V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

ANDERSON ORESTES CAVALCANTE LOBATO

JUAN CERETTA

Copyright © 2016 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D598
Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UdelaR/Unisinos/URI/ UFSM /Univali/UPF/FURG;

Coordenadores: Anderson Orestes Cavalcante Lobato, Juan Ceretta – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-256-9
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Instituciones y desarrollo en la hora actual de América Latina

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Interncionais. 2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. I. Encontro Internacional do CONPEDI (5. : 2016 : Montevidéu, URU).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br



Universidad de la República
Montevideo – Uruguay
www.fder.edu.uy

V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

Os trabalhos apresentados no CONPEDI Montevideo repercutiram diretamente na atualidade internacional -- notadamente na América Latina --, tendo em vista as ameaças aos direitos de cidadania conquistados com os processos de transição democrática do final do século vinte. De fato, para além das ameaças à democracia fruto da instabilidade dos governos eleitos pelo sufrágio universal, observa-se uma clara e constante ameaça aos direitos sociais: saúde, educação e trabalho.

Com efeito, concluído o processo de reconhecimento constitucional dos direitos sociais, econômicos e culturais -- denominados novos direitos no início do século vinte --, as transições democráticas estimularam a criação de políticas públicas de Estado de promoção da educação (ensino pública e gratuito); da saúde (Sistema Único de Saúde); do trabalho (seguro desemprego). O início do século vinte e um despertou o interesse pela criação de políticas de ação afirmativa, na medida em que grupos sociais vulneráveis se mobilizaram para reivindicar a igualdade de oportunidades.

Observou-se que o poder judiciário representou nesse momento um espaço democrático de pressão para a efetividade de políticas públicas, notadamente através das ações coletivas. De fato, o fenômeno da judicialização das políticas públicas cumpre um papel de controle e fiscalização da eficiência de uma política de governo. Contudo, o espírito conservador das instituições públicas (executivo, legislativo e judiciário) ameaça sobremaneira os avanços conquistados nas primaveras da democracia latino-americana. Repensar as instituições políticas exige romper com os ideais revolucionários do século XVIII (liberal, conservador e seguidamente antidemocrático) para construir um novo constitucionalismo latino-americano, capaz de atender às demandas de inclusão dos grupos sociais vulneráveis (povos indígenas e quilombolas), fortalecendo da democracia através de novas instâncias de participação e controle da coisa pública, tais como Tribunais constitucionais, controle externo do judiciário e orçamento participativo.

Prof. Dr. Anderson Orestes Cavalcante Lobato - FURG

Prof. Juan Ceretta - UDELAR

O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS E O PAPEL DOS MUNICÍPIOS NA EFETIVAÇÃO DESSE DIREITO

FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH IN THE BRAZILIAN CONSTITUTIONS AND THE MUNICIPATIES' ROLE ON ITS EFFECTUATION

Wilson Francisco Domingues

Resumo

No presente estudo faremos a análise histórica sobre a evolução do direito fundamental à saúde no Brasil e sua previsão em cada uma das nossas Constituições, desde a imperialista de 1824 até a atual carta cidadã de 1988. Em cada momento, destacamos o papel assumido pelos Municípios, como ente federativo integrante do Estado brasileiro, na efetivação desse direito fundamental social de segunda dimensão, papel este de extrema importância no funcionamento do Sistema Único de Saúde do país.

Palavras-chave: Direito à saúde, Constituições brasileiras, Município

Abstract/Resumen/Résumé

In this study we will historically analyze the evolution of the fundamental right to health in Brazil and its provision in each one of our Constitutions, from the imperialist of 1824 to the current Charter of Fundamental Rights of Citizens of 1988. In each one of these moments, we will emphasize the role played by the Municipalities as federative integrated parts of the Brazilian State in the effectuation of this second dimension fundamental social right, this role is extremely important in the designing the country's Single Health System.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Brazilian constitutions, Municipalities

INTRODUÇÃO

Antes de falarmos do direito à saúde e do papel do Município na sua efetivação faz-se necessário, preliminarmente, apresentar o verdadeiro sentido da expressão "saúde".

Segundo a Organização Mundial de Saúde definiu, em sua Constituição de 1946, a saúde trata-se de um "estado de completo bem-estar físico, mental e social" que não se refere, somente, a ausência de enfermidades ou de doenças.

No Brasil, o art. 3º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) prevê que a saúde trata-se de um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições mínimas, indispensáveis, para o exercício pleno desse direito.

O direito à saúde apresenta-se como um direito social, pertencente à segunda dimensão dos direitos fundamentais, uma vez que reclama do Estado uma atuação positiva, intervencionista, no sentido de garantir, às pessoas, uma proteção plena à saúde.

Nesse sentido, após entedermos a extensão do que iremos tratar, ou seja, do direito à saúde como um direito fundamental social, sua previsão em cada uma das Constituições do Brasil, bem como o papel desempenhado pelos Municípios, como entidade integrante da Federação que compõe o Estado brasileiro e com competências próprias no complexo desenho do Sistema Único de Saúde nacional, na garantia desse direito de todo ser humano.

1 A evolução histórica do direito à saúde nas Constituições Brasileiras

Como é sabido, os direitos fundamentais não surgiram no mundo jurídico de uma hora para outra. Na verdade, eles foram aparecendo em diferentes momentos e contextos sociais ocorridos durante cada período da história.

Considerando esses contextos sociais, percebemos que o direito à saúde começa a aparecer no momento histórico em que se aflorava a segunda dimensão dos direitos fundamentais, isto é, quando já ultrapassada a fase de lutas por liberdades perante o Poder Estatal opressor e depois de alcançada a fase de reconhecimento do dever do Estado em garantir certos direitos sociais cabíveis à pessoa humana.

Assim, por conta da influência advinda do cenário internacional, a primeira Constituição do Brasil, a imperial de 1824, embora não reconhecesse, de maneira expressa, a existência de direitos sociais, esta apresentava em seu art. 179, inc. XXXI, a garantia pelo Estado dos chamados "socorros públicos", que se referiam, na época, à seguridade social.

Sobre essas disposições contidas nesse mencionado art. 179 da Constituição de 1824, Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior (2010, p. 54) mencionam que:

> [...] é de reconhecer que, pelo período histórico em que foi promulgada, a Constituição imperial acaba por assumir uma relativa e significante abertura para a ideia de direitos sociais. Tais disposições possuíam um forte sentido assistencialista e não vieram caracterizadas como os atuais direitos sociais. Porém, pela época em que foram adotadas e pelo aceno que faziam para um futuro reconhecimento de direitos sociais, não podem deixar de ter sua relevância sublinhada.

