

ENTRE TEORIAS E DOGMAS: OS ANSEIOS SANITÁRIOS POR UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

*BETWEEN THEORIES AND DOGMAS: THE YEARNINGS
TOILETS FOR A PUBLIC HEALTH SYSTEM IN BRAZIL*

*Janaina Machado Sturza*¹
UNIJUI/RS

*Maria Cristina Schneider Lucion*²
UNIJUI/RS

¹ Pós-doutoranda em Direito pelo Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Doutora em Direito pela Escola Internacional de Doutorado em Direito e Economia Tullio Ascarelli, da Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela UNISC. Graduada em Direito pela UNISC. Professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, lecionando na graduação em Direito e no Programa de Pós Graduação em Direito - Mestrado. Professora na graduação em Direito da Faculdade Dom Alberto. Experiência nas disciplinas de Direito Civil; Direito Constitucional com ênfase em Direito Agrário e Direito Sanitário; Políticas Públicas e Cidadania; Metodologia da Pesquisa Jurídica e Disciplinas Propedêuticas. Experiência em Educação à Distância - EaD. Advogada

² Possui graduação em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (2012). Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direitos Humanos. No decorrer da graduação, atuou como Conciliadora no Juizado Especial Cível da Comarca de Ijuí/RS durante quatro anos. Participou do Projeto de Extensão Cidadania Para Todos, vinculado ao Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais da Unijuí. Foi aluna bolsista do programa PIBIC/Unijui nos anos de 2010 a 2011. Possui Pós-Graduação em Direito Empresarial e Advocacia Empresarial, pela Universidade Anhangera Uniderp, concluída em março de 2014. Possui Mestrado em Direito, pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), concluído em abril de 2016

Resumo

Na década de 1980, movimentos sociais passaram a reivindicar uma saúde pública igualitária e universal no Brasil, que se opusesse ao sistema privatista de medicina até então vigente, que privilegiava métodos curativos e atendia apenas trabalhadores formalmente registrados e seus dependentes. Os anseios sociais foram ouvidos pelo constituinte de 1988 e o Sistema Único de Saúde [SUS] foi criado, sob as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação popular, sendo posteriormente regulado por legislações como a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90. Seguindo este ideário, o presente artigo tem como objetivo demonstrar, através de um estudo bibliográfico que segue o método hipotético dedutivo, que o SUS deve ser universal, tendo como fundamento políticas públicas que priorizem a redução de riscos e a promoção da saúde, a fim de que o direito social e fundamental à saúde não seja lesado e o próprio sistema possa sustentar-se frente a sua complexidade, atendendo, assim, a concepção ampliada de saúde. Logo, verificou-se que o SUS foi e é um importante avanço social em matéria sanitária, mas que o caráter promocional e preventivo do sistema ainda pode ser fortalecido. Portanto, as políticas públicas são essenciais na consolidação do direito à saúde.

Palavras-chave

Direitos Fundamentais Sociais. Direito à Saúde. Políticas Públicas. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde.

Abstract

In the 1980s, social movements began to demand an egalitarian and universal public health in Brazil, which was opposed to privatizing medicine system then in force, which privileged curative methods and served only formally registered workers and their dependents. Social expectations were heard by the Constituent Assembly of 1988 and the Health System [SUS] was created, under the guidelines of decentralization of comprehensive care and popular participation, and subsequently regulated by legislation such as Law No. 8.080 / 90 and Law No 8.142 / 90. Following this ideology, this article aims to demonstrate, through a bibliographic study that follows the hypothetical deductive method, the SUS should be universal, and is based upon public policies that prioritize risk reduction and health promotion in order that the social and fundamental right to health is not damaged and the system itself can support up front its complexity, meeting thus the expanded concept of health. Thus, it was found that the NHS was and is an important social advance in health, but the promotional and preventive system can be further strengthened. Therefore, public policies are essential in the consolidation of the right to health.

Keywords

Social Fundamental Rights. Right to Health. Public Policy. Public Health. Health Unic System.

INTRODUÇÃO

Atendendo aos anseios sociais potencializados pelos movimentos sociais, o constituinte de 1988 elevou a saúde a um direito fundamental e social de destaque, previsto de maneira sistemática em diversas oportunidades na CF/1988. Da forma como posicionado, o direito à saúde tem de ser garantido por todas as esferas de governo de forma conjunta e à população brasileira, com competências distintas entre a União, Estados e municípios, formando-se um grande sistema público de saúde consolidado do ponto de vista constitucional.

A CF de 1988 também prescreveu a necessidade de criação de legislações infraconstitucionais para a organização do SUS, que estabelecessem condições específicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de normas que determinassem como se daria a pretendida participação popular no sistema, nos termos constitucionais. Desse modo, vindo para somar pontos na efetivação do direito à saúde, foram promulgadas as leis nº 8.080/90 e 8.142/90, as quais, juntamente com a CF, formam principal base jurídica do direito à saúde no Brasil – sem prejuízo de normas posteriores que contribuíram para a instalação do SUS desde a sua criação.

Importante salientar que a Constituição da República, além de prever a necessidade de legislações sanitárias específicas, também determinou as diretrizes fundamentais do sistema, a partir das quais todas as normas infraconstitucionais deveriam ser (e foram) pensadas. Consolidavam-se, então, as diretrizes constitucionais da descentralização, do atendimento integral, e da participação da comunidade como um norte para a ser seguido pelo SUS, com vistas a orientar e efetivar todo o sistema de maneira racionalmente possível, sem deixar de ser um grande desafio político.

Mesmo com a completude da CF de 1988, que previu e o sistema público e estabeleceu suas diretrizes; a vastidão da lei nº 8.080/90, também chamada de Lei Orgânica do SUS e que define a saúde como um direito fundamental do ser humano, estabelecendo condições legais para o seu exercício; e as possibilidades de controle e democratização do sistema proporcionadas pela lei nº 8.142/90; ainda assim, o direito à saúde não se concretiza integralmente. Isto porque, muito além de disposições legais, o direito à saúde necessita de ações específicas por parte do Estado para a sua efetivação, ações estas materializadas por meio de políticas públicas sanitárias.

As políticas públicas refletem as escolhas e ações estatais, são cíclicas, temporárias e atuam de acordo com as necessidades específicas de cada região ou grupo de pessoas. Se traduzem na maneira mais adequada para assegurar o direito à saúde, uma vez que, é possível que a base jurídica do sistema seja a mesma para todo o território nacional, no entanto, as necessidades sanitárias variam de acordo com cada região do país, tornando-se necessário que se pense e coloque em prática políticas públicas de maneira particular.

Desse modo, necessário que se compreenda a lógica de funcionamento do SUS e como ele deve ser executado para desempenhar o compromisso ousado que é assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma compatível, equânime e integral, e de acordo com as suas bases jurídicas.

OS PILARES JURÍDICOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E AS LEIS 8.080/90 E 8.142/90

O sistema de saúde pública brasileiro sofreu diversas mutações no decorrer da sua história, acompanhando as mudanças sociais, econômicas e políticas da sociedade. O que se conclui a partir de tais mudanças é que a constitucionalização do direito à saúde em 1988 significou uma transformação até então inimaginável no que se refere a políticas públicas sanitárias, especialmente sob a ótica do dever do Estado em prestar esse direito.

