



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS  
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA  
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO  
MONOGRAFIA JURÍDICA

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE MANUTENÇÃO DO  
DIREITO HUMANO À SAÚDE NO BRASIL**

ORIENTANDA: PÂMELA CRISTINA OLIVEIRA SILVA

ORIENTADORA – PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup>. MARIA CRISTINA VIDOTTE BLANCO TARREGA

GOIÂNIA-GO  
2021

PÂMELA CRISTINA OLIVEIRA SILVA

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE MANUTENÇÃO DO  
DIREITO HUMANO À SAÚDE NO BRASIL**

Monografia Jurídica apresentada à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GOIÁS).

Prof.<sup>a</sup> Orientadora – Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Vidotte Blanco Tarrega

GOIÂNIA-GO  
2021

PÂMELA CRISTINA OLIVEIRA SILVA

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE MANUTENÇÃO DO  
DIREITO HUMANO À SAÚDE NO BRASIL**

Data da Defesa: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Orientador (a): Prof. (a) Titulação e Nome Completo Nota

---

Examinador (a) Convidado (a): Prof. (a): Titulação e Nome Completo Nota

Dedico este trabalho aos meus pais, Gilmar Eduardo e Celene Cristina, ao meu irmão, Patrick Eduardo, e a toda minha família, por serem meu porto seguro;

Dedico também, a todos os amigos que tornaram esta jornada mais leve, divertida e alegre, em especial à toda Liga Acadêmica de Acessibilidade ao Direito, por despertar em mim o desejo pela pesquisa e a busca pela justiça;

Dedico também a Lara Alves de Lima, por me ajudar na escolha deste tema e na sua pesquisa.

E por fim, dedico este trabalho à Nuria Micheline Cabral, por despertar em mim a paixão pela luta por direitos e por me inspirar com sua luta diária contra a fibromialgia.

Agradeço imensamente à Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Vidotte Blanco Tarrega, por ter me orientado nesta pesquisa e por sua cordialidade ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

[...] Eu queria ser um sábio.

Nos livros antigos está escrito o que é a  
sabedoria:

Manter-se afastado dos problemas do mundo  
E sem medo passar o tempo que se tem para  
viver na terra;

Seguir seu caminho sem violência,

Pagar o mal com o bem,

Não satisfazer os desejos, mas esquecê-los.

Sabedoria é isso!

Mas eu não consigo agir assim.

É verdade, eu vivo em tempos sombrios! [...]

- *Bertold Brecht*

## RESUMO

Trata-se de estudo do sistema único de saúde como ferramenta de manutenção do direito humano à saúde no Brasil, partindo-se da evolução histórica dos direitos humanos, suas gerações e conceito de direito à saúde, os aspectos da seguridade social, uma análise legal dos princípios, das competências, dos objetivos e das atribuições do SUS, e por fim sua estrutura, tendo em vista todos os subsistemas e redes de atendimento, feito através de método dedutivo, por meio de pesquisas e fundamentação em teses de doutorado, dissertações, doutrinas e legislações. Verificou-se a eficácia dos serviços prestados pelo Sistema como instrumento de manutenção do direito humano a saúde no Brasil, tendo em vista toda a sua estrutura, todos os serviços prestados e seu alcance em nível nacional.

**Palavras-chave:** Direitos humanos. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

This is a study of the single health system as a tool for the maintenance of the human right to health in Brazil, starting with the historical evolution of human rights, their generations and the concept of the right to health, the aspects of social security, a legal analysis of the principles, competencies, objectives and attributions of the SUS, and finally its structure, in view of all the subsystems and networks of care, done through the deductive method, through research and substantiation in doctoral theses, dissertations, doctrines and legislation. The effectiveness of the services provided by the System as an instrument for the maintenance of the human right to health in Brazil was verified, in view of its entire structure, all the services provided and its reach at a national level.

**Keywords:** Human rights. Right to Health. Unified Health System.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITOS.....</b>	<b>12</b>
1.1 DIREITOS HUMANOS.....	12
1.2 DIREITO À SAÚDE.....	18
1.2.1 Conceito de saúde .....	18
1.2.2 Saúde como direito humano.....	21
1.3 SEGURIDADE SOCIAL .....	23
1.3.1 Evolução histórica e aspectos legais .....	23
1.3.2 Custeio da Seguridade Social.....	26
<b>2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>29</b>
2.1 PRINCÍPIOS, OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES .....	29
2.1.1 Aspectos legais e princípios norteadores .....	29
2.1.1.1 Princípio da universalidade .....	30
2.1.1.2 Princípio da integralidade .....	31
2.1.1.3 Princípio da equidade .....	31
2.1.1.4 Princípio da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.....	31
2.1.1.5 Princípio da participação e controle social .....	32
2.1.1.6 Princípio da descentralização da saúde.....	32
2.1.2 Objetivos do Sistema Único de Saúde .....	33
2.1.3 Competências e atribuições .....	34
2.2 FINANCIAMENTO .....	39
<b>3 FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA.....</b>	<b>41</b>
3.1 DOS SERVIÇOS E SUA HIERARQUIZAÇÃO .....	41
3.1.1 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	42
3.1.2 Subsistema de Internação Domiciliar .....	43
3.1.3 Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.....	44
3.1.4 Da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde.....	44
3.1.5 Da participação da comunidade na gestão do SUS.....	47



3.1.6 Dos serviços privados de assistência à saúde.....	48
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

A princípio, o presente estudo analisou o Sistema Único de Saúde - SUS como ferramenta garantista do direito humano à saúde no Brasil, ou seja, foram avaliados aspectos legais e estruturais do SUS sob a ótica dos direitos humanos, a partir do método dedutivo, utilizando-se de pesquisa bibliográfica.

Para isso, inicialmente foi avaliada a evolução histórica dos direitos humanos, bem como suas principais características, que segundo Norberto Bobbio:

(..) os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas. (BOBBIO, 2004 p. 9)

Ainda, acerca de suas principais características, Lynn Hunt pontua três, sendo direitos naturais, inerentes nos seres humanos; iguais, os mesmos para todo mundo; e universais, aplicáveis por toda parte (HUNT, 2009, p.19). Dessa forma, os direitos humanos perpassam o plano da racionalidade e estão diretamente ligados à subjetividade e peculiaridade de cada pessoa.

Adiante, fora estudado o conceito de saúde e de direito humano à saúde e sua positivação, o qual está disposto no artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. A saúde é compreendida como o complexo de bem-estar social, físico e mental da pessoa, conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde em 1946 (OMS, 1946). No Brasil, o direito à saúde vem expressamente no *caput* do artigo 196 da Constituição Federal, *in verbis*:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, CF/1988)

Para a garantia de tal direito, surgiu a Seguridade Social, instituto estudado posteriormente, que nas palavras de Wagner Balera compreende ao “conjunto de

medidas constitucionais de proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à saúde, à previdência e à assistência social” (BALERA, 2002, p.34). Nesse sentido, a Constituição Federal estabelece a Seguridade Social como “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988).

Posteriormente foi estudada a estrutura do Sistema Único de Saúde instituído pelo artigo 198 da Constituição Federal, que segundo o artigo 4º da Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamento o SUS, compreende ao “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990).

Isto posto, ao final do trabalho concluiu-se que, considerando os princípios regentes do Sistema Único de Saúde, tais quais universalidade, equidade e integralidade, sua estrutura organizacional e a abrangência dos direitos humanos, o sistema garante a todos, sem distinção de raça, sexo, o acesso à saúde, bem como a ações do poder público que garantem o bem estar social, sendo uma ferramenta eficaz na manutenção do direito humano à saúde.

# 1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITOS

## 1.1 DIREITOS HUMANOS

Primordialmente, para a compreensão do presente estudo, verificar-se-á a evolução histórica dos direitos humanos e posicionamentos doutrinários acerca do tema, como se verá a seguir.

Diversos fatos ocorridos ao longo da história influenciaram para a recente conceituação de direitos humanos. Nas palavras de Norberto Bobbio “os direitos dos homens, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos” (BOBBIO, 1992, p. 9). O discurso em torno dos direitos humanos surgiu diante das opressões e arbitrariedade impostas pelos governos absolutistas. Inúmeros documentos surgiam a fim de estabelecer direitos individuais, desde o Código de Hamurabi (Babilônia, século XVIII a.C) à atual Declaração Universal dos Direitos Humanos (NEMETZ, 2004).

