

# O ESTADO COMO PRODUTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

## THE STATE AS A PRODUCER OF HEALTH SERVICES IN BRAZIL

Beatriz Caputo Weiss Xavier  
Mestranda em Direito da  
Universidade Católica de Petrópolis,  
Rio de Janeiro, Brasil  
[beatrizcaputowx@gmail.com](mailto:beatrizcaputowx@gmail.com)

Matheus Mascarenhas Guzella  
Mestre em Justiça Administrativa pela  
Universidade Federal Fluminense,  
Rio de Janeiro, Brasil  
[mascarenhasguzella@gmail.com](mailto:mascarenhasguzella@gmail.com)

Marcos César de Souza Lima  
Doutor em Ciências Jurídicas e  
Sociais pela Universidade Federal  
Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil  
[marcoscesardesouzalima@gmail.com](mailto:marcoscesardesouzalima@gmail.com)

Received: 05/10/21

Accepted: 10/10/21

Published: 12/10/21

Resumo: Este artigo busca analisar a atuação do Estado brasileiro como produtor de serviços de saúde. A intenção não é, de qualquer forma, valorar alternativas ao modelo brasileiro ou solucionar problemas advindos desta atuação estatal. Ao contrário, visa-se descrever a o papel do Estado, em suas três esferas, como um produtor de serviços de saúde, apontando benefícios e malefícios do modelo hodierno. A despeito de não ser o objetivo deste trabalho apresentar um eventual modelo “melhor”, serão descritos sistemas diversos, de forma exemplificativa, para estabelecer um panorama ao leitor sobre o modo como o Estado brasileiro atua na saúde e o modo como outros países aplicam seus sistemas.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Atuação estatal. Estado produtor. Estado provedor.

Abstract: This paper seeks to analyze the performance of the Brazilian State as a producer of health services. The intention isn't, in any way, to value alternatives to Brazilian model or to solve problems arising from this state performance. On the contrary, it's to describe the role of the state, in its three spheres, as a producer of health services, pointing to the benefits and harms of the model. Although the objective of this paper is not to present a "better" model, different systems will be described, in an exemplary way, to provide a perspective to the reader about the way the Brazilian state acts in health and how other countries apply their systems.

Keywords: Health Services. State performance. Producer State. Provider State.

## I. Introdução

A CRFB/88 define, logo em seu artigo 6º, a saúde como um direito fundamental de caráter social, ou seja, trata-se de uma ordenação ao Estado de promover o exercício deste direito pelos cidadãos. Não é a toa que a saúde se posiciona topograficamente no *caput* do dispositivo mencionado, ao lado da educação, moradia etc. Na verdade, tal fato demonstra a importância que o legislador. Além disso, o legislador ainda previu a importância da saúde para determinação do salário – mínimo (inciso IV) e no ambiente de trabalho (inciso XXII).

A importância da saúde no texto constitucional continua explicitada nos artigos 23 e 24, os quais definem a competência de todos os entes federativos para, respectivamente, promover e legislar sobre o tema.

Evidente que o direito à saúde é um dos mais importantes da atualidade, não somente no Brasil, mas em todo o mundo. Não há governo moderno algum que não inclua a saúde como uma de suas principais plataformas.

Contudo, o tema não é homogeneamente tratado e nem era de se esperar que o fosse. A diversidade cultural, social e econômica entre os países e entre regiões dentro dos próprios países, como se verifica no Brasil, exige que a saúde seja tratada forma diferente. Nada mais natural.

Em alguns países, como será analisado de forma detida posteriormente. A saúde é promovida e fornecida pelo Estado, através de recursos exclusivamente públicos, enquanto em outros casos apenas a iniciativa privada detém as rédeas desse mercado. Há ainda países que adotam um sistema misto. O que interessa neste artigo é justamente este tema, qual seja, a atuação do Estado brasileiro na produção dos serviços de saúde.

Assim, para analisar o modelo proposto, verificar-se-á a legislação pertinente, as políticas públicas e o comportamento do mercado na produção da saúde. Além disso, para ilustrar e permitir ao leitor o comparativo que entenda adequado, buscar-se-á apresentar modelos diversos do brasileiro. O fim a ser alcançado é exatamente o panorama ora descrito, já que a intenção do presente artigo não é o de valorar o sistema brasileiro e esgotar o tema, inclusive porque não seria possível fazê-lo, pela complexidade da matéria e pela riqueza dos debates já postos.