Antes da CF de 1988 o direito à saúde sequer ocupava um espaço de relevância no texto constitucional, quanto menos legal, que impusesse ao Estado o dever de prestar assistência à toda a população, já que somente os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes tinham acesso ao sistema público (FIGUEIREDO, 2007). Desse modo, a concepção do direito à saúde passou de uma ótica individualista e restritiva, com a exclusão de boa parte da população do sistema vigente, para uma atuação decisiva na busca pelo atendimento participativo e integral, quebrando o paradigma dos excluídos e incluídos economicamente.

Em outras palavras, o processo constituinte tornou-se um espaço de constante negociação apoiado pela organização social concretizada pelo Movimento Sanitário na década de 1980, passando-se a defender que o direito à saúde deveria ser democratizado, participativo, universal e público, em uma forte contestação ao sistema de saúde vigente (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Com esses insumos o cenário de saúde mudou, muito fomentado pela insatisfação popular e por movimentos sociais que trabalharam para a efetivação de uma democracia sanitária, o que só foi possível por meio da atuação de diversos profissionais ligados à área da saúde, universidades, políticos e conferências – fatores que contribuíram para a elevação da saúde ao status de direito social e

fundamental disposto na CF e normatizado pelas legislações específicas.

Resultado disso é que em vários momentos a atual Carta Magna brasileira elenca e dá lugar de destaque ao direito à saúde, como por exemplo no artigo 6^o³, quando o define como um direito social; no artigo 196⁴, que determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e que deve ser garantido mediante políticas públicas de acesso igualitário e universal, visando a promoção, proteção e recuperação; bem como no artigo 197⁵, que determina que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, devendo o Poder Público ser responsabilizado por sua prestação, regulamentação, fiscalização e controle, diretamente ou através de terceiros.

O caput e incisos do artigo 198 da CF⁶, por sua vez, apresentam as diretrizes do SUS, a partir das quais todo o sistema deve

³ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

⁴ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁵ Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

⁶ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

ser organizado: a descentralização do sistema, o atendimento integral com foco para as atividades preventivas e a participação da comunidade. Desse modo, o mencionado artigo “dá a luz ao SUS” (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003, p. 57), tornando a rede pública de saúde uma única base regulada pela hierarquia e regionalização.

Todos esses elementos jamais haviam sido presenciados de forma tão ampla nas constituições ou leis infraconstitucionais brasileiras, o que impulsionou um evidente avanço social, tendo em vista que trouxeram, como ponto positivo, o direito à saúde na condição de um direito socialmente estabelecido, pois “hoje qualquer indivíduo percebe a saúde enquanto um direito seu; a questão tornou-se objeto de tematização” (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 114).

Tendo em vista essas premissas, a CF/88 foi totalmente organizada de maneira sistemática e lógica para racionalizar as possibilidades de efetivação do direito à saúde de acordo com as suas diretrizes, tanto quando prevê o dever do Estado em curar, como quando determina que sejam realizadas ações preventivas e promocionais no setor sanitário. Assim, “o sistema atua como redutor de complexidade no próprio Direito” (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003, p. 55) a medida em que organiza as normas constitucionais e legais de maneira lógica para que sejam possíveis e realizáveis, mediante a criação de leis e políticas públicas emanadas do texto constitucional.

Diante da mudança da realidade sanitária e levando em conta que atualmente a saúde é um direito reconhecido subjetivamente pela população⁷, “pode-se compreender a grande evolução repre-

⁷ O reconhecimento subjetivo do direito à saúde é notável a partir do momento em que não se discute mais a titularidade do direito, uma vez que a titularidade de tal direito está impregnada na sociedade, o que traduz um grande avanço. Desse modo, para os mais jovens muitas vezes sequer é

sentada pela criação do SUS entre as políticas sociais instituídas pela CF de 1988” (FIGUEIREDO, 2007, p. 96). Ao Estado cabe agora ser eficiente em matéria de saúde para evitar agravos e promover a saúde, uma vez que

atualmente a humanidade não hesita em afirmar – ainda que o matizando – que a saúde é um direito humano e que, como os demais direitos humanos, exige o envolvimento do Estado, ora para preservar as liberdades fundamentais, principalmente por meio da eficiente atuação do Poder Judiciário, ora para eliminar progressivamente as desigualdades, especialmente planejando e implementando políticas públicas. Trata-se, então, da reivindicação do direito à saúde (DALLARI, 2010, p. 09).

A partir da ressignificação do direito à saúde no país, tornou-se imprescindível a remodelação da legislação sanitária a fim de abarcar a nova ordem constitucional, sendo que toda e qualquer legislação editada anteriormente precisou adequar-se ao novo paradigma constitucional (ROCHA, 1999), sob pena de não ser recepcionada, dada a mudança da postura estatal no que se refere a saúde. Além disso, as legislações criadas para a instituição da nova forma de se pensar a saúde no Brasil foram necessárias no cumprimento das disposições do artigo 200⁸ da CF, o qual instituiu as

possível imaginar que um dia a saúde não foi, um dia, garantido à todas as pessoas.

⁸ Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

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

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

competências do SUS, dentre as quais citam-se executar ações de vigilância sanitária, ordenar os recursos e participar na política de saneamento básico.

Isso significa que somente as disposições constitucionais não são suficientes para implantar o novo sistema de saúde pretendido, uma vez que necessária a regulação da matéria por legislação própria por ser o direito à saúde de natureza complexa. Essa necessidade é reconhecida na CF quando define expressamente que as atribuições do SUS devem ser detalhadas mediante legislação específica⁹, e também porque “verificam-se vários efeitos decorrentes diretamente do direito social à saúde elencado constitucionalmente, dentre os quais destacam-se a obrigação de legislar a fim de densificar os comando constitucionais e construir uma política pública de saúde” (LEITE, 2014, p. 117).

Desse modo, a fim de proporcionar diretrizes norteadoras e contar com uma legislação infraconstitucional, a CF atribuiu a competência sanitária tanto aos estados, municípios, distrito federal como a União, deixando a esta o encargo de estabelecer as diretrizes gerais do sistema de saúde para todo o país, mas as peculiaridades regionais ou locais passaram a ser responsabilidade dos Estados, distrito federal e dos municípios, pois “o que deve ser levado em conta é a predominância do interesse, não a sua exclusividade” (ROCHA, 1999, 42). Essa é a obediência do critério de descentralização, estabelecido expressamente no art. 198, inciso I, da CF, e determinado em legislação específica, razão pela qual

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

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho

⁹ Conforme art. 200 da CF/88.

a conclusão inevitável do exame da atribuição de competência em matéria sanitária é que a Constituição Federal vigente não isentou qualquer esfera de poder política da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde. Assim, a saúde – “o dever do Estado” (art. 196) – é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (DALLARI, 1995, p. 42).

Nesse sentido, a descentralização das decisões relacionadas a saúde foi realizada por meio “da descentralização de competências e receitas tributárias para estados e municípios. Na saúde, houve clara opção preferencial pela municipalização” (BRASIL, 2011, p. 16), tendo em vista que os problemas sanitários muitas vezes tem peculiaridades locais ou regionais que necessitam ser enfrentados mais de perto pelos entes públicos.

