V ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

JANAÍNA MACHADO STURZA

SIMONE LETÍCIA SEVERO E SOUSA DABÉS LEÃO

MICHELLE ASATO JUNQUEIRA

Copyright © 2022 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

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. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

D597
Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI
Coordenadores: Janaína Machado Sturza
Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão – Florianópolis: CONPEDI, 2022.
Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-493-8
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Inovação, Direito e Sustentabilidade
1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. V Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2022 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

V ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

DIREITO E SAÚDE

O V Encontro Virtual do CONPEDI teve como tema “Inovação, Direito e Sustentabilidade”, atual e indispensável.

O termo saúde se origina do latim "salute", que significa “salvação”, conservação da vida, cura, “bem-estar” e, preservando este sentido, o conceito de saúde, segundo definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde, “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade”.

Nos termos do art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação e cuidados médicos.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve assegurar, por meio de políticas públicas e de seus órgãos, a qualidade de vida dos cidadãos e o respeito à dignidade humana.

Nos termos do art. 196 da Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, direito social fundamental a teor do art. 6º CF/88, cabendo ao Estado a promoção das condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme dispõe o art. 2º da LOS/Lei nº 8.080 de 1990.

No que tange à saúde suplementar, o Estado atua como regulador do mercado, por intermédio da Agência Reguladora-ANS.

Assim, paralelamente à saúde pública, a assistência privada à saúde (saúde suplementar), tem como objeto contrato de direito privado, celebrado entre as operadoras de saúde e o consumidor.

A ANS traça normas relativas à saúde suplementar, inclusive o rol de procedimentos. Em 08 de junho deste ano, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça decidiu pela

taxatividade do rol de procedimentos estabelecidos pela ANS e fixou alguns parâmetros, em situações excepcionais, tais como terapias sem substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da operadora. Tal decisão tem gerado calorosas discussões.

A conquista da saúde como direito universal trouxe novos desafios, com desdobramentos, avanços e retrocessos, em busca de se alcançar um Direito à Saúde mais justo e universal, inclusive políticas públicas voltadas para a prevenção da doença.

A instalação da crise sanitária de ordem global decorrente do Covid-19, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como pandemia, trouxe inúmeros impactos sociais e provocou a necessidade de medidas emergenciais nas searas da saúde.

No atual contexto pandêmico, evidencia-se que os sistemas de saúde do mundo inteiro enfrentam enormes desafios relacionados à saúde, com problemas que afetam não só a saúde da população, mas também a economia e a estabilidade dos países.

O Poder Judiciário tem exercido importante papel, visando à concretização do direito à saúde, principalmente no início da Pandemia Covid-19, em virtude da falta de uniformidade da política de enfrentamento da crise sanitária.

Consequentemente, nesse atual cenário, crescem as discussões sobre a judicialização da saúde, com o escopo de buscar eficiência dos serviços de saúde e melhor qualificação das políticas públicas.

O Grupo de Trabalho Direito e Saúde apresentou questionamentos e debates de assuntos atuais e extremamente relevantes.

No primeiro artigo, as autoras Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão, Ana Clara da Cunha Peixoto Reis e Patrícia Cristina Vasques de Souza Gorisch tratam do tema "PARADIPLOMACIA DA SAÚDE NO CONTEXTO DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19", destacando que a saúde tornou-se um dos maiores desafios do século com o advento da pandemia, trazendo como discussão a contribuição da paradiplomacia no contexto brasileiro, seu uso por estados-membros e o estabelecimento de contratos e convênios com entidades estrangeiras públicas ou privadas.

Em seguida, Márcia Haydée Porto de Carvalho, Juliane Silva Santos e Fernanda Carvalho Ferraz discorrem sobre "O FEDERALISMO BRASILEIRO E O ACÓRDÃO DA ADI Nº 6.341, DE 15/04/2020: CONFLITO DE COMPETÊNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE

DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19", analisando os fundamentos do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI nº 6.341/2020, com vistas a constatar alterações na compreensão das características do Federalismo brasileiro. Pontuaram que a atuação centralizadora do Governo Federal no enfrentamento da pandemia da COVID-19 não impôs mudanças profundas e irreversíveis ao Federalismo de Cooperação adotado no Brasil na Constituição de 1988.

No terceiro artigo, os autores Edith Maria Barbosa Ramos, Juliane Silva Santos e José Mariano Muniz Neto dissertam acerca das "POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO: BREVES CONSIDERAÇÕES", analisando em que medida as unidades federativas brasileiras têm garantido a atenção integral à saúde dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa no período de 2020 a 2022. Concluem que apesar da preocupação normativa legal e infra legal com os efeitos da Pandemia, as unidades federativas tiveram um número alarmante de casos de COVID-19 no interior das Unidades Socioeducativas.

Carlos Alberto Rohrmann, Bárbara Henriques Marques e Maria Eduarda Padilha Xavier trazem, no quarto artigo, o tema "INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, BIG DATA E A VIGILÂNCIA DE DOENTES EM FACE DA COVID-19 SOB A TEORIA DE EDWARD P. RICHARDS", sustentando que a pandemia da COVID-19 no ocidente trouxe novas situações que mudaram normas de saúde pública com significativo impacto no dia a dia da vida das pessoas. Analisam a coleta de dados e a vigilância de pessoas doentes em face da teoria dos fundamentos constitucionais para a vigilância de saúde pública de Edward P. Richards (2009).

Janaína Machado Sturza e Gabrielle Scola Dutra, por sua vez, no quinto artigo, apresentam "UMA ALTERNATIVA PARA OS CONFLITOS GERADOS PELA TRANSPANDEMIA COVID-19: DO DIREITO À SAÚDE A MEDIAÇÃO SANITÁRIA", analisando o panorama de alerta instaurado pela Transpandemia COVID-19 no contexto do direito à saúde, apresentando a mediação sanitária como alternativa para conflitos advindos do caos transpandêmico, sustentado que a mediação sanitária apresenta-se como mecanismo capaz de contribuir não apenas para o enfrentamento dos conflitos, mas também para implementar e executar políticas públicas voltadas ao senso de comunidade, de humanidade e de bem comum em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Amanda Silva Madureira, Daniela Arruda De Sousa Mohana e Silvio Carlos Leite Mesquita no sexto artigo, apresentam "O DIREITO À SAÚDE GLOBAL E A INDÚSTRIA DE VACINAS", com a finalidade analisar, a partir do entendimento do direito à saúde sob uma

perspectiva global, a capacidade de construção de um tratado internacional sobre financiamento de vacinas e discorrem sobre o problema que envolve as patentes, o Acordo TRIPS e a atuação da OMS.

