de competências no âmbito da gestão interna do Sistema Único de Saúde não é oponível ao particular. (Apelação e Reexame Necessário Nº 70063233084, Vigésima Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Denise Oliveira Cezar, Julgado em 30/01/2015).

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, reenumerou o § 1º e incluiu os § 2º ao 6º no art. 198 da Constituição Federal de 1988, determinando além do percentual mínimo a ser aplicado na saúde pela União Federal e os recursos mínimos vinculados à saúde e repassados pela União aos Estados e Municípios e, entre, Estados e Municípios.

O § 3º do artigo 198 foi regulamentado pela Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Em 2015, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) faz uma leitura-inicial positiva do mandato presidencial, entretanto, sua leitura começou a ser fora alterada, com a sanção da Medida Provisória nº 656, de 2014, e, por conseguinte, sua conversão na Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que mudou a Lei 8080/90, permitindo “a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde” (BRASIL, 2014B).

Relaciona-se que, esta Lei está sendo questionada por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), onde se argumenta a afronta ao art.199 § 3º da Constituição, que estabelece que “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei” (BRASIL, 1988).

No ano de referência mencionado foi promulgada a Emenda Constitucional nº 86, que dispõe sobre o orçamento impositivo e estabelece como percentual de recursos da União vinculados à saúde, 15% das receitas correntes líquidas (em cinco anos), ao invés do equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas como proposto pelo projeto de lei de iniciativa popular.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, convocou a 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS/2015) com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Entre seus eixos temáticos, está o da saúde pública como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização.

Atualmente, encontra-se em trâmite a PEC (Proposta de Emenda Constitucional) nº 241 - Poder Executivo, que Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e, vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos art. 102 a art. 105 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Na prática irá congelar os valores aplicados às políticas sociais, “com índice do presente ano fiscal, corrigidos pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de janeiro a dezembro de 2016”, como reza o seu § 3º.

Esta PEC viola o direito à saúde, conquistado na Constituição, ao dizer ser direito fundamental do trabalhador a assistência médica e este dever do empregador, pois esta ferindo o direito universal e integral do SUS. Menciona que os trabalhadores do regime previdenciário público, o direito à saúde será garantido por plano privado de saúde, remunerado pelo empregador.

4.1- O SUS e a iniciativa privada: complementar e suplementar

O capítulo sobre “direito à saúde”, dispõe, no caput do artigo 199, sobre “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, relacionando, assim, duas formas de participação da iniciativa privada dentro da saúde: complementar e suplementar.

A atual Constituição Federal menciona a forma complementar da participação privada no setor de saúde, segundo Fernando Borges Mânica, ela determina que a participação da iniciativa privada que deverá ser complementar ao SUS, incluídas todas as atividades voltadas à prevenção de doenças e à promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as quais aquelas de controle e fiscalização (MÂNICA, 2015, p. 07); e, quando menciona a forma suplementar a relaciona com entidades de iniciativa privada fora do SUS, representadas, na maioria das vezes, pelos planos de saúde, os quais poderão ser operados pelos seguintes segmentos: medicina em grupo, autogestão, cooperativas ou seguradoras. Esta diferença fica clara no entendimento de Franciso Pizzette Nunes:

A assistência complementar se dá mediante a atividade de instituições privadas que participam do SUS de forma complementar por meio de contrato de direito público ou convênio, devendo seguir as diretrizes do SUS, dentre estas, a participação popular, motivo pelo qual as Conferências e Conselhos de Saúde podem deliberar a respeito das políticas e recursos destinados ao setor complementar. Por outro lado, a assistência suplementar atua através de laboratórios, clínicas e hospitais particulares, assim como por meio de planos e seguros privados de assistência à saúde contratados pelos beneficiários destes junto a operadoras de saúde suplementar, sendo que, diferente da saúde complementar, a saúde suplementar não possui uma vinculação direta com os princípios e diretrizes do SUS, motivo pelo qual, a princípio, a regulamentação e tutela dos interesses do setor não fazem parte da alçada de competência dos Conselhos e Conferências de Saúde (NUNES, 2011, p. 156).

Assim, como mencionado pelos ilustres pesquisadores, a saúde complementar será regida pelas diretrizes do SUS, e tendo como eixo norteador o cumprimento integral do princípio da universalidade e do atendimento integral – a integralidade, tendo como participes o SUS e a pessoa jurídica interessada através de um contrato de direito público ou convênio e será concedida, preferencialmente, às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Entretanto, só poderá ser acessada quando for constatada a carência de serviços em saúde praticados SUS, na localidade.