A despeito disso, o trabalho buscará apresentar pontos de sucesso e negativos do modelo brasileiro e possíveis medidas que podem ser importadas de modelos alienígenas, para que o

leitor possa enriquecer seus conhecimentos acadêmicas sobre o direito à saúde e o papel do Estado.

## II. O modelo brasileiro de saúde: legislação e o papel do estado

Como dito, o constituinte brasileiro incluiu a saúde como um dos mais importantes direitos sociais da República e, ainda, atribuiu à União, aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal a obrigação de promovê-la e a competência para legislar, nos artigos 23 e 24.

Contudo, o conteúdo programático da Constituição brasileira deixa clara a opção descentralizadora da prestação de serviços de saúde no artigo 30, VII. Este dispositivo prescreve uma atuação direta dos municípios e indireta dos demais entes. Assim, percebe-se que o ideal constitucional visa uma atuação detida da municipalidade tendo em vista a proximidade da administração municipal em relação à população, ou seja, a verificação *in casu* das necessidades de cada agrupamento regional, a fim de promover um serviço apto a considerar as necessidades de cada localidade. De qualquer forma, a própria disciplina constitucional da matéria impõe aos demais entes a prestação de assistência financeira e técnica aos municípios, o que justifica coerentemente a opção por um programa assistencial que engloba União, estados, municípios e Distrito Federal.

Entende-se como assertiva a posição do legislador. Isso porque, de fato, em um país de dimensões continentais, faz-se necessária a atuação direta do governo regional mais próximo da população, para que possa verificar as necessidades específicas de tratamentos, medicamentos, procedimentos, profissionais e outros recursos que a saúde dos cidadãos locais exigem. Por outro lado, o poder constituinte, reiterando a importância do tema e reconhecendo as dificuldades financeiras que a grande maioria dos municípios brasileiros sempre enfrentaram decidiu que os entes de maior recolhimento tributário estivessem obrigados, e aqui não se trata de uma cooperação eventual, a colaborar com a prestação dos serviços.

A CRFB/88 avança na relevância do tema ao prever, no título da ordem social, no capítulo da seguridade social, uma seção inteira destinada a regulamentar a prestação da saúde, que compreende os artigos 196 a 200. Importante observar que os dispositivos mencionados reiteram a obrigação compartilhada, mas hierarquizada e regionalizada através de um sistema único, que será tratado adiante. Além disso, adotando um modelo misto, o Brasil permite

exploração dos serviços pela iniciativa privada, mediante regulação estatal através de ministérios, secretarias e agências, como a ANS no âmbito da União, sem prejuízo de regulação por outras agências, inclusive estaduais e municipais, e pelos conselhos profissionais da área.

O regramento constitucional tem bases sólidas e, tendo em vista a própria classificação constitucional da Carta brasileira, conteúdo programático e diretivo, o que justificou a edição da Lei nº 8.080/90.

O art. 4º, da referida lei, institui o corolário da saúde pública brasileira, qual seja, o Sistema Único de Saúde (SUS), que reitera o caráter colaborativo e regionalizado dos serviços de saúde. Interessante notar que o §2º do dispositivo em questão permite atuação complementar da iniciativa privada, o que será tratada adiante.

A legislação infraconstitucional consagra as diretrizes impostas pela CRFB/88, no sentido de compreender a saúde como um direito fundamental social de todos e estabelecendo sua organização regionalizada e a cooperação entre os entes, de modo a buscar atribuir, na prática, o maior alcance do sistema.

Nesse sentido, o legislador estabeleceu concedeu a todos os entes o poder diretivo do sistema, definindo, contudo, competências específicas.

O estudo e interpretação do artigo 16, da Lei nº 8.080 leva a concluir que a União é responsável por atividades de controle, fiscalização, normatização, coordenação e avaliação. Todos os incisos estabelecem ações que direcionam uma ideia de unificação dos serviços, de modo a regulamentar a prestação e impedir que estados e municípios desvirtuem o ideal de um sistema único. Contudo, o próprio ideal de regionalização justifica as competências estaduais e municipais que serão logo abordadas.