No sétimo artigo, Thamyres Silverio Figueiredo , Gabriel Geovany da Silva Cesar e Grace de Goes tratam da “PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM CONTEXTO GLOBALIZADO: EVOLUÇÃO DO CONCEITO, EFEITOS DA GLOBALIZAÇÃO E UMA ANÁLISE DA AMÉRICA LATINA” com o objetivo de compreender a influência do processo de globalização nas estratégias de promoção da saúde, apresentando a evolução do conceito, para o entendimento de tal influência, além de compreender a dinâmica de promoção da saúde na América Latina, visto que esse é uma das regiões mais desiguais do mundo.

Em seguida, no oitavo artigo, Thamyres Silverio Figueiredo, Grace de Goes e Gabriel Geovany da Silva Cesar discorrem acerca da “ANÁLISE DA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DIREITO OU MERCADORIAc” destacando que a consolidação do capitalismo contribuiu para o fomento de uma lógica de acúmulo de capital, competitividade e individualidade, pontuando aumento massivo da privatização sanitária no Brasil, no intuito de se pretende compreender se atualmente a saúde deve ser considerada como uma mercadoria ou um direito.

No nono artigo, Marcelo Chuere Nunes, Vandré Cabral Bezerra e Amélia Cohn apresentam “A SAÚDE COMO BEM PÚBLICO OU COMO MERCADORIA SUBMETIDA A TROCAS MERCANTIS ENTRE INDIVÍDUOS: PERSPECTIVAS EM FACE DA LEI FEDERAL 14.313 DE 21 DE MARÇO DE 2022", buscando analisar o direito à saúde a partir da nova Lei Federal nº 14.313/2022, discutindo as perspectivas da saúde como um bem público ou como uma mercadoria submetida a trocas mercantis entre indivíduos, atentos à possibilidade dessa alteração legislativa excluir da Anvisa a última palavra sobre os medicamentos utilizados pelo SUS, a última instância sobre o tema estaria com a Conitec.

O décimo artigo, de autoria de Patrícia Maria Barreto Bellot de Souza apresenta “CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E EVOLUÇÃO”, analisando a relevância do SUS e contribuições para organização da assistência à saúde pública no Brasil e busca diretrizes do Ministério da Saúde e órgãos afins e Manuais de Direito Sanitário, destacando que apesar dos desafios cotidianos o SUS ainda é referência em saúde pública internacional.

Fabiane Borges Saraiva apresenta o décimo primeiro artigo intitulado “SAÚDE: DESAFIOS E DESDOBRAMENTOS DO CONCEITO E SEUS REFLEXOS SOCIAIS E JURÍDICOS”

traçando um panorama dos desafios e dos desdobramentos sociais e jurídicos do ato de conceituar o termo saúde como substrato material para normatização do direito fundamental. Busca demonstrar que a elaboração do conceito de saúde deve ser objeto de profunda reflexão e ter em conta diversos aspectos, como o impacto em outros direitos fundamentais e garantias constitucionais.

No décimo segundo artigo, Rogério Raymundo Guimarães Filho, Rafael Siegel Barcellos e Francisco Quintanilha Veras Neto trazem um estudo sobre "AÇÕES COLETIVAS COMO MEIO DE EFETIVIDADE AO DIREITO SOCIAL À SAÚDE", em que ponderam, por vezes, a adoção de ações coletivas com o escopo de se efetivar Políticas Públicas, mostra-se mais adequado aos intentos constitucionais, visto que possibilita melhor adequação dos recursos financeiros ao orçamento público. Discutem acerca da possibilidade do uso das ações coletivas para concretização de Políticas Públicas e apresentam as vantagens do uso da Tutela Coletiva em um cenário de escassez de recursos e dificuldade de gestão do orçamento público.

José Barroso Filho e Rafael Seixas Santos, no décimo terceiro artigo, tratam das "PERCEPÇÕES DO DIREITO À SAÚDE COMO CONDIÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA", rememorando as linhas de desenvolvimento do SUS para apontar a dinâmica contemporânea do direito à saúde e, na sequência, avalia as dimensões da cidadania na agenda do poder público para a saúde a par das articulações do SUS.

No décimo quarto artigo, Janaína Machado Sturza e Gabrielle Scola Dutra apresentam "O DIREITO À SAÚDE E A MOBILIDADE HUMANA GLOBAL: MIGRAÇÕES E A (IM) PROBABILIDADE DA FRATERNIDADE NA COMUNIDADE INTERNACIONAL", buscando refletir sobre a mobilidade humana global e o direito à saúde dos migrantes e analisam a ideia de comunidade internacional incorporada pela perspectiva da fraternidade e o projeto político fundamentado pelo Direito Fraterno, através do qual há possibilidade de observação da sociedade e seus fenômenos em operacionalização e questionam a dimensão da cidadania e da soberania vinculada ao Estado-Nação, resgatando o reconhecimento da história civilizacional, construída em comunhão de pactos de hospitalidade entre conhecidos e desconhecidos.

Magno Federici Gomes e Mariana Lima Gonçalves, no décimo quinto artigo, dissertam sobre "ANÁLISE DO JULGAMENTO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL SOBRE A UTILIZAÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO PARA FINS DE PESQUISA À LUZ DO PENSAMENTO DE JÜRGEN HABERMAS", utilizando como marco teórico as ideias defendidas por Jürgen Habermas no livro "O Futuro da Natureza Humana" sobre a

necessidade de conciliar o avanço biotecnológico e a proteção da espécie humana. Analisam a ADI sob um viés da eugenia pela interpretação habermasiana.

Os autores Marcelo Toffano, Lislene Ledier Aylon e Larissa Trevizolli de Oliveira, no artigo décimo sexto, intitulado "A ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL SOB À ÓTICA DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES", tratam do tema, tendo como fundamento os direitos humanos das mulheres. Defendem ser extremamente necessária a criação de políticas públicas que tragam informação e conhecimentos para as mulheres, além de condições mais favoráveis para que as mulheres exerçam seus direitos no planejamento familiar.

No décimo sétimo artigo, Adriana Bandeira Cerqueira Zollinger e Jacira Pereira Dantas tratam da "AUTONOMIA DOS ADOLESCENTES NO ÂMBITO DAS RELAÇÕES EM SAÚDE: A LEGITIMIDADE DOS LIMITES DECISÓRIOS DO PODER FAMILIAR À LUZ DA PERSPECTIVA DA TEORIA DO MENOR MADURO", analisam os limites decisórios do poder familiar no ordenamento jurídico, a situação dos filhos menores, representados por seus responsáveis, construindo sua biografia sob orientação, para atingirem liberdade de autodeterminação e pesquisam sobre o poder decisório nas relações de saúde para pacientes adolescentes, que por sua vulnerabilidade, não tem autonomia plena para decidir, preservando sua dignidade e integridade quando das suas escolhas e tomada de decisão.

