

O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS)

The right to health and Brazilian legislation: an analysis based on the Federal Constitution of 1988 and the organic law of the Unified Health System (SUS)

El derecho a la salud y la legislación brasileña: un análisis a partir de la Constitución Federal de 1988 y la ley orgánica del Sistema Único de Salud (SUS)

Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino^{1*}, Carina Fernanda Robles Angelini².

RESUMO

Objetivo: Apresentar o tratamento dado à saúde, quer pela Constituição Federal quer pela legislação infraconstitucional. No que se refere a esta última, o trabalho se debruça na legislação regente ao Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Federal nº 8.080/90. **Revisão bibliográfica:** Todos os cidadãos, independentemente da nacionalidade, têm assegurado pela Constituição vigente, o direito à saúde. Neste diapasão, o Estado tem o dever de assegurar as ações e os serviços de saúde, com o fim de oportunizar assistência integral, universal e igualitária a todos os cidadãos. **Considerações finais:** Em síntese, o trabalho busca demonstrar que a saúde é direito fundamental e social de todos, dever do Estado, tendo por efeito prático o direito de o cidadão exigir do Estado o fornecimento deste direito a contento, especialmente porque o texto Constitucional sobrelevou a saúde ao *status* de cláusula pétrea (Art. 60, parágrafo 4º, da Constituição Federal), e que a Lei Federal nº 8.080/90 veio para complementar e dar efetividade às normas do poder constituinte originário.

Palavras-chave: Direito à saúde, Sistema único de saúde, Saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To present the treatment given to health, either by the Federal Constitution or by infra-constitutional legislation. With regard to the latter, the work focuses on the legislation governing the Unified Health System (SUS), Federal Law nº 8.080/90. **Bibliographic review:** All citizens, regardless of nationality, are guaranteed by the current Constitution, the right to health. In this vein, the State has the duty to ensure health actions and services, in order to provide comprehensive, universal and equal assistance to all citizens. **Final considerations:** In summary, the work seeks to demonstrate that health is a fundamental and social right of all, a duty of the State, with the practical effect of the citizen's right to demand from the State the provision of this right to satisfaction, especially because the Constitutional text prevailed. health to the status of a stony clause (Article 60, paragraph 4, of the Federal Constitution), and that Federal Law No. 8,080/90 came to complement and give effect to the norms of the original constituent power.

Keywords: Right to health, Unified health system, Public health.

RESUMEN

Objetivo: Presentar el tratamiento dado a la salud, ya sea por la Constitución Federal o por la legislación infraconstitucional. Con respecto a este último, el trabajo se centra en la legislación que rige el Sistema Único de Salud (SUS), Ley Federal nº 8.080/90. **Revisión bibliográfica:** Todos los ciudadanos, independentemente de su nacionalidad, tienen garantizado por la Constitución vigente, el derecho a la salud. En este sentido, el Estado tiene el deber de garantizar acciones y servicios de salud, con el fin de brindar una

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre - RS.

*E-mail: jhonas.flazino@edu.pucrs.br

² Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas - SP.

assistência integral, universal e igualitária a todos los ciudadanos. **Consideraciones finales:** En síntesis, el trabajo busca demostrar que la salud es un derecho fundamental y social de todos, un deber del Estado, con el efecto práctico del derecho del ciudadano a exigir del Estado la prestación de este derecho a la satisfacción, especialmente porque el texto Constitucional prevaleció sobre la salud a la condición de cláusula pétrea (artículo 60, inciso 4, de la Constitución Federal), y que la Ley Federal nº 8.080/90 vino a complementar y dar efecto a las normas del poder constituyente originario.

Palabras clave: Derecho a la salud, Sistema único de salud, Salud pública.

INTRODUÇÃO

A carta magna Brasileira em vigor previu em seu artigo sexto, diversos direitos fundamentais dentre eles a saúde (BRASIL, 1988). Até então, esse tema não era abordado nas legislações, e a atitude do legislador revolucionou a temática, trazendo enormes mudanças no sistema. A saúde passa então a ser cláusula pétrea. A propósito, os legisladores desenharam nesse documento como as políticas públicas deveriam funcionar, sobretudo, respeitando o pacto federativo (MORAES AL, 2018).