Os estados da federação funcionam como uma espécie de interlocutores entre a União e os municípios. Percebe-se que as funções de fiscalização e regulamentação são exercidas de forma complementar, para adequação das normas federais às particularidades regionais, entende-se que pelas já citadas dimensões do Brasil. De qualquer modo, fica claro no inciso I, do artigo 17, que a participação estadual no sistema único tem como principal fundamento sua importância na descentralização. Isso porque, a distância geográfica, social e política dos municípios brasileiros em relação ao poder federal tornaria impossível a concretização da ideia constitucional centralizadora. A atuação estadual é imprescindível para o sucesso do sistema único.

Por fim, aos municípios compete, precipuamente, a execução dos serviços, ou seja a prestação aos cidadãos e o contato direto com o usuário do SUS. A gestão local do sistema também compete a estes entes, na qual reside a importância dos postos de saúde.

As escolhas legislativas, ao menos do ponto de vista teórico, parecem coerentes com a realidade brasileira. O federalismo tripartite que a CRFB/88 adotou estabelece um poder local, a cargo da municipalidade, que permite uma execução de serviços de saúde com certa autonomia para gestão e organização. Isso se mostra de grande importância diante da já mencionada dimensão do território brasileiro e também leva em consideração a diversidade cultural, social e econômica do país. Apesar disso, o papel da União e dos estados é de grande relevância para unificar a prestação dos serviços e permitir uma unificação das regras e das principais diretrizes do sistema, já que se trata de um sistema único.

Após a análise inicial do papel do Estado nos serviços de saúde, pode-se passar ao estudo mais detido das funções de prover a saúde e prestar a saúde, conforme os itens que seguem.

### **III. O Estado brasileiro como provedor**

O estudo da legislação brasileira sobre saúde, especialmente na CRFB/88, aponta para o Estado, em seus três níveis do federalismo, como um agente provedor da saúde. Nesse sentido, afirma-se que o poder público deve dar acesso aos serviços de saúde, como um direito social previsto no art. 6º, da Lei Maior, a todos os cidadãos.

Dar acesso à saúde coloca o Estado brasileiro em uma situação de agente provedor, ou seja, um agente que deve possibilitar o acesso. Contudo, a redemocratização da década de 80, com a crescente ideia de *Welfare State*, exigiu mais do Estado. Na verdade, a situação socioeconômica brasileira não permitia que o Estado meramente promovesse o direito à saúde. Poder-se-ia dizer que o poder público apenas devesse dar subsídios econômicos à população carente para acessar a saúde na iniciativa privada, mas a realidade não era essa.

A luta contra o regime militar trazia uma carga social muito grande. Os anseios populares e as organizações estudantis e sindicais, bem como grande parte dos movimentos revolucionários, buscavam mais do que um Estado que reconhecesse a saúde como um direito social, como já estava disposto desde muito antes da ascensão militar, evoluindo sobre a ideia de um estado meramente provedor.

A intenção era de um estado que pudesse fornecer os serviços de saúde e facilitasse o acesso a medicamentos, tratamentos, procedimentos e consultas, sem a necessidade de busca no mercado por tais serviços. Assim, os debates da década de 80 tomaram um rumo interessante na saúde. A Carta de 1988 passou, portanto, a obrigar o Estado a fornecer os serviços necessários à concretização do direito à saúde, com previsão, inclusive, de um sistema único.

#### **IV. O Estado Brasileiro como produtor**

No estudo sobre políticas públicas de saúde no Brasil, levando em consideração o papel do Estado neste contexto, Humberto Pessoto, Eduardo Ribeiro e Raul Guimarães, ao estabelecerem a evolução histórica da atuação estatal na saúde, com ênfase para a descentralização e execução dos serviços de saúde afirmam:

Talvez, em nenhum outro momento da história esse processo tenha sido tão intenso como o que ocorreu a partir da década de 1980, com a abertura política e a redemocratização do país.<sup>1</sup>

Assim, a compreensão da atuação estatal na saúde tomou um rumo divers daquele dado por Vargas e, posteriormente, pelo regime militar. Como dito no item anterior, os anseios da população eram por mais do que um estado provedor, mas sim, um estado produtor de serviços de saúde.

Dessa forma, após os debates constituintes, o legislador incluiu no artigo 196 a possibilidade de prestação direta de serviços de saúde e, além disso, a previsão de um sistema único no artigo 198.

Melhor ilustração do que agora se diz não há que não o trecho do discurso do então presidente da Assembleia Nacional Constituinte Ulysses Guimarães, quando ressaltou a importância do texto para a proteção social, colocando a saúde como um dos corolários de tal proteção:

---

<sup>1</sup> PESSOTO, Humberto Catarino. RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. GUIMARÃES, Raul Borges. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015, p. 18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0009.pdf>. Acesso em 19/07/2018.