Claudine Freire Rodembusch, Henrique Alexander e Grazzi Keske no décimo oitavo artigo intitulado "DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS DOS DOENTES MENTAIS: ALERTA SOBRE RETROCESSOS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA", tratam dos direitos humanos fundamentais dos doentes mentais que foram assegurados, no ordenamento pátrio, pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, ao completar 20 anos, está ameaçada por movimento estatal-governamental, que passa a ser definido pelas expressões "contrarreforma" e de "revogaço", caracterizada por retrocesso em conquistas dos programas instituídos de saúde mental e sua assistência, que passam a ser desconstruídos.

Júlia Sousa Silva no décimo nono artigo aponta "O DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM AUTISMO: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AOS TRATAMENTOS PERTINENTES DIANTE DA CONFORMAÇÃO ATUAL DO CID 11", buscando averiguar de que forma o CID 11 impacta na comunidade autista, ao reunir todos em um espectro. Conclui que a CID 11 impacta beneficamente a população com autismo, pois é ferramenta que permite o acesso às terapêuticas pertinentes.

No vigésimo artigo Jacira Pereira Dantas e Ana Thereza Meireles Araújo expõem sobre “O ESTADO ATUAL DA LEGISLAÇÃO CONCERNENTE À EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA PERSPECTIVA CRÍTICA DAS PREVISÕES NORMATIVAS EM FACE DA VULNERABILIDADE DO DOENTE”, discutindo acerca da incorporação das inovações terapêuticas em paralelo à uma análise jurídica aprofundada. Investigam o estado atual da legislação brasileira, no que tange ao acesso à saúde de pacientes com câncer, tendo como pressuposto a condição de vulnerabilidade pré-existente, e, por vezes, alargada pela instauração da doença.

Por fim, no vigésimo primeiro artigo, Alexandre Junio de Oliveira Machado e Gustavo Jabbur Machado ponderam sobre “O ESTATUTO DA PESSOA COM CÂNCER COMO FORMA DE DISCRIMINAÇÃO LÍCITA NA BUSCA DA IGUALDADE MATERIAL”, buscando analisar as alterações promovidas pela Lei 14.238/21 conhecida como Estatuto da Pessoa com Câncer à luz de conceitos como igualdade material e discriminação lícita, de inegável relevância e necessária observância. Argumentam que a nova lei, se corretamente aplicada, consiste em ferramenta que representa avanço não apenas na materialização do direito à saúde bem como é perfeitamente harmônico com o princípio da igualdade.

Indubitavelmente, a saúde configura o corolário do direito à vida e da dignidade da pessoa humana.

Os temas discutidos neste GT são de grande valia não só para a academia, mas para a sociedade como um todo. A contribuição do pesquisador ultrapassa as paredes da sala de aula e atinge a comunidade, em busca de uma saúde digna e de melhores condições de vida ou sobrevida, sejam para os doentes mentais, o autista, o paciente com câncer, com dificuldade de mobilidade, com doenças raras e outras enfermidades, aquele que necessita de medicamentos e procedimentos médicos, de internação, de respiradores...

Em nota do autor em uma de suas obras, pontuou Gladston Mamede:

“Encontrou a lâmpada mágica? O que pedir? Vai pedir muito dinheiro? E se você for absolutamente infeliz, apesar de ter uma fortuna insuperável? Quer todo o dinheiro do mundo? E o que valerá seu dinheiro se ninguém mais tiver dinheiro? Gostará mesmo de ser um abastado num mundo de miseráveis? Vai pedir homens ou mulheres? E você não os(as) amar e nem por eles(elas) for amado(a)? O pior, meu amigo, é que você tem a lâmpada mágica e nunca percebeu. Basta lustrá-la bem, deixá-la brilhar, para resolver os problemas... Peça SAÚDE !" (MAMEDE, Gladston. Direito Empresarial Brasileiro. Falências e Recuperação de Empresas, São Paulo: Atlas, 2020)

Honradas em coordenar este segundo GT de Direito à Saúde, agradecemos a participação de todos os expositores, na expectativa de nos encontrarmos presencialmente no próximo evento do Conpedi.

Janaína Machado Sturza - UNIJUI

Michelle Asato Junqueira - Universidade Presbiteriana Mackenzie

Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão - COGESMIG

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E EVOLUÇÃO

CONSIDERATIONS ABOUT THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: CONCEPTS, PRINCIPLES, GUIDELINES AND EVOLUTION

Patrícia Maria Barreto Bellot de Souza [1]

Resumo

Resumo: Visa análise sobre relevância do SUS e contribuições para organização da assistência à saúde pública no Brasil. Como metodologia referiu-se estudo descritivo qualitativo obtido por pesquisa bibliográfica por artigos publicados na íntegra e diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde, e órgãos afins. Questão de pesquisa: qual a relevância do Sistema Único de Saúde e contribuições para organização da assistência à saúde pública no Brasil? Referencias teóricos buscou-se diretrizes do Ministério da Saúde e órgãos afins e Manuais de Direito Sanitário. Destacou-se, em conclusão, que apesar dos desafios cotidianos o SUS ainda é referência em saúde pública internacional.

Palavras-chave: Palavras-chave: direito sanitário, Sistema único de saúde, Princípios básicos, Diretrizes (princípios organizativos), Níveis de atenção à saúde

Abstract/Resumen/Résumé

Abstract: It aims analyze the relevance the SUS and contributions to organization public health care in Brazil. The methodology referred a qualitative descriptive study obtained by bibliographic research by articles published in full and guidelines prepared by the Ministry of Health, and agencies. Research question: what is the relevance the Unified Health System and contributions to organization of public health care in Brazil? Theoretical references were sought guidelines from the Ministry of Health and Manuals of Sanitary Law. It was highlighted, in conclusion, that despite the daily challenges the SUS is still a reference in international public health.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Keywords: health law, Unified health system, Basic principles, Guidelines (organizational principles), Health care levels

[1] Mestranda pelo Mestrado Acadêmico em Direito Econômico e Desenvolvimento, da UCAM. Pesquisadora do Observatório de Direitos Humanos e Direitos Fundamentais (ODHDF UCAM RJ). Enfermeira e Advogada. E-mail: patriciabellotdesouza@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta como objeto o debate sobre a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas contribuições para a organização da assistência à saúde pública no Brasil.

Como metodologia referiu-se a um estudo descritivo qualitativo obtido por meio de pesquisa bibliográfica a partir de artigos publicados na íntegra em português, espanhol e inglês; de protocolos e diretrizes elaborados pelo Ministério da Saúde, e órgãos afins como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Conferência Nacional de Saúde (CNS), o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), e de Manuais de Direito Sanitário.

Posto isto, a questão de pesquisa foi: qual a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas contribuições para a organização da assistência à saúde pública no Brasil?