Frente ao novo contexto sanitário brasileiro, fez-se necessária a criação de novas normas infraconstitucionais para a regulação e adequação da matéria, com vistas a proteção do direito à saúde e a criação de uma nova política nacional na área sanitária. O desafio era (e ainda é) tornar realidade os ideários constitucionais dispostos, especialmente os princípios basilares do recente SUS, observando os critérios de descentralização da temática e a competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo que

no âmbito da legislação concorrente, a competência da União deve ser de estabelecer normas gerais. É o que acontece com a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – patamar mínimo que deve ser exigido em todo território nacional (ROCHA, 1999, p. 40).

Ou seja, ficou a cargo da União a formulação das diretrizes gerais a serem editadas por meio de lei específica – a Lei 8.080/90 –, diretrizes estas que devem ser seguidas em todo o país, assim como definir os princípios do novo sistema de saúde sem esgotar a matéria, sendo que os estados e municípios devem cuidar das peculiaridades regionais ou locais. Desse modo, de maneira hierarquizada e decrescente, “a União concederá a matéria – prima para que as peculiaridades locais, até então esquecidas em anteriores Constituições, não soçobrem ante a uma generalização simétrica e claustrofóbica da lei” (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003, p. 56), organizando-se a estruturação do sistema de saúde.

Sublinhe-se que a legislação federal é propositadamente incompleta, pois suas normas gerais não são exaustivas (ROCHA, 1990), eis que permitem uma boa margem de atuação aos estados e municípios. Toda essa organização legislativa voltou-se para a sistemática proposta na constituinte de quebrar paradigmas e instaurar a universalidade e igualdade de acesso, com resultados impressionantes, sendo possível considerar que

o mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde entre os incluídos e os não-incluídos economicamente com a implantação do princípio da universalidade, que pôs fim à figura iníqua dos indigentes sanitários (não-previdenciários), promovendo a integração do Inamps ao sistema público de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com a concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2009, p. 21).

À vista disso, ao menos do ponto de vista da letra formal da lei, o sistema de saúde tornou-se mais justo, fazendo do acesso a saúde um importante elemento de inclusão social. Isto porque, com o SUS e a legislação infraconstitucional até então inédita, favoreceu-se o ambiente adequado para a efetivação do processo de pla-

nejamento como um importante instrumento para a eficiência da gestão descentralizada do sistema (BRASIL, 2009).

No entanto, é inevitável que o processo de instauração e estruturação do SUS seja gradual, uma vez que necessária a construção continuada da nova lógica sanitária, uma vez que “quanto maior a generalização maior a complexidade” (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003, p. 57). Desse modo, dadas as novas pretensões democráticas do direito à saúde, notório, também, que seja necessário o emprego de tempo para a sua concretização.

Como dito, para a implantação do SUS, o constituinte determinou a criação de leis infraconstitucionais específicas que regulem a matéria e que constituam as bases legais do SUS, o que instituiu resultados significativos no processo social de permanente construção que é o direito sanitário. A partir da criação das referidas leis, o processo de implantação do sistema de saúde foi efetivamente iniciado, tendo inclusive Normas Operacionais Básicas emitidas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que gradativamente transferiram competências para os municípios, reorganizaram a gestão do sistema e a sua extinção, além de Normas Operacionais Básicas emitidas pelo Ministério da Saúde e diversas outras portarias¹⁰.

Tais normas periódicas gradativamente avaliam e implementam o SUS, são estudadas e definem diretrizes a serem seguidas em conjunto com diversas instituições, motivo pelo qual

¹⁰ Dentre tais providências, salientam-se as Normas Operacionais editadas pelo Inamps – resolução 258, de 07 de janeiro de 1991 e portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992 -; Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; Portaria GM/MS nº 2.203, de 05 de novembro de 2006; Portaria/GM nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997; Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2011)

apesar de formalizadas por intermédio de portarias ministeriais, o conteúdo das NOBs é definido de maneira compartilhada entre o Ministério da Saúde e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – COONASS – e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Consistem as NOBs em instrumentos para a fixação de estratégias e ações que reorientam a operacionalidade do SUS, a partir de avaliações periódicas acerca da implementação e do desempenho do próprio sistema (FIGUEIREDO, 2007, p. 97).

Nesse sentido, importa dizer que, além das já mencionadas normas operacionais editadas aos longo dos anos, entre as principais legislações de saúde brasileiras destacam-se as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Tais legislações, atuando em conjunto com a CF, formam as atuais bases jurídicas do direito sanitário brasileiro.

A Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, é composta de cinquenta e cinco artigos, e regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente¹¹. Essa norma é basilar para o sistema, pois regula desde o SUS (título II), os serviços privados de assistência à saúde (título III), os recursos humanos (título IV), até o financiamento do sistema (título V).

No compasso da CF, o segundo artigo da referida lei preceitua que a saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos, e que é dever do Estado estabelecer condições para o seu pleno exercício. Desse modo, a lei reconheceu que como direito

¹¹ Art. 1º da Lei 8.080/90: esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

fundamental, sua abrangência deve ser universal (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003), entretanto, prescreve que o dever estatal de prover a saúde não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, nos exatos termos do parágrafo segundo do mencionado dispositivo.

A referida norma também determina que a saúde não caminha sozinha e tem como fatores determinantes, por exemplo, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Em síntese, “a Lei nº 8.080/90 adota o conceito normativo de saúde como completo bem-estar do ser humano” (ROCHA, 1999, p. 64), em notória consonância com as disposições internacionais já referidas no capítulo anterior acerca da matéria.

Nesse interim, determina-se também que as ações e serviços de saúde, prestados pelas três esferas públicas (federal, estadual e municipal), tanto da administração direta quanto indireta e fundações, constituem o SUS, sendo a participação da iniciativa privada complementar ao sistema¹². Nesse contexto inserem-se ao sistema, também, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medica-

¹² Art. 4º da Lei nº 8.080/90: O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

mentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

No art. 5º da Lei 8.080/90, são elencados como sendo os objetivos do SUS: a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, como mais um elemento de democratização do sistema; b) formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir a saúde de forma universal e igualitária; c) 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, demonstrando que a lei também se preocupa em prevenir os agravos, e não somente em ameniza-los com métodos curativos.

Importa dizer, ainda, que em seu título II, a Lei nº 8.080/90 dedica espaço para a previsão dos princípios do SUS (Capítulo II, art. 7º), temática que será abordada no tópico seguinte; a organização, gestão e direção do sistema (capítulo III, a partir do art. 8º); a competência e atribuições dos organismos político-administrativo (capítulo IV), dos subsistema de atendimento a saúde indígena, domiciliar, e ao parto (capítulos V, VI e VII), além da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde (capítulo VIII).

Ato contínuo, a também conhecida como lei orgânica do SUS define a participação dos serviços privados de assistência de saúde e os recursos humanos (títulos III e IV), deixando para o final, mas não menos importante, a previsão acerca do financiamento do sistema (título V, a partir do art. 31).

No que se refere ao financiamento do SUS, o art. 36 estabelece o processo de planejamento e orçamento, que deverá ser ascendente do nível local até federal, ouvidos os órgãos deliberativos e de acordo com as necessidades da política de saúde e a disponibi-

lidade de recursos¹³. A observância dessas diretrizes define o bom funcionamento do sistema, pois “o cumprimento dessa orientação legal é um desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e as necessidades próprias de cada município, estado e região do país” (BRASIL, 2009, p. 75).