Por outro lado, a atividade suplementar será regida pelos princípios do Direito Privado e poderá ter como meio de utilização os planos de saúde, os quais serão operacionalizados, segundo, os artigos 20 a 23 da Lei 8.080/90, Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS, pelos segmentos já mencionados, através de um contrato de direito privado entre estes e o consumidor, sendo regidos pela Lei 9.856, de

03 de junho de 1998, LPS – Lei dos Planos de Saúde, que incorpora a rede privada e conveniada do SUS.

A referida Lei dos Planos de Saúde determina, em seu artigo 20, a obrigação do fornecimento, parte das operadoras deste subsistema, periodicamente, à ANS - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 2000 e regulamentada pelo Decreto nº 3.327, de 2000 - todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, as quais permitam a identificação dos clientes-consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, CPF e local de moradia.

Seguindo determinação da ANS, o SUS, encaminha, periodicamente, a esta agência as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Estas constituem uma lista com os dados de todas as pessoas atendidas pelo subsistema público durante o referido período.

De posse destes dados enviados, a referida agência elaborou um banco de dados cadastrais dos beneficiários dos dois subsistemas, possibilitando um cruzamento de dados dos mesmos, onde são identificados os atendimentos e, culminando com seu ressarcimento, caso haja necessidade.

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde, seus subsistemas vêm recebendo influências de todas as esferas governamentais que estão no poder, sobretudo, na esfera federal, a qual dita às diretrizes da política de saúde nacional, pois dependendo da bandeira política, haverá mais investimentos e políticas a um destes subsistemas, como bem mencionado por Carla Roberta Ferraz Rodrigues.

As reformas neoliberais e o conjunto de recomendações das Organizações Internacionais, como: Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde (OMS) e UNIFEC para a área de saúde, nos países em desenvolvimento, caracterizaram a época e moldaram parcialmente a tônica da implantação do SUS nos anos 90 (RODRIGUES, 2011, p. 118).

4.2- A legislação da saúde no SUS: recursos e gestão

A transferência de recursos entre os entes federados e a gestão do SUS, no início desta política, foi norteadada pelas Normas Operacionais (NOB e NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1991 (NOB 91, de caráter neoliberal, foi editada pelo INAMPS, onde previa o financiamento por produção), 1993 (NOB 1993, representou vários avanços na forma de gestão dos serviços), 1996 (NB 1996,

responsável pela instituição do Piso de Atenção Básica (PAB) e da imposição de modelos de programas assistências para a atenção básica), 2001 (NOAS-SUS01/2001, tinha como objetivo a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica) e 2002 (NOAS-SUS/2002, objetivo é o de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso d população às ações de saúde em todos os níveis de atenção).

Com finalidade de colocar os princípios do SUS em prática foi lançada, em 2002, Política Nacional de Humanização (PNH), política que atravessa e transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

Os pactos pela vida, em defesa do SUS e o de gestão do SUS, foram instituídos a Portaria nº 399/GM-2006. Onde o primeiro, o Pacto pela Vida, é um compromisso firmado entre os gestores do SUS, em relação às prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da população brasileira; o segundo, o Pacto pela defesa do SUS, o qual visa à questão da saúde pública e da repolitização do SUS, buscando a consolidação da política pública de saúde como política de Estado e não de governo; e, o ultimo relacionado, Pacto pela gestão do SUS, descreve nove eixos de ações baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais, o documento propõe-se a definir as responsabilidades sanitárias de cada instância governamental.

Novamente, em 2007, o Ministro da Saúde publica a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamentando o o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi aprovada pela Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Com finalidade de definir estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS nasceram as Comissões Intergestores Triparte (União, Estados/Distrito Federal e Municípios) e as Comissões Intergestores Bipartites (estados e municípios).

Com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas”, foi aberta a XV Conferência Nacional de Saúde. Seu eixo central teve como meta o “Direito do Povo Brasileiro”. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e os modelos de atenção à saúde foram uns temas dos oito eixos temáticos.

Assim, é impossível pensarmos em concretizar o SUS sem (re)avaliar, continuamente, algumas questões sobre esta política pública, entre elas: sua gestão, financiamento, modelo assistencial, recursos humanos e controle social.

5 - Conclusão

As políticas econômicas assumem uma primazia em todo o planejamento e ações dentro de determinados governos, sobretudo os de cunho neoliberal, deixando em segundo plano às políticas sociais. O exame destas reflete, assim, na atividade política, mesmo havendo diferenças substanciais entre as mesmas.

