

## **PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO DIREITO SANITÁRIO**

**Daescio Lourenço Bernardes de Oliveira**

### **1 – INTRODUÇÃO**

Uma leitura nos artigos 196 ao 200 da Constituição Federal de 1988, pode-se extrair seis princípios básicos do direito sanitário. Vejamos: universalidade; equidade; integralidade; rede regionalizada e hierarquizada; descentralização e comando único; participação social.

A seguir os referidos princípios serão analisados.

### **2 – UNIVERSALIDADE**

Historicamente quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Antes da atual Constituição, a prestação da saúde foi concebida como uma prestação previdenciária, de tal forma que só faziam jus ao atendimento estatal aqueles que contribuía para a previdência, gerando, assim, a segregação de um grande número de pessoas, sobretudo as hipossuficientes (desempregadas), que não podiam pagar a contribuição previdenciária. Desta forma, com a Constituição Federal de 1998 afirmou-se o acesso universal, onde a saúde é um direito fundamental de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, porque qualquer ser humano, só por sê-lo, deve ter acesso a esses serviços de atenção à saúde.

Neste prisma, o direito à saúde é universal, ou seja, sua razão de existir faz com que seja destinado ao ser humano enquanto gênero, independentemente de sexo, raça, renda e sem restrições a um grupo, categoria ou classe.

Esse princípio pode ser constatado no art. 196 da CF/88 que considerou a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Por tal razão, o direito à saúde se coloca como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, sendo considerado até mesmo cláusula pétrea, ou seja, não pode ser retirado da Constituição em nenhuma hipótese, por constituir um direito de garantia individual.

Ademais, o Estado tem o dever de garantir os devidos meios necessários para que os cidadãos possam exercer plenamente esse direito, sob pena de o estar restringindo e não cumprindo sua função.

### **3 – EQUIDADE**

O princípio da equidade está relacionado com o mandamento constitucional de que “saúde é direito de todos”, previsto no art. 196, da CF/88. Busca-se, aqui, preservar o postulado da isonomia instituído no do art. 5 da CF/88 ao dizer que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.

Todos os cidadãos, de maneira igual, devem ter seus direitos à saúde garantidos pelo Estado. Todavia, as desigualdades regionais e sociais podem levar a incoerência dessa isonomia, a final, uma área mais carente pode demandar mais gastos em relação às outras.

O objetivo da equidade é diminuir as desigualdades, mas isso não significa que a equidade seja sinônimo da igualdade. Apesar de todos tem direito à saúde, as pessoas não são iguais e, por isso, tem necessidades diferentes. Então, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Em relação ao cuidado com a doença, pessoas com mesma situação clínica devem receber o mesmo tratamento, inclusive no que tange a exames de apoio ao

diagnóstico, prazos, acomodações etc.; enquanto pessoas com situações diferentes receberão tratamentos diferenciados.

#### **4 - INTEGRALIDADE**

A integralidade, conforme art. 198, II, da CF/88, confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” em relação ao acesso que todo e qualquer cidadão tem direito.

O dever do Estado não pode ser limitado, mitigado ou dividido, pois a saúde, como bem individual, coletivo e de desenvolvimento pressupõe uma abordagem assistência completa, vale dizer, integral, envolvendo todos os aspectos relacionados.

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações. Incluindo promoções da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação; ou seja, todas as medidas de natureza preventiva e reparadora que estejam ao alcance da nossa atual geração, devem ser disponibilizadas para que as condições sanitárias de todos possam ser adequadas.

Este princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tem repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

#### **5 - REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA**

O art. 198, *caput*, da constituição Federal dispõe que “as ações e serviços públicos na área de saúde devam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada”.

A regionalização e a hierarquização de serviços significa que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definições e conhecimento da clientela a ser atendida

A expressão regionalizada indica a necessidade de que haja organização por circunscrições territoriais, as quais, por sua vez, devem levar em conta o dinamismo e a complexidade do sistema, que não raro exige redefinições pontuais. A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. A título de exemplo, é possível que no caso de uma doença rara o país só conte com uma única unidade de atendimento, que assim se integrará como referência para todas as regiões

A hierarquização indica a necessidade de organização de atendimento em distintos níveis de complexidade. A hierarquização deve, além de proceder a divisão de níveis de atenção, garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis numa dada região. Deve, ainda, incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referências) e de retorno de informações do nível básico do serviço (contra-referência). Cuida-se de uma necessidade de racionalização do sistema e de otimização de seus recursos.

A Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde recomendam a organização dos serviços em três distintos níveis de atenção: o primário, o secundário e o terciário. O atendimento primário é o de pequena complexidade (uma consulta, um curativo etc.), o atendimento secundário é o de complexidade intermediária (uma pequena cirurgia, o engessamento de um braço etc.) e o atendimento terciário é o de alta complexidade (uma ponte de safena, o tratamento de uma infecção generalizada etc.).