Como referenciais teóricos buscou-se os protocolos e diretrizes elaborados pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela Conferência Nacional de Saúde (CNS), pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), e pelos Manuais de Direito Sanitário referentes à forma da organização de assistência à saúde, de gestão e financiamento do SUS, assim como os direitos e deveres dos seus usuários; os níveis de atenção à saúde preconizados, e sua legislação regulamentadora específica.

Em relação à sua estrutura organizacional infere-se que este artigo foi disposto em cinco partes. Na primeira foram descritas as considerações iniciais, o objeto de estudo, a metodologia, as questões de pesquisa e os referenciais teóricos, compondo estes os elementos fundamentais de sua base teórico-metodológica.

A segunda parte, relacionou-se ao capítulo 2 intitulado como breve histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

A terceira foi cotejada ao capítulo 3 denominado o que é o SUS. E a quarta parte deste artigo, referente ao capítulo 4 foi nomeado como direitos e deveres da pessoa usuária do SUS

e os níveis de atenção à saúde. E, por fim foram descritas as considerações finais da pesquisa, destacando-se relevantes resultados e conclusões.

2 BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Leandro Oliveira Carvalho, Hellbia Rodrigues e Chennyfer Paes da Rosa (2020, p. 162) comentando sobre os marcos históricos da saúde pública brasileira, informam que o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pelo Ministério da Saúde a partir da Constituição Federal de 1988 (CRFB/ 1988), e regulamentado por meio da Lei nº 8.080/ 1990 e Lei nº 8.142/ 1990, apresentou diversos fatores que influenciou seu processo evolutivo e sua legislação, destacando-se dentre eles os fatores de cunho social, econômico, político e cultural.

Nesse sentido, aludidos autores ainda destacam que ao longo dos tempos a saúde pública também se defrontou com inúmeras modificações políticas e administrativas. Eles citam à época do Brasil Império cujas ações e medidas de prevenção eram estabelecidas por Portugal. Consideram também "a República Velha, a Era Vargas e o período militar até meados da redemocratização do país e a criação do SUS", em que diversos marcos históricos podem ser reconhecidos. Dentre estes marcos, eles destacam: "a vacinação infantil compulsória contra a varíola, a implantação de campanhas sanitaristas, a instituição de medidas de controle contra Febre Amarela e Tuberculose em meados do Século XIX, a criação de institutos soroterápicos" (CARVALHO; RODRIGUES; PAES DA ROSA, 2020, p. 162 e 164).

Sendo assim, Michele Gragnolati, Magnus Lidelow e Bernard Couttolenc (2013, p. 1-4) informam que o processo de criação do SUS aconteceu devido os crescentes custos dos serviços de saúde no Brasil, pela crise da Previdência Social, e sobretudo pelo amplo movimento político e social que "reivindicou a reforma sanitária, e a democratização e implementação de direitos sociais no país". Desta forma, a elaboração deste Sistema previa significativas mudanças na organização e financiamento dos serviços de saúde, além da (re)estruturação do seu sistema de gestão. A partir da identificação de relevantes fragilidades no sistema que o antecedeu, como a "disponibilidade limitada de serviços em algumas regiões do País, o inadequado sistema de atenção primária em saúde, o excesso de centralização", e a indefinição de governança e atuação do setor privado.

Em época anterior ao SUS, os serviços de saúde para a população era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS),

criado em 1977, e interligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, contribui Rafael Machado (2019, s. p[1].). Todavia neste Instituto "somente era atendida a população formada pelos que trabalhavam em empregos formais e contribuíam com a Previdência Social, ou seja, àqueles que possuíam carteira assinada". E àquelas pessoas que não estavam inseridas no mercado de trabalho, não possuíam acesso aos serviços de saúde como atualmente, sendo "obrigadas a buscar auxílio no setor privado, ou nos poucos serviços municipais, estaduais e de instituições assistencialistas, como as Santas Casas de Misericórdia ou hospitais universitários que realizavam atendimentos gratuitos" (REDE TB, 2021, s. p.).

Nesta época, importante ressaltar que a população se dividia em três categorias: os que podiam pagar pelos serviços de saúde recebidos; àqueles que, inseridos no mercado de trabalho tinham acesso ao INAMPS, e todos os demais que não possuíam nenhum direito, e nenhuma assistência. Assim, devido a "crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social em meados de 1970", e "à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade na Década de 80", aconteceu o importante Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, no contexto da (re)democratização do país (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE In: O sistema público de saúde brasileiro, 2002, p. 12-13).

Deste modo, Marli Marques da Cruz (2012, p. 37) evidenciando os problemas que culminaram na necessidade de reformulação do sistema de saúde brasileiro destaca:

> desigualdade no acesso aos serviços de saúde; multiplicidade e descoordenação entre as instituições atuantes no setor; desorganização dos recursos empregados nas ações de saúde, curativas e preventivas; baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes e falta de integralidade da atenção; escassez de recursos financeiros; gestão centralizada e pouco participativa.

Assim, Mayara Paixão (2019, s. p.) ainda comenta, que "em meados de 1978 sob o olhar da repressão, da censura e de eleições indiretas, parcela da população participava ativamente dos movimentos pela Reforma Sanitária". Ela infere que anos depois, com a restauração da democracia, a Constituição Cidadã de 1988 "tomaria como base as demandas de movimentos regionais para estabelecer o Sistema Único de Saúde, que passaria a garantir a todos os cidadãos, nacionais e estrangeiros, "a universalidade do acesso, o direito de participação da sua gestão, e o financiamento compartilhado entre a União, os Estados e Municípios". A autora

[1] A expressão "s.p." significa sem descrição ou especificação de numeração de página.

finaliza, refletindo que, num país que respirava ares da redemocratização sua implementação foi interpretada como uma grande conquista do direito à saúde pública, e de qualidade.

À vista disso, Carlos Paiva (2021, p. 34) colabora inferindo que:

> Questões que buscavam refletir sobre quais seriam as estratégias para converter o direito à saúde em serviços, políticas e programas concretos para a população, permeavam os debates do setor da saúde. Nesse sentido, é possível identificar desafios, relativos à necessária programação e planejamento de ações no período inicial de vigência do Sistema Único de Saúde (SUS). Atente-se que, na contramão das expectativas, a primeira década de funcionamento do novo sistema coincide com uma fase marcada pelos chamados "ajustes estruturais" na economia, cujo foco foi a diminuição do papel do Estado e o incentivo ao mercado como estruturante do capital e supostamente como principal ofertador de bens e serviços.