De outro turno, essa abertura para o social não inspirou a primeira Constituição republicana brasileira de 1891 que, influenciada pelo pensamento liberal daquele momento, passou longe de qualquer pretensão de cunho social.

A esse respeito consideram os autores que: "A Constituição de 1891, assim, limitou-se a disposições relacionadas à organização do Estado e ao reconhecimento dos chamados direitos de liberdade, retrocedendo, assim, na abertura criada para a questão social pela Constituição do Império" (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 54).

Destarte, com relação aos direitos sociais, observamos que não houve qualquer avanço trazido pela Constituição de 1891, uma vez que esta estava mais focada na mudança da forma de Estado e de Governo, pela criação da República do Brasil, do que no reconhecimento de direitos sociais como à saúde, por exemplo.

Com a reforma da Constituição republicana em 1926, restou incorporado ao texto constitucional, dentre outras modificações, o direito ao trabalho. Porém esta inovação só se deu, efetivamente, com a Constituição Federal brasileira de 1934.

Essa Constituição teve o claro propósito de estabelecer as bases do chamado "Estado Social de Direito", deixando evidente a preocupação com a questão social. A mesma reservou, especificamente, o Título IV para tratar da "Ordem Econômica e Social".

Isso fez com que, na época, fossem implantadas as Justiças do Trabalho para dirimir questões entre empregados e empregadores e surgissem direitos como ao repouso remunerado e às férias, dentre outros. Naquele momento, então, víamos o surgimento de uma nítida preocupação com o direito à saúde dos trabalhadores. Nesse período, o Presidente Getúlio Vargas, que se encontrava no poder, criou novos Ministérios como o do Trabalho e o dos Negócios da Educação e da Saúde Pública.

O art. 10 da Constituição de 1934 dispunha que competia, concorrentemente, à União e aos Estados cuidar da saúde pública. Havia naquele texto, também, a previsão expressa do direito à assistência médica e sanitária do trabalhador e da gestante no art. 121, § 1º, alínea "h" e a adoção de medidas tendentes a restringir a morbidade infantil e medidas de higiene social que impedissem a propagação de doenças transmissíveis (art. 138, alínea "f"). Do

mesmo modo consignava o art. 140 dessa Constituição que era da competência da União organizar o serviço nacional de combate às grandes endemias.

Dessa forma é possível notar que a Constituição Federal de 1934 deu um grande salto ao estabelecer bases constitucionais para as primeiras políticas públicas sociais voltadas à área de saúde, todavia, esta Constituição vigorou por apenas três anos, sendo revogada pela Constituição Federal brasileira de 1937 que "pôs termo ao curto período de institucionalidade democrática então vivenciada" (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 55).

Nessa nova época, pela instalação da ditadura militar no Brasil:

> [...] embora disposições de proteção individual do trabalho tenham permanecido presentes na Carta de 1937, um balanço geral apontaria a ocorrência de um nítido retrocesso que, apesar de muito mais impactante na seara das liberdades públicas, também ocorreu em matéria de direitos sociais (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 56).

No que se refere ao direito à saúde, a Constituição Federal de 1937 fez a previsão, em seu art. 16, inc. XXVII, da competência da União para legislar sobre normas fundamentais de defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança. Em seu art. 18 previa que, em caso de deficiências da lei federal, estariam os Estados autorizados a legislar sobre matérias relacionadas à assistência pública, a obras de higiene popular, às casas de saúde, às clínicas e às fontes medicinais.

Desse modo, embora existisse o caráter absolutista imposto por Getúlio Vargas nesse período do chamado "Estado Novo", notamos que o texto constitucional de 1937 manteve a previsão, expressa, da proteção à saúde.

Com a queda do regime ditatorial, em 1946 restou promulgada a nova Constituição do Brasil que repudiava o antigo espírito autoritário da Constituição anterior. Para Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior (2010, p. 56): "Do ponto de vista dos direitos sociais, a Constituição de 1946 buscou, ainda uma vez, fortalecer a noção de Estado Social".

Nesse texto da Constituição Federal de 1946 foi feita a previsão sobre a legislação de garantia à saúde no art. 5º, colocando-se que competia à União legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde.

Por sua vez, na Constituição Federal brasileira de 1967, considerada fruto do golpe militar de 1964, o centro de decisões passou a ser o Governo Federal, havendo uma grande centralização e tutela do poder político. A forma centralizadora das políticas sociais mostrava-se um importante instrumento para a realização de um controle social pelos militares.

A União ficou com a competência para estabelecer planos nacionais de saúde e para legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde, consoante art. 8º, incs. XIV e XVII, alínea "c" da Constituição Federal de 1967. Pela análise do art. 158, inc. XV daquele

texto constitucional é possível perceber que os dispositivos atinentes à saúde sempre apareciam relacionados ao direito dos trabalhadores.

No que diz respeito à organização sanitária, como assinala Irineu Francisco Barreto Júnior (2005, p. 27) teria ocorrido "uma série de modificações em seu desenho e, com base no Decreto-Lei nº 200, de 1967, foi elaborada a sistematização das competências do Ministério da Saúde [...]". Ainda nessa época restaram unificados os Institutos voltados à assistência médica e previdenciária.

Pouco tempo depois, em 1969, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 01: "Na órbita dos direitos sociais, não houve alteração estrutural dos dispositivos anteriormente vigentes, com a mesma nota de que muitos deles tinham sua eficácia condicionada a uma futura e eventual legislação integradora" (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 58).

Já a partir dos anos 80 começava a ganhar força os argumentos pela descentralização dos serviços de saúde, que surgiram desde 1963 com a realização da III Conferência Nacional de Saúde e que foram se consolidando em meados dos anos 70. Em 1986, as idéias que ficaram conhecidas como "Proposta de Reforma Sanitária" restaram consagradas na VIII Conferência Nacional de Saúde (SILVA, 1996, p. 83).

Após essa VIII Conferência ocorrida no Brasil, a saúde passou a ser vista como um direito inerente à cidadania, passando a ser proposta com os seguintes pressupostos: organização dos serviços, descentralização da gestão, integralidade das ações, regionalização e hierarquização, participação da comunidade e fortalecimento do Município.