A Lei nº 8.142, por sua vez, promulgada em 28 de setembro de 1990, também é uma fonte importante de afirmação e construção do SUS, e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A referida lei possui um total de sete artigos, os quais visam, sobretudo, criar e afirmar normas acerca da participação da comunidade no sistema de saúde, além de prever as condições de financiamento do Fundo Nacional de Financiamento.

Como um importante instrumento de concretude dos ideais de participação da comunidade no SUS, a Lei 8.142/90 normatiza as bases sobre as quais se devem fixar o sistema participativo, quais sejam, as instâncias colegiadas representadas pelas Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. Esse é o disposto no artigo primeiro¹⁴, o qual prescreve que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Segundo disposto na lei 8.142/90, a Conferência de Saúde deve reunir-se a cada quatro anos com a representação de vários

¹³ Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União

¹⁴ Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

segmentos da sociedade, a fim de avaliar a situação da saúde e propor as linhas gerais para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Já o Conselho de Saúde, que tem caráter permanente e deliberativo, é um órgão delegado formado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A partir da criação de mecanismos de participação popular no sistema de saúde, denota-se o esforço legislativo em cumprir a diretriz constitucional de participação da comunidade, uma vez que

no setor saúde o incentivo de um controle social efetivo que se materializa através dos conselhos municipais, estaduais e nacional, e das conferências de saúde, em todos estes níveis, tem se mostrado como fundamental para a participação da sociedade. Os avanços na municipalização, descentralização da gestão do sistema e financiamento do SUS registrando 99% dos municípios em gestão plena da atenção básica ou plena do sistema municipal permitem que 70% dos recursos sejam repassados fundo a fundo (BRASIL, 2002).

Dadas as previsões específicas e detalhadas acerca da participação popular na formação e andamento do sistema, a lei 8.142/90 se torna um importante passo na democratização dos serviços de saúde, a medida em que estabelece critérios claros e objetivos de participação comunitária no sistema, composto por vários segmentos sociais. Como dito, tais critérios induzem a criação de instrumentos de formação e sustentação do sistema, uma vez que impõem, entre outros, normas sobre a participação da co-

munidade na gestão do SUS “atuando como catalizadores da participação e gestão democrática do sistema” (FIGUEIREDO, 2007, p. 98).

Com base nesse arcabouço legislativo, notório que as instituições com características da democracia sanitária no Brasil são a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde (DALLARI, 1988). Desse modo, a participação social por meio desses entes representa

um elemento estruturante nas políticas sociais no período pós-constituente e sua análise oferece elementos relevantes acerca do debate atual sobre políticas públicas, tanto no que se refere à sua institucionalização, execução, ou como estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais. Além da criação dos conselhos de políticas sociais, proliferam hoje no país outras formas de participação social na prestação de serviços e na gestão do social como resultado do fortalecimento de um movimento iniciado nos anos oitenta (COSTA; VIEIRA, 2012, p. 21-22).

Isso posto, nota-se que a CF/88 e a legislação infra-constitucional atinente ao sistema de saúde no Brasil são completas do ponto de vista formal, além de condizentes com os reclames da população à época de sua edição, pois preveem desde a organização do sistema, seu financiamento, princípios, até a participação popular por meio dos conselhos. Assim sendo, não é por acaso que a legislação sanitária brasileira é tida como referência mundial na matéria, ao menos no requisito da letra pura da lei, já que a sua efetividade é um processo de participação nem sempre retilíneo em relação aos avanços esperados, e dependente das decisões e atitudes das instituições e de uma sociedade ativa e atuante.

TEMAS CENTRAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUS: AS DIRETRIZES CONSTITUCIONAIS E A UNIVERSALIZAÇÃO DO SISTEMA

Como visto, o SUS brasileiro possui suas bases jurídicas firmemente alicerçadas no texto constitucional de 1988 e também na legislação infraconstitucional, aqui abordadas mais detalhadamente as leis nº 8.080/90 e 8.142/90. A partir de tais fundamentos, necessário compreender, ainda que de maneira breve, as diretrizes que regem o SUS, a fim de elucidar o sentido da norma e do novo sistema de saúde pública.

Por meio dos movimentos sociais envolvidos na renovação do direito sanitário brasileiro, consagraram-se diretrizes e princípios que foram incluídos na constituinte de 1988 e nas normas infraconstitucionais formadoras do SUS, como instrumento de garantia de que o sistema de saúde fosse formado de acordo com a vontade popular da época. Desse modo, muitos dos princípios e diretrizes atualmente constantes na legislação sanitária brasileira foram definidos durante o Movimento Sanitário, o qual teve como marco importante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986.

As três diretrizes do SUS estão claramente dispostas no já mencionado art. 198 da CF, e são as seguintes: a descentralização do sistema, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade, que ocorre por meio dos conselhos de saúde. Assim sendo, todo o sistema público de saúde deverá orientar-se pelos três indicativos ora dispostos, a fim de formar e concretizar o ideário proposto pelos sanitaristas na constituinte formando uma única rede, razão pela qual

a construção do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, é espaço para a discussão de uma rede composta por serviços públicos nos diversos níveis de complexidade de atenção, com a complementariedade do setor privado. A rede de atenção do SUS é complexa, formada por serviços estatais e privados, filantrópicos ou lucrativos (RIGHI, 2002, p. 122).

Além das diretrizes constitucionais formadoras do sistema, a legislação vigente, por sua vez, também elenca os princípios do SUS, os quais sempre devem ser observados no momento da execução das diretrizes constitucionais, os quais estão elencados no art. 7º da lei orgânica do SUS, sendo compreendidos por um total oito princípios¹⁵. Desse modo, segundo disposto na legislação pertinen-

¹⁵ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

te, são princípios do SUS, dentre outros, a universalidade de acesso, a integralidade de assistência com serviços preventivos e curativos, igualdade de assistência à saúde, a participação da comunidade, e a descentralização político-administrativa.

Há que se referir que os princípios e diretrizes do SUS não precisam ser analisados isoladamente, uma vez que juntos formam um ciclo de políticas a serem seguidas e que são complementares entre si. Para fins da presente pesquisa, far-se-á uma breve abordagem acerca das três diretrizes constitucionais do SUS e do princípio da universalidade do sistema, para fins de compreender que o SUS é, na verdade, uma macro política pública formada por diversos elementos constituídos por micro políticas públicas, as quais devem obedecer as diretrizes constitucionais ao mesmo tempo em que o acesso a elas deve ocorrer de maneira universal.

Nesse sentido, no que se refere a diretriz constitucional de descentralização dos serviços de saúde (art. 198, inciso I, da CF), compreende-se que é o instrumento adequado “para a redistribuição mais eficiente dos orçamentos públicos, e possui objetivos idênticos aos da redemocratização do Estado e da promoção de justiça social, através de políticas públicas sociais eficientes” (NUNES; STURZA, 2011, p. 88). Sendo sinônimo de redemocratização, é possível afirmar que a inclusão desta diretriz política foi uma resposta a conduta anteriormente centralizadora que levou o direito à saúde a assumir um papel de amplo debate com diversas vitórias.

