

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – DOUTORADO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**EIXO TEMÁTICO DIMENSÕES INSTRUMENTAIS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Adriane Medianeira Toaldo

**DIREITO SOCIAL À SAÚDE: REARTICULAÇÃO DO PACTO FEDERATIVO A  
PARTIR DE ESTRATÉGIAS LOCAIS DE COOPERAÇÃO, INTEGRAÇÃO E  
CONTROLE SOCIAL**

Santa Cruz do Sul, 2017

Adriane Medianeira Toaldo

**DIREITO SOCIAL À SAÚDE: REARTICULAÇÃO DO PACTO FEDERATIVO A  
PARTIR DE ESTRATÉGIAS LOCAIS DE COOPERAÇÃO, INTEGRAÇÃO E  
CONTROLE SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Doutorado, Área de Concentração em Demandas Sociais e Políticas Públicas, Eixo Temático relativo à Diversidade e Políticas Públicas, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Direito.

Orientador: Prof. Pós-Dr. Ricardo Hemany

Santa Cruz do Sul, 2017

Adriane Medianeira Toaldo

**DIREITO SOCIAL À SAÚDE: REARTICULAÇÃO DO PACTO FEDERATIVO A  
PARTIR DE ESTRATÉGIAS LOCAIS DE COOPERAÇÃO, INTEGRAÇÃO E  
CONTROLE SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Doutorado, Área de Concentração em Demandas Sociais e Políticas Públicas, Eixo Temático relativo à Diversidade e Políticas Públicas, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Direito.

Orientador: Prof. Pós-Dr. Ricardo Hermany

---

Dr. Ricardo Hermany,  
Professor Orientador.

---

Professora Dr<sup>a</sup> Marli M. M. da Costa

---

Professor Dr. João Pedro Schmidt

---

Professora Márcia Adriana Dias Kraemer

---

Professor Dr. Gilmar Antonio Bedin

Santa Cruz do Sul, 2017

Dedico este estudo aos meus pais e à minha  
irmã Andreia, que sempre me deram todo o  
apoio necessário para que eu pudesse concluir  
a presente tese.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Pós-Dr. Ricardo Hermany, que soube conduzir este trabalho com o devido conhecimento, paciência e sugerindo as modificações necessárias.

Aos professores do Programa de Programa de Pós-Graduação em Direito – Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul, cuja contribuição em cada disciplina foi inestimável para se chegar ao resultado final.

Aos colaboradores técnico-administrativos da UNISC, em especial do Programa, que sempre foram muito solícitos no seu atendimento às minhas necessidades.

À Coordenação do Programa, por todo o esforço realizado para superar os desafios.

Aos colegas do Doutorado, que sempre faziam com que as aulas e os intervalos fossem contagiantes. Com eles aprendi muito.

“[...] las proposiciones jurídicas abstractas formuladas por el Estado, son comparable a la espuma que aparece en la superficie del agua, están dirigidas esencialmente sólo a los tribunales estatales y otros órganos del Estado. Los grupos y los individuos viven en total ignorância del contenido de esas proposiciones. Ellos conocen unicamente el orden jurídico espontâneo de la sociedad, compuesto de instituciones, frente al cual toda regla es simple cáscara superficial, proyección. Así solamente una parte ínfima del orden jurídico de la sociedad puede ser afectado por la legislación estatal, y la mayor parte del derecho espontâneo se desarrolla con completa independendencia de las proposiciones jurídicas abstractas. Las últimas, constituyen el plano más estático del derecho y también cuando afectan a un sector del derecho espontâneo de la sociedad, descansan sobre éste”. (GURVITCH, 1945, p. 165-166).