Assim, para entender o Sistema Único de Saúde e sua sistematicidade, bem como, a perspectiva da Saúde no Direito brasileiro, a distribuição de competência entre os entes políticos e a solidariedade na responsabilidade pela oferta da saúde aos cidadãos, é importante trazer algumas considerações sobre a forma de organização do Estado Brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Brasil é uma República, e para consecução dos seus objetivos, é imprescindível a sua estruturação em diversas camadas hierarquizadas: União, Estados, Distrito Federal e municípios, permitindo a flexibilidade na distribuição de recursos para todo o Sistema, levando em conta a extensão territorial do Brasil e contornando as dificuldades logísticas de um Sistema centralizado (FACHIN ZA, 2017).

A Constituição elencou como entes políticos a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, daí porque sobre qualquer um deles recai na obrigação da prestação do serviço público de saúde, pois a própria Constituição o qualifica como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, o efeito prático de o país estar organizado como uma federação é que Estados, Distrito Federal, municípios e União podem responder solidariamente para prestar o direito à saúde a quem dele precisar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Os responsáveis por tecer as leis que regem estas camadas compõem o Poder Legislativo; o Executivo atua na execução de programas ou prestação de serviço público; e o Judiciário resolve conflitos causados por indivíduos, entidades e o Estado. Todos estes agentes participam ativamente da saúde como bem de fornecimento obrigatório Estatal e direito do cidadão (TEMER MI, 2017).

O presente estudo teve como objetivo demonstrar as mudanças no cenário da saúde pública após sua transformação em direito individual na Constituição Federal de 1988, junto com os mecanismos e entidades que servem de suporte para cumprir tal premissa. Buscou-se demonstrar qual o efeito prático da Constituição Federal ter sobrelevado a lei orgânica do Sistema Único de Saúde ao status de cláusula pétrea, ou seja, um dispositivo imutável, que não pode ser alterada nem mesmo por ementa a Constituição.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A perspectiva do direito à saúde na constituição federal de 1988 – arts. 6 e 196.

Promulgada em outubro de 1988, a carta magna em vigor defendeu a saúde como “direito social” (Art. 6 da Constituição Federal de 1988), qualificando-a como “direito de todos e dever do Estado” (Art. 196 CRFB). Recentemente, em uma adição ao texto original, assegurou, que “*todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa de transferência de renda*” (BRASIL, 2021).

Em 30 anos, a Carta Magna buscou estreitar os laços com o cidadão, promovendo acesso à saúde, educação, trabalho e moradia. O novo texto promoveu as bases e pilares da República, e o Sistema Único de Saúde é um significado desse avanço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Atendendo ao espírito do constituinte de 1988, em especial os arts. 6 e 196 da CRFB o art. 2 da Lei nº 8.080/90, dispõe-se que *“a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”* (BRASIL, 1988).

Para frisar as suas pretensões, o poder público editou a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Essa declaração traz os princípios básicos que asseguram ao povo o acesso ao atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Essa carta foi aprovada pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Ela foi redigida sob o amparo de princípios fundamentais, que, juntos, garante a todo cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O documento assegura os seguintes Direitos: 1 - Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. 2 - Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3 - Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4 - Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5 - Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada. 6 – Toda pessoa tem direito a informação e aos diversos mecanismos de participação. 7 – Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É certo que a constituição montou um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e que antes dela, atendia cerca de 30 milhões de pessoas, através da Previdência Social e entidades filantrópicas (BRASIL, 2018). Aquilo que viria a ser o sistema único, nasceu de uma opinião popular, quando uma enfermeira aventou a ideia de unificar o sistema para ajudar a administração e o emprego de verbas (BRASIL, 2018).

Arouca S (2017), ensina que a chamada Reforma Sanitária começou a se desenvolver durante a oposição à ditadura, crescendo em estrutura dentro das universidades, sindicatos e organizações de serviços regionais. De maneira inédita, mais de cinco mil pessoas de todas as camadas sociais discutiram uma nova maneira de arquitetar a saúde nacional, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O resultado foi a “fixação constitucional”, por meio de emenda popular, da natureza da saúde no Brasil; “dever do Estado e direito do cidadão” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019).

Nota-se, portanto, que com o tratamento diferenciado dispendido pela Constituição em favor da saúde possibilitou-se, conseqüentemente, a possibilidade do cidadão requerer em juízo, a condenação do Estado em obrigação de fazer a prestação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O legislador quando tornou o direito à saúde como cláusula pétrea, outorgou ao cidadão, a possibilidade de buscar perante o poder judiciário, o direito de ter um procedimento cirúrgico, tratamento de câncer, solicitação de medicamentos específicos (MELLO AC, 2021).

