



## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): POLÍTICA DE SAÚDE COLETIVA

Eneida Orbage de Britto Taquary<sup>1</sup>

Isadora Orbage de Britto Taquary<sup>2</sup>

**RESUMO:** A problemática se refere à necessidade de se conhecer os critérios para otimizar os protocolos na saúde pública, de forma a obedecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A hipótese levantada se refere à otimização dos recursos econômicos no SUS e os critérios utilizados para observância de um protocolo. Objetiva identificar as características e princípios do SUS e conhecer a política de saúde baseada em evidências. A metodologia será baseada em revisão bibliográfica e na jurisprudência constitucional, de forma a alcançar como resultado a identificação da saúde como direito coletivo e social.

**PALAVRAS – CHAVES:** Sistema Único de Saúde; políticas públicas de saúde no Brasil; direito coletivo e social

### SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS): THE EVIDENCE-BASED HEALTH POLICY

**ABSTRACT:** The problem refers to the need to know the criteria to optimize protocols in public health, in order to obey the principles of the Unified Health System (SUS). The hypothesis raised refers to the optimization of the economic resources in the SUS and the criteria used to observe a protocol. It aims to identify the characteristics and principles of SUS and to know the health policy based on evidence. The methodology will be based on literature review and constitutional jurisprudence, in order to achieve as a result the identification of health as a collective and social right.

**KEYWORDS:** Unified Health System. Health Unic System; Public health policies in Brazil; Collective and social law

## 1 INTRODUÇÃO

O artigo tem como objetivo identificar as características e princípios do Sistema Único de Saúde e conhecer a política de saúde baseada em evidências.

A problemática se refere à necessidade de se conhecer os critérios para otimizar os protocolos na saúde pública, baseada em evidências, de forma a obedecer os princípios do SUS.

<sup>1</sup> Doutora em Direito e Políticas Públicas, Mestre em Direito Internacional, Mestre em Direito e Políticas Públicas, Professora de Direito Penal. E-mail: <eneidataquary@yahoo.com.br>

<sup>2</sup> Mestranda em Psicologia da Saúde. E-mail: <isadorataquary@hotmail.com>



A hipótese levantada se refere à otimização dos recursos econômicos no SUS e os critérios utilizados para observância de um determinado protocolo.

A metodologia será baseada em revisão bibliográfica e jurisprudência nacional constitucional, de forma a alcançar como resultado o conhecimento ainda precário da política de Saúde baseada em Evidências pelo Supremo Tribunal Federal.

A saúde tem sua história marcada no Estado Moderno como a incumbência da Igreja de dar assistência aos pobres com os dízimos eclesiásticos. Com a chegada do absolutismo esclarecido, o Estado passou a ter a responsabilidade de garantir o bem-estar dos súditos, separando a felicidade eterna, a ser alcançada pela religião, da felicidade temporal, objetivo do Estado. (TORRES, 2009).

Com o liberalismo, o Estado passou a ter o dever de prestar assistência aos pobres com o produto de arrecadação de tributos, ocorrendo primeiramente na Inglaterra, depois em Portugal e no Brasil, influenciados por Bentham, o seu conceito formalista de utilidade como obtenção do máximo de felicidade. (TORRES, 2009).

O Século XIX marca a saúde como a ausência da doença, com a descoberta da interferência de micro-organismos no corpo que causam a doença. Neste período, a tuberculose, cólera e raiva estavam matando muitas pessoas no mundo, tornando necessário o entendimento do vírus para tratá-lo (FRUCTUOZO; PAULA. 2015).

No final do século XIX e início do século XX, após a Primeira Guerra Mundial, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), com o objetivo de manter a paz entre os países e ajudar na solução de problemas graves causados pela guerra, principalmente a questão da saúde (FRUCTUOZO; PAULA. 2015).

Em 1948, no dia 7 de abril, foi fundada a Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de atingir meios internacionais e criar parcerias para o desenvolvimento da saúde, estimular avanços de pesquisas, estudos científicos e o patrocínio de trabalhos na busca de criar programas para tratar, prevenir e erradicar doenças.

A OMS definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em vez de mera ausência de doenças ou enfermidades, caracterizando-o como direito dos mais abastados e dos mais carentes. (FRUCTUOZO; PAULA. 2015).

## **2 SAÚDE NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA**



No Brasil, o direito a saúde foi vinculado ao direito à assistência em saúde dos trabalhadores que atuavam formalmente no mercado de trabalho, sendo apenas uma parcela da população que contribuía para a previdência social. O restante da população era privado ao acesso às ações de saúde e a assistência somente era prestada por entidades filantrópicas. Conseqüentemente, a saúde não era um direito e sim apenas um benefício da previdência social, como a aposentadoria, o auxílio-doença, a licença à maternidade, entre outros (BRASIL, 2007).

As políticas públicas de saúde durante décadas, apenas objetivavam a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias para a produção social do capital. Era extremamente assistencialista e curativa, de caráter privatista e contando com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde (BRASIL, 2007).

Antes da criação do SUS (Sistema Único de Saúde), o próprio indivíduo deveria cuidar da sua saúde. Havia intervenção do Estado apenas em casos graves que pudessem se tornar um risco de epidemia ou para a economia ou em casos que não pudessem ser resolvidos pelo próprio cidadão. Com o crescimento da população e o desenvolvimento do país, a saúde passou a ser uma questão social.