Irineu Francisco Barreto Júnior (2005, p. 30) recorda que esse movimento da reforma sanitária: "[...] lutou por uma nova política de saúde no país, sob a bandeira da universalidade, da integralidade, da equidade e da descentralização. Reformar a saúde significava, em grande medida para o movimento, reformar o Estado brasileiro".

Além do mais, assinala o autor que a partir de 1987 esse movimento formulou, em conjunto com as demais correntes de defesa da reforma da saúde e com os Governos Estaduais comprometidos com a descentralização da saúde, uma proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, ressaltando que:

> A criação do SUDS preconizou, sobretudo, a quebra do centralismo e do poder isolado do Inamps, a estadualização de alguns de seus serviços e o reforço da inserção e da participação dos municípios no processo. O SUDS foi um momento privilegiado para os municípios, pois a transferência do poder de gerenciar a rede pública de saúde permitiu-lhes uma inserção no sistema como prestador de serviços de saúde (BARRETO JÚNIOR, 2005, p. 31).

Assim, antes mesmo da Constituição Federal de 1988, passou a ganhar força a corrente que defendia a descentralização dos serviços de saúde para que os Municípios passassem a coordená-los.

Sueli Gandolfi Dallari (1985, p. 98) em sua obra "Municipalização dos Serviços de Saúde" chegou a defender que toda a atividade de prestação de serviços de saúde deveria ser coordenada pelos Municípios e que isto melhoraria os níveis de atendimento, expondo que:

> A opção pela organização sanitária baseada no município, que coordenará todos os cuidados de saúde nele prestados, representa, indubitavelmente, um meio para integralizar o 'direito à saúde'. [...] Além de desejada, porque favorece a integral efetivação do direito à saúde, a municipalização dos serviços de saúde é viável.

No Brasil, então, vemos que a inclusão da saúde como direito deu-se de forma lenta e gradativa. Inicialmente apenas os trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social faziam jus à saúde, posto que era uma contraprestação previdenciária garantida pelo Estado a só àqueles trabalhadores contribuintes da Previdência. As pessoas desempregadas ou aqueles trabalhadores que não contribuíam não tinham qualquer direito de acesso à saúde.

Portanto, a evolução do direito social à saúde no Brasil deu-se como a dos direitos fundamentais, deixando de ser, em determinado momento histórico e de acordo com o contexto social da época, apenas um direito exclusivo dos trabalhadores, conforme preconizavam as Constituições anteriores a de 1988, para ser um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado, conforme veio a ser, depois, preconizada expressamente na atual Constituição Federal de 1988.

2 O direito à saúde na Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo sistema de proteção social ou uma nova "Ordem Social", conforme restou denominado seu Título VIII, tendo como base o primado do trabalho e como objetivos o bem-estar e a justiça sociais, nos termos do art. 193.

É possível observar que esse texto constitucional acabou incorporando a maior parte das proposições assentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (BARRETO JÚNIOR, 2013, p. 80).

Desse modo, o antigo centralismo visto na vigência da Constituição anterior é deixado de lado e a proteção social passa a ser orientada pela concepção de Seguridade Social, que universaliza os direitos sociais, concebendo a saúde, a assistência social e a previdência como questões públicas de responsabilidade do Estado, como um todo.

A Constituição Federal de 1988 elenca o direito à saúde dentre o rol de direitos sociais previstos em seu art. 6º, no Capítulo II, do Título II que dispõe sobre os "Direitos e

Garantias Fundamentais". Traz ainda a Constituição Federal de 1988 inúmeros outros dispositivos relativos à saúde, em especial o citado Título VIII que trata "Da Ordem Social" em seu Capítulo II, Seção II.

Para Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Núnes Júnior (2005, p. 64) esse Título VIII da Constituição "é de crucial importância em nossa formatação constitucional, pois o art. 6º se limitou a fazer menção à existência de direitos sociais, sem, no entanto, compor-lhes em significação".

Em seu art. 194 a Constituição Federal de 1988 estabeleceu um sistema de seguridade social integrado por três subsistemas: o da previdência social, o da saúde e o da assistência social. Por força do art. 195 da atual Constituição Federal, a seguridade social deve ser financiada por toda a sociedade através de recursos advindos de contribuições sociais e dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o que demonstra uma divisão das responsabilidades entre todos os entes da federação.

Como o dever de assegurar tais direitos (previdência social, saúde e assistência social) foi outorgado, simultaneamente, ao Poder Público, houve a necessidade de envolver todos os entes da Federação.

Especificamente sobre a saúde, a Constituição Federal de 1988 preconiza, em seu art. 196, que esta "é direito de todos e dever do Estado", mediante políticas públicas que visem o "acesso universal e igualitário". Portanto, conforme este preceito constitucional, o direito à saúde, hoje no Brasil, corresponde a um dever de realização para o Estado (perspectiva objetiva dos direitos fundamentais) e um direito subjetivo por parte dos cidadãos (perspectiva subjetiva dos direitos fundamentais).

Não se limita o Estado à disponibilização dos serviços públicos de saúde, cabendo também a regulamentação, a fiscalização e o controle de todas e quaisquer ações nesse sentido (art. 197 da Constituição Federal de 1988). O Estado não só tem o poder, como também o dever de assegurar os serviços públicos de saúde ao povo brasileiro.

Destarte, a responsabilidade pela saúde da população fica a cargo de todos os entes da Federação, conforme entendimento já consolidado no Supremo Tribunal Federal, segundo o qual o direito à vida e à saúde, por sua essencialidade, deve ser preservado pelo Estado em razão de seu dever constitucional, cabendo a todos os entes que integram o Estado Federal brasileiro essa responsabilidade solidária (RE nº 716.777 – AgR/RS, Relator o Ministro Celso de Mello, Segunda Turma, DJe de 16 de maio de 2013).

Como se manifestaram os Ministros do Supremo Tribunal Federal na oportunidade do julgamento do Agravo Regimental nº 798.672/RJ, de 29 de abril de 2014, publicado no DJe de 08 de maio de 2014, sob a relatoria do Ministro Luiz Fux:

> Não há como estabelecer um ente público específico em detrimento de outro para efetivamente cumprir a obrigação prevista no art. 196 da CF/88, porquanto o sistema é todo articulado, com ações coordenadas, ainda que a execução das ações e serviços de saúde seja de forma regionalizada e hierarquizada.