Posto isso, importante salientar que o marco da reforma do sistema de saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, promovida pelo Ministério da Saúde. Aludida conferência teve como preceito "Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado", e nos seus Anais (1986, folha de rosto) está descrito, que ela aconteceu entre os dias 17 e 21 de março de 1986, no Ginásio Nilson Nelson, em Brasília, DF, cujas temáticas principais debatidas na ocasião, versou sobre: "saúde como direito inerente à cidadania e a personalidade; reformulação do sistema nacional de saúde, e financiamento do setor de saúde". Marli Marques Cruz (2012, p. 38) ainda fala que a grande novidade deste evento foi a participação, pela primeira vez, de entidades da sociedade civil organizada de todo país, "como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)".

Diante disso, ressalta-se que os núcleos temáticos do relatório de relevância desta Conferência de Saúde foram delimitados como: "instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, compreensão da determinação social do processo saúde-doença, e reorganização do sistema de atenção, com a criação do SUS". Logo, infere-se que "naquele momento havia uma fundamental clareza entre os participantes do evento, no qual para o setor de saúde não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira. Mas sim, uma necessária mudança em toda estrutura jurídico-institucional do sistema de saúde, até então estabelecido" (MARQUES CRUZ, 2012, p. 38).

Sendo assim, é de suma importância destacar, dentre as Conferências apresentadas, a proferida pelo professor Antônio Sérgio da Silva Arouca, intitulada "Democracia é Saúde".

Com extrema sensibilidade, dentre outras reflexões, o professor teceu importantes comentários analítico-reflexivos sobre o real significado de saúde. Assim, ele infere que saúde não é simplesmente ausência de doença, como conceituada à época pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Reforçou que é muito mais do que isso, na qual vem "representar um verdadeiro bem-estar físico, mental e social. E foi além o professor, refletindo em sentido amplo, que ter saúde é o direito ao trabalho, ao salário digno; é o direito a ter água, a ter vestimenta, a ter educação, e até ter acesso às informações de como dominar o mundo para poder transformá-lo" (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANAIS 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 35-36).

Desta maneira pelo processo de redemocratização do país, os ideais pelo crescimento e desenvolvimento da sociedade brasileira, assim como a democratização na saúde fortaleceu-se através dos movimentos pela Reforma Sanitária. Durante as discussões e propostas elaboradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, por meio destes conferiu-se as bases de elaboração do SUS, e de direitos sociais tão necessários que foram inseridos na Constituição, definindo o Brasil como um Estado Democrático de Direito, e proclamando a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo também mecanismos de controle e participação social, para a efetivação de princípios constitucionais, que garantissem direitos individuais e sociais à população. (FUNASA, 2017, s. p.)

Portanto, Fernando Mussa Abujamra Aith (2019, p. 24) diz que "o direito à saúde se encaixa, exatamente, neste grupo de direitos sociais que necessitam de uma atuação ativa do Estado para a sua proteção. E para a proteção dos direitos sociais, em geral, é necessário que o Estado, através de suas instituições e órgãos, adote medidas regulatórias" e econômicas ativas e intervencionistas com o fim de propiciar os direitos sociais aos indivíduos, com vistas à equidade social. Desta maneira é de suma importância garantir condições mínimas de vida para todos os brasileiros, "cabendo ao Estado o dever de promover e proteger os direitos sociais, primordialmente à parcela da população que tem dificuldade, ou não tem acesso a esses direitos".

3 O QUE É O SUS DO BRASIL?

Outrossim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido como o "conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público". Considerado como uma das maiores conquistas sociais da CRFB/ 1988, ressalta-se que seus princípios representaram a efetiva democratização nas ações e serviços de saúde até então pleiteados pelos movimentos da Reforma Sanitária acontecida no país, que deixam de ser restritos à apenas parcela da população, tornando seu acesso universal a todos os cidadãos, nacionais e estrangeiros (art. 5º, parte final, da CRFB/ 1988). Ademais, com relação à iniciativa privada, ela foi permitido participar desse Sistema de maneira complementar, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, nos termos do art. 199, § 1º, da CRFB/ 1988 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2000, p. 5; CRFB/ 1988, art. 5º, parte final e art. 199, § 1º).

Por conseguinte, de acordo com Ingo Wolfgang Sarlet o direito à proteção e promoção da saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988, como direito fundamental de segunda dimensão. Informa que sua maior concretização em nível normativo-constitucional se consagrou no âmbito dos direitos sociais, previstos no art. 6º, CRFB/ 1988 como: "são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (SARLET, 2021, p. 317-318, p. 639, p. 676-680; CRFB/ 1988, art. 6º).

Desse jeito, o professor Ingo Sarlet (2021, p. 677) ensina que a saúde enquanto direito social, especificamente prescrito nos arts. 196 a 200, da CRFB/ 1988, pertinente à sua forma de positivação como norma definidora de direito é estabelecida como "um direito subjetivo, de todos, portanto de titularidade universal, e quando diante de normas de cunho impositivo de deveres e tarefas", visa a promoção de políticas sociais e econômicas com o fim de reduzir o risco de doenças e de outros agravos, além de instituir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Assim, o art. 196, da CRFB/ 1998 e seguintes enuncia que a saúde é direito de todos e dever do Estado, além de impor aos poderes públicos uma série de tarefas nesta matéria (BRASIL. CRFB/ 1988, arts. 196 a 200; art. 196).

Além disto, o SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de "relevância pública sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde". Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 enquanto força normativa, determina no art. 198, incisos I, II e III, CRFB/ 1988 que as ações e

serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, e organizado conforme 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; e (iii) participação da comunidade (BRASIL. CONASS, 2003, p. 25; art. 198, incisos I, II, III, CRFB/ 1988).

Como normas regulamentadoras do SUS, Cristiane Guidini (2012, p. 17) cita a Lei nº 8.080/ 90 e a Lei nº 8.142/ 90. Comentando sobre a Lei nº 8.080/ 90 a autora esclarece, que denominada como Lei Orgânica da Saúde, ela especifica as atribuições do Sistema Único para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sua organização conforme atuação das esferas de governo representado pelos Municípios, Estados e União de forma crescente, bem como a estrutura de financiamento e as regras de transferências de recursos entre os três níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde. E sobre a Lei 8.142/ 90 Guidini fala, que ela dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo assim os Conselhos de Saúde e conferindo *status* público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais (BRASIL. Lei nº 8.080/ 1990; Lei nº 8. 142/ 90).

No tocante às características do SUS para que a população possa exercer o seu direito de acesso à saúde garantido constitucionalmente, o professor Francisco de Assis Acursio (2007, p. 27) explica que o Sistema Único:

> Deve ser acessível a todo cidadão, independentemente de sua capacidade financeira ou de sua forma (ou possibilidade) de inserção no mercado de trabalho; deve ser capaz de responder às exigências postas pela transformação do quadro demográfico e do perfil epidemiológico, garantindo a adequação das ações às demandas postas pelos diferentes quadros sanitários, nas diversas regiões do País; deve ter como objetivo a construção e a preservação da saúde e não apenas a cura da doença; deve operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, viabilizando a integralidade dos cuidados com saúde e oferecendo serviços de boa qualidade; deve, para assegurar tudo isso, contar com um processo decisório participativo e submeter-se ao controle dos sujeitos sociais. Em resumo, privilegiando o acesso universal, a integralidade da atenção, com ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, descentralização de gestão, e incentivando a participação social.