Os serviços de saúde eram divididos em saúde pública com ações de prevenção, do ambiente e da coletividade, em saúde do trabalhador realizado pelo Ministério do Trabalho com ações curativas e individuais, juntamente com a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e empresarial. No Brasil, somente com o movimento operário grevista, a partir do processo de industrialização que surgiram as primeiras políticas públicas de proteção social.

Em 1904, com a lei de vacinação obrigatória contra a febre amarela, a peste bubônica e a campanha contra a varíola, foram necessárias medidas de saúde com respostas a estes problemas agudos. (POSSAS, 1981).

Em 1921, foi criado pelo movimento de mudança na organização sanitária, o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, com função nas áreas de saneamento urbano e rural da higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil ( SOUSA; BATISTA. 2012).

Em 1923, foi instituída as Caixas de aposentadoria e pensão (CAPs), pela promulgação da Lei Eloy Chaves, considerando o início das políticas públicas no Brasil. As CAPs eram organizadas por empresas, sendo administradas e financiadas por



empresários e trabalhadores, que eram responsáveis por benefícios pecuniários, como serviços de saúde para alguns empregados de empresas específicas (PAIM, 2009).

A referenciada Lei concedia seguridade social, serviços médicos-assistenciais e medicamentos a quem era assegurado (SOUSA;BATISTA, 2012).

O Brasil passava por várias transformações políticas e econômicas. Getúlio Vargas chegava ao poder com a Revolução de 30. Uma das medidas adotadas foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP.

Em 1933, foi criado os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, organizados por categoria profissional e administrado pelo Estado, sendo um novo modelo de organização previdenciária que substituiu a CAPs (PAIM, 2009).

Na década de 40, os órgãos de saúde dos Estados foram reestruturados; ampliados e, as ações passaram a ser coordenadas e centralizadas pelo governo federal através do MESP.

O Serviço de Saúde Pública – SESP foi criado neste período, e na década de 50 foi essencial para o combate contra a malária, em pesquisas de doenças tropicais e na educação sanitária. A divisão da saúde e educação ocorreu com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que antes era vinculado em um único ministério (PAIM, 2009).

No início da década de 1960, durante o golpe militar de 1964, ocorreram as primeiras articulações do movimento pela Reforma Sanitária, originárias da indignação da sociedade com o quadro drástico da saúde, principalmente pela sua desigualdade.

Em 1966, no período do Regime Militar (1964-1985), os IAPs, com exceção do Instituto de Previdência a Assistência dos Servidores dos Estados (IPASE) criado em 1941 pelo Decreto-lei 3.347, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (PAIM, 2009).

O Sistema de Saúde Brasileiro, mesmo com a criação de tantos órgãos, passava por uma crise, por ser insuficiente, má distribuído, inadequado, ineficiente e ineficaz. Devido a esta realidade, foi organizado um movimento social com a proposta de resolver estes problemas e a democratização da saúde no país, formado pela sociedade, pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde, chamado de Reforma Sanitária Brasileira – RSB. É a base para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (SOUSA; BATISTA, 2012).



Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e a luta pela Reforma Sanitária teve seu auge. Pela primeira vez na história do país se permitiu a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideal de saúde. A Conferência teve como orientação o princípio da "saúde como direito de todos e dever do Estado" (BRASIL 2007).

Em 1988, as principais resoluções desenvolvidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde foram confirmadas na Constituição Federal. Com isso, a saúde tornou-se um direito fundamental do cidadão e dever do Estado (PAIM, 2009).

### 3 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

A Constituição Federal estabelece a saúde como direito social, ao prever no Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, no Capítulo II, art. 6º, no rol dos Direitos Sociais: "[...] 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 [...]".

Elenca a saúde como direito coletivo, caracterizado-o em consonância com a Organização Mundial da Saúde como o "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (ONU.OMS.2017), que deve ser gozado individualmente, sem prejuízo de outrem, e solidariamente, com todos.

O conceito de saúde foi paulatinamente se desenvolvendo. A saúde considerada como direito fundamental era a física, restrita ao bom funcionamento orgânico e morfológico do órgãos e aparelhos, e o equilíbrio mental, centrada no indivíduo. Seu enfoque foi desenvolvido para analisá-la também em relação as interações do indivíduo com o trabalho e com a comunidade, motivando sua análise sob as dimensões: saúde física, saúde mental e saúde social.

O lado psíquico da saúde também foi desenvolvido progressivamente e razão dos sofrimentos psicossomáticos surgidos diante da inconstâncias da vida econômica e vida emocional do ser humanos, levando a desgastes neuropsíquicos, cansaço e a sofrimentos. O equilíbrio com o meio ambiente e com o meio social forma enumerados como integrantes do equilíbrio mental e físico. "[...] A necessidade de higiene mental é universal; é para todos. Para os efeitos da vida econômica e as reclamações da vida social, a noção de saúde mental é a de respostas psíquicas ajustadas, de boa adaptação, de



"relações humanas" satisfatórias na família, no trabalho, na comunidade[...]" (ONU. OMS. 2017).

A saúde social, consoante a Organização Mundial da Saúde se traduz "na alegria de viver, no bem-estar físico, psíquico e econômico do indivíduo, relacionado a sua família e ao meio em que vive".

Na atualidade o conceito estático e formal é encarado sob a característica de dinâmico-social e socioeconômica. A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo, assegurado a todos, sem qualquer distinção, motivando a sua inserção na Constituição Federal como direito coletivo, ou direito de segunda dimensão, proclamado no Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, que completou, juntamente com o Pacto de Direitos Cívicos e Políticos, datado da mesma época, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, compondo a espinha dorsal do sistema universal de proteção da pessoa humana.