## RESUMO

A presente pesquisa situa-se no campo do Direito Social, tendo como tema o direito à saúde e estratégias locais de cooperação, como instrumento de rearticulação do pacto federativo e de controle social no Brasil. A competência para prestar serviços públicos de saúde é comum entre os entes federados, decorrente da legislação vigente (artigo 23, inciso II, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) e artigo 15 da Lei nº 8.080/90), que deixou a cargo de leis complementares o estabelecimento da forma de cooperação entre os entes federativos (parágrafo único, do artigo 23, da CF/88), gerando indefinições e ineficiências na administração da saúde. Como essa lei não foi sancionada, os municípios têm sido prejudicados por assumirem a responsabilidade pela saúde local e os demais entes federados centralizarem os recursos, não havendo uma autonomia necessária para que se tenha uma política pública municipal de saúde que atenda ao cidadão, pois é no local onde vivem que as pessoas são atendidas. Diante desse quadro, tem-se como problema de pesquisa identificar quais as estratégias para viabilizar uma melhoria na prestação do direito social à saúde, no âmbito local, reorganizando os serviços de forma cooperada, integrada e democrática entre os atores sociais e entes federados e maximizando os recursos (financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais) existentes para atender as demandas da população, no plano municipal. Com suporte em tal indagação tem-se como objetivo apresentar subsídios teóricos-jurídicos para implantação de estratégias locais de cooperação que servem de melhoria do direito à saúde. A proposição da tese de debater o direito social à saúde está vinculada à proposta do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), no eixo temático de Diversidade e Políticas Públicas e na área de concentração demandas sociais e políticas públicas. A presente pesquisa procurou definir a forma de cooperação entre os três níveis de governo, no sentido de viabilizar uma melhoria na prestação do direito social à saúde, no âmbito local, apresentando uma reordenação dos serviços e ações, por meio da gestão cooperada, integrada e democrática entre os atores sociais e entes federados, visando potencializar os recursos (financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais) existentes, no plano municipal. A matriz teórica que permeia este estudo, realizado a partir do método de abordagem dedutivo, está alicerçada na teoria do Direito Social de Gurvitch e no princípio da subsidiariedade como pressuposto de compreensão do redimensionamento do pacto federativo. Utilizou-se, ainda, o método de procedimento monográfico e a técnica de pesquisa da documentação indireta, ressaltando o respaldo normativo, bibliográfico e jurisprudencial. A proposta da tese para a resolução do problema é a criação de estratégias locais de cooperação, rearticulação federativa e de controle social, antecedida de debates e de deliberação pública com a sociedade civil, os quais servem de instrumento para a concretização da gestão cooperada e integrada.

**Palavras-chave:** Saúde; Estratégias locais; Gestão Cooperada e Integrada; Rearticulação do pacto federativo; Competência comum.

## ABSTRACT

The present research is located in the field of social law, focusing on the right to health and local strategies of cooperation and integration as an instrument for the rearticulation of the federative pact and social control in Brazil. (Article 23, item II of CF/88 and article 15 of Law n° 8,080/90), which left to charge complementary laws or establishment of the form of association between the federations (sole paragraph, article 23, CF/88), generating uncertainties and inefficiencies in health administration. As this law has not been sanctioned, the Municipality has been harmed by taking responsibility for the local health, once the other federated entities centralize resources, it does not have the necessary autonomy to have a municipal public health policy that meets the citizen, since it is where they live that people are assisted. In the view of this situation, the research problem is to identify the strategies to enable an improvement in the provision of the social right to health at a local level, reorganizing services in a cooperative, integrated and democratic way between the social actors and the federated entities, maximizing the resources (financial, human, technological and structural) to meet the demands of the population at the municipal level. Along with the support of such an inquiry, the objective is to present theoretical and juridical subsidies for the implementation of municipal mechanisms to improve the right to health. The proposition of the thesis to discuss the social right to health is linked to the proposal of the Postgraduate Program in Law of the University of Santa Cruz do Sul (UNISC), in the thematic axis of Diversity and Public Policies and in the area of concentration of social demands and public policy. The present research sought to define the form of cooperation between the three levels of government, in order to make possible an improvement in the provision of the social right to health at the local level, presenting a reordering of services and actions through cooperative, integrated and democratic management between the social actors and the federated entities, aiming at enhancing the existing (financial, human, technological and structural) resources at the municipal level. The theoretical matrix that permeates this study, based on the method of deductive approach, is based on Gurvitch's Social Law theory and on the principle of subsidiarity as a presupposition of understanding the scaling down of the federative pact. It was also used the method of monographic procedure and the research technique of indirect documentation, highlighting the normative, bibliographic and jurisprudential support. The thesis proposal for solving the problem is the creation of local strategies for cooperation and the federation rearticulation and social control, preceded by debates and public deliberation with civil society, which serve as a tool for the implementation of a cooperative and integrated management.

**Keywords:** Health; Local strategies; Cooperated and integrated management; Rearticulation of the federative pact; Common competence.