Durante a Idade Média, a imposição da Magna Carta à João Sem Terra, que por conseguinte deu surgimento ao Habeas Corpus, foi um marco histórico para a construção da cidadania, mesmo não sendo destinado aos cidadãos comuns. Fora surgindo a preocupação em assegurar aos cidadãos uma vida digna, sendo resguardada por uma declaração que arguisse todos os direitos dos homens, não apenas deveres.

Ainda, as atrocidades decorridas das revoluções em todo o mundo influenciaram a mesma preocupação à época: a garantia de uma vida digna. Fábio Konder Comparato assim define a dignidade da pessoa humana:

Pois bem, a compreensão da dignidade suprema da pessoa humana e de seus direitos, no curso da História, tem sido em grande parte, o fruto da dor física e do sofrimento moral. A cada grande surto de violência, os homens recuam, horrorizados, à vista da ignomínia que afinal se abre claramente diante de seus olhos; e o remorso pelas torturas, as mutilações em massa, os massacres coletivos e as explorações aviltantes fazem nascer nas

consciências, agora purificadas, a exigência de novas regras de uma vida mais digna para todos. (COMPARATO, 1999, p. 36-37)

Nesse prisma, tendo em vista que o sofrimento e a dor são fatores determinantes para a pretensão da vida digna, Ingo Wolfgang Sarlet define dignidade da pessoa humana como:

Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 1988, p.62)

A dignidade da pessoa humana é assegurada de forma positivada com valor de norma em diversos países. No Brasil é trazida como fundamento da República, disposta no artigo 1º da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Para Roberto Lyra Filho, a lei é mera consequência do processo jurídico, sendo necessário avaliar o direito de forma ampla (LYRA, 1982p.4).

Não somente tal direito era arguido, mas também a liberdade. Thomas Jefferson, em 1776, escreveu em seu primeiro rascunho da Declaração da Independência:

Consideramos que estas verdades são sagradas e inegáveis: que todos os homens são criados iguais e independentes, que dessa criação igual derivam direitos inerentes e inalienáveis, entre os quais estão a preservação da vida, a liberdade e a busca da felicidade. (JEFFERSON, 1776).

Partindo dessa premissa, John Locke, filósofo inglês, trouxe a ideia de que todos os homens são proprietários de si, de que todos são livres. Conforme pontua Leonel Itaussu Almeida Mello:

Locke afirma ser a existência do indivíduo anterior ao surgimento da sociedade e do Estado. Na sua concepção individualista, os homens viviam originalmente num estágio pré-social e pré-político, caracterizado pela mais

perfeita liberdade e igualdade, denominado estado de natureza. (MELLO, 2006, p. 84-85).

Daí advém a precisão da positivação ou declaração dos direitos individuais e fundamentais. Assim faz-se mister estabelecer a distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais. Canotilho, com o propósito de caracterizar cada um, assim definiu-os:

[...] **direitos do homem** são direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos (dimensão jusnaturalisauniversalista); **direitos fundamentais** são os direitos do homem, jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espacio-temporalmente. Os direitos do homem arrancariam da própria natureza humana e daí o seu carácter inviolável, intemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objectivamente vigentes numa ordem jurídica concreta. (CANOTILHO, 1993, p.369)

Percebe-se que a positivação dos direitos humanos em determinado espaço passa a torná-los direitos fundamentais, bem como explica George Sarmento:

A expressão direitos humanos refere-se aos direitos positivados no ordenamento supraestatal – tratados, convenções, pactos, declarações. Quando esses direitos são constitucionalizados passam a chamar-se direitos fundamentais. (SARMENTO, 2012)

Nessa ótica, Lynn Hunt afirma que os direitos humanos se tornam significativos de fato quando ganham conteúdo político. Demonstra ainda suas características, tais quais naturais, iguais e universais, veja:

Os direitos humanos requerem três qualidades encadeadas: devem ser naturais (inerentes nos seres humanos), iguais (os mesmos para todos mundo) e universais (aplicáveis por toda parte). Para que os direitos sejam direitos humanos, todos os humanos em todas as regiões do mundo devem possuí-los igualmente e apenas por causa de seu status como seres humanos. Acabou sendo mais fácil aceitar a qualidade natural dos direitos do que sua igualdade ou universalidade. De muitas maneiras, ainda estamos aprendendo a lidar com as implicações da demanda por igualdade e universalidade de direitos. (HUNT, 2009, p.19)

Demonstra-se que os direitos humanos perpassam o plano da racionalidade e estão diretamente ligados à subjetividade e peculiaridade de cada pessoa. Mais do

que falar em tratamento igual, é necessário avaliar a realidade e a individualidade de cada um para que tais direitos sejam garantidos e aplicados.

Além destas perspectivas, é válido ressaltar que o discurso em torno da internacionalização dos direitos humanos se deu após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo se viu obrigado a resguardar tais direitos, com foco na dignidade da pessoa humana, haja vista as atrocidades e massacres que ocorreram durante a ascensão do nazismo violaram diretamente a dignidade da pessoa humana de grupos minoritários.

Conforme preceitua Thomas Buergenthal:

O moderno Direito Internacional dos Direitos Humanos é um fenômeno do pós-guerra. Seu desenvolvimento pode ser atribuído às monstruosas violações de direitos humanos da era Hitler e à crença de que parte destas violações poderiam ser prevenidas se um efetivo sistema de proteção internacional de direitos humanos existisse (*apud*, PIOVESAN, 2004, p. 131).

Sendo assim, fica evidente mais uma vez a historicidade dos direitos humanos. Ademais, evidencia-se que após tais acontecimentos, a necessidade de reconstrução desses direitos era iminente. O Tribunal de Nuremberg demonstrou ao mundo a importância da força normativa de tais direitos, de modo que esses passavam a ser considerados universais.

Partindo desse acontecimento, em 1948 foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que conforme Fabio Konder Comparado é o marco de “uma nova fase histórica, que se encontra em pleno desenvolvimento” (COMPARATO, 1999, p. 56).

Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi responsável pela harmonização dos direitos civis e políticos aos direitos econômicos, sociais e culturais, unindo os valores de igualdade e liberdade. Ainda aponta Flávia Piovesan:

Considerando este contexto, a Declaração de 1948 introduz extraordinária inovação, ao conter uma linguagem de direitos até então inédita. Combinando

o discurso liberal da cidadania com o discurso social, a Declaração passa a elencar tanto direitos civis e políticos (arts. 3º a 21), como direitos sociais, econômicos e culturais (arts. 22 a 28) (PIOVESAN, 2004, p. 148).

Depreende-se então, com a estruturação dos direitos humanos em gerações ou dimensões, não sendo hierarquizados os valores de tais direitos, como será analisado a seguir.

Os direitos de primeira geração são resultantes da Revolução Francesa, momento marcado pela insatisfação do povo para com seus governantes, realçando o princípio da liberdade, configurando os direitos civis e políticos. O anseio era o fim da arbitrariedade imposta pelos governos absolutistas, como mencionado inicialmente. O marco histórico desta geração foi a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão.

Pontua George Sarmiento que as liberdades públicas são prerrogativas que protegem a integridade física das ingerências ilegítimas, do abuso de poder ou qualquer outra arbitrariedade Estatal, protegem a autonomia da pessoa humana (SARMENTO, 2012). Ainda destaca:

São, portanto, faculdades de agir que implicam o dever de abstenção, sobretudo do Estado. Entre os direitos dessa categoria estão a liberdade de expressão, a presunção de inocência, a inviolabilidade de domicílio, a proteção à vida privada, a liberdade de locomoção, os direitos da pessoa privada de liberdade, o devido processo legal etc. Todos possuem um ponto de confluência: a tutela da pessoa humana em sua dimensão individual. (SARMENTO, 2012)

Sendo assim, os direitos de primeira geração são marcados pela liberdade e pela proteção da individualidade de cada cidadão.

Posteriormente, os direitos de segunda geração são marcados pela harmonização do princípio da liberdade ao de igualdade e caracterizados pelo anseio de prestações estatais a fim de assegurar a todos igualdades de oportunidades, ganhando força após o término da 1ª Guerra Mundial. Evidencia-se, que tal momento fora marcado pela intervenção do Estado a fim de garantir condições básicas de vida,



como a saúde, o trabalho e a educação. Esta geração foi marcada pela Constituição Alemã de 1919, a qual sistematizou os direitos sociais, influenciando países democráticos.

Os direitos de terceira geração consagram a preservação do meio ambiente, os quais foram batizados por Karel Vasak como direitos de fraternidade, colocados em pauta ao final da Segunda Guerra Mundial. Explica Ingo Wolfgang Sarlet que são os direitos de titularidade coletiva difusa, destinando-se à proteção de grupos humanos (família, povo e nação) (SARLET, 1998, p.50-51).