[...]Não é a Constituição perfeita, mas será útil, pioneira, desbravadora. Será luz, ainda que de lamparina, na noite dos desgraçados. É caminhando que se abrem os caminhos. Ela vai caminhar e abri-los. Será redentor o caminho que penetrar nos bolsões sujos, escuros e ignorados da miséria. Recorde-se, alvissareiramente, que o Brasil é o quinto país a implantar o instituto moderno da seguridade, com a integração de ações relativas à saúde, à previdência e à assistência social, assim como a universalidade dos benefícios para os que contribuam ou não, além de beneficiar 11 milhões de aposentados, espoliados em seus proventos.[...]²

Clara se mostra a intenção política e o clamor social por uma constituição assistencialista, que olhasse pela enorme parcela da população brasileira que não tinha acesso real ao direito à saúde.

Outro ponto importante do caráter produtor do Estado, é a participação popular na organização do sistema. Após a CRFB/88 veio a legislação que regulamentou de forma minuciosa o funcionamento do aclamado sistema único.

O SUS veio com a Lei nº 8.080/90, apenas dois anos após a entrada em vigor do novo texto constitucional, o que demonstra a importância com que o tema saúde foi debatido no Estado brasileiro ser ou não um agente produtor de serviços de saúde, e não somente um mero provedor do direito social. Assim, a lei atribui a todos os entes federativos a obrigação do fornecimento de serviços de saúde de uma forma ampla.

Logo no artigo 7º, os princípios e diretrizes do serviço público de saúde, incluindo a parcela da iniciativa privada que integra o sistema único, dispõem sobre a universalidade e integralidade dos serviços. Isso quer dizer que o SUS é para todos e deve atender de forma eficiente as necessidades médicas da população. Muito se disserta sobre a reserva do possível e, obviamente, deve ser levada em consideração. O poder público, por mais eficiente que seja, encontra dificuldades operacionais e financeiras para atender, ao mesmo tempo, uma crescente população brasileira que hoje alcança mais de duzentos milhões de habitantes de forma estimada.<sup>3</sup> Contudo, a problemática que se apresenta é saber quando a reserva do possível é

<sup>2</sup> Discurso proferido na sessão de 5 de outubro de 1988, publicado no DANC de 5 de outubro de 1988, p. 14380-14382. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/25-anos-da-constituicao-de-1988/constituente-1987-1988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf> Acesso em 15/07/2018.

<sup>3</sup> Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html> Acesso em: 20/06/2018.

utilizada pelo poder público para se furtar de prestar a assistência médica que a população exige, por motivos dos mais diversos, como interesse político, corrupção, etc. A reserva do possível deve ser analisada no caso concreto, o que, obviamente não é uma tarefa fácil e leva inúmeras ações ao judiciário, mas que, de qualquer modo, devem sim por ele serem analisadas diante da importância constitucional da matéria e da inafastabilidade da jurisdição.

Ricardo Perlingeiro, analisando a judicialização da saúde no Brasil, identifica este problema e encontra, como solução, a necessidade de que a administração pública exerça a prestação dos serviços pautada nos direitos humanos e na supremacia legal e constitucional:

A desjudicialização por completo das pretensões à assistência terapêutica seria uma medida incompatível com o Estado de Direito nos sistemas jurídicos em que a plenitude da jurisdição administrativa e da jurisdição constitucional compete aos tribunais judiciais.

Entretanto, em um Estado de Direito, não são as decisões judiciais as únicas sujeitas ao princípio da supremacia da lei, isto é, ao império das normas constitucionais, convencionais e dos direitos fundamentais. Na medida do possível, de igual forma, devem proceder as autoridades administrativas, orientando-se, sobretudo, pelos direitos fundamentais, como, aliás, vem sinalizando o sistema interamericano de direitos humanos. É certo que quanto mais lograrmos êxito nessa direção, menor será a demanda por uma atuação judiciária.<sup>4</sup>

Ainda como diretrizes e princípios, o legislador prevê a participação popular no SUS. Os incisos V, VI e VIII, do art. 7º, são de extrema importância para a concretização do caráter democrático do sistema, o que está em perfeito acordo ao preceitos constitucionais e foi muito bem incluído neste dispositivo. O acesso à informação amplo, inclusive sobre gastos e serviços prestados é um elemento de controle da população para a atuação do poder público seja, de fato, fiscalizada. Além disso, há que se considerar a participação da comunidade também nas decisões tomadas e nos debates acerca do sistema, de modo que a aproximação entre Estado e população seja um ponto de eficiência para a prestação dos serviços, já que neste ambiente sejam debatidas as pretensões populares e necessidades dos cidadãos.