No que diz respeito às competências em matéria de saúde, a Constituição Federal de 1988 prevê no art. 24, inc. XII, que a competência legislativa para tratar da "proteção e defesa da saúde" é concorrente entre a União, os Estados e o Distrito Federal. Os Municípios podem legislar de forma suplementar a legislação federal e estadual no que couber, conforme estabelece o art. 30, inc. II, bem como legislar sobre os assuntos de interesse predominantemente local.

Segundo Sueli Gandolfi Dallari (1991, p. 04):

> Pode-se afirmar, portanto, que o município brasileiro está duplamente titulado para legislar sobre proteção e defesa da saúde. O primeiro título refere-se a competência para suplementar a legislação federal (limitada a normas gerais) e a estadual no que couber (competência enumerada no artigo constitucional – art. 30, II). O segundo, logicamente prioritário, é relativo a predominância do interesse local pela proteção e defesa da saúde como objeto da competência dos Municípios descrita no art. 30, I, da Carta Magna contemporânea: 'legislar sobre assuntos de interesse local'.

Com relação à competência administrativa (material) relacionada à saúde, assinalamos que esta, por força do art. 23, inc. II da Constituição Federal de 1988, é comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, pois cabe a todos "cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e da garantia das pessoas portadoras de deficiência". O inc. I deste dispositivo, quando coloca como competência comum dos entes "zelar pela guarda da Constituição" acaba, também, deixando claro o compromisso, de todas as esferas de governo, com as questões relacionadas ao direito social à saúde (art. 6º, *caput* e arts. 196 a 200). Com relação aos Municípios, dispõe o art. 30, inc. VII, que compete a este prestar, em cooperação técnica e financeira com a União e com o Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Comparando-se com períodos anteriores, vemos que sob a vigência da Constituição Federal de 1988 a saúde foi universalizada, passando a ser um direito fundamental social de todos e não mais, apenas, dos trabalhadores contribuintes da Previdência Social. Igualmente se assentou que a obrigação de garantia do direito à saúde do povo é responsabilidade de todos os entes da Federação brasileira, o que inclui os Municípios.

Ao colocar a saúde como direito fundamental, a Constituição Federal de 1988 estendeu a este direito os efeitos da eficácia plena, da aplicação imediata e do atributo da

rigidez constitucional, que são características próprias dos direitos fundamentais no Brasil. Portanto, a nossa atual Constituição pode ser considerada um verdadeiro divisor de águas quando pensamos na proteção da saúde, como direito indistintamente assegurado às pessoas e um dever do Estado brasileiro, sendo este dever de todos os entes que compõem a organização político administrativa do nosso país.

Apresentadas tais considerações sobre o direito à saúde e a evolução deste em cada momento histórico em que o país era regido por diferentes Constituições, passaremos, agora, a uma análise sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil e o papel assumido pelos Municípios nessa nova fase inaugurada pela Constituição Federal de 1988.

3 O papel assumido pelos Municípios em matéria de saúde a partir da Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 previu a descentralização dos serviços de saúde no art. 198, inc. I, sendo esta considerada um verdadeiro princípio do direito à saúde, norteador da atividade administrativa do Estado, neste campo.

A ideia de descentralização encontra-se inserida no atual texto constitucional brasileiro, diferente da Constituição anterior que tinha vocação centralizadora, própria do regime político em que foi imposta na época. Então, o Município assume um novo papel no cenário político institucional brasileiro e a Constituição Federal de 1988 estabelece as bases legais para tanto.

Como bem lembra Irineu Francisco Barreto Júnior (2005, p. 01):

> A Carta determinou que uma série de políticas, antes promovidas e de responsabilidade do governo central, passassem a ser executadas pelos municípios, transformando o desenho institucional e a engenharia técnica-política da teia de proteção social brasileira. Destaca-se, entre as políticas que passaram a ser de responsabilidade municipal, a da saúde, que foi submetida ao mais profundo processo de municipalização já ocorrido na política social do país.

A partir da Constituição Federal de 1988 os Municípios tiveram sua autonomia aumentada, passando estes a ter competência para formular diversas políticas e criar sistemas locais de saúde, sem deixar de lado, é claro, a articulação com os demais níveis de governo.

O fato de se atribuir maior responsabilidade aos Municípios não eximia o "Estado", como um todo (União, Estados Membros e Distrito Federal), de sua responsabilidade prevista no art. 196, que dispõe que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado".

De qualquer forma, fica claro que depois da Constituição Federal de 1988 as esferas municipais assumiram um papel de destaque no sistema de proteção à saúde oferecido pelo Estado brasileiro.

Os novos papéis atribuídos a cada esfera de governo passaram a exigir, naquele momento, ajustes institucionais e uma reformulação de práticas (SILVA, 1996, p. 87). De encontro a isso, no ano de 1990, surgiram as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90) que vieram regulamentar os dispositivos previstos na Constituição, definindo as atribuições de cada ente da Federação e deixando mais nítido esse papel relevante assumido pelos Municípios.

A Lei nº 8.080/90 definiu as atribuições, comuns e exclusivas, de cada esfera de governo (arts. 15 a 19), cabendo aos Municípios, dentre outras coisas, a organização, o planejamento e o controle das ações e serviços de saúde e, ainda, a execução destes em seus sistemas locais. Depois de definir as atribuições comuns a todas as entidades federativas (art. 15), a Lei Orgânica da Saúde dividiu as atribuições privativas de cada uma delas, ficando o art. 16 dedicado às competências da União, o art. 17 às competências dos Estados e o art. 18 às competências municipais. Ao Distrito Federal coube as competências reservadas aos Estados e aos Municípios conforme preconizado no art. 19 da Lei.

Notamos, assim, que a ideia de descentralização dos serviços e ações de saúde abrangeu todas as esferas de governo e pôs os Municípios numa posição de destaque.

Em 1992 foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, convocada com o tema "Municipalização é o caminho", onde, segundo Zilda Pereira da Silva (1996, p. 85), "foram reafirmadas as linhas macroestruturais para a política de saúde nacional, procurando centrar a discussão na busca dos caminhos para o avanço da municipalização da saúde".

As bases das propostas formuladas nesta IX Conferência Nacional de Saúde restam consolidadas por meio da Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS nº 01/93, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993, que: "Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93".

A NOB SUS nº 01/93 se fundamenta no pressuposto de que a descentralização é um processo que implica uma redistribuição de poder e uma redefinição dos papéis e das novas relações entre os três níveis de governo. Para tanto, esta Norma Operacional Básica reformula os instrumentos existentes, cria mecanismos de articulação entre Estados e Municípios, incentiva a criação de Conselhos de Saúde paritários e deliberativos e, ainda, define sistemáticas diferenciadas de gestão e financiamento da saúde.