Segundo George Sarmiento “a defesa desses direitos depende sempre da atuação pro populo do Ministério Público ou de representantes da sociedade civil, sobretudo as organizações não-governamentais.” (SARMENTO, 2012). Sendo assim, as instituições de representação são responsáveis pela garantia desses direitos.

A quarta geração dos direitos humanos não possui configuração consolidada ainda, devido a divergências doutrinárias quanto a sua existência. Contudo, tal geração seria marcada pela existência de direitos entornos da bioética, como por exemplo eutanásia e o aborto. Nesse sentido assim diz Norberto Bobbio:

[...] já apresentam novas exigências que só poderiam chamar-se de direitos de quarta geração, referentes aos efeitos cada vez mais traumáticos da pesquisa biológica, que permitirá manipulações do patrimônio genético de cada indivíduo (BOBBIO, 1992, p. 06)

Assim, esses direitos teriam como intuito o controle dos avanços tecnológicos relacionados à vida. Além disso, Paulo Bonavides elenca outra definição para os direitos humanos de quarta geração, veja:

São direitos de quarta geração o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo. Deles depende a concretização da sociedade aberta para o futuro, em sua dimensão de máxima universalidade, para a qual parece o mundo inclinar-se no plano de todas as relações de convivência (BONAVIDES, 2006, p.571)

Deste modo, percebe-se que os direitos de quarta geração compreendem aos direitos relacionados ao controle dos avanços tecnológicos, bem como a democracia, direito à informação e ao pluralismo.

Por fim, a quinta geração dos direitos humanos, que assim como a quarta geração não são pacificamente reconhecidos pela doutrina. Paulo Bonavides elenca o direito à paz como direito de quinta geração, o qual “é concebido ao pé da letra qual direito imanente à vida, sendo condição indispensável ao progresso de todas as nações, grandes e pequenas, em todas as esferas”. (BONAVIDES, 2008, p. 2).

Conclui-se que os direitos humanos são direitos naturais e inerentes a todos, a serem assegurados de forma igualitária e universal, sendo considerados direitos históricos decorrentes de lutas sociais.

## 1.2 DIREITO À SAÚDE

### 1.2.1 Conceito de saúde

Inicialmente, antes de falar sobre o direito à saúde é necessário avaliar qual é conceito de saúde.

O conceito de saúde evoluiu ao passo que as doenças começaram a ser acompanhadas estatisticamente. Levando-se em consideração o conceito de doença, essa por muito tempo foi considerada como uma resposta divina de Deus diante dos pecados dos seres humanos. Para alguns, a doença não seria causada por demônios, mas pelos pecados. Já na Grécia antiga, Hipócrates, considerado o “pai da medicina”, deixou claro em seu complexo de escritos que posteriormente formariam o Corpus Hippocraticus, traduzido no livro “Textos Hipocráticos – o doente, o médico e a doença” por Henrique F. Cairus e Wilson A. Ribeiro Jr. que “a doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem

uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana.” (CAIRUS, RIBEIRO, 2005, p.61)

Partindo deste aspecto analisado por Hipócrates, percebe-se que suas observações não estavam restritas ao estudo do paciente, mas de seu ambiente também. Até mesmo Galeno (129-199) afirmava que a causa da doença estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física, ou em seus hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio (SCLIAR, 2007, p.33).

Além desses, Paracelsus (1493-1541), seguindo a linha de que o ambiente influenciava no surgimento de novas doenças, asseverava que as doenças eram causadas por agentes externos ao organismo (SCLIAR, 2007, p.34).

Outra contribuição à evolução do conceito de saúde-doença foi feita por Louis René Villermé (1782-1863) relacionava a aparição de doenças ao nível de renda da população, após publicar um relatório com análise da mortalidade em diferentes bairros de Paris, chamado Tableau de l'état physique et moral des ouvriers - Tabela do estado físico e mental dos trabalhadores (SCLIAR, 2007, p.35). Nesse prisma, em 1883 na Alemanha Otto von Bismarck criou um sistema de seguridade social e de saúde, já que desde 1779 já havia surgida a ideia da intervenção na saúde pública, o qual posteriormente foi implantado na França.

Assim, na primeira metade do século XX surgiu o debate acerca do conceito de saúde considerando as condições de vida de alguns grupos, no qual a compreensão de saúde estava diretamente ligada ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. Não obstante, o descobrimento de germes causadores de patologias influenciou no conceito de saúde como ausência de doenças.

Ainda não havia uma definição concreta e pacífica sobre saúde. Após as duas grandes Guerras, com o genocídio causado durante o nazismo, era iminente a declaração de direitos fundamentais, bem como a criação de um sistema universal para assegurar e fomentar a promoção da saúde. Conforme pontua Sueli Gandolf Dallari a sociedade que sobreviveu a 1944 sentiu a necessidade ineludível de promover um novo pacto (DALLARI, 1988, p. 58). Nesse aspecto, com a criação da Organização das Nações Unidas - ONU (1945) foi criada também a Organização

Mundial da Saúde - OMS em 1946, cujo objetivo está elencado no artigo 1º de sua Constituição, o qual será a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível (OMS, 1946).

No preâmbulo da supracitada Constituição o conceito de saúde foi verificado que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1946). Segundo Sueli Gandolfi Dallari “observa-se, então, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde” (DALLARI, 1988). Pode-se compreender então a partir desta análise que saúde está diretamente ligada ao bem-estar do indivíduo no todo, reconhecendo também a importância da saúde mental.

Mesmo que este conceito tenha sido decorrente do estudo de diversos trabalhos para tal, como todos citados anteriormente, esse ainda é passível de críticas e oposições. Dentre estes, pode-se citar o que Christopher Boorse (1977) defendia, mesmo que para muitos ultrapassado: saúde é a ausência de doenças. (SCLIAR, 2007, p.37). Outras críticas ao afirmado pela Organização Mundial da Saúde foram feitas por Christophe Dejours, segundo as quais “o estado de bem-estar e de conforto é impossível de definir e que esse perfeito e completo estado de bem-estar não existe, respectivamente” (DEJOURS, 1986, p.8). Ainda aponta:

[...] Não se trata de um estado de bem-estar, mas de um estado do qual procuramos nos aproximar; não é o que parece indicar a definição internacional, como se o bem-estar social, psíquico fosse um estado estável, que uma vez atingido, pudesse ser mantido. (DEJOURS, 1986, p.8)

Nesse sentido, o bem-estar físico, mental e social seria a definição de felicidade. Portanto, faz-se mister destacar que a o conceito ideal de saúde ainda está passível de alterações e sua compreensão dar-se-á através da análise dos aspectos físico, mental e social de cada indivíduo.

### 1.2.2 Saúde como direito humano

A princípio, para se falar em direito à saúde é preciso considerar o direito no seu aspecto subjetivo, tendo em vista que cada ser humano possui direitos inerentes a si desde a natalidade, como pontuado anteriormente no tópico 1.1. O bem-estar, como sugere a Constituição da Organização Mundial da Saúde surge ao passo do crescimento e evolução do ser humano em sociedade. Considerando o “direito” como conjunto de normas que regulamentam o comportamento do ser humano em sociedade e os conceitos acerca da saúde, assim assevera Sueli Gandolf Dallari “[...] as normas jurídicas representam as limitações às condutas nocivas para a vida social. Assim sendo, a saúde, definida como direito, deve inevitavelmente conter aspectos sociais e individuais.” (DALLARI, 1988, p. 59). Dessa forma, evidencia-se que o meio em que o ser humano vive influencia no seu estado de bem-estar físico, como destacado pela OMS.

Nessa ótica, é cabível lembrar que a garantia da dignidade da pessoa humana foi uma das principais preocupações para que fosse feita a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assim, dispôs em seu artigo XXV que todos têm direito à uma vida digna capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, bem como cuidados médicos em caso de doença (ONU, 1948), trazendo implicitamente o direito humano à saúde.

Além disso, a Constituição da OMS também dispôs em seu preâmbulo que “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.” (OMS, 1946). Nesse sentido, no Brasil, o direito à saúde surgiu no texto legal com a Constituição Federal de 1988, no rol dos direitos e garantias fundamentais, sendo enquadrada como direito social, o qual é dever do Estado garanti-lo, segundo José Afonso da Silva “disciplinam situações subjetivas pessoais ou grupais de caráter concreto” (SILVA, p.183). Percebe-se então, que a saúde será assegurada de forma que alcance toda a sociedade como um todo.