Vale dizer, com a constitucionalização o direito à saúde passou a ter proteção jurídica, algo que até então não tinha (SAÚDE, 2012). Seus efeitos, vão desde o direito de ter o cidadão uma prestação pública eficiente, com atendimento especializado, até mesmo na inserção da agenda das políticas públicas um programa pautado na questão da saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019).

O Brasil foi um dos primeiros países a prever, na legislação, o acesso universal a saúde, mas nenhum governo garantiu o financiamento necessário para que o art 196 da CRFB fosse cumprida. Os resultados são conhecidos pela população: as longas filas de espera, mau atendimento (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2019).

Apesar da sua relevância, o tema financeiro foi revisto muito mais tarde, na lei Complementar n.141/2012, que dentre outras coisas, dispõe sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente a saúde, essa norma prevê critérios específicos de distribuição dos recursos de transferências (BRASIL, 2012).

Em que pese a aparente organização e distribuição de recursos, a realidade não acompanha os privilégios sociais defendidos pela Constituição Federal de 1988, principalmente devido a entraves como a limitação de recursos financeiros. Segundo Fachin ZA (2017), o problema reside no binômio “dever da prestação da saúde pelo Estado” x “limitação dos recursos financeiros”.

A bem verdade, o problema da escassez de recursos é colocado em plano secundário. De tal sorte, que os interesses financeiros de um município, por exemplo, não podem se sobrepor aos bens maiores da saúde e a vida (MELLO AC, 2021).

Não é incomum que a maioria das ações em que se pleiteiam intervenções médicas e medicamentos específicos, que chegam ao Judiciário sejam vencedoras. Isso denota a preocupação do judiciário em garantir os direitos a saúde como preconizado pela carta magna, porém, não se pode negligenciar ou descartar o problema da escassez de recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Embora o Brasil tenha utilizado 9,6% do orçamento público na saúde no ano de 2019, ou seja, mais do que a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (8,8%), 60% desse gasto é privado, deixando o Sistema subfinanciado. Além disso, projeta-se que os gastos em saúde no Brasil aumentarão 12,6% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2040 (comparado a 9,6% em 2019) (OCDE, 2021).

A OCDE indica que as mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nas últimas três décadas, o reflexo pós-covid-19 evidenciaram a necessidade de reformas contínuas no sistema de saúde, mas também reformas estruturais no país, isto é vital para garantir a sustentabilidade do sistema (OCDE, 2021).

Atesta-se que a discussão não se limita a escassez de recursos, mas também a gestão, de como o orçamento será empregado (FACHIN AZ, 2017). Mesmo com recursos financeiros, o poder público tem sido e ainda será incapaz de atender a maior parte demandas sociais defendidas pela Constituição, por conta da ineficiência do Estado brasileiro (OCDE, 2021).

Uma análise geral da lei orgânica da saúde

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), demarca as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema de Saúde do Brasil (BRASIL, 1990). Essa lei dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2018).

Os temas abordados na Lei nº 8.080, conforme arts. 5º e 6º são: (a) Determinantes sociais em saúde; (b) Vigilância em saúde; (c) Princípios e diretrizes do SUS; (d) Políticas para populações específicas; (e) Responsabilidades das 3 esferas de governo; (f) Estrutura de governança do SUS; (g) Política de recursos humanos; e (h) Participação complementar do privado (BRASIL, 1990).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que as condições de vivência e trabalho de um indivíduo estão intimamente ligadas a determinantes sociais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ressalta-se que, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais também devem ser levados em consideração, já que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como renda e emprego, escolaridade, moradia e alimentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Considerando o Art.4 da Portaria nº 1.378 de 2013, a vigilância em saúde envolve processos e práticas de trabalho voltadas para: a) vigilância da situação de saúde dos indivíduos, produzindo análises que auxiliem o planejamento, estabelecimento de estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; b) levantamento de medidas corretas para resposta a problemas de saúde urgentes; c) vigilância, prevenção e controle de doenças caracterizadas pela transmissibilidade; d) vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, violências e acidentes; e) vigiar a população que está exposta a condições ambientais que podem prejudicar sua saúde; f) vigilância da saúde do trabalhador; g) vigilância sanitária dos riscos que podem ser causados pela produção e uso de produtos, tecnologias e serviços relacionados à saúde (BRASIL, 2017).