Foi com essa Norma Operacional Básica nº 01/93 que a descentralização das ações e serviços de saúde, prevista no art. 198 da Constituição Federal de 1988, restou disciplinada na perspectiva de construção de um verdadeiro pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme

extraímos do corpo da Portaria nº 545/93, a NOB SUS nº 01/93 foi instituída em razão de que a efetiva implantação do SUS vinha assumindo dimensões complexas, cujo adequado equacionamento e domínio exigiam o estabelecimento de pressupostos essenciais na condução do processo, a definição clara de responsabilidade para as três esferas de governo e a fixação de procedimentos e normas operacionais.

Podemos considerar, então, que essa citada norma serviu de referência no processo inicial de implantação do Sistema Único de Saúde, uma vez que sistematizou todo o procedimento de descentralização da gestão do sistema e dos serviços, com um esquema de transição com níveis diferentes de responsabilidade: o federal, o estadual e o municipal (BARRETO JÚNIOR, 2005, p. 35).

Segundo a NOB SUS nº 01/93, por meio de manifestação do Município, este assumiria sistemáticas diferentes de relacionamento com a esfera federal, no que se refere à gestão do Sistema Único de Saúde, uma vez que poderia habilitar-se às modalidades de "gestão incipiente", "gestão parcial" e "gestão semi-plena" da saúde, cada uma delas com uma grande gama de responsabilidades e prerrogativas, dentre outras condições impostas por esta norma. De acordo com cada modelo, o Município disporia de um maior número de atribuições na gestão do seu sistema local de saúde.

Em 1996, por meio da Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996, o Ministério da Saúde baixou a Norma Operacional Básica do SUS nº 01/96, revogando a NOB SUS nº 01/93 e alterando, bastante, a forma de operacionalização do sistema de saúde. Da mesma forma como vinha ocorrendo, os Municípios ganharam ainda mais responsabilidades sobre a gestão da saúde.

Para Irineu Francisco Barreto Júnior (2005, p. 36):

> [...] o sistema de saúde brasileiro foi submetido a uma profunda reestruturação, com a entrada em vigor de uma nova regulamentação, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996, a NOB 96. [...] a mais significativa diretriz da NOB-96 consiste no radical avanço na responsabilidade dos municípios pela gestão da política de saúde [...]. Configura-se, então, um período no qual a descentralização das ações e dos serviços de saúde, no Brasil, passou a ser sinônimo de processo de municipalização.

Mas, ressalta o autor que a municipalização em um país como o Brasil, com 5.507 Municípios estabelecidos, mostrava-se um processo extremamente difícil e de muita complexidade. Para ele:

> Uma parte significativa desta complexidade deve-se ao fato de a municipalização significar não a mera determinação ao governo municipal de se responsabilizar pela prestação de serviços, mas sim a efetiva mobilização dos agentes do poder local – governo, comunidade, trabalhadores e empreendedores privados –, no sentido de atuarem no efetivo comando do novo sistema, exercendo controle social na gestão

> da política e fazendo valer o interesse público na escolha e seus rumos (BARRETO JÚNIOR, 2005, p. 37).

A NOB SUS nº 01/96 alterou completamente os modelos de gestão municipal da saúde, estabelecidos pela NOB SUS nº 01/93, tendo extinguido os antigos três modelos (gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena) e fixado outros dois novos padrões de gestão, aos quais os Municípios poderiam se habilitar, o de "gestão plena da atenção básica" e o de "gestão plena do sistema municipal". Aqueles Municípios que não se habilitassem em algum destes formatos de gestão permaneceriam na condição de legítimos prestadores de serviços de saúde, cabendo, no entanto, ao respectivo Estado, a gestão do Sistema Único de Saúde naquele determinado território municipal.

Essa nova Norma Operacional Básica aumentou as responsabilidades que cabiam aos Municípios sobre os serviços de atenção à saúde pública. No modelo de gestão plena da atenção básica passou a existir a responsabilidade pela gestão da assistência ambulatorial básica e o gerenciamento de todas as unidades básicas de saúde, inclusive as do Estado e da União (item 15.1 da NOB nº 01/96). Já no modelo de gestão plena do sistema municipal, que é mais complexo, os Municípios passaram a ficar responsáveis pela gestão de toda a programação dos serviços de saúde, inclusive a referência ambulatorial especializada e hospitalar, bem como a gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares próprias e as do Estado e as da União (item 15.2 da NOB nº 01/96).

A NOB SUS nº 01/96 vigorou plenamente até 2001 quando o Conselho Nacional de Saúde editou uma nova normatização, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 2001, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 95, de 26 de janeiro de 2001, que foi depois aperfeiçoada em 2002 e se transformou na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 2002, fixada pela Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

Segundo expressa esta Portaria, a NOAS SUS 2002 veio para ampliar as responsabilidades dos Municípios no que diz respeito à atenção básica em saúde; estabelecer um processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e, proceder à atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios (art. 1º da Portaria nº 373/02).

A partir desta normatização coube aos Municípios habilitar-se aos novos padrões de "gestão plena da atenção básica ampliada" (GPAB-A) ou de "gestão plena do sistema municipal" (GPSM) que, do mesmo modo que antes, variam de acordo com o número maior ou menor de atribuições dentro do sistema.

Um ponto interessante na NOAS SUS 2002 é o processo de regionalização da saúde nela previsto, "como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade" (Capítulo I, Item 1), devendo este contemplar uma lógica de planejamento integrado que compreenda noções de territorialidade, identificação de prioridades de intervenção e conformação de sistemas funcionais de saúde, não restritos à área de abrangência dos Municípios, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, como meio de se garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, otimizando, ainda, os recursos disponíveis (Capítulo I, Item 1.1).

Através desta normatização de 2002 percebemos que o foco, antes voltado para a municipalização, passou a ser o do processo de regionalização da assistência à saúde. A regionalização transformou-se em um novo princípio orientador da política de saúde do Estado brasileiro, tendo o antigo pensamento mudado para um fortalecimento da perspectiva regional ou intermunicipal de assistência à saúde.

Como instrumento desta regionalização dispôs a NOAS SUS 2002 sobre a instituição de um Plano Diretor de ordenamento do processo de assistência à saúde em cada Estado, baseado na definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades da saúde da população e com a garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (Capítulo I, Item 2). Esse Plano Diretor de Regionalização prevê a conformação dos sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais (Capítulo I, Item 3 da NOAS SUS 2002).