## RÉSUMÉ

Cette recherche se situe dans le domaine du droit social, et son thème est le droit à la santé et des stratégies locales de coopération, comme instrument de réarticulation du pacte fédératif et de contrôle social au Brésil. La compétence pour fournir des services publics de santé est commun entre les organismes fédéraux, découlant de la législation en vigueur (article 23, paragraphe II de la Constitution Fédérale de 1988 et à l'article 15 de la Loi n° 8.080/90) , qui a laissé à la charge de lois supplémentaires l'établissement de la modalité de coopération entre les entités fédérales (paragraphe unique de l'article 23 de la Constitution Fédérale de 1988), en engendrant des incertitudes et d'inefficacités dans l'administration de la santé. Étant donné que cette loi n'a pas été sanctionnée, la Municipalité est préjudiquée par la prise de responsabilité pour la santé locale, d'ailleurs, les autres organismes fédéraux centralisent les ressources, et il n'y a pas d'autonomie nécessaire afin d'avoir une politique publique municipale de santé qui va prendre soin du citoyen, puis que les gens sont soignées à la place où elles y vivent. Compte tenu de cette situation, on a comme problème de recherche identifier quelles sont les stratégies pour permettre une amélioration dans la prestation du droit social à la santé au niveau local, en réorganisant les services de façon coopérée, intégrée et démocratique entre les acteurs sociaux et les organismes et fédéraux et de maximiser les ressources (financières, humaines, technologiques et structurelles) existantes pour répondre aux besoins de la population, au niveau municipal. Pris en charge dans cette indagation on a pour objectif de présenter des subsides théoriques-juridiques pour la mise en œuvre de mécanismes municipaux pour améliorer le droit à la santé. La proposition de la thèse de discuter du droit social à la santé est liée à la proposition du Programme d'études supérieures en Droit de l'Université de Santa Cruz do Sul (UNISC), dans l'axe thématique de Diversité et Politiques Publiques et dans le domaine de concentration des demandes sociales et des politiques publiques. Cette étude a cherché à définir la façon de coopération entre les trois niveaux de gouvernement afin de rendre possible une amélioration de la fourniture du droit social à la santé au niveau local, en présentant une réordonnation des services et des actions par une gestion coopérée, intégrée et démocratique entre les intervenants sociaux et les organismes fédéraux et en maximisant les ressources (financières, humaines, technologiques et structurelles) au niveau municipal. La matrice théorique qui traverse cette étude, réalisée à partir de la méthode d'approche déductive, est ancrée dans la théorie du Droit Social de Gurvitch et dans le principe de subsidiarité comme présupposé de compréhension du redimensionnement du pacte fédéral. On a également utilisé la méthode de procédure monographique et la technique de recherche de la documentation indirecte, en soulignant le soutien normatif, bibliographique et jurisprudentielle. La proposition de la thèse pour la résolution du problème est la création de stratégies de coopération au niveau local et de réarticulation fédérative et de contrôle social, précédée par des débats et délibération publique avec la société civile, qui servent d'instruments pour la réalisation de la gestion coopérative et intégrée.

**Mots-clés:** Santé; stratégies locales; Gestion coopérative et intégrée; Réarticulation du pacte fédératif; Compétence commune.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade  
ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental  
AGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS - Atenção Primária de Saúde  
Art. – artigo  
art. – artigo  
BH – Belo Horizonte  
CACIS – Central de Atendimento Cooperado e Integrado à Saúde  
CF/88 – Constituição Federal de 1988  
CIS - Consórcios Intermunicipais de Saúde  
CLSC - *Centres Locaux de Services Communautaires*  
CNJ - Conselho Nacional de Justiça  
CNM – Conselho Nacional dos Municípios  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde  
DF – Distrito Federal  
DOU – Diário Oficial da União  
EAC - Estratégia de Agentes Comunitários  
EC - Emenda Constitucional  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
FAMURS - Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul  
FIPÉA - Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
GFS - Gasto Social Federal  
HIV - Human Immunodeficiency Virus  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
LC - Lei Complementar  
Min. - Ministro  
MS/GM – Ministério Saúde/Gabinete do Ministro  
Munic - Pesquisa de Pesquisa de Informações Básicas Municipais  
NHS - National Health Service  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
nº - número  
nºs - números  
OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde  
p. – página  
PARTICIPASUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS  
PCTs - *Primary Care Trusts*  
PEC - Proposta de Emenda à Constituição  
PIB - Produto Interno Bruto  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar  
PSF - Programa Saúde da Família  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
RCB – Receita Corrente Bruta  
RCL - Receita Corrente Líquida  
Rel. – Relator  
RS – Rio Grande do Sul  
SC – Santa Catarina  
SGP - Secretaria de Gestão Participativa  
STF - Supremo Tribunal Federal  
STN - Secretaria do Tesouro Nacional  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCU - Tribunal de Contas da União  
TO - Tocantins  
UBS - Unidades Básicas de Saúde  
USF - Unidades de Saúde da Família  
UPAS - Unidades de Pronto-Atendimento  
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo  
v. – volume

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 – Relação entre direito social e Estado	41
Figura 4.1 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS	191