Ao promover a regionalização e a hierarquização da atenção em saúde, a Constituição determina a criação de um sistema de referências e contra-referências, com o objetivo de racionalizar a utilização de recursos para o atendimento. Por essa lógica de funcionamento, as unidades de atendimento primário devem constituir as portas de entrada do sistema, aptas não só à realização de atendimento de menor complexidade, como também ao encaminhamento, eventualmente necessário, do paciente para unidades

destinadas a atendimento de maior complexidade. Assim, em princípio, as pessoas são atendidas nas unidades primárias, que, verificando que a situação clínica requer um nível maior de complexidade na atenção, referência (encaminha) o interessado a outra unidade de atendimento (secundária ou terciária, conforme o caso). Uma vez realizado o atendimento mais complexo, é frequente que o paciente necessite de cuidados complementares, geralmente ambulatoriais, o que faz com que a unidade de atendimento de maior complexidade promova a contra-referência do paciente à unidade primária de onde partiu o encaminhamento. A finalidade básica da estrutura em rede de referência e contra-referência é econômica, pois os atendimentos de pequena complexidade se caracterizam pela grande quantidade de demanda aliada a custo individual proporcionalmente pequeno, enquanto os demais níveis de atenção têm demanda descendente e custo crescente. Assim, para que os recursos sejam otimizados é necessário que o uso de unidades secundárias e sobretudo terciárias seja seletivo, o que só se alcança com uma prévia avaliação do paciente da rede de atendimento primário.

## **6 - DESCENTRALIZAÇÃO E COMANDO ÚNICO**

O inciso I, do art. 198 da Constituição prevê a primeira ( de três) diretrizes do SUS, qual seja, a descentralização com direção única. A indicação constitucional não desonera quaisquer entes da federação (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) para com o dever de assistência à saúde, mesmo porque, conforme o art. 23, II, da Constituição Federal, trata-se de competência comum e nessa ordem solidária de todos os entes públicos. Entretanto, apesar de se tratar de uma obrigação solidária, o que faz com que qualquer um dos entes possa ser cobrado pela ausência de prestações em matéria de saúde, o sistema apresenta uma diretriz de descentralização, indicando a necessidade de que os serviços de atendimento sejam objeto de um processo de municipalização.

Descentralizar significa redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal). Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa

dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

A decisão deve ser de quem executa, que deve ser o que está mais perto do problema. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserindo de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópica), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral. Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder.

Esse processo de municipalização indica, em última análise, que a tarefa de gestão dos serviços dirigidos à população deve ser realizada pelo Município, mesmo em relação a equipamentos de outra esfera do Poder Público e aos pertencentes à iniciativa privada (prestadores do SUS mediante convênio ou contrato administrativo). Logo, incrementar-se esse processo de descentralização significa, por exemplo, passar para a gestão do Município hospitais e postos estaduais e federais. Nesse caso, as unidades continuam na propriedade dos demais entes da federação, mas sob o comando do gestor municipal do SUS. Com relação aos prestadores privados, a relação com o sistema deve dar-se também por meio do Município, que, como apontado, assume a responsabilidade de garantir o atendimento integral à população.

É importante destacar que essa diretriz de descentralização se substancia em um processo, dinâmico por natureza, o que não significa que a efetivação dele não implica resultados estáticos, mas a qualificação de uma dinâmica de funcionamento que objetive o repasse de responsabilidades e recursos para o Município. Dentro desse dinamismo, admite-se, por evidente, retrocessos. Assim, caso um Município não esteja realizando adequadamente o esperado atendimento integral da população, nada impede, antes aconselha, que o Estado assuma a gestão desses recursos, até que haja uma normalização do atendimento. A mesma lógica se aplica na relação entre a União e os Estados.

Os municípios podem habilitar-se em duas condições: gestão plena de atendimento básico; e gestão plena do sistema municipal. Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem na condição de prestadores de serviços do Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto forem mantida a situação de não-habilitado. O processo de municipalização implica a demonstração, pelo Município, do cumprimento de certos requisitos, ante cujo cumprimento passa a assumir responsabilidades (gestão da atenção básica ou da gestão integral) e a usufruir de determinadas prerrogativas. Habilitado, à gestão de atenção básica e/ou à gestão plena do sistema municipal., o Município passa a fruir da prerrogativa de receber transferência regular e automática de recursos correspondentes à programas e/ou áreas específicas.