A implementação de uma política pública leva em conta um processo bastante complexo, que envolve decisões e medidas concretas. Estas devem ser acompanhadas, (re)avaliadas e corrigidas quando necessárias, pois compreendem além da prestação de serviços públicos pelo Estado, as atividades normativas e regulatórias combinadas entre as esferas públicas e privadas dentro dos termos delineados na Constituição Federal e visando aos apelos da sociedade.

Dentro destas políticas públicas, temos as políticas setoriais, como as políticas em saúde. Entretanto, neste contexto, poderemos avaliar os diversos momentos históricos brasileiros, desde o seu descobrimento, a vinda da família real, as políticas públicas para combater doenças e epidemias, criação da CAPs e substituição das mesmas pelos IAPs, depois a criação do INPS e do INAMPS, até sua chegada, no INSS e no SUS e identificar a atuação do governo para privilegiar a classe dominante, deixando a classe dominada em segundo plano.

Neste campo, há uma busca constante pelos direitos, conhecidos como direitos de cidadania por parte de seus atores.

Podemos salientar que entre estes atores, estão incluídos os movimentos sociais, os quais influenciaram, positivamente, na busca da construção de uma nova democracia e justiça social, nos diversos setores da saúde, base da reforma sanitária, a qual foi amplamente debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde e culminou com a nova política de saúde definida na atual Constituição Federal, intitulada Sistema Único de Saúde (SUS), onde passamos para um novo modelo de atenção à saúde, este universal e coletivo, deixando de lado o velho modelo, curativo e individual, utilizado pelos governos anteriores.

Este sistema público em saúde está definido na Lei nº 8.80/90, regulamentada pela Lei nº 8.142/90. Tem como atribuições tanto a prestação de serviços públicos de

saúde quanto o desenvolvimento de uma série de outras atividades, denominadas ações em saúde e representa o maior avanço político, democrático e social na área de promoção da saúde.

O SUS ao preservar a participação dos entes federados, descentralizando ações e serviços em saúde, pode ser considerado um exemplo de pacto federativo democrático, onde há necessidade de combinar a autonomia destes entes a cooperação entre os mesmos de forma a garantir a universalidade e integralidade da atenção preservando as pessoas, seu local de moradia e a rede assistencial e ao definir que todos tenham acesso ao mesmo, o Estado pretende garantir a toda sociedade brasileira: a promoção da saúde (boa qualidade de vida); a proteção da saúde (prevenção das doenças); e, a recuperação da saúde (atuação após a ocorrência da enfermidade).

Em relação à assistência pela iniciativa privada, a Constituição Federal, em seu artigo 197, não fez qualquer balizamento a esta possibilidade, tendo caráter complementar as atividades de competência do SUS. Neste contexto, há necessidade de identificar e definir a relação entre o público e o privado, implantando e fiscalizando os contratos entre ambos, o que impõe fortes custos numa relação não muito clara e objetiva.

Nota-se que, diante disso, a atual política em saúde é dividida em dois subsistemas: o público e o privado. O primeiro é representado pelo referido SUS – Sistema Único de Saúde e por instituições privadas contratadas, através de fontes de custeio transcritas como complementar, e, o segundo, pela saúde suplementar.

O grande desafio é termos uma política em saúde não só voltada ao desenvolvimento setorial, mas uma política destinada ao completo bem-estar social, a qual vise à garantia de uma maior efetividade e sustentabilidade dos direitos de cidadania.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

_____. **Antecedentes históricos do Sistema Único (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil**. In: AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011, pp 15/40.

ALEXANDRE, Lourdes Bernadete dos Santos Pito. **Os avanços e desafios do SUS nas duas décadas de existência.** In: AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011, pp 135/151.

BRASIL – Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília /DF: Senado 1988.

_____ – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990

_____ – Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde – Portaria GM/MS nº Norma Operacional Básica 96.

_____ – Portaria GM/MS nº 1163 de outubro de 2000.

_____ - Conselho Nacional de Saúde – Resolução 322 – Brasília 2003

_____ - Relatório de Atividades 2000 – SIOPS. Brasília 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.o 1923-5/DF, Tribunal Pleno, Relator Originário Min. Ilmar Galvão, Relator Min. Eros Grau, Diário de Justiça da União, 21 set. 2007.

_____. Agravo de Instrumento nº 550.530-AgR, rel. Min. Joaquim Barbosa, julgamento em 26-6- 2012, Segunda Turma, DJE de 16-8-2012.