Observe-se que o referenciado direito à saúde implica direitos de defesa (negativos) e de prestações (positivos), impedindo no primeiro caso a intromissão do Estado ou de terceiros no direito do titular, bem como exigindo dele, no segundo caso, a implementação de políticas públicas necessárias para o fornecimento de medicamentos, utilização racional de recursos e principalmente a efetivação de um sistema de cobertura universal, sem que se tenha que sacrificar os titulares do direito, posto que "a promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável", o que somente pode ser atingido com um sistema de financiamento de saúde eficiente e que permita às pessoas usar os serviços de saúde quando deles precisam.

A cobertura universal de saúde é meta dos Estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS. 2005), no sentido de minimizar os sacrifícios financeiros e otimizar os serviços de saúde e seu acesso. Essa meta, no Brasil, tem sido realizada com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é um complexo sistema formado por centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, por órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor central o Ministério da Saúde. Entretanto, também participam da sua gestão a comunidade. Com isso, ocorre a democratização das



ações e serviços de saúde, deixando de ser restritos e centralizados para serem universais e descentralizados (PAIM, 2009).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) estabelece os objetivos e atribuições do SUS, como a assistência às pessoas, à vigilância epidemiológica, à vigilância sanitária, à saúde do trabalhador e à assistência farmacêutica.

A assistência às pessoas consiste em ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, ou seja, tudo que envolva o ser humano (BRASIL, 2009).

A vigilância epidemiológica consiste em ações que levam ao conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva com o intuito de adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (BRASIL, 2009), enquanto a sanitária consiste em ações de controle sanitário de medicamentos, alimentos, bebidas, cigarros, vacinas, serviços de saúde, portos, aeroportos e fronteiras, entre outros com o objetivo de eliminar e prevenir riscos a saúde (BRASIL, 2009).

A saúde do trabalhador é caracterizada como ações vigilância epidemiológica e sanitária para promoção e proteção da saúde dos trabalhadores. Por fim, a assistência farmacêutica mantém a conservação, controle, segurança, eficácia, acompanhamento, avaliação e obtenção dos medicamentos. (SOUSA; BATISTA, 2012)

A iniciativa privada com caráter complementar e mediante contrato de direito público também faz parte do SUS, comportando os serviços filantrópicos e privados como públicos.

As ações e serviços públicos e privados contratados ou conveniados de saúde devem obedecer os princípios de universalidade, igualdade, integralidade, participação popular, descentralização e comando único, regionalização e hierarquização (SOUSA; BATISTA, 2012).

O princípio da universalidade define que a partir do SUS todos os brasileiros passam a ter direito à saúde, em todos os níveis que se venha a oferecer.

O princípio da igualdade define a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

A integralidade assegura que o cidadão que necessitar de atenção a saúde, seja para promoção, proteção ou recuperação, deve recebê-la em sua plenitude, inclusive na



necessidade de um conjunto contínuo de ações em vários níveis de complexidade (BRASIL, 2009).

A participação popular implica influência da sociedade nas esferas de poder, que contarão com instâncias colegiadas, Conferência da Saúde e Conselho da Saúde, sem prejuízo das funções do poder legislativo para a criação de políticas que sejam necessárias e adequadas.

O princípio de Descentralização e Comando Único constitui a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde, com isso, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde.

A descentralização, na prática, também se tornou um problema, pois os Estados e Municípios não possuíam recursos para realizá-la e os repasses do fundo do governo federal eram escassos. O repasse do financiamento era feito através de mais de 100 formas diferentes, mas em 2006 com o criação do Pacto pela Saúde, o repasse passou a ter cinco blocos de financiamento, facilitando o controle dos recursos pelos Tribunais de Contas da União, dos Estados e dos Municípios, do Poder Legislativo, auditorias e outros órgãos de controle interno do executivo (SOUSA; BATISTA, 2012).

Em 2010 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 que assegura os recursos mínimos para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde (SOUSA; BATISTA, 2012).

O Brasil possui atualmente através do SUS, o maior conjunto de procedimentos executados em hospital, pagos por um único financiador. Contudo, a gestão do SUS ainda é imperfeita, com falhas desde a contratação de pessoal até a falta de planos de cargos e salários, além da corrupção, o desperdício, a ineficácia e a ineficiência na gestão do Sistema (SOUSA; BATISTA, 2012).

Por fim, os princípios da regionalização e hierarquização que se caracterizam por meio de ações e serviços públicos que compõem o SUS. São desenvolvidos por estabelecimentos públicos e privados, formando uma rede regionalizada e hierarquizada que fornecem ações e serviços de saúde de forma coordenada e descentralizada no território brasileiro (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002).





Com a criação do SUS foi esperado que as políticas de saúde pública no Brasil teriam um caráter universal, porém o Estado efetuou um corte orçamentário, influenciando a criação do Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS), aumentando a comercialização dos planos de saúde (SOUSA; BATISTA. 2012).

### 3 MODELO DE FINANCIAMENTO PROPOSTO

O financiamento do SUS engloba a questão tributária, a gestão financeira e o financiamento indireto, o que evidencia a importância do fundo público na garantia do direito social à saúde, ressaltando-se o contraste relativo ao financiamento tributário do Estado brasileiro, caracterizado pela excessiva carga tributária (SALVADOR. 2012. pp. 4-22).