Esse processo de descentralização também ocorre na relação entre a União e os estados, em uma dimensão evidentemente menos complexa pelo número relativamente pequeno de unidades federadas envolvidas (Estados e Distrito Federal). Nesse sentido os estados poderão habilitar para duas condições de gestão: gestão avançada do sistema estadual; e gestão plena do sistema estadual. As condições de operacionalização são as mesmas, ou seja, mediante demonstração de preenchimento de certos requisitos, o Estado passa a assumir determinadas responsabilidades e usufruir certas prerrogativas, como receber transferência regular e automática de recursos correspondentes à programas e/ou áreas específicas.

Esse processo de descentralização é dinâmico, mesmo porque todos os entes federativos permanecem solidariamente responsáveis pelo sistema. Assim, caso se verifique que um Município não esteja realizando adequadamente suas obrigações, estas

devem ser desempenhadas pelo estado. |Caso o estado também não o faça, a União deve fazê-lo, pois os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal.

Feitos os esclarecimentos sobre a descentralização, deve-se lembrar que o dispositivo constitucional (art. 198, I) não se restringe a este comando de municipalização da atenção em saúde. Vai além, determina a direção única que cada sistema de saúde (municipal, estadual e federal) deve contar com um respectivo gestor. Ou seja, para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo Ministro da Saúde, nos estados pelos Secretários Estaduais de Saúde e nos municípios pelos Secretários ou Chefes de Departamentos de Saúde. Eles são também conhecidos como gestores do sistema de saúde. Tais gestores devem executar as diretrizes do sistema na sua esfera de governo, mediante atividades de coordenação, controle, planejamento, auditoria etc., além de participarem da articulação com as demais esferas do sistema.

## **7 - PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

O art. 198, inciso III da Constituição prevê “a participação da comunidade” nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e controle da execução destes.

O direito à saúde foi fruto de um amplo debate democrático, mas a participação da sociedade não se esgotou nas discussões que deram origem ao SUS. Esta democratização também deve estar presente no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Os Conselhos de saúde, que devem existir nos três níveis de governo, são órgãos deliberativos, de caráter permanente, composto com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários e a outra metade, o conjunto composto pelo governo,



trabalhadores da saúde e prestadores privado. O conselho deve ser criado por lei do respectivo âmbito de governo, onde serão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento.

As Conferências de Saúde são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Devem ser realizadas em todos os níveis de governo.

Um último aspecto que merece destaque é o da complementaridade do setor privado. Este princípio se traduz nas condições sob as quais o setor privado deve ser contratado, caso o setor público se mostre incapaz de atender a demanda programada. Em primeiro lugar, entre os serviços privados devem ter prioridade os não lucrativos ou filantrópicos. Para a celebração dos contratos deverão ser seguidas as regras do direito público. Em suma, trata-se de fazer valer, na contratação destes serviços, a lógica do público e as diretrizes do SUS. todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regra de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede. Para a contratação de serviços, os gestores deverão proceder a licitação, de acordo com a Lei n 8.666/93.

## **8 – CONCLUSÃO**

A criação do SUS, feita pela Constituição Federal, foi posteriormente regulamentada através das Leis 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e 8.142/90. Essas leis definem as atribuições dos diferentes níveis do governo com a saúde; estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular; formalizam o entendimento da saúde como área de “relevância pública” e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas de direito público, dentre outros vários princípios fundamentais do SUS. Outros instrumentos têm sido utilizados para possibilitar a operacionalização do sistema, dentre eles as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo Ministério da saúde, sob forma de portaria.

A operacionalização dos princípios aqui apresentados tem sido uma tarefa cotidiana de vários dos municípios brasileiros. Esta não tem sido uma tarefa fácil e enfrenta obstáculos de toda ordem: dificuldades de financiamento, disputa de grupos com interesses divergentes, insuficiência de capacidade gerencial, excessiva burocracia nas formas de administrar a coisa pública, experiência ainda recente no processo de descentralização e democratização, insuficiência de mecanismos jurídicos para a regulação da rede privada, formação de recursos humanos com perfil diferente daquele demandado pelo novo sistema, e uma lista interminável de outros problemas. Apesar disso, várias experiências bem sucedidas têm sido implementadas. O direito à saúde se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da saúde no Brasil. Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta pela sua construção.

## **9 – BIBLIOGRAFIA**

AITH, Fernando. Curso de Direito Sanitário. São Paulo, Ed. Quartier Latin, 2007.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080/90 – Lei 9.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

GANDOLFI, Sueli Dallari; SERRANO Vidal Nunes Júnior. Direito Sanitário. São Paulo: Editora Verbarim, 2010.

LAZZARI, João Batista; LUGON, João Carlos de Castro. Curso modular de direito previdenciário. Florianópolis, 2007.

VIANNA, João Ernesto Aragonés. Curso de direito previdenciário. 2 ed. : São Paulo: LTR, 2007.