A NOAS SUS 2002 determinou também a conformação das redes hierarquizadas de serviços e o estabelecimento de mecanismos de fluxos de referência e de contrarreferência intermunicipais, objetivando com isto garantir a integralidade da assistência e o acesso da população a todos os serviços e ações de saúde de acordo com as suas necessidades (Capítulo I, Item 3).

Ou seja, a NOAS SUS 2002 alterou totalmente o padrão da organização dos serviços de proteção à saúde no país, posto que previu a regionalização e criou redes hierarquizadas e organizadas em regiões territoriais com fluxos de referências e contrarreferências entre os pontos de atendimento existentes nos Municípios.

Vale também assinalar que aos Estados coube coordenar a Programação Pactuada e Integrada – PPI, sendo esta um instrumento de garantia do acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em todos os Municípios. Por meio de uma central estadual, aquelas pessoas que necessitam de serviços de saúde e advém de Municípios que

não dispõem dos mesmos são encaminhadas (referenciadas) para outros Municípios que oferecem esses serviços, a fim de que possam receber o tratamento adequado.

Da mesma forma, passou a ficar a cargo dos Estados a previsão da parcela de recursos que deve ser gasta em cada Município, para cada área considerada de alta complexidade, destacando-se a parte a ser utilizada com sua própria população e aquela a ser usada com a população advinda das referências (Capítulo I, Item 24, alínea "e" da NOAS SUS 2002). No aspecto financeiro, portanto, a antiga formulação de transferências baseadas no número de habitantes e no critério de produção passou a considerar, ainda, os Municípios que são verdadeiros pólos de atendimento regional e que oferecem equipamentos para a realização de procedimentos de alta complexidade e custo.

Sobre tais aspectos pondera Irineu Francisco Barreto Júnior (2005, p. 42) que:

> Nessa nova ênfase atribuída a regionalização e ao fortalecimento do papel do gestor estadual, destaca-se que caberá a este a coordenação da Programação Pactuada Integrada, no âmbito do Estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem, dentre outras, a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação de critérios e instrumentos de alocação e pactuação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências.

Desse modo, a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, não disponíveis em seu Município de residência, ficou sob a responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os Municípios de referência, cabendo àquele observar os limites financeiros e, ainda, organizar o sistema de referências utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do Município onde os serviços estiverem localizados. (Capítulo II, Item 36 da NOAS SUS 2002).

Nesse sentido, conclui Irineu Francisco Barreto Júnior (2005, p. 43) que:

> Dessa maneira, é possível afirmar que o processo de descentralização da saúde viveu uma nova página com a edição da NOAS, uma vez que avançou do processo de municipalização para o de regionalização da saúde, compreendendo que nem todos os mais de 5.500 municípios brasileiros têm possibilidade ou necessidade de contar com um sistema de saúde completo, sendo que a tenção regionalizada pode configurar numa forma mais racional e eficiente de organizar a atenção, os equipamentos e os serviços de alta complexidade e referência da Saúde.

Dessa forma, atentamos que a saúde no Brasil passou por seus momentos mais intensos ao longo das décadas de 80 e 90, com o processo de descentralização pela criação do SUS na Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.124/90, além das Normas Operacionais Básicas nº 01/93 e 01/96. Nesse período verificamos o efetivo aumento na autonomia dos Municípios para criação de seus próprios sistemas de saúde (BARRETO JÚNIOR, 2005, p. 50).

Contudo, logo surgiram dificuldades para os Municípios e a regionalização da atenção à saúde se mostrou a saída indicada, pois a maioria das municipalidades não dispunha de condições, ou não tinha muita demanda, para estabelecer um sistema de saúde completo em seu território.

Nesse outro momento apresentava-se mais apropriado, então, montar um sistema de atenção regional que regularia as referências e as contrarreferências dos serviços, especialmente aqueles de elevado custo e de alta complexidade, com o ressarcimento dos gastos efetuados pelas cidades que viessem a atender a Municípios localizados em seu entorno.

Portanto, entendemos que fica bem claro o papel, de grande importância, desempenhado pelos Municípios no que diz respeito à proteção do direito à saúde, tendo estes, inicialmente, vivido um período de maior concentração de competências, em razão do princípio da descentralização do sistema único, nos termos do art. 198 da Constituição Federal de 1988. Com o passar do tempo esta ideia foi mudando por conta da conclusão de que tais entes municipais não eram capazes de oferecer, plenamente, todos os serviços de saúde às suas populações, até os mais complexos e de alto custo.

Em vista disso, pela necessidade, o antigo processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde mudou para um novo processo que passou a buscar uma maior regionalização da rede, criando centros de referência em cada região. Entretanto isto não diminuiu a importância do papel do Município dentro do sistema.

Para Marlon Alberto Weichert (2000, p. 172):

> Essa concepção afeta o modelo clássico de autonomia federativa, mas como se trata de uma formulação constitucional, caracteriza, apenas, mais uma exceção positivamente ordenada, peculiar ao contexto de nosso país. Destarte, a unidade de um sistema público de saúde é mais um exemplo de que o federalismo pode assumir multiconfigurações [...]. Vale dizer, a criatividade normativa do constituinte (direito posto) possibilita a construção no seio do federalismo, de um sistema de serviço público unificado, fundado na obrigatória conjugação de esforços de todos os entes-membros e pautado na existência de uma política única, coordenada nacionalmente, embora executada localmente.

Esse novo modelo, apesar de ter diminuído a autonomia municipal, ao nosso ver se mostrou mais eficiente para a realidade brasileira, pois o Município assumiu responsabilidades maiores no que diz respeito aos serviços de atenção básica em saúde, enquanto os Estados ficaram responsáveis pelos serviços de média complexidade e a União pelos de alta complexidade e elevado custo. Destarte, o atual Sistema Único de Saúde, embora tenha implicado no sacrifício de uma parcela da autonomia dos Municípios, não desconfigura o nosso padrão de federalismo, nem a importância deste ente.