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - 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;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos

Significa dizer que a formação da nova concepção de saúde por meio da descentralização foi uma forma de resistência ao sistema militar ditatorial, uma vez que

o processo constituinte conformou-se em um espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento de reforma sanitária. O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação na comunidade (BRASIL, 2011, p. 16).

Imperioso destacar que a diretriz constitucional da descentralização dos serviços de saúde compreende a proposta do Movimento Sanitário em descentralizar a instituição enquanto desconcentração efetiva de poder político (LUZ, 1994), concedendo um caráter democrático aos serviços de assistência à saúde. Desse modo, a partir da compreensão da saúde como um direito de acesso universal, a descentralização “levaria ao fato de que os próprios cidadãos passariam a exercer o controle social, a participação efetiva na direção dos serviços de saúde e a implementação das ações de saúde” (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 309).

Repisa-se que a descentralização proposta, apesar de não ser um anseio tão recente da sociedade, significou uma inovação radical no sistema de saúde privatista vigente, eis que se posicionou na contramão do modelo econômico da época (GERSCHMAN; VIANA, 2005). Assim sendo, a descentralização do sistema de saúde visou esclarecer a percepção da sociedade acerca das políticas e rumos do SUS, democratizando e modificando a política abordada

com diversas transformações no olhar da saúde, tendo como destaque a desconcentração efetiva do poder político e decisório.

Como consequência disso, a percepção social da necessidade de transparência na gestão da saúde pública deve se tornar uma constante, assim como a necessidade de transferência de responsabilidade e poder de decisão aos estados, municípios e distritos, contrariando, portanto, a tendência centralizadora (LUZ, 1991). Desse modo, a descentralização se torna mais do que uma diretriz constitucional do sistema público de saúde, mas também se constitui em um grande desafio político.

O desafio político da descentralização é uma constante construção e reconstrução de valores e políticas sanitárias que nunca caminham sozinhas. Aliada a descentralização, por exemplo, podemos citar a hierarquização do sistema de saúde, que é um “termo técnico do setor sanitário que significa a divisão em níveis de complexidade crescente, implica que o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer dos níveis mais simples até os mais complexos” (FIGUEIREDO, 2007, p. 99), com ressalvas para situações de emergência.

No que tange a hierarquização do sistema, impende destacar que o SUS assumiu uma característica de cuidados médicos diferentes daquela dispensada pelos grandes hospitais e clínicas privadas, na tentativa de ressignificar a atenção dada à saúde mediante a observância dos princípios do SUS. Ou seja, a hierarquização do sistema é uma tentativa de implantar prioridades no atendimento por meio de atendimentos inicialmente generalistas e de atenção básica, em contraposição a tendência da medicina em valorizar a sofisticação e especialização técnica, já que

a hierarquização dos cuidados médicos dispensados pelos grandes hospitais, altamente especializados, tem duas significações institucionais que convém distinguir. A primeira é relativa ao estabelecimento

da prioridade aos atos médicos generalistas, levando-se em consideração as necessidades mais imediatas de atenção médica da maioria absoluta da população. Essa orientação se opõe à tendência historicamente dominante na medicina científica moderna, que privilegia a sofisticação técnica desde o início da intervenção médica, que se toma altamente especializada e voltada para a novidade (ou a raridade) das patologias, em detrimento das doenças banais da população, dos doentes como seres humanos que sofrem e dos tipos de patologia mais comuns (LUZ, 1991, p. 92).

A partir desses antecedentes, o SUS foi totalmente pensado para efetivamente se tornar realidade, funcionar adequadamente e na forma de uma engrenagem, já que a atenção básica preconizada na hierarquização dispensa grandes investimentos, ao mesmo tempo em que se constitui na necessidade mais recorrente da população. Assim sendo, o sistema visa atender primeiramente as necessidades básicas por meio da hierarquização dos serviços de saúde, solucionando gradativamente as carências das pessoas de acordo com os seus agravos, de maneira equitativa e sistêmica (LUZ, 1991).

A diretriz constitucional do atendimento integral (art. 198, inciso II da CF), por conseguinte, também está interligada com o critério da hierarquização acima exposto, eis que visa a atuação das ações e serviços de maneira integrada e conjunta, pois “trata-se da articulação/integração/simultaneidade das ações e dos serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde” (PAULO, ARTUS & BALBINOT apud FIGUEIREDO, 2007, p. 99).

Como o próprio nome revela, o atendimento integral envolve não somente o tratamento de doenças, mas uma gama de serviços que visam tanto a prevenção de doenças como a promoção da saúde. Evidentemente que “a ideia de cuidado integrado em

saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente” (MACHADO *et al*; 2007, p. 338). Ou seja, o usuário que necessitar de atenção à saúde, seja para proteção, promoção ou recuperação, tem direito de recebê-lo em sua plenitude pelo SUS. Isso inclui os casos que necessitem de um conjunto contínuo de ações em vários níveis de complexidade, que serão fornecidos em observância a diretriz do atendimento integral e de acordo com o critério da hierarquização.

A terceira e última diretriz constitucional é a participação da comunidade (art. 198, inciso III da CF) e está arquitetada na já mencionada Lei 8.142/90, a qual prevê sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Salienta-se que “embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos, e, por muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos” (ROLIM; CALLOU; SAMPAIO, 2013, p. 143).

Através de órgãos colegiados de caráter consultivo, o sistema deve ser constantemente avaliado por meio do controle social, e se constitui no mais importante meio de participação ampla da população (FIGUEIREDO, 2007). A participação da comunidade no SUS se constitui em uma forma de controle social, onde se pretende assegurar que os gestores públicos atuem com excelência na criação e implementação de políticas públicas sanitárias, assumindo um sentido de vigilância e de compromisso com o bem público (ROLIM; CALLOU; SAMPAIO, 2013).

Imperioso considerar que as diretrizes constitucionais ora trabalhadas devem ser concretizadas mediante o atendimento universal da população, perfectibilizado pelo princípio da universalidade, disposto no art. 7º, inciso I, da Lei 8.080/90. Tal princípio, também denominado de princípio da universalização, ganha desta-

que nas inovações propostas pelo SUS, uma vez que determina que o sistema deve abranger a todos de maneira igualitária.

Significa dizer que, além de cumprir os critérios estabelecidos pelas diretrizes constitucionais, é imprescindível observar o que determina o princípio da universalidade, o qual tornou o SUS legalmente acessível por todas as pessoas. Por ampliar significativamente o papel do Estado no atendimento à saúde, tal princípio se constitui em um dos princípios concretizadores da ampliação do acesso à saúde, que era restrita aos contribuintes previdenciários (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Pelo princípio da universalidade compreende-se que o Estado deverá garantir a prestação de serviços de saúde observando as diretrizes constitucionais da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade a todos os cidadãos brasileiros. Portanto, as políticas públicas de saúde promovidas pelos estados, municípios e pela União não poderão ser discriminatórias, pois o SUS agora dá a

garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990, p. 04).