---

<sup>4</sup> PERLINGEIRO, Ricardo. DESJUDICIALIZANDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE? Revista Acadêmica Faculdade de Direito do Recife. Volume 86, número 2, jul./dez. 2014.



A relação Estado-sociedade mencionada encontra facilidades na descentralização do sistema. Como já dito, aos municípios compete a gestão e execução dos serviços, o que possibilita uma influência maior das comunidades locais na prestação estatal.

Outro ponto a ser destacado na atividade pública de saúde é a previsão dos subsistemas de assistência indígena, domiciliar e à parturiente. Estes fatores reforçam a atuação estatal e a importância desta para a concretização do direito à saúde. Além disso, nestes casos, foi mantida a ideia de descentralização como forma de prestação de um serviço mais eficiente, menos burocrático e com maior aproximação Estado-sociedade.

Como visto, a prestação estatal da saúde deve ser efetiva e ampla. Entende-se que, legalmente, a despeito de eventuais falhas e graves problemas de execução em alguns casos e algumas regiões, O SUS foi bem concebido. A responsabilidade compartilhada entre todos os entes, mas com descentralização e divisão de competências é muito proveitosa para reduzir a burocratização do sistema e aproximar o Estado da população assistida, criando uma identificação local entre os profissionais da saúde, agentes públicos, e seus pacientes, de modo que o serviço seja prestado com um caráter individualizado, levando em conta as necessidades específicas de cada paciente e de cada comunidade. Destaca-se, ainda, nesta estrutura, a importante participação dos conselhos de saúde, que, contam, em todos os níveis da federação, com participação conjunta de agentes públicos e usuários, reforçando a ideia de participação democrática nas deliberações relativas ao SUS.

#### **4.1. A iniciativa privada no SUS**

A legislação brasileira permite a exploração privada de serviços de saúde. Pode-se considerar que o Brasil possui um sistema misto, ou seja, a prestação da saúde é exercida pelo poder público e também, como atividade econômica, pela iniciativa privada. Contudo, o artigo 24, da Lei nº 8.080/90 permite a participação de entidades de direito privado na execução de serviços de saúde pelo SUS. Isso porque, o legislador previu de forma concreta uma possível ineficiência do poder público, não necessariamente por falta de interesse político, mas, principalmente, por impossibilidades técnicas e insuficiência de recursos.

A participação da iniciativa privada no sistema único é de grande importância para a concretização dos projetos e aumento do alcance dos serviços. Em muitos locais, a atuação

exclusivamente estatal é impedida por dificuldades geográficas ou mesmo por um contingente populacional elevado, o que exige a complementação por agentes privados.

Contudo, entende-se adequada a crítica feita por Fernando Borges Mânica, quando interpreta a Lei Orgânica da Saúde e a CRFB/88 e analisa a Portaria n 3.277/2006 do Ministério da Saúde, que limita a participação complementar da iniciativa privada no SUS a hipóteses nas quais tenha sido utilizada toda a capacidade do poder público e ainda haja impossibilidade de ampliação dos serviços:

Tal limitação revela evidente caráter estatizante, o qual se apresenta, como já assinalado, absolutamente incompatível com a opção oferecida pela Constituição Federal e pelas próprias Constituições estaduais para que cada ente federativo determine o modelo mais eficiente de concretização do direito à saúde.<sup>5</sup>

De fato, apesar de eventuais discordâncias deste artigo com algumas das respeitáveis opiniões do autor anteriormente mencionado, entende-se que não há porque limitar a atuação da iniciativa privada de forma complementar às hipóteses que a portaria previu. Não há prescrição constitucional que preveja tal limitação e, ainda, os esforços conjuntos do poder público e da iniciativa privada podem, inclusive, impedir que o problema da insuficiência de recursos se instale. A ideia é, na verdade, não apenas resolver o problema da ineficiência pública, mas impedir que ela ocorra com a atividade complementar da iniciativa privada.