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, 70,6% (setenta vírgula seis por cento) dos Municípios são responsáveis apenas por ações e serviços da atenção básica de saúde e 29,4% (vinte e nove vírgula quatro por cento) assumiram serviços de média e alta complexidade, sob a organização dos Estados.[1]

Esse é o panorama traçado pela saúde no país a partir da Constituição Federal de 1988, ficando claro, então, que o Município apresenta-se como uma peça de grande importância nessa intricada engrenagem que é o nosso Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÃO

Após tecidas as considerações necessárias podemos concluir que, no Brasil, o direito à saúde passou por momentos de clara evolução histórica, deixando de ser um direito exclusivo dos trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social, conforme preconizavam nossas Constituições anteriores a de 1988, para ser um direito de todos os cidadãos brasileiros, bem como um dever do Estado, de acordo com o previsto na atual Constituição Federal de 1988.

Como visto, a Constituição Federal de 1988 acabou inaugurando um novo sistema de proteção social ao direito fundamental à saúde, assegurando este por meio do envolvimento de todos os entes componentes da Federação brasileira. Assim, sob a vigência desta Carta Magna, a saúde foi universalizada, tornando-se um direito social cabível a todos os cidadãos e não mais, apenas, a restrita classe de trabalhadores contribuintes da Previdência Social

Portanto, a atual Constituição de 1988 deve ser considerada o verdadeiro divisor de águas quando pensamos na proteção da saúde no Brasil, já que previu a saúde como um direito fundamental assegurado, indistintamente, a todas as pessoas e, ainda, como um dever do Estado brasileiro a ser garantido por todos os entes que compõem a organização político administrativa do país, dentre eles destacamos os Municípios.

Nesse diapasão, na teceira parte deste trabalho vimos o papel importante desempenhado pelos Municípios dentro da complexa rede que integra o nosso Sistema Único de Saúde. Vale destacar que pela objetividade desse trabalho não é nossa pretensão explicar, mais a fundo, como funciona esse enorme e complexo sistema de garantia desse direito fundamental. A nossa intenção sempre foi, apenas, retratar e dar destaque a função de extrema relevância exercida pelos Municípios brasileiros na rede de atenção à saúde de âmbito nacional, assumido a partir da vigência da Constituição Federal de 1988.

[1] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas>. Acesso em: 18 mai. 2016.

Como restou observado, em determinados momentos da história do país os Municípios gozaram de maior ou menor autonomia para gerirem os serviços de saúde voltados a sua população. Mas o tempo acabou demonstrando que uma ampla autonomia de gestão da saúde outorgada aos Municípios não se mostrava um método eficiente, o que teria levado ao estudo e ao estabelecimento da ideia de uma rede regionalizada (dividida por regiões) e hierarquizada (por níveis de complexidade no atendimento) como a que existe hoje.

Em vista dessa experiênca prática, o antigo processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde acabou mudando para um novo processo que buscou promover uma maior regionalização da rede, criando-se os chamados "centros de referência" em cada região do país. Entretanto, vale destacar que isso não diminuiu a importância do papel desempenhado pelo Município dentro do sistema de saúde do país.

Essa descentralização do sistema único de saúde do Brasil se deu pelo fato dos entes municipais não se mostrarem capazes de oferecer sozinhos, plenamente, todos os serviços de saúde às suas respectivas populações, dos mais simlpes e baratos aos mais complexos e de alto custo.

Assim, mostrou-se necessário redesenhar o antigo sistema descentralizado de saúde do país, buscando, assim, uma maior regionalização da rede e criando, também, os centros de referência e contra referência em cada região. Os Municípios ficaram responsáveis pelos serviços de saúde básica de sua população, os Estados pelos serviços de saúde de média complexidade e a União, por sua vez, pelos serviços de saúde considerados de alta complexidade.

Por meio de uma central, gerida pelos Estados Membros da Federação, as pessoas que procuram por um atendimento médico de média ou alta complexidade em Municípios que não dispõem desses serviços em seu território acabam sendo encaminhadas aos centros de referência de média e alta complexidade de sua respectiva região, a fim de poderem receber o tratamento adequado. Já aquelas pessoas que procuram por um atendimento médico básico nesses centros de atendimento médico de média ou alta complexidades, integrantes da rede, acabam sendo contrareferenciados (encaminhados) para essas unidades municipais que oferecem o atendimento básico à população.

Assim, como visto, dependendo do modelo de gestão aderido por cada Município, este ente assume mais ou menos responsabilidades dentro do sistema de saúde nacional. No entanto pensamos que, por ser o ente da administração que guarda maior proximidade com a população, bem como por ser o responsável pelo atendimento mais básico de saúde, portanto

o mais utilizado e necessário, entendemos que este exerce o papel mais importante no sistema no que diz respeito a garantia desse direito tão fundamental.

Esse novo formato de organização do nosso Sistema Único de Saúde, através de uma rede regionalizada e hierarquizada acabou se mostrando muito mais acertado do que o antigo sistema que garantia maior autonomia aos Municípios.

Pensamos então que esse desenho atual reorganizou e deu maior eficiência ao sistema de saúde nacional, não diminuindo o destaque da função exercida pelos Municípios, como entidade integrante do Estado brasileiro, na questão da efetivação desse direito fundamental social de todo ser humano referido no presente trabalho.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, Rui. Os Municípios e os Desafios da Federação no Brasil. *In*: **Revista São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, nº 03, p. 03-10. São Paulo, jul./set. 1996.

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário:** a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. 5. ed. São Paulo: Atlas S/A, 2010.

ALVES, Odair Rodrigues. **O Município:** dos romanos à Nova República. São Paulo: Nacional, 1986.

AMIRANTE, Carlo; RUBINO, Francesco. De Porto Alegre a Bagnoli: possibilidades e limites de uma gestão participativa do território. *In*: LEAL, Rogério Gesta; REIS, Jorge Renato dos (coords.). **Direitos Sociais & Políticas Públicas:** desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006, tomo VI.

ARAUJO, Luiz Alberto David. **O Federalismo Brasileiro**. São Paulo: CPC, 1996.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria Geral do Federalismo**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

BARRETO JÚNIOR, Irineu Francisco. **Poder Local e Política:** a saúde como *locus* de embate na cidade de Santos/SP. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____; PAVANI, Miriam. O Direito à Saúde na Ordem Constitucional Brasileira. *In*: **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, vol. 14, nº 02, p. 71-100. Vitória, jul./dez. 2013.

BARROSO, Luís Roberto. A Derrota da Federação: o colapso financeiro dos Estados e Municípios. *In*: **Revista da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, nº 53, p. 107-113. Rio de Janeiro, 2000.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *In*: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 30, nº 03, p. 380-398. São Paulo, dez. 1996.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CAETANO, Marcello. **Manual de Ciência Política e Direito Consotitucional**. 6. ed. Coimbra: Almedina, 1996.