Neste momento, importante elucidar a questão da atuação complementar da iniciativa privada no âmbito do SUS, com preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, como as Santas Casas de Misericórdia com certificação de entidade beneficente de Assistência

Social, conforme prescrito no art. 199, § 1º, da Constituição Federal de 1988. Neste sentido, Lenir Santos (2015, p. 817) discute que:

> Essa complementaridade, que permite ao poder público, em razão de sua insuficiência, garantir assistência à saúde à população mediante a conjugação de serviços de titularidade pública com os de titularidade privada, requer análise sobre a sua natureza, uma vez que essa complementação tanto poderá ser realizada por entidades privadas lucrativas como por entidades sem fins lucrativos, não havendo distinção entre elas no tocante ao objeto da prestação dos serviços. Ambas podem prestar os mesmos serviços, remunerados pelos mesmos valores, desde que os tenham e atendam aos requisitos técnicos impostos pela administração pública e se submetam às suas diretrizes quanto ao seu funcionamento.

Deste modo, num determinado momento em que um usuário do SUS necessita de um procedimento médico de alta complexidade, no qual a instituição de saúde da rede própria do Estado não realiza, ele poderá "ser encaminhado para um hospital da rede privada que tenha convênio com o SUS para realizá-lo, sendo todo o procedimento custeado pelo governo". Assim, diante da necessidade de complemento à saúde da população, especialmente pela deficiência na estrutura das instituições de saúde, seja por déficit de profissionais especializados e insumos hospitalares específicos, o Estado pode utilizar-se da iniciativa privada para promover a saúde coletiva, por meio de contratos ou convênios com os órgãos e entidades que compõem o SUS, e que são submetidas aos seus princípios básicos e diretrizes (princípios organizativos) (BLOG HYGIA, 2019, s. p.).

Já sobre a saúde suplementar, importante diferenciar, pois é representado pelos planos de saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulamentador e fiscalizador dos planos de saúde junto aos Procons. "Na saúde suplementar, as ações e serviços de saúde prestados são independentes, sem vínculos com o Sistema Único de Saúde". Ela é estabelecida através dos planos de saúde, nos termos das Leis Federais nº 9.656/ 98 e Lei nº 9. 961/ 2000. Andréa Carlesso Lozer, Carla Valéria Cazarim Godoy e Fernando Antonio Gomes Leles (2015, p. 11-12) explicam, que a ANS enquanto órgão de controle desenvolve a normatização do setor, com o objetivo de "promover o interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores" (BLOG HYGIA, 2019, s. p.; BRASIL. Lei nº 9.656/ 98, Lei nº 9. 961/ 2000).

Quanto aos princípios do Sistema Único fundamentados nos preceitos constitucionais, estes foram estabelecidos como princípios básicos, e diretrizes, sendo as aludidas diretrizes relacionadas aos princípios organizativos. Sobre eles Irailde Ferreira dos Santos, Mariana Gabriel e Tatiana Ribeiro de Campos Mello (2020, p. 386-387) enfatizam que, como:

> Princípios doutrinários do SUS - Universalização: a saúde é um direito de todos, independente de raça, sexo ou outras características e um dever do Estado. Equidade: as necessidades de cada indivíduo são diferentes, então este princípio prevê a diminuição das desigualdades, ou seja, atender a necessidade de cada um e dar maior atenção aos que mais necessitam. Integralidade: atender a todas as necessidades de um indivíduo, visto que somos um todo, várias áreas de atuação das políticas públicas diferentes que juntas garantem a qualidade de vida de um indivíduo. Princípios Organizativos do SUS - Regionalização e Hierarquização: os serviços de saúde são organizados em ordem crescente, dos menos complexos aos mais complexos e disponibilizados em uma área geográfica delimitada, para garantir o acesso ao serviço de acordo com sua necessidade, dividindo de acordo com os recursos de cada região. Descentralização e Comando Único: a responsabilidade cabe aos três entes. São eles federação, estados e municípios, onde o município consegue estar mais próximo da realidade de cada localidade, acompanhando de perto onde os recursos são mais bem empregados. E o comando único que trata da autonomia de cada esfera. Participação Popular: ela se dá através da participação da população através dos conselhos e conferências de saúde com a finalidade de formular, controlar e avaliar a execução da política de saúde (Revista Humanidades e Inovação v.7, n.5, 2020 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Por fim, Jairnilson Paim, Claudia Travassos e Celia Almeida (2011, p. 19) explanando sobre o financiamento do SUS informam que preconizou-se a descentralização dos serviços de saúde, diretriz relacionada aos princípios organizativos. Por ela o Ministério da Saúde estabelece cooperação financeira com órgãos das três esferas de governo, com a transferência de recursos por meio do Fundo Nacional de Saúde aos Municípios, Estados e Distrito Federal. “Para administrar esta política descentralizada, os autores expõem que os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados, com a possibilidade de participação social através das Conferências Nacionais de Saúde” (CNS). Além da CNS citada, foi “institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu os Conselhos de Saúde e os Comitês Intergestores no nível Estadual (Comitê Intergestores Bipartite), e a nível Federal (Comitê Intergestores Tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso, representando grande evolução no sistema” de financiamento do SUS, e importante inovação na governança em saúde no Brasil (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2000, p. 34).

4 DIREITOS E DEVERES DA PESSOA USUÁRIA DO SUS E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a participação popular, a descentralização das ações e políticas de saúde, e a integralidade assistencial no âmbito do SUS tornou-se de fundamental relevância para o desenvolvimento de um modelo público de saúde inclusivo e de qualidade. Criado por meio da Lei 378/ 1937, ao Conselho Nacional de Saúde era atribuído inicialmente "o assessoramento do então Ministério da Educação e Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Educação". Apresentado como um colegiado composto por especialistas em saúde pública, com caráter consultivo e normativo, eles estabeleciam normas, diretrizes técnicas, e pareceres quando convocados. "Assim permaneceu com algumas modificações até meados de 1990, quando o Decreto 99.438/ 1990 criou o novo Conselho Nacional de Saúde fundamentado nos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS". O CNS devido caráter deliberativo "pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, através de resoluções, que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde". Ele é formado por 32 conselheiros titulares com seus respectivos suplentes, representantes de entidades e instituições dos segmentos governo, prestadores de serviços privados de saúde, profissionais de saúde e usuários, contemplando a composição paritária, com o fim de manter o equilíbrio dos interesses envolvidos. (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - CNS, 2018, s. p.).