A Constituição Federal de 1988, não se preocupou em trazer explicitamente o conceito de saúde, mas tão somente o direito a seu acesso, in verbis:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

Assim, estabelece a saúde como elemento a ser garantido pelo Estado e, influenciado pela literalidade do caput do artigo 5º, segundo o qual “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (...)” (Brasil, 1988), determina também o princípio da igualdade e da universalidade.

Segundo o artigo 2º da Lei n.º 8212/1991:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1991)

Ademais, a Assembleia Geral da ONU adotou em 2015 a Agenda 2030, um guia para os próximos anos de ações da comunidade internacional, para promover o desenvolvimento sustentável. A Agenda 2030 possui 17 objetivos de desenvolvimento sustentável, chamados de ODS, os quais os países comprometeram-se a tomar medidas para que sejam alcançados. Dentre eles, o ODS 3 compreende em assegurar a todos uma vida digna saudável e promover o bem-estar em todas as idades, sendo incluído como meta o apoio à pesquisa e desenvolvimento de vacinas e medicamentos para doenças transmissíveis e intransmissíveis.

Portando, percebe-se pela leitura do texto que a saúde é um ponto crucial para se alcançar o direito humano de quinta geração proposto por Bonavides a paz, e que conseqüentemente fora elencado no rol dos direitos humanos.

## 1.3 SEGURIDADE SOCIAL

### 1.3.1 Evolução histórica e aspectos legais

Conforme fora pontuado anteriormente, a declaração de direitos humanos decorreu das lutas sociais ao longo dos anos, como também ocorrera com a seguridade social, instituto criado para assegurar a proteção dos trabalhadores assalariados através da previdência social, da assistência social e da saúde.

O governo de Otton Von Bismarck na Alemanha foi um dos primeiros a instituir um sistema de proteção social voltado para a saúde e previdência. Os benefícios provenientes desse sistema estavam direcionados a manter a renda dos trabalhadores em momentos de riscos social provenientes do desemprego, sendo considerado um modelo de seguro social pela semelhança ao contrato social, no qual há uma contribuição por parte do trabalhador anterior ao recebimento do benefício pelo Estado (BOSCHETTI, 2003).

Após a Segunda Guerra Mundial o sistema de proteção social foi aperfeiçoado, passando a ser uma luta contra a pobreza. O plano foi instituído na Inglaterra em 1942 e passou a ser destinado a todos os cidadãos ou submetidos a condições de recursos, mas assegurando mínimos sociais a todos em condições de necessidade (BOSHETTI, 2009, p. 2). Dessa forma, o que antes era destinado apenas aos trabalhadores assalariados que contribuíam fiscalmente passara a ser destinado a todos, instituindo-se o princípio da universalidade. Para tanto, assim pontua Ana Elizabete Mota:

Em geral, os sistemas de proteção social são implementados através de *ações assistenciais* para aqueles impossibilitados de prover o seu sustento por meio do trabalho, para *cobertura de riscos do trabalho*, nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário e para *manutenção da renda* do trabalho, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade laborativa. (MOTA, 2006, p.40)

Percebe-se então que o trabalho é o alicerce da constituição da seguridade social. Nesse sentido, o artigo 193 da Constituição Federal elenca o primado do trabalho como base da ordem social, objetivando promover o bem-estar e a justiça social.

Ainda, no Brasil a Constituição de 1824 lançava a proteção social como um dos direitos humanos cuja garantia é a Lei Maior, devido ao seu artigo 179, inciso 31, conforme pontua Wagner Balera (BALERA, 2002, p. 17). Também assevera José Antônio Pimenta Bueno “Desde que a sociedade é fundada, a ideia de proteção é como sinônimo da de governo em favor dos associados [...]” (BUENO, 1857, p. 429, apud BALERA, 2002, p.17). Fica evidente pelo exposto que o Estado é o principal agente da promoção da proteção social.

A Constituição de 1891 determinava que a União deveria prestar socorros públicos nos casos de calamidade pública, assegurando a aposentadoria aos funcionários no caso de invalidez, passando-se do âmbito social para o administrativo a proteção social.

Posteriormente a Constituição de 1934 foi um marco ao instituir o custeio da previdência social à União, aos empregadores e aos empregados. Assim, o Estado seria responsável por gerir o dinheiro que adiante seria convertido na aposentadoria. Além disso institui também a assistência médica ao trabalhador e à gestante, conforme artigo 121, letra h da supracitada Constituição, veja:

Assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta o descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes do trabalho ou de morte. (BRASIL, 1934)

Assim, percebe-se a preocupação do Estado com o risco social, concernente ao acidente do trabalho, gestação, doenças, invalidez, velhice e morte. Nessa ótica, surge o seguro social para a devida proteção de riscos sociais.



A Constituição de 1937, decorrente de um golpe, foi omissa quanto ao custeio da seguridade social, tratando apenas dos riscos sociais, como explicitados anteriormente.

Logo após Vargas ser deposto e a nova Constituição ser promulgada, essa consagrava os benefícios da seguridade social, sendo estes assistência sanitária, previdência e assistência social, elencando ainda o sistema de custeio tripartite como disposto na Constituição de 1934. Além disso, em 1960 foi promulgada a Lei n.º 3.807 ou Lei Orgânica da Previdência Social que uniformizou os benefícios da previdência social, sendo um grande avanço na estruturação da previdência.

Durante o Regime Militar, a Constituição de 1967 concomitante à Emenda Constitucional de 1969 trouxe como objetivo da ordem social a melhoria de condição social dos trabalhadores, entretanto omitindo em seu texto dispositivos que tratassem dos acidentes de trabalho. (BRASIL, 1967, 1969)

Dito isso, a Constituição Federal de 1988 dispôs no artigo 194 o conceito de seguridade social, a qual “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988)

Ademais, Wagner Balera conceitua a seguridade social como “conjunto de medidas constitucionais de proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à saúde, à previdência e à assistência social” (BALERA, 2002, p.34). Assim sendo, caberá à sociedade e ao Estado garantir tais direitos abraçados pela seguridade, como também, dispõe o caput art. 199 acerca da saúde, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988), não sendo dever exclusivamente do Estado a prestação de serviços relativos à saúde.

Ainda, a Lei n.º 8212 de 24 de julho de 1991, a qual dispõe sobre a organização da Seguridade Social e o Plano de Custeio, no artigo 1º diz igualmente ao caput do artigo 194 da Constituição Federal, e determina os princípios que serão obedecidos pela seguridade social, tais quais são:

- a) universalidade da cobertura e do atendimento;
- b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- d) irredutibilidade do valor dos benefícios;
- e) eqüidade na forma de participação no custeio;
- f) diversidade da base de financiamento;
- g) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (BRASIL, 1991)

Dessa forma, a garantia da previdência social, da assistência social e da saúde dar-se-á em obediência a tais princípios.

### 1.3.2 Custeio da Seguridade Social

Acerca do custeio da Seguridade Social, a Constituição Federal estabelece no artigo 195 que tal será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das contribuições do empregador, da empresa e de outra entidade a ela equiparada, incidentes sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo que sem vínculo empregatício, a receita ou o faturamento, o lucro; do trabalhador e dos demais segurados da previdência social; sobre a receita de concursos de prognósticos e do importador de bens ou serviços do exterior. (BRASIL, 1988)

Dito isso, as receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios constarão dos respectivos orçamentos e não serão integrados ao orçamento da União, conforme dispõe o § 1º do artigo 195 da Constituição Federal. Além disso, a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social. Importante destacar também que a lei poderá instituir novas fontes destinada a garantir a expansão da seguridade social.

A contribuições sociais são aquelas feitas pela sociedade, por aqueles que possuem capacidade contributiva, para o financiamento da seguridade social, concomitante à legislação orçamentária, sendo, portanto, de natureza tributária. Aqueles que não possuem capacidade contributiva participarão por meio dos orçamentos fiscais das unidades da Federação de forma indireta. Neste prisma, assim dispõe o artigo 149 da Constituição Federal “compete exclusivamente à União instituir contribuições sociais, de intervenção no domínio econômico e de interesse das categorias profissionais ou econômicas, como instrumento de sua atuação nas respectivas áreas [...]” (BRASIL, 1988). Sendo ressalvado apenas para as contribuições de financiamento da seguridade social, que não será aplicada a anterioridade dos tributos em geral (SILVA, 2011).