Portanto, é primordial que a Saúde seja sintetizada com os outros setores sociais na luta contra iniquidades, o que pode ser chamado de intersectorialidade. Quaisquer políticas sociais que buscam diminuir as desigualdades sociais proporcionando uma melhora na mobilidade, lazer e trabalho são fundamentais nesse processo, sem contar a própria realização do cidadão sobre sua importância na participação do processo de produção da saúde e melhora da qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Sistema Único de Saúde age por meio de princípios, que se desmembram em duas vertentes: doutrinários e organizativos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ 2018). Os primeiros são uma base conceitual que demonstra os valores que um sistema que garante o direito à saúde deve defender (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986). O segundo possui os embasamentos efetivos que o sistema em si se organiza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

As diretrizes e princípios tecnoassistenciais da Constituição Federal e Lei 8.080 são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersectoriedade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica (BRASIL,1990). A vertente doutrinaria defende dois princípios: a universalidade e equidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019).

Entende-se por Universalidade que a saúde é um direito de cidadania e deve estar a disposição de todos os indivíduos, e para tal, o estado promoverá gratuitamente acesso às ações e serviços, sem restrição ou distinção, independente de sexo, raça, ocupação. Tal princípio não se restringe aos brasileiros, mas também aos estrangeiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE SAÚDE, 2022).

O princípio da equidade tem como fulcro diminuir as desigualdades. Apregoa que as pessoas devem ser atendidas proporcionalmente a suas necessidades, sem preconceitos e privilégios. Isto significa também, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Em síntese, significa reconhecer que todos merecem atenção, mas não necessariamente do mesmo atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A Integralidade visa entregar ao indivíduo um atendimento que abraça a promoção, tratamento, prevenção e reabilitação, garantindo abertura a todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Esse princípio enfatiza a preocupação no indivíduo como um todo, comunidade (sua inserção social) e família, e fica restrito a um plano geral de doenças e ações programáticas governamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

De outro lado, os princípios relacionados a organização do sistema, que são balizados pela regionalização, que tem como escopo garantir o direito á saúde, através do reconhecimento das regiões de saúde. Esse processo é benéfico pois permite observar os determinantes sociais de saúde no modo como estes se expressem no território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Já a descentralização, como princípio organizativo, reza que o poder e a responsabilidade do sistema devem ser compartilhados entre os níveis do governo (União, estados e Municípios), o foco é prestação de serviços de modo eficiente, contando com a fiscalização do povo (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019).

Na seara da fiscalização, a participação popular, tem fundamental valor, pois possui o condão de estabelecer o exercício participativo, que é capaz de desenvolver o espírito de pertencimento do cidadão á sua sociedade, contribuindo, desse modo, para a efetiva legitimação das instituições públicas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

A intersectorialidade é uma questão primordial para a organização e funcionamento do SUS, suas dimensões e cuidados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Desta maneira, o sistema demanda a obrigação de criar e colocar em funcionamento comissões permanentes que debatam sobre as atuações de certas políticas públicas. Tais comissões diversas vezes estão atreladas à Comissão Intergestores Bipartite, instância deliberativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Nessa direção, a instituição de Comissões possui como meta primordial a arquitetura de estratégias que fomentem uma melhora da interação benéfica mútua entre serviços de saúde e instituições formadoras de profissionais de saúde de nível superior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Entre os órgãos e instituições que compõem o SUS, estão as públicas, que são administradas diretamente pelos órgãos competentes da Saúde (secretarias de Saúde e Ministério da Saúde). As demais são as de administração indireta, divididas em diversas modalidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Também existe uma categoria composta por instituições privadas sem fins lucrativos, que possuem capacidade de participar das atividades do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Tais instituições formam a chamada terceira categoria, tendo como principais exemplos as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Evidente que o poder público busca atender as demandas sociais por meio da articulação de sistemas assistenciais, mas, para isso, é imprescindível que os prestadores destes serviços tenham uma característica multidisciplinar, além de aderirem práticas profissionais de integração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Neste turno, o Estado possui a incumbência de afiançar as ações e os serviços de saúde, com a finalidade de oportunizar assistência integral, universal e igualitária a todos os cidadãos. E para tornar esse objetivo crível, faz-se necessário verba, daí porque o Constituinte elencou como fontes de renda para o Sistema único de Saúde, o montante financeiro proveniente da seguridade social, da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, além de outras fontes (MINAS GERAIS, 2019).

Vale observar, que após três décadas de SUS, os fatores determinantes e condicionantes, ainda continuam sendo grande desafio para a melhoria dos serviços de saúde, sobretudo nos níveis de assistência que não são suficientes para atender a maior parte da demanda social (OCDE, 2021).