Este financiamento é realizado via pagamento de impostos e contribuições sociais, onde o grau de equidade no financiamento do sistema público de saúde é o mesmo dos tributos que o financiam. Porém este modelo apresenta uma estrutura tributária regressiva, uma vez que o grau de progressividade dos tributos que financiam o SUS diminui (UGÁ, SANTOS 2006.p. 1597-1609).

Os tributos relacionados ao financiamento do SUS são COFINS, CPMF, IPI, ICMS, ISS, Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), IPTU e IPVA, que são responsáveis por 70% do financiamento público do sistema de saúde, dos quais os tributos diretos que têm maior peso neste setor de financiamento são o IRPF, IPVA e IPTU, e para os tributos indiretos são IPI, ICMS, ISS e COFINS.

Os tributos do ICMS e IRPF estão relacionados com a diminuição de arrecadação.. Assim o ICMS é o mais regressivo dos tributos, enquanto que o IRPF, que é um imposto direto, é progressivo, entretanto, este grau de progressividade é muito menor que o grau de concentração da renda da sociedade brasileira (SALVADOR. 2012. pp. 4-22).

Desta maneira, uma das marcas da elevada concentração de renda e das desigualdades sociais no Brasil é o caráter regressivo da carga tributária. O sistema tributário brasileiro tem sido um instrumento a favor da concentração de renda, agravando o ônus fiscal dos mais pobres e aliviando o das classes mais ricas. O grau de progressividade deste sistema penaliza mais do que proporcionalmente aqueles com



maior nível de renda ou não, de maneira que o ônus do financiamento do setor saúde é inversamente proporcional à renda das pessoas ou não (SALVADOR. 2012. pp. 4-22).

Os problemas do sistema universal de saúde estão relacionados à má gestão dos recursos públicos, desperdício e descontrole na oferta dos serviços, que por sua vez, acarretam o aumento das ações judiciais impetradas para assegurar a obrigatoriedade de tratamentos, disponibilização de medicamentos e leitos hospitalares, entre outros. O gerenciamento dos Serviços do SUS é realizado pelos governos Federais, bem como os estaduais e municipais, sendo estes, os responsáveis pelo bom andamento do sistema, conforme o preceituado no artigo 9º, da Lei 8.080 ( CIARLINI. p. 87-100).

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são os mecanismos que garantem o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que, por meio de seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde.

Os principais Instrumentos de Gestão em Saúde, ligados ao planejamento, são as: Agendas de Saúde; Planos de Saúde; Relatórios de Gestão; Plano Diretor de Regionalização (PDR); e Programação Pactuada e Integrada (PPI), específicos de cada Município, ou de cada Estado, do Distrito Federal ou da União. Há outros, todavia, que coexistem e concorrem para a articulação das três esferas gestoras do SUS, garantindo o funcionamento de um sistema de saúde nacional. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.2002. p. 48).

O PDR fornece importantes subsídios para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, pois objetiva, além da organização, regionalização e hierarquização da rede, conforme mandamento constitucional, garantir o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade indispensáveis ao atendimento integral das suas necessidades. A PPI dá efetividade ao que foi definido no Plano Diretor de Regionalização. Dessa forma, por meio das pactuações entre os gestores, ocorrerá, de forma programada, as ações necessárias para que se atinjam os objetivos pactuados.

Assim, os Instrumentos de Gestão em Saúde contribuem para: a estratégia de regionalização implantada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01); a articulação entre os diversos gestores do SUS, nas três esferas de governo; o aprimoramento da qualidade e o monitoramento contínuo do desempenho dos gestores; a



tomada de decisão a partir de um diagnóstico analítico; e o fortalecimento da capacidade de planejamento e de organização dos sistemas estaduais, regionais e municipais de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. p. 48).

## **4 A GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE E JUDICIALIZAÇÃO**

O direito à saúde é, com certeza, um dos problemas fundamentais da sociedade contemporânea como Estado Social, sobretudo, sob a fórmula do Estado Democrático de Direito (DE MORAIS. 2008. pp. 251-266).

O ação do Poder Executivo, eleito pelo povo, prioriza a implementação de políticas públicas cujo critérios de oportunidade e discricionariedade devem estar presentes nas suas escolhas de forma vinculada, em todos os casos, à satisfação do bem comum. Ainda, o Poder Legislativo dedica-se a concretização das normas constitucionais, tornando possível a fruição dos direitos fundamentais pelo indivíduo.

Entretanto, diante da omissão desses dois Poderes, a atuação de uma atitude do Poder Judiciário far-se-á necessária, sob pena de "tornar letra morta" os dispositivos constitucionais. Em síntese, o certo é esperar que as políticas públicas e sua efetivação sejam realizados pelos Poderes Executivo e Legislativo, devendo entrar em cena o Judiciário em situações emergenciais, em que não haja outro socorro para o cidadão (SILVA. 2008. p. 22).

Diante da judicialização da saúde existente entre as demandas da sociedade e as limitações do poder público e mesmo com os avanços do SUS, o Estado ainda falha em garantir o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais e o fenômeno da judicialização está desestruturando a política de medicamentos cujo comprometimento dos orçamentos para a sua aquisição é consequência da frequente reivindicação por parte do cidadão, via sistema judiciário (MESSEDER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA. 2005. pp. 521-534).

O fenômeno judicialização tem ocorrido em vários países, inclusive no Brasil. Evidencia-se também esta forma diferente de como O direito público vem sendo administrado.