A importância do direito à saúde poderia ter sido interpretada pelo legislador infraconstitucional sem a limitação do art. 24, da Lei n 8.080/90, a fim de que, mesmo em casos de não comprovada a insuficiência de recursos públicos, entes privados pudessem colaborar com o SUS de modo a aperfeiçoar o sistema e elevar seu alcance. Nesse sentido, o entendimento que se adota neste trabalho é o de que a função produtora do Estado não pode engessar os avanços que devem, contar com o auxílio da iniciativa privada, não apenas em “último caso”, quando o poder público não puder atuar, mas sempre que for permitir melhorias sociais na área da saúde.

## V. Modelos diversos

<sup>5</sup> MÂNICA, Fernando Borges. A complementaridade da participação privada no SUS. Disponível em: [http://fernandomanica.com.br/site/wpcontent/uploads/2015/10/a\\_complementariedade\\_da\\_participa%C3%A7%C3%A3o\\_privada\\_no\\_sus.pdf](http://fernandomanica.com.br/site/wpcontent/uploads/2015/10/a_complementariedade_da_participa%C3%A7%C3%A3o_privada_no_sus.pdf) Acesso em 21/07/2018

O Brasil adota um modelo, ao ver destas palavras, eficaz, que obviamente exige aperfeiçoamento, e coerente com a ideia da saúde como um direito social de máxima importância para o Estado Democrático de Direito. Trata-se, de fato, de um elemento gerador de justiça social e garantia da dignidade humana e de outros diversos direitos, como a vida, o trabalho e a educação. A saúde deve ser vista com um direito relacionado ao bem-estar, sem a qual outros direitos fundamentais ficam evidentemente prejudicados.

Contudo, há outros modelos de saúde diversos do modelo brasileiro, que não necessariamente são menos ou mais garantidores do direito à saúde, mas sim, encontram diferenças em razão de questões sociais, políticas, econômicas e culturais. Decidiu-se apresentar, brevemente, neste item, alguns desses modelos em diferentes países do mundo, para que possa analisar o leitor acerca da importação de alguns de seus elementos.

Os modelos apresentados serão: EUA, França e Canadá. A escolha de tais sistemas se dá pela diversidade dos modelos entre si e comparados ao modelo brasileiro, mas que apresentam alguns pontos importantes em comum. Neste item é utilizada a visão de Eleonor Minho Connill e sua interpretação dos sistemas escolhidos<sup>6</sup>.

Nos EUA, por toda a tendência privatista e liberal do país, o serviço de saúde pelo poder público é extremamente restrito. Na verdade, o Estado se preocupa mais com a atividade regulatória do que com o fornecimento de serviços por sua parte. Os norte-americanos privilegiam a contratação de seguros de saúde, fornecidos por empresas privada como atividade econômica. Nestes moldes, os Estados Unidos apresentam uma tendência individualista da saúde, diferentemente do sistema brasileiro, com visão universalista. Apesar disso, é importante ressaltar que há um certo assistencialismo para grupos de vulnerabilidade, contudo, esta não é regra.

A França possui um interessante sistema de seguro público. Este sistema funciona através de uma participação cooperativa entre o Estado e o particular, de modo que o poder público arca com uma parte dos tratamentos, medicamentos, etc, e o segurado complementa os custos com taxas que variam a depender do serviço realizado. Neste modelo, há a possibilidade de o usuário buscar os serviços diretamente na iniciativa privada, sendo posteriormente reembolsado pelo Estado.

---

<sup>6</sup> CONILL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Ed.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec e Editora Fiocruz, 2006. p. 563-613.

O sistema canadense mostra-se de uma eficiência brilhante. O Canadá estabeleceu um modelo de seguro público universal, no qual o Estado arca com a maior parte dos custos através de meios tributários e os particulares buscam, em sua maioria o acesso a consultórios médicos privados para suas consultas e tratamentos, que são custeados pelo Estado por meio de agências provinciais. A descentralização é uma característica semelhante ao Brasil. As províncias canadenses possuem autonomia, respeitando os princípios gerais da ordem federal, para estabelecer diretrizes e organizar o sistema de acordo com as necessidades específicas da população, contudo, o usuário tem acesso em todo o território nacional. Os canadenses, na atualidade, privilegiam a medicina preventiva e a aproximação dos médicos com a comunidade, com valorização da medicina da família, levando a grandes hospitais apenas casos de maior complexidade e que exijam aparato específico não disponível nos consultórios.