Nesse sentido, assim leciona Leandro Paulsen:

Ou seja, o art. 149 da Constituição outorga competência para a instituição de contribuições, inclusive sociais, e o art. 195 especifica quais serão as pessoas e as bases econômicas a serem tributadas para fins de seguridade social, bem como o regime para a instituição de novas fontes (PAULSEN, 2007, p. 34)

Assim, segundo o artigo 8º da Lei n.º 8212 de 24 de julho de 1991, determina que as propostas orçamentárias anuais ou plurianuais da Seguridade Social serão elaboradas por comissão integrada por 3 representantes, sendo um de cada área (BRASIL, 1991). No âmbito Federal o orçamento é composto pelas receitas da União, pelas receitas das contribuições sociais e pelas receitas de outras fontes, estabelecidas por lei.

Ainda sobre as contribuições sociais, estas serão feitas pelas empresas, incidentes sobre a remuneração paga ou creditada aos segurados a seu serviço; pelos empregadores domésticos; pelos trabalhadores, incidentes sobre o seu salário-de-contribuição; pelas empresas, incidentes sobre faturamento e lucro; e pelos incidentes sobre a receita de concursos de prognósticos, segundo o parágrafo único do artigo 11 da Lei n.º 8212/1991. Ademais, a contribuição da União é constituída de recursos adicionais do orçamento fiscal.

Conclui-se, portanto, que o direito à saúde está amparado pelo texto da Carta Magna, sendo um direito social e incluído na seguridade social, o qual, para sua eficácia, será custeado pelos orçamentos destinados à seguridade social.

## 2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### 2.1 PRINCÍPIOS, OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

#### 2.1.1 Aspectos legais e princípios norteadores

O Sistema Único de Saúde foi institucionalizado de forma a efetivar a prestação dos serviços por parte do Estado, bem como garantir sua universalidade. Tanto é que, entre os princípios norteadores de suas ações, estão os princípios da universalidade e integralidade, segundo os quais o acesso aos serviços será universal, em todos os níveis de assistência, e integralidade de assistência, compreendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990), respectivamente.

Segundo o artigo 4º da Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, o Sistema Único de Saúde compreende ao “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990). Ainda, inclui nesse rol “as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive soro e hemoderivados, e de equipamentos para saúde” (BRASIL, 1990), conforme dispõe o § 1º do artigo 4º da referida lei.

Outro ponto importante a se destacar é que tanto a Constituição como a legislação infraconstitucional, ambas dispuseram a respeito da participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde. Tal participação será de caráter complementar e se dará através de contrato de direito público ou convênio. Vale ressaltar também que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos possuem preferência. Além disso, a Constituição artigo 199, §2º vedou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Ademais, a Constituição Federal elenca ainda no artigo 197 que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (BRASIL, 1988), instituindo assim o Sistema Único de Saúde - SUS. Além disso o artigo 198 da Constituição Federal e o artigo 7º da Lei 8080/1990 estabelecem as diretrizes de sua organização e os princípios que regerão as atividades do SUS, respectivamente, sendo diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Lei n.º 8080/1990 ainda determina como diretrizes do Sistema único de Saúde integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; e utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990)

Os princípios são esses elencados abaixo:

#### 2.1.1.1 Princípio da universalidade

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, compreendendo assim ao disposto no caput do artigo 196, segundo o qual a saúde é direito de todos (BRASIL, 1988). Assim os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde são de acesso universal, não havendo distinção entre pessoas em nenhuma hipótese e em todos os níveis de assistência.

### 2.1.1.2 Princípio da integralidade

O segundo princípio determinado pelo artigo 7º da Lei 8080/1990 é o princípio da integralidade de assistência, segundo o qual haverá um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Para a devida aplicação desse princípio, os desafios ainda são grandes, já que há a necessidade de humanização dos serviços e das ações realizadas pelo Sistema Único de Saúde, levando-se em conta a real necessidade de diversos grupos de pessoa.

### 2.1.1.3 Princípio da equidade

O princípio da equidade refere-se ao tratamento igualitário da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, tendo como objetivo a redução das disparidades sociais e regionais existentes no Brasil. Esse princípio possui relação direta com os conceitos de igualdade e justiça. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz o princípio da equidade se evidencia

No atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade. (FIOCRUZ, 2021)

Dessa forma, o princípio da equidade garante o acesso justo aos serviços prestados pelo sistema único de saúde.

### 2.1.1.4 Princípio da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde

Este princípio diz respeito à organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente. Dessa forma, um hospital voltado para

tratamento de doenças no coração poderá atender determinada região ou estado, já que não são todos que necessitam de tratamento especializado nessa área.

Assim, acontece a hierarquização dos níveis de complexidade, como a unidades básicas de saúde são portas de entrada do Sistema Único de Saúde, já que esses são responsáveis pelo atendimento da população sem que haja a necessidade de encaminhamento para os hospitais especializados, responsáveis pelo tratamento dos mais altos níveis de complexidade.

#### 2.1.1.5 Princípio da participação e controle social

Este princípio corresponde à possibilidade de participação da sociedade na construção de políticas públicas mais eficazes para o atendimento da população. Para isso, foram criados os conselhos de saúde, que conforme pontua a cartilha SUS Princípios e Conquistas do Distrito Federal

[...] os conselheiros de saúde formam um exército de pessoas representantes dos mais diversos setores da sociedade, atuantes na área da saúde. Há assim, o aumento e o constante aperfeiçoamento do controle e da participação social no âmbito do SUS. (DISTRITO FEDERRAL, 2000)

Assim, percebe-se que a participação social é de suma importância para o eficaz funcionamento do Sistema Único de Saúde.

#### 2.1.1.6 Princípio da descentralização da saúde

A descentralização da saúde corresponde à descentralização do poder político, bem como das responsabilidades e de recursos. Nesse sentido, há uma desconcentração de poder da União, passando a ser distribuído entre os estados e municípios de forma a efetivar as diretrizes do sistema. Ainda, a descentralização ocorre pela vertente da municipalização (DRAIBE, 1997, p. 6), já que o município é o mais adequado para tratar de saúde, uma vez que é o ente mais próximo da



população. Dito isto, o artigo 9º da Lei n.º 8080/1990 estabelece que a direção do Sistema Único de Saúde será exercida em cada esfera do governo pelo Ministério da Saúde, no âmbito da União, pelas Secretarias de Estados ou órgãos correspondentes no âmbito estadual e pelas Secretaria de Saúde ou órgão equivalente nos municípios (BRASIL, 1990).

### 2.1.2 Objetivos do Sistema único de Saúde

A priori, destaca-se que os objetivos do Sistema Único de Saúde estão presentes no texto legal infraconstitucional, dispostos no artigo 5º da Lei n.º 8080/1990, os quais correspondem:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover nos campos econômico e social a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990)

Dessa forma, assim diz o § 1º do artigo 2º da Lei n.º 8080/1990 “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.” (BRASIL, 1990). Percebe-se então que os objetivos do Sistema Único de Saúde são voltados a assegurar qualquer risco à saúde do indivíduo, portanto, exercer-se-á atividade preventiva, bem como determina o artigo 6º da referida lei, quando institui como atribuição ao SUS a vigilância sanitária, no tocante ao controle de proliferação epidemiológica (BRASIL, 1990).

Outro ponto importante a se destacar é que a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde é essencial para o combate a proliferação de doenças no país, haja vista, como o acesso a informações comprovadas cientificamente a população tende a ajudar na eficácia no sistema, bem como a tomar medidas de prevenção.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, as políticas públicas

[...] são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social. A política pública deve ser construída a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa. (FIOCRUZ, 2021)

Assim sendo, há uma interdisciplinaridade nos serviços e as ações a serem desenvolvidos pelo SUS, cabendo à União, aos estados e ao município a criação de políticas visando a universalidade do acesso.