O termo possui caráter polissêmico. Diferenciar judicialização política de saúde e garantia efetiva do direito à saúde pelo Poder Judiciário é relevante para não se generalizar e desqualificar a atuação judicial, e acreditar que a atuação do Judiciário se extrapole e acabe intervindo na atuação de outro poder como o Poder Executivo (CARVALHO. 2004. pp. 115-126).

A constatação de que o direito à saúde, embora garantido de forma integral e universal pela Constituição Federal (art. 196), não é garantido plenamente na prática, e mesmo uma política consistente, sólida e de constantes avanços na atuação do SUS, a oferta deste direito está aquém nas expectativas quanto aos princípios de integralidade e universalidade de saúde.

Um aspecto positivo da judicialização das ações que tenham por objeto o direito à saúde no Brasil é o fato deste estar diretamente ligado à evolução da democracia no ambiente social, e que a sociedade brasileira procura estar mais consciente dos seus direitos e dos possíveis meios para garanti-los. Se, sob o ponto de vista positivo, a crescente demanda judicial, seja pelo acesso à medicamentos, cirurgias, leitos de UTI, dentre outras prestações positivas de saúde pelo Estado, representa um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população brasileira; por outro, agora de forma negativa, significa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores da política no Brasil, que passam a atender um número cada vez maior de ordens judiciais, garantindo as mais diversas prestações do Estado, as quais representam gastos públicos e ocasionam impactos significativos na gestão pública da saúde no país (MARQUES. 2008. p. 65-72).

Por outro enfoque destaca-se a importância na diferença de tratamento dado por juristas e cientistas sociais ao tema ativismo. O ativismo judicial, do ponto de vista jurídico, é o enfoque dado à temática sob o ponto de vista do Direito, o qual leva em consideração elementos hermenêuticos e possui natureza puramente normativa. Do ponto de vista político, ativismo tem um caráter analítico, logo, a interação ocorre entre, de um lado, o Judiciário e, de outro, os Poderes Legislativo e Executivo. Assim, a frequência e a influência com que o primeiro é acionado despertariam sobremaneira o interesse de cientistas sociais.

O aumento significativo da participação do Poder Judiciário tem gerado colocações acerca de sua efetividade e o conceito de "judicialização como fenômeno



oferece uma análise do impacto político do comportamento no âmbito da justiça federal e no da justiça estadual (ROCHA. 2008).

As decisões dos Tribunais Superiores, o Supremo Tribunal Federal (STF) e Superior Tribunal de Justiça (STJ) que incidem sob processos de pedidos de medicamentos e tratamentos médicos contra o Estado Brasileiro, promove um debate sobre o grau de eficácia do direito à saúde no Brasil, principalmente quanto à identificação dos fundamentos citados nas decisões judiciais.

A compreensão de que o direito à saúde mostra a diferença fundamental na problemática entre direitos sociais e individuais, vem sendo interpretado pelos Tribunais Superiores, ressaltando a necessidade de mudança de paradigma em relação a esta interpretação, tanto nas necessidades individuais postas nos autos e das necessidades coletivas, formalizadas mediante políticas públicas e indispensáveis à garantia do direito à saúde como direito social (MARQUES. 2008. p. 65-72).

O Conselho Nacional de Justiça, no ano de 2011, estimou que havia nesse ano 240 mil ações na Justiça relativas ao direito à saúde e esta problemática crescente preocupa os gestores do Judiciário, tanto no setor público, como privado resultando na intervenção do Judiciário frente às demandas judiciais na saúde, e segundo o Ministério da Saúde, o Brasil gasta, em média, 3,6% do PIB (Produto Interno Bruto, ou a soma de todas as riquezas do país) com a saúde pública, nos Estados e municípios e que esta quantia é insuficiente para a efetividade do setor público de saúde.

### **5 ATIVISMO JUDICIAL DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL QUANTO AO DIREITO À SAÚDE**

O Supremo Tribunal Federal tem desempenhado um papel relevante na efetivação do direito à saúde, como direito coletivo. As ações que têm tido sede no STF têm evidenciado que o direito à saúde é distinto do direito ao remédio.

O direito à saúde revela "[...] em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo [...]" e o direito ao fornecimento de medicamento de alto custo não incluído em política nacional de medicamentos ou em programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, constante de rol dos aprovados, "depende da demonstração da imprescindibilidade (adequação e necessidade), da



impossibilidade de substituição, da incapacidade financeira do enfermo e da falta de espontaneidade dos membros da família solidária em custeá-lo, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.649 a 1.710 do Código Civil e assegurado o direito de regresso", consoante a posição do Ministro Marco Aurélio Mello (BRASIL. STF.2017).

Os Ministros Roberto Barroso e Edson Fachin também propõem que devem ser observados requisitos cumulativos diante do fornecimento de medicamento de alto custo não incluído em política nacional de medicamentos ou em programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, constante de rol dos aprovados.

O Ministro Roberto Barroso propõe a observância dos seguintes requisitos: a) a incapacidade financeira de arcar com o custo correspondente; b) a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes; c) a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS; d) a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz da medicina baseada em evidências; e e) a propositura da demanda necessariamente em face da União, já que a ela cabe a decisão final sobre a incorporação ou não de medicamentos ao SUS (BRASIL. STF.2017).