Isso posto, notório que o SUS conduz ao esforço estatal de formar uma rede universal de atendimento, livre de quaisquer preconceitos ou barreiras sociais, ao mesmo tempo em que “paralelamente, adota-se um conceito ampliado de saúde, onde esta resulta de um conjunto de condições sociais como trabalho, moradia etc., e

não só da ausência de doenças” (LOBATO, 2012, p. 73). Isto porque as diretrizes do SUS da maneira como postas conduzem a um estímulo no sentido de que o sistema consagre e torne efetivo o princípio da universalidade, o que implica em garantir à todos o acesso a bens e serviços que garantam saúde e bem-estar, de forma integral e equitativa.

Imperioso ressaltar que há críticas quanto a efetividade da universalização realizada a partir do advento do SUS, a medida em que o novo sistema de saúde teria se mantido excludente ao incluir a camada da população mais necessitada e excluir aqueles com maior poder econômico, conduzindo-os para os meios privados de assistência. Ou seja, a universalização pode ser

caracterizada como excludente na medida em que a absorção de camadas populares não previdenciárias foi acompanhada por mecanismos de racionamento dos gastos que expulsaram do sistema segmentos sociais mais favorecidos em direção ao setor privado, ou seja, a universalização efetivou o direito social a saúde, segundo Favaret (1990), por torna-lo apto a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 183).

Nesse sentido, um desafio colocado ao SUS diz respeito à dicotomia universalização e focalização: corre-se o risco do sistema possuir uma dimensão que o reduz a assistência de saúde para pessoas pobres, excluindo as pessoas em melhores condições econômicas. Assim, uma vez que o SUS tem se estruturado para responder às demandas universais dos setores mais pobres da população e às demandas setorializadas, especialmente dos serviços de maiores custos, da população integrada economicamente, o sistema corre o risco de ser segregado.

A segmentação dos sistemas de saúde muitas vezes é justificada como algo necessário, pois os que podem pagar pelos serviços utilizariam o sistema privado, e assim sobriariam recursos públicos para o atendimento aos que não têm como pagar (BRASIL, 2006). No entanto, dados empíricos demonstram o contrário, podendo ocasionar um efeito perverso: políticas públicas para os pobres, tornando-se políticas pobres (SILVA; LESSA, s.d.).

Dadas essas breves considerações, tem-se que o SUS foi pensado e criado com a perspectiva de que as diretrizes elencadas sejam observadas em todas as etapas de sua implementação. Fazendo com que a saúde no Brasil se preocupe, em especial, com os cuidados primários e a atenção básica, o que difere muito da alternativa privatista de saúde. Assim, aliadas ao princípio da universalidade, as diretrizes do SUS se tornam parte integrante do sistema, e referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Imperioso ter em mente que o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema nacional de políticas públicas que significa um conjunto de ações e serviços que interagem entre si para um fim comum, de responsabilidade comum da união, estados, distrito federal e municípios. Assim sendo, não é por acaso que o para instituir o SUS foi preciso repensar todo o sistema de saúde brasileiro para obter o maior alcance possível, razão pela qual é possível afirmar que o SUS é uma proposta racionalizadora e também política (SCLYAR, 2007), pois quebrou paradigmas e ainda pretende mudar a forma de pensar o direito à saúde.

Inegável que em um país de dimensões continentais como o Brasil, instituir um sistema de saúde universal e igualitário, com atendimento integral, descentralizado, participativo e com acesso irrestrito, é um processo de permanente construção de pontes entre o acesso aos bens de saúde e as diretrizes postas na CF. Desse modo, é preciso reconhecer que

essa grande força social e política pelo SUS é da nossa história recente, e deve ser levada em conta para o entendimento das dificuldades e problemas que foram se avolumando, desde então, de modo crescente até que se iniciaram as primeiras avaliações e análises reveladoras de outra política de Estado, real, com rumo desviado dos princípios e diretrizes constitucionais (SANTOS, 2012, p. 10).

Diante do ambicioso projeto de atenção universal que o SUS propõe, natural que se encontrem problemas na sua efetividade, uma vez que, da quase que total falta de direitos sanitários, a CF e a legislação pertinente dispuseram diretrizes e princípios inovadores. Desse modo, o novo sistema proposto “tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira”, no entanto, ainda “persistem muitos problemas a serem enfrentados para aprimorá-lo como um sistema universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira” (BRASIL, 2009, p. 21).

Desse modo, tem-se que o SUS está em constante construção e aperfeiçoamento, e se efetiva a partir do cumprimento pleno de suas diretrizes e princípios norteadores, uma vez que

ainda que esse conjunto de idéias, direitos, deveres e estratégias não possam ser implantados automaticamente e de imediato, o que deve ser compreendido é que a implantação do SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde no País, rompendo com um passado de descompromisso social e a velha irracionalidade técnico-administrativa, e é a imagem ideal que norteará o trabalho do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais (BRASIL, 1990, p. 04).

Isso posto, em que pese ainda existam muitos desafios a serem enfrentados e superados, o SUS é um importante agente de

transformação que atua por meio de políticas públicas regionalizadas, participativas e hierarquizadas, razão pela qual deve ser constantemente reafirmado e ampliado pelo Poder Público.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nas últimas décadas, a temática das políticas públicas ganhou evidência com o papel assumido pelo Estado no exercício dos direitos sociais. Na seara específica do direito à saúde não foi diferente, uma vez que a partir da CF de 1988 as políticas públicas assumiram um papel essencial na implementação e funcionamento do SUS, atuando diretamente na engrenagem do sistema.

Com a transformação do Estado em um fomentador da efetividade dos direitos humanos e fundamentais, as políticas públicas se tornam essenciais para o pleno exercício do direito universal à saúde, uma vez que a saúde é um direito complexo que depende de ações específicas por parte do Estado para a sua efetivação (SCHWARTZ, 2007). Significa dizer que o direito à saúde, da maneira como posto, conduz ao entendimento de que por parte do Estado, além do dever de abstenção, deve ser cumprido o exercício do papel de promotor deste direito por meio de políticas públicas. Por tal razão

o direito à saúde pode ser considerado como constituindo simultaneamente direito de defesa, no sentido de impedir ingerências indevidas por parte do Estado e terceiros na saúde do titular, bem como - e esta a dimensão mais problemática - impondo ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito para a população, tornando, para além disso, o particular credor de prestações materiais que dizem com a saúde, tais como atendimento médico e hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames da mais variada natureza, enfim, toda e qualquer prestação indispensável para

a realização concreta deste direito à saúde (SARLET, 2007, p. 08).

A partir do reconhecimento de que o Estado deve realizar políticas públicas para promover o direito à saúde e colocar em prática os ideários do SUS, é necessário que se realize políticas públicas específicas na área, o que envolve tanto políticas curativas como políticas promotoras do direito à saúde. Tais políticas devem reconhecer a complexidade da sociedade e as relações de interdependência entre os setores que a compõem – fatores que são essenciais ao desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde (VERDI; CAPONI, 2005).

Isto porque, diante da proposta ousada de acesso universal, integral e igualitário ao SUS, o direito à saúde se torna um múnus desafiador e complexo que deve atender aos parâmetro de preocupação social, pois

não basta um emaranhado de preceitos normativos desprovidos de satisfatividade. Necessário reconhecer, antes de tudo, que o léxico constitucional deve estar familiarizado com as propostas de erradicação das desigualdades sociais, aqui vislumbradas sob um conotação sanitária (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003, p. 85).