CANOTILHO, Joaquim José Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

COIMBRA, Mário; MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de. **Direito Sanitário**. São Paulo: Ministério Público – Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cível e de Tutela Coletiva, 2012.

COSTA, João Bosco Araújo da. A Ressignificação do Local: o imaginário político brasileiro pós-80. *In*: **Revista São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, nº 3, p. 113-118. São Paulo, jul./set. 1996.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Municipalização dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Brasiliense S.A., 1985.

_____. O Papel do Município no Desenvolvimento de Políticas de Saúde. *In*: **Revista de Saúde Pública**, vol. 25, nº 05, p. 401-405. São Paulo, out. 1991.

_____; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DIETRICH FILHO, José Alberto. Centralização de Recursos do Governo Federal Prejudica Municípios. *In*: **Revista Eletrônica Consultor Jurídico**. São Paulo, 2005. Disponível em:<http://www.conjur.com.br/2005-mar17/divisao_bolo_tributario_centra_lismo_tipico_dita dura >.Acesso em: 18. mai. 2016.

DIMOULIS, Dimitri. MARTINS, Leonardo. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

DÓRIA, Og Roberto. **Município:** o Poder Local – quinhentos anos de conflitos entre o Município e o Poder Central. S.l.: Scritta Editorial, 1992.

FAZOLI, Carlos Eduardo de Freitas; RÍPOLI, Danilo César Siviero. Direitos Fundamentais: a inexistência de discricionariedade na sua prestação. *In*: FERREIRA, Gustavo Sampaio Telles. **Federalismo Constitucional e Reforma Federativa:** Poder Local e Cidade-Estado. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

FERREIRA, Gustavo Sampaio Telles. **Federalismo Constitucional e Reforma Federativa:** Poder Local e Cidade-Estado. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

FERRAJOLI, Luigi. ***Derechos y garantias:*** *la ley del más débil*. Madrid: Editorial Trotta S.A., 1999.

FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco. O Conceito de Saúde. *In*: **Revista de Saúde Pública**, vol. 31, nº 05. São Paulo, out. 1997.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos Humanos Fundamentais**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

FRANCO, Afonso Arinos de Melo. **Direito Constitucional:** teoria da Constituição – as Constituições do Brasil. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

HERNANY, Ricardo. Novos Paradigmas da Gestão Pública Local e do Direito Social: a participação popular como requisito para a regularidade dos atos da administração. *In*: LEAL, Rogério Gesta; REIS, Jorge Renato dos (coords.). **Direitos Sociais & Políticas Públicas:** desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006, tomo VI.

HORTA, Raul Machado. **Direito Constitucional**. 5. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

LIBERATO, Gustavo Tavares Cavalcanti. O Município como Ente Federado: uma nova perspectiva para a questão da participação. *In*: **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, nº 06, p. 304-330. São Paulo, jul./dez. 2005.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite; PAINAZZER, Daiany; PAULA JÚNIOR, Newton Ferreiar de; *et al*. A Historicidade Filosófica do Conceito Saúde. *In*: **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 3, nº 01. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num1artigo2.pdf>. Acesso em: 18. mai. 2016.

MACHADO JÚNIOR, José Teixeira. Regionalização ou Municipalização no Brasil. *In*: **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, n. 63/64, p. 171-184. Belo Horizonte, jul. 1986 e jan. 1987.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. 4ª ed. São Paulo: Atlas S/A, 2013.

MELO, Marcus André. Crise Federativa, Guerra Fiscal e "Hobbesianismo Municipal" – efeitos perversos da descentralização. *In*: **Revista São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, nº 03, p. 11-20. São Paulo, jul./set. 1996.

MENDES, Conrado Hübner. **Direitos Fundamentais, Separação de Poderes e Deliberação**. São Paulo: Saraiva, 2011.

MONTORO, Eugênio Franco. **O Município na Constituição Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade Católica, 1975.

NUNES, Edison. Poder Local, Descentralização e Democratização: um encontro difícil. *In*: **Revista São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, nº 03, p. 32-39. São Paulo, jul./set. 1996.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **A Constituição Social na Constituição de 1988:** estratégias de positivação e exigibilidade judicial de direitos sociais. São Paulo: Verbatim, 2009.

OLIVEIRA, Thiago de. **O Poder Local e o Federalismo Brasileiro**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

PACHECO, Regina Silva. Política de Recursos Humanos para a Reforma Gerencial: realizações do período 1995-2002. *In*: **Revista do Serviço Público**, vol. 53, nº 04, p. 78-102. São Paulo, out./dez. 2002.

PINTO, Alexandre Guimarães Gavião. Direitos Fundamentais: legítimas prerrogativas de liberdade – igualdade e dignidade. *In*: **Revista da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro**, vol. 12, nº 46, p. 126-140. Rio de Janeiro, 2009.

REIS, José Carlos Vasconcellos dos. Os Municípios no Estado Federal Brasileiro: algumas considerações ante a nova Lei de Diretrizes Urbanas (Lei nº 10.257, de 10/07/2001). *In*: **Revista de Direito Administrativo**, nº 228, p. 149-176. Rio de Janeiro, abr./jun. 2002.

ROTHENBURG, Walther Claudius. **Direitos Fundamentais**. São Paulo: Método, 2014.

SALGADO, Silvia Regina da Costa. Experiências Municipais e Desenvolvimento Local. *In*: **Revista São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, nº 03, p. 48-52. São Paulo, jul./set. 1996.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais:** uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes Constitucionais**. São Paulo: Verbatim, 2009.

SILVA, Benedicto. O Município e os Serviços Públicos de Primeira Necessidade. *In*: **Textos Selecionados de Administração Pública**, vol. X, p. 63-76. Rio de Janeiro, jul. 1965.

SILVA, Zilda Pereira da. O Município e a Descentralização da Saúde. *In*: **Revista São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, nº 03, p. 81-87. São Paulo, jul./set. 1996.

SPUZA, Celina. Reinventando o Poder Local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. *In*: **Revista São Paulo em Perspectiva**, vol. 10, nº 03, p. 103-112. São Paulo, jul./set. 1996.

WEICHERT, Marlon Alberto. O Sistema Único de Saúde no Federalismo Brasileiro. *In*: **Revista de Direito Constitucional e Internacional**, vol. 08, nº 32, p. 154-175. São Paulo, jul./set. 2000.