O Ministro Edson Fachin entende que os requisitos para a concessão do fornecimento de medicamentos de alto custo não incluídos em política nacional de medicamentos ou em programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, constante de rol dos aprovados, depende dos seguintes requisitos: a) prévio requerimento administrativo, que pode ser suprido pela oitiva de ofício do agente público por parte do julgador; b) subscrição realizada por médico da rede pública ou justificada impossibilidade; c) indicação do medicamento por meio da Denominação Comum Brasileira ou DCI – Internacional; d) justificativa da inadequação ou da inexistência de medicamento ou tratamento dispensado na rede pública; e e) laudo, formulário ou documento subscrito pelo médico responsável pela prescrição, em que se indique a necessidade do tratamento, seus efeitos, e os estudos da medicina baseada em evidências, além das vantagens para o paciente, comparando-o, se houver, com eventuais fármacos ou tratamentos fornecidos pelo SUS para a mesma moléstia ( BRASIL. STF. 2017).

Nos recursos acima fica assentada a característica da saúde como direito de todos e dever do Estado, o que impõe ao Poder Público a obrigação de fornecer gratuitamente, às pessoas desprovidas de recursos financeiros, a medicação necessária para o efetivo



tratamento de saúde; que o Sistema Único de Saúde é financiado pela União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, sendo solidária a responsabilidade dos referidos entes no cumprimento dos serviços públicos de saúde prestados à população, e que a saúde deve ser baseada em evidências, assim como o fornecimento de medicamentos.

Observe-se ainda no Recurso Extraordinário n. 855178, ao qual se atribuiu repercussão geral, tema n. 793, em que se discute à luz dos arts. 2º e 198 da Constituição Federal, a existência de responsabilidade solidária entre os entes federados pela promoção dos atos necessários à concretização do direito à saúde, tais como o fornecimento de medicamentos e o custeio de tratamento médico adequado aos necessitados, podendo figurar no polo passivo da ação qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente (BRASIL. STF. 2017).

Utilizou o relator, Luiz Fux, como fundamento de sua decisão no RE acima mencionado, que "o direito à saúde é estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal como (1) direito de todos e (2) dever do Estado, (3) garantido mediante políticas sociais e econômicas (4) que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, (5) regido pelo princípio do acesso universal e igualitário (6) às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, mencionando que o "dever de desenvolver políticas públicas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde está expresso no artigo 196. A competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição"(BRASIL. STF. 2017).

Cabe à União, Estados, Distrito Federal e Municípios a responsabilidade solidária pela "saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde"(BRASIL. STF. 2017).

Para o STF "o fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles"(BRASIL. STF. 2017).

O Sistema Único de Saúde está baseado no financiamento público e na cobertura universal das ações de saúde. Dessa forma, para que o Estado possa garantir a manutenção



do sistema, é necessário que se atente para a estabilidade dos gastos com a saúde e, conseqüentemente, para a captação de recursos "(BRASIL. STF. 2017).

Os precedentes já julgados pela Corte Constitucional consolidam o entendimento que é "obrigação solidária dos entes da Federação o dever de tornar efetivo o direito à saúde em favor de qualquer pessoa, notadamente de pessoas carentes", porque o SUS é financiado, consoante o art.195 da Constituição Federal com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL. STF. 2017).

Outro tema abordado pelo STF, no RE 979742, onde se reconheceu repercussão geral, sob o tema n. 952, ainda pendente de julgamento, se discute o conflito entre "a liberdade religiosa e, de outro, o dever do Estado de assegurar prestações de saúde universais e igualitárias" porque a União, Estado do Amazonas e Município de Manaus foram condenados solidariamente "a custear a cirurgia de artroplastia total primária cerâmica, na modalidade Tratamento Fora do Domicílio TFD, em hospital público ou particular, que realize o procedimento sem uso de transfusão de sangue, garantindo ao autor a disponibilização de cobertura assistencial integral" (BRASIL. STF. 2017).

O fundamento para se considerar de repercussão geral é da lavra do Ministro Marco Aurélio que enfatizou em seu relatório: " dizer que o direito social à saúde é apenas aquele concretizado por uma concepção sanitária majoritária traz em si uma discriminação às percepções minoritárias sobre o que é ter e viver com saúde". (BRASIL. STF. 2017).

Outra matéria de repercussão geral, sob o tema n. 818, apreciada pelo STF, no Recurso Extraordinário 858075, mas ainda pendente de julgamento quanto ao mérito, se refere à aplicação de recursos orçamentários mínimos nas ações e serviços públicos de saúde, objeto de ação civil pública contra o Município de Nova Iguaçu e a União "relativas à aplicação de recursos orçamentários mínimos nas ações e serviços públicos de saúde", sendo condenados à incluir no orçamento do exercício financeiro recursos que deveriam ser depositados no Fundo Municipal de Saúde (art. 77, § 3º, do ADCT) e efetivamente utilizados no decurso dos exercícios financeiros anteriormente mencionados (BRASIL. STF. 2017).

As decisões do Supremo Tribunal Federal evidenciam que o financiamento do SUS é uma parte importante para o desenvolvimento da cobertura universal, que encontra





obstáculos de três ordens: a disponibilidade de recursos de forma equilibrada para os usuários dos serviços; a obrigação direta de pagamentos quando da necessidade de utilização do serviço, que poderá gerar o empobrecimento ou uma grave diminuição patrimonial, impedindo que se tenha acesso à saúde, e por fim o uso de tecnologias que possam reduzir o uso ineficiente e desigual de recursos.