Reconhecendo essas premissas em nossa sociedade plural e diversa, exercer a missão de proporcionar o direito à saúde significa, também, considerar os diversos fatores que envolvem a problemática até atingir os destinatários do direito para que o sistema seja capaz de atendê-los (RIOS, 2012). Para tanto, é fundamental que o tema “políticas públicas” esteja presente nos estudos que envolvem o direito sanitário, uma vez tais políticas impulsionam a efetividade do direito à saúde a medida em que são o resultado do aprofundamento da função qualitativa do Estado, com a missão de colocar em prática as políticas sociais de saúde, seguridade social e habitação advindas a partir do término da Segunda Guerra Mundial (BUCCI, 1997).

A partir do entendimento dos deveres sociais do Estado, o pressuposto analítico de políticas públicas passa a ser de que, em democracias estáveis, as ações e omissões do governo são passíveis de serem formuladas cientificamente e analisadas por pesquisadores independentes (SOUZA, 2007), mantendo-se o controle social sobre as ações estatais.

Não há um consenso ou conceito único acerca da definição de políticas públicas. Um conceito bastante conhecido é o de Laswell, que prescreve que as decisões e análises sobre as políticas públicas implicam responder quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (LASWELL apud HOFLING, 2001). Bucci (1997), por sua vez, considera que políticas públicas são o processo político de escolha das prioridades para o governo, que pode ocorrer tanto em relação a objetivos quanto de procedimentos.

As políticas públicas também podem ser compreendidas como a tradução das ações estatais, pois resultam da atuação do Estado implantando um projeto de governo através de programas, de ações voltadas para setores específicos, não se resumindo a simples observação de burocracias e aos organismos estatais, uma vez que são “de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada” (HÖFLING, 2001, p. 31).

Em resumo, tem-se que

as políticas públicas são a materialização do Estado por meio de diretrizes, programas, projetos e atividades que tenham por fim atender às demandas da sociedade. São chamadas públicas para distinguir do privado, do particular, do individual, considerando-se a ótica de que o termo público tem uma dimensão mais ampla e abrange o estatal e o não-estatal. De acordo com Bucci, as políticas públicas funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns que passam a estruturar uma coletividade de interesses e funcionam como um instrumento de

planejamento, racionalização e participação popular (BUCCI apud SILVA, 2010, p. 170-171).

Ainda que as políticas públicas possam ser definidas de diferentes formas, todas elas conduzem a compreensão de que a preocupação na sua implantação deve ser o todo, de maneira integrada e cíclica. Independente de conceito, as políticas públicas tem em comum o fato de que o seu maior destinatário é a sociedade, e que elas devem ser analisadas a partir da “perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesse contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa desses interesses” (SOUZA, 2007, p. 69).

É possível classificar as políticas públicas de acordo com as linhas de funcionamento do Estado, nos termos em que leciona Schmidt (2008), em: a) políticas distributivas, em que distribui-se recursos da sociedade a determinadas regiões e que requerem participação popular; b) políticas redistributivas, em que se redistribui a renda mediante a transferência de recursos das camadas mais ricas para as mais pobres; c) políticas regulatórias, em que se criam normas para o funcionamento de serviços e instalações de equipamentos públicos por meio de ordens e outras determinações; d) políticas constitutivas ou estruturadoras, em que se definem procedimentos gerais da política e se determinam as estruturas e os processos da política, afetando as demais políticas.

Uma expressão comumente utilizada na área de políticas públicas é o plano, que “se define como o processo de escolha dos meios para a realização dos objetivos do governo com a participação dos agentes”, sendo que as políticas públicas, que tem origem no Poder Legislativo, são “os programas de ação do governo para a realização de objetivos determinados num espaço de tempo certo” (BUCCI, 1997, p. 95). Assim, por meio do plano as políticas públicas resultam em objetivos certos e determinados quantitativa e qualitativamente.

Vale ressaltar que as políticas públicas tem ciclos deliberativos para a sua implementação, constituídas num processo

dinâmico e por estágios, quais sejam, de definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (SOUZA, 2007). A partir dessas definições, na área da saúde os governos federal, estadual e municipal podem (e devem) instituir políticas públicas direcionadas de acordo com as necessidades identificadas em cada nível de competência, sempre em ciclos e de maneira temporária.

Um elemento importante no processo de implementação de políticas públicas é a aceitação social da política proposta, sendo imprescindível que os destinatários se envolvam no processo de aceitação e incorporação das ações estatais, fatores que determinam o sucesso ou o fracasso das políticas públicas¹⁶. Portanto, o êxito das políticas públicas “com frequência se localiza na adesão comunitária na temática proposta, e também nas diferentes soluções e padrão adotados para ações públicas de intervenção” (HÖFLING, 2001).

Nesse sentido, as políticas públicas ensejam uma maior participação do todo e não se identificam com a ideia primitiva que se tinha de que deveria ser apenas uma função a ser desempenhada pelo Estado, sem a participação popular. Isto é, ainda que o Estado seja o principal responsável por desenvolver políticas públicas visando efetivar direitos, a partir dessa nova formação societária em que vê as políticas públicas como forma de acesso ao direito à saúde, é necessário que haja um trabalho conjunto entre poder público e sociedade: aquele para pensar e implantar, e esta para submeter-se e participar.

Portanto, é necessário que as políticas públicas impendam uma constante aproximação entre o Estado e os tutelados, estabelecendo mecanismos próprios de contribuição mútua para a sua efetividade, pois

¹⁶ A exemplo disso, poderíamos imaginar uma política pública de vacinação, na qual é necessário que os destinatários da política aceitem e participem da ideia, indo até o posto de saúde vacinar-se.

a relação entre sociedade e Estado, o grau de distanciamento ou aproximação, as formas de utilização ou não de canais de comunicação entre os diferentes grupos da sociedade e os órgãos públicos – que refletem e incorporam fatores culturais, como acima referidos – estabelecem contornos próprios para as políticas pensadas para uma sociedade. Indiscutivelmente, as formas de organização, o poder de pressão e articulação de diferentes grupos sociais no processo de estabelecimento e reivindicação de demandas são fatores fundamentais na conquista de novos e mais amplos direitos sociais, incorporados ao exercício da cidadania (HÖFLING, 2001, p. 39).

Ressalta-se que o estudo das políticas públicas não deve ser feito de forma fragmentada ou isolada de uma análise mais geral acerca dos rumos do Estado e da sociedade, pois as políticas públicas não são uma espécie de setor ou departamento com vida própria (SCHMIDT, 2008). Elas devem ser compreendidas à luz das instituições e dos processos políticos, pois envolvem questões mais coletivas e são resultados da política.

No tocante as políticas públicas de saúde ligadas ao SUS, tem-se que o sistema é uma macro política pública que envolve inúmeras políticas públicas menores, as quais devem funcionar de acordo com as diretrizes e princípios estabelecidos para o sistema. O seu funcionamento não possui um caráter institucional, mas é um sistema complexo que abrange centros de saúde, laboratórios, ambulatórios, hospitais, além de outros órgãos, tendo como gestor central o Ministério da Saúde (SOUSA; BATISTA, 2012), que conta com a contribuição dos estados, municípios e comunidade na sua gestão.