BRASIL. Tribunal de Justiça do RS. Apelação e Reexame Necessário Nº 70063233084, Vigésima Segunda Câmara Cível. Relator: Denise Oliveira Cezar, Julgado em 30/01/2015.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito.** In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Coord.). *Políticas Públicas: Reflexões sobre o Conceito Jurídico.* São Paulo: Saraiva,

CASTILHO, Paula de Abreu Pirotta. O direito à saúde nas Cartas constitucionais brasileiras. Portal Jurídico Investidura, Florianópolis/SC, 09 Set. 2014. Disponível em: investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-constitucional/322090. Acesso em: 11 Set. 2016

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional.** 18. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

COSTA JÚNIOR, Antonio Gil; COSTA, Carlos Eduardo de Mira. **Um (Re)Pensar sobre a Saúde Pública no Brasil: a Importância da Humanização no Ambiente de Trabalho.** P@rtes, São Paulo, Janeiro de 2014. Disponível em < <http://www.partes.com.br>, acesso em 06 set 2016.

COSTA, Andrea Abrahão Costa e BARBOSA, Claudia Maria Barbosa. Uma Abordagem Teórico-Conceitual sobre Políticas Públicas, Modelos de Estado. IN: Encontro de Internacionalização do CONPEDI (1. : 2015 : Madrid, ES). III Encontro de

Internacionalização do CONPEDI / Universidad Complutense de Madrid. [Recurso eletrônico on-line], GT Direitos sociais, seguridade e previdência social, www.conpedi.org.br. Florianópolis: CONPEDI, 2015, p. 242/260, acesso em 06 set 2016.

COSTA, Eder Dion De Paula e FLORES, Rodrigo Gomes. Judicialização da Saúde: por que para se levar o direito à saúde a sério deve-se também levar o Sistema Único de Saúde. (coord) José Ricardo Caetano Costa, Oton De Albuquerque Vasconcelos Filho. XXIV Congresso Nacional Do CONPEDI - UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara, GT DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL. <http://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/ee19v0ok>. Florianópolis: CONPEDI, 2015, p. 563/581.

SCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.2006.

GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública**. 1998. Mimeo.

GREGORY, M. S. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. 2.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

MÂNICA, Fernando Borges. FERNANDO BORGES MÂNICA. **A complementaridade da participação privada no SUS. A complementaridade da participação privada no SUS** http://fernandomanica.com.br/site/wp-content/uploads/2015/10/a_complementariedade_da_participa%C3%A7%C3%A3o_privada_no_sus.pdf. Acesso em: 06 set 2106.

MARQUES, Meire Aparecida Furbino Marques e SOUZA, Simone Letícia Severo e. O Direito à Saúde nas Constituições Brasileiras IN: XXIV Congresso Nacional do CONPEDI - UFMG/FUMEC/DOM Helder Câmara, GT de Direitos Sociais e Políticas Públicas. <http://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/n4z61gf0/uajUM78ucwWr0iF9.pdf>., acesso em 06 set 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão do SUS é debatida entre gestores e profissionais do SUS**. IN: *XV Conferência Nacional de Saúde*. Texto produzido por Amanda Costa. <http://www.unasus.gov.br/noticia/gestao-do-sus-e-debatida-entre-gestores-e-profissionais-do-sus>. Acesso 06 set 2016.

MODESTO, Paulo. Convênio entre entidades públicas executado por fundação de apoio. Serviço desauêde. **Conceito de serviço público e serviço de relevância pública na Constituição de 1988. Forma da prestação de contas das entidades de**

cooperação após a emenda constitucional n.º 19/98. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, n.11, p.8, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 06 set 2016.

NUNES, Francisco Pizzette. **Pluralismo jurídico e participação popular em saúde: do público ao privado**. Dissertação apresentada no curso de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina. <http://odireitosanitario.blogspot.com/2011/05/assistencia-complementar-saude-x.html>, Florianópolis, abril, 2011, acesso 06 et 2016.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da saúde: de acordo com a Constituição Federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

Relatório Final. 8º Conferência Nacional de Saúde, 17 a 21 maio de 1986. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf, acesso 06 set 2016.

RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE 2010: FUNDAMENTOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>, acesso em 06 set 2016.

RODRIGUES, Carla Roberta Ferraz. **Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família**. In: AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011, pp 115/134.

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. In: RUA, Maria das Graças; VALADÃO, Maria Izabel. *O Estudo da Política: Temas Selecionados*. Brasília: Paralelo15, 1998.

SCHERER-WARREN, Ilse — **O caráter dos novos movimentos sociais** in SCHERER-WARREN, Ilse e KRISCHKE, Paulo J. (org.) - *Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América Latina*, Brasiliense, São Paulo, 1987, pp 35/54

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 28 ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2010.