A tecnologia médica pode ser crucial para proporcionar bons serviços de saúde, desde que selecionada e utilizada de forma adequada, baseada na evidência científica e em boas práticas, mas também pode-se evidenciar que o custo com medicamentos representa, segundo a OMS, 30% dos gastos globais em saúde, em razão da subutilização de genéricos e preços dos medicamentos mais elevados do que necessário; utilização de medicamentos contrafeitos ou de qualidade inferior; utilização inapropriada e ineficiente de medicamentos; estrutura de pessoal inapropriada ou dispendiosa; admissões hospitalares e duração dos internamentos; dimensão hospitalar inapropriada (baixa utilização das infraestruturas); erros médicos e baixa qualidade dos cuidados; insuficiente conhecimento ou aplicação dos protocolos e padrões clínicos; falta de orientações; supervisão inadequada; desperdício, corrupção e fraude; estratégias inapropriadas e ineficientes e equilíbrio inapropriado entre níveis de cuidados, e/ou entre a prevenção, promoção e tratamento.

## 6 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A Medicina Baseada em Evidências "consiste na aplicação dos princípios do método científico na tomada de decisões referentes a um paciente individual"(AZEREDO. 2013). Esse tipo de prática surgiu nos Estados Unidos e no Reino Unido a partir da segunda metade do Século XX, tendo como nomes de referência Archibald Cochrane e David Sackett" (AZEREDO. 2013).

Aplica-se para se definir um procedimento, um protocolo ou o fornecimento de um medicamento os métodos da epidemiologia, da farmacologia clínica e da bioestatística no planejamento, execução, análise, interpretação e leitura crítica do conjunto dos estudos científicos disponíveis para uma determinada pergunta clínica relevante para pacientes individuais (AZEREDO. 2015).

As evidências devem ser hierarquizadas para se alcançar a otimização e eficácia do procedimento ou protocolo que se adote. Entende-se que essa hierarquia é relevante e



segue a seguinte ordem: 1. ensaios clínicos randomizados (ECR) de boa qualidade e de baixo risco de viés e metanálises desses; 2. ensaios clínicos randomizados pequenos ou com limitações metodológicas e estudos observacionais prospectivos; 3. estudos observacionais retrospectivos; 4. séries e relatos de casos; 5. opinião de especialistas. Isso significa que não se pode utilizar um embasamento em evidência hierarquicamente menos qualificada para justificar uma conduta profissional quando já existir evidências de alto nível ECRs e metanálises contradizendo as evidências menos fortes (OMS. 2010)

A evidência "fornece provas para a tomada de decisão, abrange resultados de pesquisas, bem como consenso de especialistas reconhecidos, dentro de uma organização deve ser incluído fatos ou dados oriundos do trabalho desenvolvido" (GALVÃO; SAWADA; ROSSI. 2002)

Esses critérios estão inseridos nos fundamentos das decisões atualmente proferidas pelo Supremo Tribunal Federal, em que pese ainda recair sobre os Recursos Extraordinários acima mencionados uma decisão final.

A aplicação da Medicina Baseada em Evidências não é um procedimento subjetivo de eleição de escolha do melhor resultado, mas uma ferramenta básica ao alcance dos profissionais de saúde, que poderão otimizar recursos e criar protocolos médicos, contribuindo para o financiamento do SUS, ao reduzir custos.

## 7 CONCLUSÃO

A saúde é direito fundamental de segunda geração. O seu conteúdo é conformado no Brasil consoante as características ditadas pela Organização Mundial da Saúde, que o identifica sob o aspecto individual e coletivo e como o bem-estar físico, mental e social. A saúde vincula o desenvolvimento de uma nação.

O Brasil é marcado por imensuráveis desigualdades sociais. O desafio percorrido pelas políticas públicas para obter a igualdade é grandioso. Na saúde este desafio é voltado para o enfrentamento das vulnerabilidades e desigualdades que atingem segmentos específicos, como as mulheres, idosos, crianças, população negra, grupos de orientação sexual –LGBTI, populações do campo e em situação de rua.



É indispensável a consolidação dos princípios da transversalidade e da intersetorialidade para reverter as tendências à fragmentação da ação do Estado, tanto no interior do setor da saúde quanto nos demais setores.

É essencial o avanço na qualificação das unidades de saúde do SUS, podendo oferecer a população serviços de saúde de boa qualidade e ações de prevenção e promoção à saúde, com isso, o setor público é fortalecido e os espaços em que a saúde é vista como mercadoria é enfraquecido.

Torna-se necessária a promoção da saúde com a ampliação da manutenção ao sistema de insumos e equipamentos, aprimoramento da articulação dos diferentes níveis de atenção, aperfeiçoamento da gestão solidária entre as três esferas de gestão e a qualificação e participação popular nos conselhos de saúde, com essas implementações se consolida e amplia as conquistas de saúde da população brasileira.

As políticas públicas de Saúde no Brasil foram realizadas de forma imediatista e sem planejamento. As que foram adotadas não tiveram o objetivo de proporcionar ao cidadão um bem estar amplo e irrestrito, mas sim de responder as reivindicações populares com a intenção de parar os protestos e greves.

No final da ditadura militar, o movimento sanitário brasileiro incentivado pela redemocratização, foi primordial para a criação do Sistema Único de Saúde- SUS.

O SUS, apesar das dificuldades encontradas para sua implementação, constitui um patrimônio dos brasileiros. É uma vitória do povo brasileiro se comparado ao que havia antes dele. O que falta ao SUS são os recursos financeiros, que por meio de novas contribuições para saúde, redução do superávit primário ou outra medida que possa suprir a demanda do Sistema. Outra dificuldade encontrada é na gestão do SUS, a descentralização apesar de seus benefícios gerou o “apadrinhamento político”, principalmente nos municípios, causando a descontinuação da criação dos planos de cargos e salários.