### 2.1.3 Competências e atribuições

Dentre as atribuições ao Sistema Único de Saúde, estão inclusas a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Neste prisma, Geraldo Luchesse afirma que a “vigilância sanitária pode ser concebida como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais” (LUCHESSSE, 2006, p. 33). Ainda, cabe à vigilância sanitária

desenvolver ações estratégicas no sistema de saúde, regulação sanitária das atividades relacionadas ao ciclo produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, da esfera privada e pública. Sua dinâmica se vincula ao desenvolvimento científico e tecnológico e processos políticos que perpassam o Estado, o mercado e as sociedades no âmbito interno e internacional. (SILVA, COSTA, LUCHESSSE, 2018, p. 1953)

No tocante à regulamentação da vigilância sanitária, em 26 de janeiro de 1999 foi promulgada a Lei 9.782, que institui o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (BRASIL, 1999). Esse sistema compreende ao conjunto de ações definido pelo §1º do artigo 6º da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990 e 1999). Dessa forma, a verifica-se que vigilância sanitária possui papel fundamental na prevenção do surgimento de novas doenças, bem como suas

prováveis proliferações, sendo de suma importância para a execução das ações da vigilância epidemiológica, que segundo o artigo 6º, § 2º da Lei 8080/1990 corresponde ao

conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990)

Assim sendo, evidencia-se um gama de atividades voltadas à prevenção de doenças. Além disso a vigilância da saúde do trabalhador corresponde ao conjunto de ações voltadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos aos riscos e agravos decorrentes do trabalho (BRASIL, 1990). Dentre estas, conforme dispõe o artigo 6º, § 3º, estão a assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho; participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos à saúde existentes no processo do trabalho, bem como na normatização, fiscalização e controle de produção de substâncias tóxicas à saúde do trabalhados; avaliação do impacto das tecnologias na saúde; fiscalização do trabalho nas instituições públicas e privadas; e a a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990)

Ademais, são atribuições do SUS a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico, bem como a colaboração na proteção do meio ambiente (BRASIL, 1990). Dito isto, vale ressaltar que o saneamento básico é um direito assegurado pela Constituição Federal e instrumento crucial para condições mínimas existenciais, correspondente ao conjunto de serviços públicos, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas, conforme dispõe o artigo 3º, inciso I da Lei n.º 11.445 de 5 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007).

Além destas, também estão inclusas as ações de formulação de política de medicamentos, imunobiológicos e de sangue e seus derivados, bem como a vigilância nutricional e a orientação alimentar.

Outra atribuição importante a se destacar é o incremento, em sua área de atuação do desenvolvimento científico e tecnológico. Neste prisma, é válido ressaltar que a Declaração Universal do Direitos Humanos elenca no artigo 27º que “toda pessoa tem direito de tomar parte livremente na vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam [...]” (ONU, 1948). Fica evidente que há a proteção e garantia dos direitos humanos ao progresso científico e à saúde no sistema brasileiro.

Há também como atribuição a fiscalização e controle da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, conforme artigo 6º, inciso IX da Lei n.º 8080/1990.

Partindo desta premissa, o artigo 15 da supracitada lei estabelece atribuições comuns à União, estados e municípios, que serão exercidas no âmbito administrativo, tais quais:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. (BRASIL, 1990)

Depreende-se então com vasta atribuições ao sistema que asseguram o direito à saúde no Brasil, sendo estas hierarquizadas em ambiente nacional. Para tanto, cada ente administrativo possui competências próprias para a execução das ações.

Neste prisma, compete à União, segundo o artigo 16 da Lei n.º 8080/1990:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
  - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b) de saneamento básico; e
  - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
  - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
  - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
  - c) de vigilância epidemiológica; e
  - d) vigilância sanitária;
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (BRASIL, 1990)

Da mesma forma foram delineadas competências aos entes estaduais no artigo 17 da Lei n.º 8080/1990, sendo estas:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição; e
  - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada. (BRASIL,1990)

Ao Distrito Federal a o texto legal lhe atribuiu as competências estaduais e municipais, segundo o artigo 19 da referida Lei. A legislação dispôs 12 competências aos municípios, sendo estas:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição;
  - d) de saneamento básico; e
  - e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação. (BRASIL, 1990)

Assim sendo, fica evidente a distribuição das competências em atenção ao princípio da descentralização da saúde.

## 2.2 FINANCIAMENTO

Conforme dito no item 1.3.2, a saúde será custeada pelos recursos orçamentários da seguridade social. Para tanto, o orçamento da seguridade social destinará ao SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à

realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direita nacional (BRASIL, 1990).

Nessa ótica, e como dito anteriormente no item 1.3.2 que a lei poderá estipular outras fontes de recursos orçamentários, o artigo 32 da Lei n.º 8080/1990 considera outras fontes os recursos provenientes de:

- I - (Vetado)
- II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- III - ajuda, contribuições, doações e donativos;
- IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais. (BRASIL, 1990)

Ademais, as ações de saneamento que forem executadas pelo SUS supletivamente, serão custeadas por recursos tarifários específicos. As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico, serão co-financiadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além dos recursos de instituições de fomento e financiamento (BRASIL, 1990).

Atualmente, a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, define os percentuais de investimento financeiro da União, estados e municípios, segundo a qual os municípios e o Distrito Federal deverão aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, e aos estados o percentual mínimo de 12%, conforme artigos 6º e 7º, respectivamente da referida lei (BRASIL, 2012). Em se falando da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, segundo o artigo 5º da legislação supracitada (BRASIL, 2012).

Conclui-se que o Sistema Único de Saúde possui competências e diretrizes, bem como distribuição de recursos orçamentários e competências, distribuídas entre os entes federativos de forma garantir o direito à saúde no Brasil, mostrando-se basilar para sua efetivação. A seguir, será aprofundado o estudo dos subsistemas de atenção à saúde no Brasil.



### 3. FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA

#### 3.1 DOS SERVIÇOS E SUA HIERARQUIZAÇÃO

Faz-se necessário para a conclusão do presente estudo a avaliação da gestão do Sistema único de Saúde - SUS, que será feita no âmbito nacional, estadual e municipal.

Conforme dispõe o artigo 8º da Lei n.º 8080/1990, as ações e serviços de saúde serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990), efetivando o princípio da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Como explicitado, para que o direito à saúde seja efetivado é necessário a desconcentração das atividades desenvolvidas pelo SUS, haja vista um único ente não seria capaz de suprir todas as necessidades da população. Nesse sentido, é necessário o planejamento local para que os serviços sejam prestados de forma eficaz, tendo em vista as desigualdades no Brasil.

Para isso, as redes de atenção à saúde possuem papel essencial no funcionamento do Sistema Único de Saúde, as quais constituem-se “de um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.” (KSCHNIR, LIMA, BAPTISTA E MACHADO, 2009, p. 121). Assim, as redes tendem a desafogar as demandas de um único ente.

Ademais, as prestações dos serviços de saúde serão hierarquizadas por nível de complexidade. Para a Fundação Oswaldo Cruz, “a proposta é que casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, melhorando a eficiência e a eficácia de todo o sistema.” (FIOCRUZ, 2021). Para isso foram instituídos níveis de atenção, como primeiro foram instituídas as unidades básicas de saúde para atendimento de emergência, onde são realizadas exames e consultas de menor complexidade; o

segundo nível corresponde aos serviços das Clínicas Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, para tratamento de casos de média complexidade; e no terceiro nível se encontra os hospitais de grande porte, responsáveis pelo tratamento de casos de alta complexidade, onde serão realizados procedimentos como cirurgias. (FIOCRUZ, 2021).

Partindo dessa premissa, considerando a necessidade de um planejamento local para maior atendimento pelo SUS, a Lei n.º 8080/1990 instituiu subsistemas para a desconcentração da prestação de serviços, dentre eles instituiu o subsistema de atenção à saúde indígena.

### 3.1.1 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Segundo o artigo 19-B da Lei Federal n.º 8080/1990, o subsistema de atenção à saúde indígena funcionará em perfeita integração ao Sistema Único de Saúde. Cabe à União o financiamento desse subsistema e será promovido a articulação com os órgãos responsáveis pela política indígena no país (BRASIL, 1990)

Destaca-se também na regulamentação do referido subsistema que deverá ser observado a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, cuja abordagem deverá ser diferenciada e global (BRASIL, 1990). Assim, o subsistema de atenção à saúde indígena possui características próprias para seu funcionamento, elevando-se a importância do planejamento social.

O subsistema, assim como o SUS é descentralizado e hierarquizado, por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), unidade gestora do subsistema. Existem 34 DSEI ao longo do território nacional, distribuídos estrategicamente de forma a atender o maior número possível de indígenas, segundo o Ministério da Saúde, sendo composto por unidades básicas de saúde indígenas, polos bases e as Casas de Apoio a Saúde Indígena. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Ainda, assim dispõe o artigo 19-G, §§ 2º e 3º da Lei n.º 8080/1990:

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Assim, percebe-se que, se por superveniência o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena falhar e não conseguir atender toda a demanda, o SUS é responsável pelo apoio e substituição dos serviços se necessário, ocorrendo por meio de uma integração entre ambos.