Fundamentalmente, o Brasil precisará gastar mais e melhor para que tais despesas sejam mais eficazes para atingir as metas do sistema, sustentáveis no futuro, e que possuam condições de enfrentar grandes desafios de Saúde, como a COVID-19. Mesmo com recursos financeiros, o poder público ainda será incapaz de atender a maior parte de tais demandas, por conta da falta de recursos e ineficiência (FACHIN AZ, 2017).

Para contornar esse problema, foi buscada uma complementação do sistema através da iniciativa privada, a chamada saúde suplementar. O setor privado, então, concorre no mercado ofertando serviços direto aos compradores ou por meio de operadoras (planos de saúde ou seguradoras). Sendo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), incumbida da função de fiscalizar as operadoras de serviço. Esse órgão foi pensado no final dos anos 90, e posto em prática através da Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000 (BRASIL, 2000).

A Agência Nacional de Saúde é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que goza de autonomia nas suas decisões técnicas, e tem como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência a saúde suplementar, atuando através de órgão de regulação. Dentre as suas diversas competências, cabe a ANS, propor políticas e diretrizes gerais para o Conselho Nacional de saúde Suplementar, fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras (BRASIL, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi objetivado demonstrar que a Constituição federal de 1988 alterou a temática da saúde, qualificando-a como direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, foi abordada a estruturação do Estado Brasileiro, passando, repartição de competência, bem como, o tratamento que a Constituição de 1988 conferiu à Saúde. O efeito prático foi o direito de o cidadão exigir do Estado o fornecimento deste direito a contento, especialmente porque o texto Constitucional sobreleva à saúde ao status de cláusula pétrea (Art. 60, parágrafo 4º, da Constituição Federal), e que a Lei Federal nº 8.080/90 veio para complementar e dar efetividade às normas do poder constituinte originário. Para finalizar, vale observar que não há dúvidas quanto aos avanços no Sistema Único de Saúde, das conquistas estabelecidas pela Constituição de 1988. Mas o SUS tem muitos desafios para enfrentar no século XXI, pois é um sistema em constante construção, e os ganhos passados não são permanentes nem cumulativos, é indispensável a sua proteção e constante aprimoramento.

REFERÊNCIAS

1. AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Editora FIOCRUZ, 2017; 7(2): 268-269.
2. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jan. 2022.
3. BRASIL. Constituição Federal reconhece saúde como direito fundamental. 5 out. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>. Acesso em: 5 mar. 2022.
4. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 2003. 248p.
5. BRASIL. Emenda constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.
6. BRASIL. Lei Complementar nº 141. 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.
7. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 jan. 2022
8. BRASIL. Lei nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.
9. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). CD 32 – Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde[...]. 29 out. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-32/>. Acesso em: 06 fev. 2022
10. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. 22 mai. 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8->. Acesso em: 06 fev. 2022.
11. FACHIN AZ. Curso de Direito Constitucional. 7nd ed. São Paulo: Método. 2017; 187p.
12. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. 2019. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8->. Acesso em: 06 fev. 2022.
13. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Descentralização.2019. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>. Acesso em: 21 fev. 2022.
14. MELLO CA. Curso de direito administrativo. 35rd ed. rev. São Paulo: Malheiros. 2021; 386p.
15. MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Ministério da Saúde. SUS para todos. <https://saude.mg.gov.br/sus>. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 21 fev. 2022.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, Brasília – DF: Brasil, 2013.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 617. 2019. Dispõe sobre a 16º Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2021/res0617_03_08_2021.html. Acesso em: 21 fev. 2022.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 21 fev. 2022.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação. 2017. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_preparacao_respostas_emergencia_saude_publica_inundacao.pdf. Acesso em: 21 fev. 2022.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CD 32 – Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde [...]. 2019. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-32/>. Acesso em: 06 fev. 2022
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS no seu município garantindo saúde para todos.2012. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 06 fev. 2022.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos dos Usuários do SUS. 2009. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/171_direitos_usuarios.html. Acesso em: 21 fev. 2022.
24. MORAIS AL. Direito Constitucional. 37rd ed. rev. São Paulo: Atlas, 2021; 98p.
25. ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021. 2021. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/f2b7ee85-pt/index.html?itemId=/content/publication/f2b7ee85-pt>. Acesso em 02 mar. 2022.
26. TEMER M. Elementos de direito constitucional. 24th ed. rev. São Paulo: Malheiros, 2017; 482p.