Com a criação do SUS, as possibilidades de crescimento, melhoria e ampliação das políticas públicas de saúde se tornaram prósperas. É preciso ter cautela com o lobby das indústrias farmacêuticas e dos planos de saúde que possuem interesses contrários ao da população.

O sistema de saúde brasileiro avançou imensamente nas últimas décadas em comparação ao quadro de exclusão que havia no passado e pode se tornar futuramente



um modelo universal de sistema de saúde pública. Necessário se faz otimizar o uso da tecnologia; a elaboração de protocolos; a utilização da medicina baseada em evidências, de forma a reduzir seus custos, por intermédio da utilização da "prática reflexiva baseada em conhecimento científico.

O Brasil ainda demora a ter plenitude de acesso e tratamento integral à saúde, portanto o crescimento de demandas judiciais pela população têm aumentado cada vez mais, com a intenção de obter acesso a tratamentos, internações, exames e medicamentos que são negados administrativamente.

O Poder Judiciário tem tido papel fundamental na garantia de acesso aos serviços de saúde da população. Entretanto a falta de conhecimento dos magistrados sobre as técnicas médicas e a regulação administrativa do SUS têm levado a equívocos, principalmente referente ao acesso a medicamentos e terapias que não possuem evidência científica da sua eficácia no tratamento de patologias.

Por outro lado, o ativismo do Supremo Tribunal Federal tem levado à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Comitê) a analisar incorporação de novas tecnologias em relação a medicamentos e procedimentos mais judicializados.

O Poder Judiciário insiste na aplicação irrestrita e absoluta da regra de solidariedade, fundamentando as suas decisões no artigo 23, II, da Constituição Federal de 1988, que define a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a competência de cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência, sem atentar ao regramento administrativo infraconstitucional e infralegal, causando repercussão na gestão do SUS, impactando o orçamento dos municípios, principalmente aqueles de menor porte, que são obrigados a redirecionar recursos para ações não planejadas, acentuando com isso a ineficiência dos serviços públicos.

O Supremo Tribunal Federal em suas decisões utiliza com fundamento a medicina baseada em evidências, baseados na prática reflexiva do conhecimento científico para a tomada de decisões.

A medicina baseada em evidências é um mecanismo imprescindível para a redução dos custos com o financiamento do SUS, de forma equilibrada, e ainda é balizador no fornecimento de medicamentos de alto custo não fornecidos pelo SUS aos portadores de doenças graves.



A política da medicina baseada em evidências possibilita ao Supremo Tribunal Federal e demais órgãos judiciais do país definir o conteúdo do direito à saúde e também em que condições os medicamentos referenciados deverão ser fornecidos, sem sacrifício dos princípios da igualdade; integralidade e universalidade, regentes do SUS.

## **REFERÊNCIAS**

**BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RECURSO EXTRAORDINÁRIO N. 855178.** Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24%2ESCLA%2E+E+855178%2ENUME%2E%29+OU+%28RE%2EPRCR%2E+ADJ2+855178%2EPRCR%2E%29&base=baseRepercussao&url=http://tinyurl.com/q6u8omz>. Acesso em 15.08.2017

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caminhos do direito à saúde no Brasil.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

**CARVALHO, E. R. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem.** Revista de Sociologia Política, Curitiba, n. 23, p. 115-126, 2004

**CIARLINI, Álvaro Luis de Araujo. Direito à Saúde e Respeito à Constituição. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Coleção Pensar em Saúde, v. 1, 2013.

**CRUZ SOUSA, Rafael da; BASTOS BATISTA, Francisco Eduardo; Política Pública De Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS,** <http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>. Acesso em: 17/03/2016.

**DE MORAIS, Jose Luis Bolzan; DO NASCIMENTO, Valéria Ribas. O direito à saúde e os “limites” do Estado Social: medicamentos, políticas públicas e judicialização.** Novos Estudos Jurídicos, v. 12, n. 2, p. 251-266, 2008.



DRESCH, Renato Luís, **Direito à saúde. Para Entender a Gestão do SUS**, 2015. Disponível: [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br). Acesso em 18/03/17

FRUCTUOZO, Ligia Maria Lario; PAULA, Adriana Ferreira de, **Direito à saúde**, 2015. Disponível: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/view/4864/4618>. Acesso em: 18/03/16

GALVÃO Cristina MARIA, SAWADA Namie Okino, ROSSI Lídia Aparecida. **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória**. Rev Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5):690-5.

MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do Direito à Saúde**. Revista de Direito Sanitário, v. 9, n. 2, p. 65-72, 2008.

MESSEDER, AM, OSÓRIO-DE-CASTRO CGS, LUIZA VL. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro**. Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:525-34.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

ROCHA, Roberto Lara. **Judicialização: reflexões sobre o fenômeno no Brasil**. Brasília, 2008. TCC (pós-graduação *lato sensu* em Ciência Política. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Universidade do Legislativo Brasileiro.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil**. Serviço Social em Revista 14.2 2012

SEGRE, Marco; CARVALHO FERRAZ, Flávio, **O conceito de saúde**, Rev. Saúde Pública vol. 31 no. 5 São Paulo Oct. 1997

SILVA, Ana Cristina Monteiro de Andrade. **O Poder Judiciário como efetivador dos direitos fundamentais**. Revista CEJ 11.37 (2008)

SUELLI. Gandolfi Dallari, **O direito à saúde**, Rev. Saúde Pública vol.22 no.1 São Paulo Feb. 1988.



TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. **Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, 2006.