### 3.1.2 Do subsistema de internação domiciliar

Dentre os subsistemas estabelecidos pela Lei Federal n.º 8080/1990, fora instituído também o subsistema de internação domiciliar, responsável também pelo atendimento domiciliar. Ademais, estão assegurados os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros para o cuidado integral do paciente (BRASIL, 1990).

Segundo o artigo 19-I, §§ 2º e 3º da Lei Federal n.º 8080/1990:

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (BRASIL, 1990)

Dessa forma, o atendimento e a internação domiciliar atenderão às indicações médicas, sendo realizados por equipes especializadas.

### 3.1.3 Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

Com o escopo de amparar a integridade moral da gestante, o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto foi instituído obrigando a rede própria – SUS e conveniadas a permitirem a presença, junto à parturiente, de 1 acompanhante no momento antecessor ao nascituro, durante e depois (BRASIL, 1990)

Ainda, vale destacar que a obrigação disposta no artigo 19-J da Lei Federal 8080/1990 é tão somente para o SUS e conveniadas. Todavia, esta obrigação se destina aos hospitais privados devido à Resolução da Diretoria Colegiada n.º 36 de 3 de junho de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O acompanhante deverá ser indicado pela parturiente e os hospitais ficam obrigados a fixar em local visível o aviso sobre este direito (BRASIL, 1990). Assim, nenhum médico pode recusar-se a permitir a entrada de acompanhante durante o parto, sob pena de sanção pelo diretor do hospital ou processo judicial.

### 3.1.4 Da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde

Conforme pontuado anteriormente, estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde a assistência terapêutica integral e farmacêutica. Para tanto assim está disposto na Lei Federal n.º 8080/1990:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. (BRASIL, 1990)

Isto posto, a resolução n.º 338 de 06 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde determina no artigo 1º inciso III que a assistência farmacêutica

trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Evidencia-se que a assistência farmacêutica envolve a produção científica no seu exercício. Ainda, o texto legal da Lei n.º 8080/1990 dispõe que os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases da doença ou do agravo da saúde, inclusive aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa provocadas pelo medicamento (BRASIL, 1990).

Quando ocorrer a dispensa da assistência terapêutica pela falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, esta será realizada de três formas, veja:

[...] Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (BRASIL, 1990)

Demonstra-se então a rede interligada entre todos os níveis do SUS. Noutra vértice a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, assim como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (BRASIL, 1990).

A referida Comissão será composta pela participação de 1 representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e 1 representante escolhido pelo Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1990). O relatório acerca da Comissão considerará:

- I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;
- II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (BRASIL, 1990)

Nesse sentido, assim dispõe a jurisprudência:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. REQUISITOS. VEROSSIMILHANÇA DAS ALEGAÇÕES. PERICULUM IN MORA. CONFIGURADOS. A Constituição da República consagra a saúde como direito fundamental, ao prevê-la, em seu art. 6º, como direito social. O seu art. 196, por sua vez, estabelece ser a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Dentre os serviços e benefícios prestados no âmbito da saúde, encontra-se a assistência farmacêutica. O art. 6º, inc. I, alínea 'd', da Lei n.º 8.080/90 expressamente inclui, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. A Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, portanto, é parte integrante da Política Nacional de Saúde e possui a finalidade de garantir a todos o acesso aos medicamentos necessários, seja interferindo em preços, seja fornecendo gratuitamente as drogas de acordo com as necessidades. Com efeito, infere-se das provas produzidas nos autos que:

1) o agravante é portador de Carcinoma Hepatocelular metastático (CID-10 C22.0); 2) o medicamento foi prescrito por médico vinculado ao SUS, junto ao Centro de Oncologia de Cascavel (CEONC) e 3) a não utilização do fármaco implica maior risco de progressão da doença e piora do seu estado clínico. Tais circunstâncias são, pois, suficientes para caracterizar, em uma análise perfunctória e sem prejuízo de outra conclusão após a perícia médica, a verossimilhança das razões que embasam o pedido. Convém salientar, no entanto, que não se está dispensando a realização da prova médica judicial,

apenas compartilhando do entendimento jurisprudencial de que, em ações de medicamento, em se tratando de câncer e estando, o paciente, submetido a tratamento perante CACON/UNACON, é dispensável a 'prévia' realização da perícia médica para o deferimento liminar da tutela se evidenciada a submissão aos protocolos clínicos do MS para o tratamento da doença. (Tribunal Regional Federal da 4ª Região AG – Relator: Vivian Josete Pantaleão Caminha, data do julgamento 31 de agosto de 2016)

Logo, a assistência terapêutica é contemplada nos limites da legislação concernente à oferta de tratamentos daqueles doentes desde o mais baixo nível de complexidade ao mais alto.

### 3.1.5 Da participação da comunidade na gestão do SUS

Com o intuito de promover a participação social na formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, foi promulgada a Lei Federal n.º 8142 de dezembro de 1990, que 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. Constituem instâncias colegiadas do SUS a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, segundo as quais respectivamente:

[...] A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990)

[...] O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990)

Sendo assim, “os Conselhos de Saúde consolidam o controle social, um dos fatores mais importantes para o sucesso na implantação do SUS.” (LANDERDHAL, UNFER, BRAUN, JOVITO, SKUPIEN, 2010). Por aproximar a população às atividades de gestão do estado, essas vão de encontro aos interesses da comunidade devido representatividade.

Conforme a Lei n.º 8142/1990, que dispõe também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, destaca-se:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:  
I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;  
II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;  
III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;  
IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.  
Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Fica evidente como serão distribuídos os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que fora instituído inicialmente pelo Decreto 64.867 de 24 de 1969, sendo o gestor dos recursos destinados a custear as despesas do Ministério da Saúde.

### 3.1.6 Dos serviços privados de assistência à saúde

Fora dito anteriormente que a Constituição não veda a participação das entidades privadas na assistência a saúde, dessa forma a Lei Federal nº 8080/1990 também dispõe sobre sua participação no SUS. Segundo o caput do artigo 20 da mencionada lei “os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.”



(BRASIL, 1990). Sendo assim a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, observados os princípios éticos e as normas expedidas pela direção do SUS, quanto às suas condições de funcionamento (BRASIL, 1990).

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde atuará em conjunto com a sociedade, tanto com empresas privadas como com a participação dos usuários do sistema em busca de maior eficácia da prestação de seus serviços, demonstrando-se assim ferramenta eficaz para a manutenção do direito humano à saúde no Brasil.

## CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente estudo que o direito à saúde constitui em direito social e direito humano, sendo um pilar para a construção de uma sociedade com padrão de vida com condições mínimas existenciais.

Concluiu-se também que no Brasil, o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988, tendo como princípios o acesso universal, igualitário e integral, aos serviços prestados pelo sistema, no campo teórico se mostrou como ferramenta eficaz à manutenção do direito humano à saúde no Brasil, considerando todas as suas atribuições e alcance, sendo de extrema importância para tal manutenção pois serve de amparo para a camada mais baixa da sociedade.

Além disso, concluiu-se que o Sistema Único de Saúde possui papel fundamental na democratização do acesso aos serviços de saúde, pois possui atribuições variadas no sentido de desconcentrar a atuação da União, de modo que os entes federativos mais próximos da população funcionem com maior eficácia, como por exemplo o subsistema de atenção à saúde indígena.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Bases históricas da Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 3, p. 304-311, 1986. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1986000300004&script=sci\\_artt\\_ext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1986000300004&script=sci_artt_ext)> Acesso em: 28 mar. 2021

ARAÚJO, Arakén Almeida de; DE BRITO, Ana Maria; NOVAES, Moacir. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, 2009.

BALERA, Wagner. **Sistema de Seguridade Social**. Editora Ltr: São Paulo, 2002.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Seguridade social no Brasil**. 1998. Disponível em: < <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1478> > Acesso em 01 abr.2021

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BARONGENO, Maria Cristina de Luca. **Direitos Humanos Sociais: Necessidade de posituação das regras de interpretação**. 2009.154 f. Tese – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2009.

BOBBIO, Norberto. **A era dos Direitos**. Nova Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 7ª reimpressão.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2006

\_\_\_\_\_. A quinta geração de direitos fundamentais. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 2, n. 3, p. 82-93, 30 jun. 2008. Disponível em < <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/534>> Acesso em: 28 de março de 2021

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)> Acesso em 05 de outubro de 2020.

BRASIL. **Constituição (1824) Constituição** Política do Império do Brazil. Rio de Janeiro, 1824. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm) > Acesso em: 02 abr. 2021.