Isto posto, relacionado aos direitos e deveres dos usuários da saúde, eles foram estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que dispôs sobre "a Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde". E pela Resolução nº 533, de 09 de agosto de 2017, que aprovou a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre "as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução" (BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, 2017, p. 1; Resolução nº 533, 2017, s. p.).

A aludida Carta elaborada coletivamente por especialistas de diversas entidades e movimentos sociais, segundo o CNS (2017, s. p.) constituiu importante ferramenta para que todas as pessoas tenham acesso a saúde de qualidade, e seus direitos constitucionais assegurados. A vista disso, as diretrizes elaboradas nela referem-se a:

> Primeira diretriz: toda pessoa tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

> Segunda diretriz: toda pessoa tem direito ao atendimento integral, aos procedimentos adequados e em tempo hábil a resolver o seu problema de saúde, de forma ética e humanizada.
>
> Terceira diretriz: toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível.
>
> Quarta diretriz: toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.
>
> Quinta diretriz: toda pessoa tem responsabilidade e direitos para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde CNS. Carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde, 2017, s. p.).

Por consequência, destaca-se a integralidade da assistência ao paciente, como princípio norteador das ações do SUS, que em conjunto com a equidade e universalidade está implícito em todos os níveis de atenção à saúde preconizados, quais sejam, na atenção primária, secundária, terciária e quaternária. Além de abranger os mais diversos aspectos, como os administrativos, financeiros e até políticos, este princípio envolve sobretudo a subjetividade dos pacientes em cada cuidado, com vistas ao atendimento de suas necessidades de forma individualizada, assim como, com olhar à coletividade, cujas necessidades são ilimitadas, abrangendo desde campanhas de vacinação até cirurgias complexas. Deste modo, para que a integralidade assistencial constitua a junção das ações preventivas, curativas, individuais e coletivas é de fundamental importância a adequação da conduta dos profissionais de saúde, no acolhimento, cuidado e tratamento dos pacientes de forma holística (BLOG VALOR EM SAÚDE, 2021, s. p.).

Então Marcelo Paiva Demarzo (2021, p. 2) explica que as ações de atenção à saúde preconizadas pelo SUS envolve a promoção de ações individuais e coletivas realizados pelos serviços de saúde objetivando manter as condições de saúde da população, e a prevenção de possíveis agravos, requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes dos Programas de Saúde promovidos pelo poder público. Desse jeito, a organização da assistência ao paciente no Sistema Único de Saúde divide-se em níveis de atenção à saúde primária, secundária, terciária e quaternária, com prevalência às ações de promoção e proteção à saúde dos indivíduos preconizados na atenção primária, porta de entrada de assistência ao SUS.

Logo, o conceito dos níveis de atenção primária, secundária, terciária, quaternária, e seus respectivos exemplos preconizados pelo SUS, são:

> Prevenção primária: é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui a promoção da saúde e proteção específica. Exemplos: atendimento nas Unidades básicas de Saúde, pelos Agentes de Saúde e Equipes de Saúde da Família; uso de preservativos para evitar a infecção por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); uso de capacete pelo motociclista; uso de cinto de segurança e outros dispositivos de segurança para ciclistas e motociclistas; uso de luvas para manipular material biológico; controle de vetores e imunização; ginástica laboral e exercício físico para prevenção de lesões por esforços repetitivos (LER). Prevenção secundária: é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo e o tratamento, reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos a longo prazo. Refere-se ao rastreamento e diagnóstico precoce de cronicidade das doenças. Exemplos: serviços especializados, em nível ambulatorial e hospitalar, com emprego de tecnologia para apoio diagnóstico e terapêutico; serviços de urgência e emergência; serviços de oftalmologia, cardiologia, gastroenterologia. Prevenção terciária: é a ação implementada para reduzir num indivíduo ou população os prejuízos funcionais, consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo a reabilitação. Exemplos: minimização de complicações do diabetes, reabilitação de pacientes pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC). Prevenção quaternária: é a detecção de indivíduo em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas excessivas, para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas, e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Exemplos: tratamento em hospitais especializados, e de alta complexidade em grandes cirurgias cardíacas e oncológicas; tratamento de doenças raras em Hospitais Universitários (BLOG SOU ENFERMAGEM. O que é prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, 2018, s. p.).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacou-se, em conclusão, que o Sistema Único de Saúde (SUS) “integra um conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão do poder público”, articulando em todo território nacional as ações dos Municípios, Estados e da União. “Ainda que cercado de muitos mitos e preconceitos” foi descrito ao longo deste artigo, que ele tem como premissa fundamental garantir o acesso universal, integral e igualitário à saúde de todos os cidadãos, nacionais ou estrangeiros, contemplando as ações de prevenção, proteção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento, e reabilitação de inúmeras e complexas doenças (PINHEIRO, 2020, s. p.).

Neste sentido, ressalta-se que apesar do aludido sistema fazer parte do dia a dia de todos os cidadãos, na maioria das vezes ele não é reconhecido como deveria. Desde a análise e verificação da qualidade da água que os cidadãos ingerem todos os dias, até a realização de

procedimentos de alta complexidade, por exemplo, tais fatos fazem do SUS um dos maiores sistemas de saúde do mundo (CONASS, 2021, s. p.; CONASEMS, 2021, s. p.).

Sendo assim, mesmo num país com dimensões continentais e imensa desigualdade social, estrutural e de qualidade de vida, este complexo e integrado Sistema Único ainda permite um atendimento amplo, tanto de alcance populacional, quanto em termos de serviços de saúde. Desde a atenção básica e saúde da família, até a realização de cirurgias de alto risco, além de oferecer serviços de baixa, média e alta complexidade. Importante evidenciar ainda, que o SUS também atua na vigilância epidemiológica e sanitária, na assistência farmacêutica, na atenção hospitalar, nos serviços de urgência e emergência, na distribuição de medicamentos, assim como em diversas e relevantes pesquisas na área da saúde (REZENDE, 2022, s. p.).

Contudo, é necessário análise crítico-reflexiva do cenário atual do SUS relacionados a alguns desafios e problemas cotidianos, tais como: longas filas devido à grande demanda de pacientes e pouca estrutura de atendimento em algumas instituições de saúde; a falta de leitos em alguns hospitais, e a ausência de ações eficientes para a prevenção de doenças; a escassez de recursos humanos e de insumos hospitalares; os baixos valores pagos aos prestadores de serviços e aos profissionais credenciados, devido a Tabela SUS não ser alterada há mais de 10 anos, assim como, o ressurgimento de doenças até então erradicadas, como a febre amarela e o sarampo, em algumas regiões do Brasil (SANTOS, 2020, s. p.).