## **VI. Conclusão**

O estudo apresentado demonstra que o sistema de saúde brasileiro é coerente, apesar de suas falhas, com o Estado Democrático de Direito e a garantia constitucional fundamental da saúde como um direito social. Na verdade, as premissas adotadas pelo modelo do SUS apresentam uma grande intenção legislativa de ampliar o acesso e fortalecer o sistema público para que a saúde alcance todos os brasileiros.

Resta claro que o Estado, em todos os seus níveis da federação, apresenta mais do que um caráter provedor, ou seja, de dar acesso à saúde. O poder público brasileiro tem um caráter produtor, ou prestador, de serviços de saúde, no qual a população pode, e deve, influenciar e fiscalizar.

A participação popular ocorre a partir da acertada descentralização constitucional que o legislador deu ao sistema único, visando a aproximação entre a gestão e a comunidade local. Esse fator é o que se entende como a maior vitória da democracia de 1988 na área da saúde, demonstrando que o anseio popular de participação nas decisões do poder público foi alcançado, ao menos formalmente.

O que Brasil precisa neste momento é avançar no acesso de fato aos serviços de saúde. Não basta apenas a regulamentação legal e constitucional, mas o Estado, como produtor de serviços de saúde, deve ter como principais preceitos o respeito à dignidade da pessoa humana e

o respeito aos direitos fundamentais, compreendendo a saúde como um direito social que exige prestação positiva por parte do poder público.

## Referências

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2008.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou Juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [ 1 ]: 33-55, 2010.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 231-258.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec e Editora Fiocruz, 2006. p. 563-613.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista Saúde Pública**, S. Paulo, 22, p.57-63, 1988.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. Yendis, 2005.

GUIMARÃES, Ulysses. **Discurso proferido na sessão de 5 de outubro de 1988**, publicado no DANC de 5 de outubro de 1988, p. 14380-14382. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/25-anos-da-constituicao-de-1988/constituente-1987-1988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20-%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf> Acesso em 15/07/2018.

MÂNICA, Fernando Borges. **A complementaridade da participação privada no SUS**. Disponível em: [http://fernandomanica.com.br/site/wp-content/uploads/2015/10/a\\_complementariedade\\_da\\_participa%C3%A7%C3%A3o\\_privada\\_no\\_sus.pdf](http://fernandomanica.com.br/site/wp-content/uploads/2015/10/a_complementariedade_da_participa%C3%A7%C3%A3o_privada_no_sus.pdf) Acesso em 21/07/2018.

MARGARIDA, Silvania Mendonça Almeida. Direito à saúde: papel do Estado ao bem da cidadania. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 01 mar. 2011. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.31378&seo=1> Acesso em: 23 jul. 2018.

MARTINS, Ana Adelaide. Relações Estado-sociedade e políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.5, n. 1, p. 55-79, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n1/03.pdf> Acesso em 19/07/2018.

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em:

---

[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13440](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440)

Acesso em jul 2018.

MOROSSINI, Márcia Valéria G.C. CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). **Modelos de Atenção e saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

PERLINGEIRO, Ricardo. Desjudicializando as Políticas de Saúde? **Revista Acadêmica Faculdade de Direito do Recife**. Volume 86, número 2, jul./dez. 2014.

PESSOTO, Humberto Catarino. RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. GUIMARÃES, Raul Borges. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015, p. 18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0009.pdf>  
Acesso em 19/07/2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 5.ed. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2005.

SILVA JUNIOR, A.G.;CONSTÂNCIO,T.I.;WERNECK, T.E.M.; NASCIMENTO-SILVA, V.M.; MANTINI,C. **Tensões delineadoras da Integralidade na saúde suplementar**. In PINHEIRO, R.; LOPES, T.C.(Orgs.) **Ética,Técnica e Formação: As razões do cuidado como direito à saúde**.-Rio de Janeiro:CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO,2010. p.235 - 248.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. GOUVEIA, Maria Thereza Carolina de Souza. Saúde Suplementar: regulação e jurisdição. In: ASENSI, F.D.; PINHEIRO, R.(Orgs.). **Direito Sanitário Contemporâneo**. Rio de Janeiro- ELSEVIER EDITORA LTDA, 2011. ISBN: 978-85-352-5111-1.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Pulo: HUCITEC, 1997.

TEIXEIRA, Aloisio. Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Org.). **Cadernos de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2001. p. 4-28.