BRASIL. **Constituição (1891) Constituição** da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 1891. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm) >. Acesso em 03 abr. 2021

BRASIL. **Decreto Federal n.º 64.867 de 24 de julho de 1969**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Antigos/D64867.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2064.867%2C%20DE%2024%20DE%20JULHO%20DE%201969.&text=Institui%20o%20Fundo%20Nacional%20de,Sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D64867.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2064.867%2C%20DE%2024%20DE%20JULHO%20DE%201969.&text=Institui%20o%20Fundo%20Nacional%20de,Sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs) > Acesso em: 31 mar. 2021

BRASIL. **Lei Federal n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)> Acesso em 05 de outubro de 2020.

BRASIL. **Lei Federal n.º 8.212 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8212cons.htmv](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htmv) > Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. **Lei Federal n.º 13.979 de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm)> Acesso em 05 de outubro de 2020.

BRASIL. **Lei Federal n.º 11.445 de 05 de janeiro de 2007**. Estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico; cria o Comitê Interministerial de Saneamento

Básico; altera as Leis nºs 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.666, de 21 de junho de 1993, e 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; e revoga a Lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm) > Acesso em 03 de abril de 2021.

**BRASIL. Lei Federal n.º 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#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs) > Acesso em: 29 mar. 2021.

**BRASIL. Lei Federal n.º 9.782 de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm) > Acesso em: 04 abr. 2021.

**BRASIL. Tribunal Federal da 4ª Região.** Agravo de Instrumento. Administrativo. Fornecimento de medicamento. Antecipação de tutela. Requisitos. Verossimilhança das alegações. Periculum in mora. Configurados. Relator: Vivian Josete Pantaleão Caminha, data do julgamento: 31 de agosto de 2016. Disponível em:< <https://trf4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/902601818/agravo-de-instrumento-ag-50259934920164040000-5025993-4920164040000> > Acesso em: 28 mar. 2021

CAIRUS, HF., and RIBEIRO JR., WA. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença [online].** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. História e Saúde collection. 252 p. ISBN 978-85-7541-375- 3. Available from SciELO Books. Disponível em: < <https://static.scielo.org/scielobooks/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753.pdf> > Acesso em: 29 mar 2021.

CAMPOS, Roberta de Freitas. **A cooperação internacional para o fortalecimento do direito à saúde: as estratégias da União das Nações Sul-americanas**

(UNASUL). Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito Constitucional**. 6. ed. Coimbra: Almedina, 1993

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999.

CUBA, José Venâncio. **Os direitos fundamentais de quarta dimensão/geração**. ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498, v. 13, n. 13, 2017. Disponível em <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/6157> Acesso em: 29 de março de 2021

DALLARI, S. G. **O direito à saúde**. Rev. Saúde públ., São Paulo, 22:57-63, 1988. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/1988.v22n1/57-63/pt/> Acesso em 25 mar. 2021.

DEJOURS, Christopher. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Nº 54 – Vol.14 – abril, maio, junho, 1986. Disponível em: < [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5751578/mod\\_resource/content/0/Por%20um%20novo%20conceito%20de%20saude%20DEJOURS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5751578/mod_resource/content/0/Por%20um%20novo%20conceito%20de%20saude%20DEJOURS.pdf) > Acesso em: 28.mar 2021

DESCARTES, R. **Discurso sobre o método**. Rio de Janeiro, Simões, 1952.

DRAIBE, SM. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental**. Informe Final do Projeto de Estudios de Descentralización de Servicios Sociales de la División de Desarrollo Económico de la CEPAL. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – Universidade Estadual de Campinas; 1997. Mimeo.

EXPERT COMMITTEE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Promulgada em 22 de julho de 1946. New York. Disponível em: < [www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/consti](http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/consti)

tuicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html > Acesso em: 05 de outubro de 2020.

FEE, Elizabeth; BROWN, Theodore M. The public health act of 1848. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, p. 866-867, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Atendimento**. 2021. Disponível em: < <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento> > Acesso em 02 abr. 2021

HIPOCRATES. The sacred disease. In: KING, L. B. (Org.). A History of Medicine. Middlesex: Penguin, 1971. p. 54-61.

HIPPOCRATES. **The medical Works of Hipocrates**; a new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann. Springfield, Ill. Thomas, 1950. P. 90-111.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos: uma história** / Lynn Hunt; tradução Rosaura Eichenberg – São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

KUSCHNIR, Rosana et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. **Oliveira RG, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro (RJ): EAD/Ensp**, p. 125-57, 2009. Disponível em: < <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002df d.pdf#page=125> > Acesso em: 01 abr. 2021.

LANDERDHAL, Maria Celeste et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2431-2436, 2010.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 22<sup>a</sup> Ed – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

LIMA, George Marmelstein. **Críticas à teoria das gerações (ou mesmo dimensões) dos direitos fundamentais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 173, 26 dez. 2003. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4666>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

LYRA FILHO, Roberto. **O que é direito**. Editora Brasiliense: São Paulo, 1982.

LUCCHESI, Geraldo. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. **De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 33-47, 2006.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2008.

MELLO, Leonel Itaussu Almeida. John Locke e o individualismo liberal. In: WEFFORT, Francisco C. (org). **Os clássicos da política**. 14. ed. São Paulo: Ática, 2006. v. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a doença**. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#servico-de-saude>> Acesso em: 05 de outubro de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Vol. I, Serie E, Legislação de Saúde, Brasília: 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_san\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf)> Acesso em: 24 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)**. Disponível em: <https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/dsei/> > Acesso em: 03 abr. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução n.º 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. 2008, Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)> Acesso em: 03 abr. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004**. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html#:~:text=1%C2%BA%20%2D%20Aprovar%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional,com%20base%20nos%20seguintes%20princ%C3%ADpios%3A&text=%C3%89%20a%20in](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html#:~:text=1%C2%BA%20%2D%20Aprovar%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional,com%20base%20nos%20seguintes%20princ%C3%ADpios%3A&text=%C3%89%20a%20in)>



tera%C3%A7%C3%A3o%20direta%20do,melhoria%20da%20qualidade%20de%20vida. > Acesso em, 31 mar.2021.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. **MOTA, AE et al. Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, p. 40-48, 2006.

NEMETZ, Erian Karina. **A evolução histórica dos direitos humanos**. Revistas de Ciências Jurídicas e Sociais da UNIPAR, v. 7, n. 2, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2018. Disponível em: < <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7mMzkzmyhvkJ:https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> >. Acesso em: 03 abr. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição**. 1946. Disponível em < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> >. Acesso em 01 abr. 2021

PAULSEN, Leandro. **Contribuições Custeio da Seguridade Social**. Porto Alegre. Livraria do Advogado Editora. 2007. P. 34.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 6ª ed. São Paulo: Max Limonad, 2004.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde**. 2014.

RIBEIRO, Gabriell Portilho. Locke e a propriedade como direito fundamental. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 21, n. 4788, 10 ago. 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/51151>. Acesso em: 28 mar. 2021.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Saúde em debate, v. 37, p. 139-147, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Os direitos humanos na pós-modernidade**. Oficina do CES, n. 10, 1989.

SARMENTO, George. **As gerações dos direitos humanos e os desafios da efetividade**. RIBEIRO, Mara Rejane; RIBEIRO, Getúlio. Educação em direitos humanos e diversidade: diálogos interdisciplinares.-Maceió: EDUFAL, 2012.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci_arttext&lng=pt)> Acesso em: 29 mar. 2021.

SILVA, Virgílio Afonso da. Direitos fundamentais. **Conteúdo essencial, restrições e**, 2009.

SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à Constituição**. 4<sup>o</sup> Ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

SILVA, Diego Almeida da. **Das contribuições para o custeio da seguridade social previstas na Constituição Federal: Uma análise dos seus principais aspectos**, Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-tributario/das-contribuicoes-para-o-custeio-da-seguridade-social-previstas-na-constituicao-federal-uma-analise-dos-seus-principais-aspectos/>> Acesso em: 01 abr.2021

SILVA, José Agenor Alvares da; COSTA, Ediná Alves; LUCCHESI, Geraldo. SUS 30 anos: vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1953-1961, 2018.

TAVARES, Noemia; PINHEIRO, Rafael. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. ág. 49-56, 2014.

TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. **O direito humano à saúde no direito internacional: efetivação por meio da cooperação sanitária**. São Paulo: M.A.A, 2010. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-14032011-154326/en.php>> Acesso em: 05 de outubro de 2020.

WALDMAN, Eliseu Alves. **Vigilância epidemiológica**. 1991. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.