Significa que em cada esfera de governo há uma espécie diferente de gestão das políticas públicas de saúde, em que o gestor deverá se articular com os demais setores sociais que possam interferir na área da saúde, direta ou indiretamente (BRASIL, 1990, p. 07). Assim sendo, as políticas públicas e o próprio sistema público devem

se estruturar em rede, em região de saúde, mediante a integração dos serviços dos entes federativos, sob o modelo técnico-sanitário de organização dos serviços de menor ao de maior complexidade tecnológica, com a atenção primária como porta principal e ‘ordenadora’ do sistema regional (SANTOS, 2015, 817).

Desse modo, organizando-se de forma integrada, o SUS deve valorizar as políticas públicas de atendimento primário, o que inclui as políticas públicas promocionais e preventivas, contribuindo para impulsionar a efetividade do sistema. Isso sem abrir mão de políticas públicas mais complexas, pois, ainda que não se constituam na maior necessidade da população, essas políticas públicas também são necessárias para a tutela do direito à saúde.

Isso posto, tem-se que as políticas públicas são uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas já mencionadas leis subsequentes. Essa é a disposição expressa do art. 198 da Carta Magna brasileira, que determina que a saúde será garantida mediante políticas sociais e econômicas, sendo as políticas públicas a alternativa ideal para colocar em prática tal disposição – fato que já havia sido previsto na 8ª Conferência Nacional da Saúde de 1986, quando prescreveu-se que o direito à saúde

não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetiva-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1986, p. 04).

Tendo em vista as premissas ora dispostas, vislumbra-se que o SUS está consolidado formalmente em todo o território brasileiro, pois possui uma vasta estrutura legislativa que possibilita a sua implementação por meio de políticas públicas. Contudo, ainda enfrenta muitos desafios no que tange a consolidação das políticas públicas sanitárias, especialmente se considerado que o direito à saúde possui critérios de análise muito específicos – não se pode afirmar a mesma situação de efetividade do direito à saúde em todo o território nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da ascensão dos direitos humanos, somada a insatisfação social frente ao sistema de saúde excludente e biomédico vigente, a inexistência de uma saúde pública de qualidade e universal passou a ser fortemente questionada. Exigia-se do Estado uma saúde pública que envolvesse toda a população de forma integral e universal, além de delegar aos tutelados uma parcela do poder de participação na execução do sistema.

Tais condições foram atendidas com a constitucionalização do direito à saúde em 1988, momento em que houve a sua elevação ao *status* de direito fundamental, social e humano. Instituiu-se, a partir de então, o Sistema Único de Saúde, um sinônimo de conquista social, e que deve ser fomentado pelo Estado por meio de políticas públicas e serviços que objetivem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Não basta que o sistema esteja formalmente disposto na Constituição e nas leis para que funcione plenamente, sendo necessário que o Estado expresse a sua vontade e corresponda aos objetivos do SUS por meio de políticas públicas específicas – dentre as quais, políticas que atuem para a manutenção do bem estar e qualidade de vida. Nesse contexto, inserem-se as políticas públicas de promoção da saúde, as quais, por meio das ações que favorecem o bem estar das pessoas e manutenção da saúde, acabam também por promover o direito à saúde.

A partir dessas premissas, buscou-se demonstrar que políticas públicas de promoção da saúde são parte estruturante do SUS, e que são primordiais para evitar que o direito à saúde seja lesado. Todavia, o êxito foi concluir que o SUS ainda sofre com influências do sistema biomédico e de saúde pública, que são opostos entre si. Enquanto aquele prioriza o atendimento especializado, curativo e encarece o sistema, a saúde pública visa atividades promocionais que desenvolvam a autonomia das pessoas e impeçam que a saúde seja afetada.

Mesmo após a luta histórica patrocinada pelos movimentos sociais para a afirmação e construção do SUS, ainda é preciso fortalece-lo para impedir violações ao direito à saúde, pois o exercício desse direito tem impacto direto sobre os direitos humanos, pois, em sendo negadas as condições sanitárias mínimas para a manutenção da saúde e qualidade de vida, todos os direitos interligados à saúde estão expostos ao risco.

Portanto, o direito à saúde aproxima-se dos demais direitos humanos e fundamentais, motivo pelo qual deve ser valorizado e aperfeiçoado constantemente. O Brasil é um Estado que possui todos os insumos teóricos e normativos para essa valorização, razão pela qual necessita engrandecer o SUS e as políticas de saúde continuamente, como sinônimo de reconhecimento dos direitos humanos através do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas e direito administrativo**. In: Revista de Informação Legislativa. Brasília, a. 34, n. 133 jan./mar., 1997.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália. **Democracia participativa e controle em saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário: fundamentos, teoria e efetivação. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão (Org.). **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

_____. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade; GERCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 59-81.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, Nisia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LEITE, Carlos Alexandre Amorim. **Direito fundamental à saúde**: efetividade, reserva do possível e o mínimo existencial. Curitiba: Juruá, 2014.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LUZ, Madel Therezinha. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: Guimarães, R. & Tavares. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abrasco/IMS-UERJ, 1994.

HÖFLING, Eloisa de Matos. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>>. Acesso em: 09dez2015.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meireles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francinely Cunha; BARROSO, Maria Graziella Teixeira. (2007). **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. *Ciência saúde coletiva*, 12(2), 335-42.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de promoção da saúde (documento restrito)**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>

NUNES, Josiane Borghetti Antonelo; STURZA, Janaína Machado. **A descentralização da saúde ao poder local como pressuposto de efetivação da (re)democratização do Estado e conquista da cidadania**. *Revista do Curso de Direito da FGS Caxias do Sul* ano 5 n. 10 jul./dez. 2011 p. 87-99.

RIOS, Roger Raupp. **Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos**. *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*, 2012. Disponível em <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao031/roger_rios.html>. Acesso em: 29 set. 2015.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CALLOU, Rachel de Sá Barreto Luna; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**.

In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SANTOS, Lenir. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. In: **Saúde em Debate**. Vol. 39, n. 106. Cebes: Rio de Janeiro, Jul-Set 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Sus, política pública de Estado**: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista eletrônica sobre a reforma do Estado, n. 11, set/nov. Salvador. 2007. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/rere-11-setembro-2007-ingo%20sarlet.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

SCHMIDT, João Pedro. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, Jorge Renato; LEAL, Rogério Gesta (Org.). **Direitos sociais e políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Physis, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em : <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt&q=hist%C3%B3ria+do+conceito+de+sa%C3%BAde&btnG=&lr=>>>. Acesso em: 27 mai 2015.

SILVA, Jacqueline Maria Cavalcante da. **Políticas públicas como instrumento de inclusão social**. In: Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial., Brasília, v. 7, n. 2, p. 161-211, jul./dez. 2010.

SILVA, Maria Patrícia; LESSA, Simone Narciso. **Desenvolvimento Social e Políticas Públicas de Saúde:** possibilidades e desafios.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: **VII CONNEPI**, 2012. Disponível em <http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>. Acesso em: 13.12.2015.

SOUZA, Celina. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas.** In: Políticas públicas no Brasil. HOCHMAN, Gilberto; ARRATECHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Pg. 65-85.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde.** Salvador, Bahia, 2011. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>, acesso em 26 nov 2015. *Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.*

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 82-8, 2005.