Portanto, importante refletir que mesmo diante de inúmeros desafios, o SUS ainda é e representa importante referência em saúde pública internacional. Estudo do CONASS (2021, s. p.) demonstrou, que “a atual e grave crise sanitária mundial evidenciou a força do SUS. E isso ficou claro para a população como um todo que não acreditava mais neste Sistema. Além de aludida crise sanitária vir a constatar sua capacidade de lidar com o surgimento de novas e complexas doenças”, a defesa pela manutenção de um sistema de saúde público, equânime e universal se fortaleceu, e até realçou no país um cenário favorável de cobranças pela população por melhorias junto ao poder público.

REFERÊNCIAS

ACURSIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Programa MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: **(re)descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva,

Subsecretaria de Assuntos Administrativos. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. p. 23-40. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0374_M.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Manual de Direito Sanitário com enfoque em Vigilância em Saúde.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_direito_sanitario.pdf. Acesso em: 14 mai. 2021.

AITH, Fernando; SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana; DINIZ, Maria Gabriela Araújo. **Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível.** AITH, Fernando; SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana; DINIZ, Maria Gabriela Araújo (organizadores). Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/06/Direito-sanitario_Final.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

BLOG HYGIA. **Saúde suplementar x saúde complementar: entenda a diferença.** Disponível em: https://blog.hygia.com.br/saude-suplementar/. Acesso em: 18 mar. 2022.

BLOG SOU ENFERMAGEM. **O que é prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.** Disponível em: https://www.souenfermagem.com.br/estudos/o-que-e-prevencao-primaria-secundaria-terciaria-e-quaternaria/. Acesso em: 20 nov. 2021.

BLOG VALOR EM SAÚDE. **O que é integralidade no SUS e como o princípio se relaciona com a entrega de valor em saúde.** Disponível em: https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/o-que-e-integralidade-no-sus/. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 14 mai. 2021.

BRASIL. Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Dia Mundial da Saúde: o que seria do Brasil sem o SUS.** Disponível em: https://www.conass.org.br/dia-mundial-da-saude-o-que-seria-do-brasil-sem-o-sus/. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Apresentação. Composição paritária/ quem faz o CNS.** Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns. Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde.** Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/carta-atualiza-direitos-e-deveres-do-usuario#access-content. Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **31 anos de SUS: atendimento universal ganha maior relevância após pandemia.** Disponível em: https://www.conass.org.br/31-anos-do-sus-atendimento-universal-ganha-maior-relevancia-apos-pandemia/. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf . Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: https:// www.planalto.gov.br. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 99. 438 de 7 de agosto de 1990.** Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D99438.htm. Acesso em: 27 de mar. 2022.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Cronologia histórica da saúde pública.** Disponível em: http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937.** Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/l0378.htm. Acesso em: 27 de mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656compilado.htm. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios e conquistas**/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 14 mai. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.567, de 25 de novembro de 2016.** Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2567_25_11_2016.html. Acesso em: 14 mai. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 533, de 09 de agosto de 2017.** Aprovar a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

CARVALHO, Leandro Rodrigues de Oliveira; RODRIGUES, Hellbia Samara Moreira de Carvalho; PAES DA ROSA, Chennyfer Dobbins. **Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019.** Disponível em: http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4141. Acesso em: 18 mar. 2022.

CRUZ, Marly Marques. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde.** Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_760979750.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Reorganização dos sistemas de saúde.** Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

GRAGNOLATI, Michele; LIDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: file:///C:/Users/patri/Downloads/PORT-TYHSRB_WEB_FULL.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

GUIDINI, Cristiane. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios.** 2012. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD) Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM, Centro de Educação Superior Norte do RS – CESNORS, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini_Cristiane.pdf?sequence=1. Acesso em: 12 mar. 2022.

LOZER, Andréa Carlesso; GODOY, Carla Valéria Cazarim; LELES, Fernando Antonio Gomes. **Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar.** Organizado por LOZER, Andréa Carlesso; GODOY, Carla Valéria Cazarim; LELES, Fernando Antonio Gomes; COELHO, Karla Santa Cruz. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/patri/Downloads/conhecimento_tecnico_cientifico_ANS_2015.pdf. Acesso em: 14 mai. 2021.

MACHADO, Rafael. **Antes do SUS.** Disponível em: https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/. Acesso em: 18 mar. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva et all. **O que é SUS.** Disponível em: https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo. Acesso em: 12 mar. 2022.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

PAIXÃO, Mayara. **Donas de casa protagonizaram a luta que levou à criação do SUS.** Disponível em: https://www.portalraizes.com/a-luta-dos-medicos-e-donas-de-casa-em-plena-ditadura-pela-implantacao-do-sus/. Acesso em: 12 mar. 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **A atenção primária à saúde no SUS: o processo de construção de uma política nacional (1990-2006).** Disponível em: http://ohs.coc.fiocruz.br/artigo/a-atencao-primaria-a-saude-no-sus-o-processo-de-construcao-de-uma-politica-nacional-1990-2006/. Acesso em: 18 mar. 2022.

PINHEIRO, Malu. **SUS: o que é o Sistema Único de Saúde e por que devemos defendê-lo.** Disponível em: https://glamour.globo.com/lifestyle/noticia/2020/09/sus-o-que-e-o-sistema-unico-de-saude-e-por-que-devemos-defende-lo.ghtml. Acesso em: 12 mar. 2022.

REZENDE, Milka de Oliveira. **Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: https://mundoeducacao.uol.com.br/sociologia/sistema-unico-de-saude-sus.htm. Acesso em: 12 mar. 2022.

SALAZAR, Andrea; RODRIGUES, Karina Grou; SILVER, Lynn. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde.** Disponível em: http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/LOSUS.pdf. Acesso em: 14 mai. 2021.

SANTOS, Irailde Ferreira dos; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. **Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil.** Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2964. Acesso em: 12 mar. 2022.

SANTOS, Lenir. **A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JZZgCq4tCwPL4VSKzHLMqQc/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 mar. 2022.

SANTOS, Paulo Roberto. **Entenda como surgiu o Sistema Único de Saúde e por que existe a máxima "ruim com o SUS, pior sem ele".** Disponível em: https://dalmass.com/entenda-como-surgiu-o-sistema-unico-de-saude-e-por-que-a-maxima-ruim-com-o-sus-pior-sem-ele/. Acesso em: 12 mar. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de direito constitucional.** Ingo Wolfgang Sarlet, Luiz Guilherme Marinoni, Daniel Mitidiero. 10. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

REDE TB. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. **Como surgiu o SUS – E como era antes do sistema.** Disponível em: https://redetb.org.br/como-surgiu-o-sus-e-como-era-antes-do-sistema/. Acesso em: 18 mar. 2022.

ZIROLDO, Rodrigo Romero; GIMENES, Rafaela Okano; JÚNIOR, Clóvis Castelo. **A importância da saúde suplementar na demanda da prestação de serviços assistenciais no Brasil.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.