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 – Tipo de serviço referido como local regularmente procurado quando as pessoas necessitam de atendimento à saúde. Brasil – 1998, 2003, 2008	190
Gráfico 4.2 – Gastos proporcionais à Receita Corrente Líquida (RCL) com saúde por ente federativo	197

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 3.1 – Número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes	164
Tabela 3.1 – Brasil e regiões: Leitos SUS de UTI por 10 mil habitantes (set. 2014)	171
Tabela 3.2 – Número de leitos por especialidade	171
Tabela 4.1 – Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios. Brasil – 2010	195
Quadro 4.1 – Dez causas principais de ineficiência	198
Quadro 4.2 – Principais desafios e recomendações	199

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1</b>	<b>O DIREITO SOCIAL DE GURVITCH E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS COMO BASE DE (RE)INTERPRETAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL .....</b>	<b>23</b>
1.1	O Direito Social de Gurvitch: integrando sociedade e poder público em um Estado Democrático de Direito .....	24
1.2	O Direito Social de Gurvitch e a perspectiva dos Direitos Fundamentais como marcos pluralistas de rompimento dogmático-jurídico .....	48
1.3	Interações do pluralismo jurídico e da democracia com o Direito Social de Gurvitch como forma de complementaridade do atual modelo constitucional brasileiro .....	64
1.4	Os Direitos Fundamentais sociais na ordem constitucional brasileira e o Direito Social de Gurvitch: melhoria na prestação do direito social à saúde .....	81
<b>2</b>	<b>O DIREITO SOCIAL DE GURVITCH E O PRINCÍPIO DA SUBSIDIARIEDADE: INTERCONEXÕES A PARTIR DA (RE)DISTRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E NA INTERFACE COM A SOCIEDADE NA BUSCA PELA CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS .....</b>	<b>89</b>
2.1	A efetivação dos Direitos Sociais e o Pacto Federativo: uma análise da descentralização política e o papel do município na concretização do texto constitucional de 1988 .....	91
2.2	Pressupostos teóricos constitutivos do Princípio da Subsidiariedade: de princípio da União Europeia a sua Introdução – implícita – no ordenamento jurídico brasileiro .....	100
2.3	O poder local e a dimensão vertical da subsidiariedade administrativa interna na perspectiva constitucional – critério competencial .....	109
2.4	O Princípio da Subsidiariedade e o federalismo municipalista: nova etapa na relação sociedade-Estado e a dimensão horizontal da subsidiariedade como marco da concepção de gestão democrática na garantia dos direitos sociais .....	122
<b>3</b>	<b>O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PÓS-1988 A PARTIR DO SISTEMA DE PRESTAÇÕES DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: A ESTRUTURA, O FINANCIAMENTO E A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>	<b>138</b>
3.1	O Direito Fundamental Social à Saúde e sua posituação constitucional: aportes teóricos nacionais e Internacionais para consolidação no Brasil .....	139

3.2	Sistema Público de Saúde brasileiro (organização e operacionalização) e a previsão orçamentária na Constituição de 1988 – a difícil equação entre recursos disponíveis e a demanda existente .....	146
3.3	A efetivação do Direito à Saúde por meio das políticas públicas no Brasil: a construção do Sistema Único de Saúde – avanços, obstáculos e contribuições a uma política nacional de saúde para garantia e prestação de direitos .....	160
3.4	A relação entre o Direito Fundamental de acesso à saúde e a insuficiente articulação do sistema público: o debate acerca da “judicialização” da saúde .....	176
<b>4</b>	<b>AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ESPAÇO LOCAL E O FORTALECIMENTO DA COOPERAÇÃO/PARTICIPAÇÃO SOCIAL DEMOCRÁTICA .....</b>	<b>185</b>
4.1	As insuficiências da atual política pública municipal de saúde e as rearticulações federativas necessárias à prestação satisfatória do direito social à saúde .....	186
4.2	Saúde no âmbito local: o município como <i>locus</i> privilegiado de participação e empoderamento do cidadão .....	201
4.3	O Conselho Municipal da Saúde como espaço de controle e de participação social na área da saúde pública .....	208
4.4	A comunidade local e o federalismo cooperativo: a construção de um novo marco na prestação e gestão das políticas públicas de saúde municipais .....	215
<b>5</b>	<b>A GESTÃO INTEGRADA E COOPERADA COMO PRESSUPOSTO DA PRESTAÇÃO EFICIENTE DA SAÚDE PARA A REARTICULAÇÃO FEDERATIVA A PARTIR DE ESTRATÉGIAS LOCAIS .....</b>	<b>226</b>
5.1	Gestão integrada e cooperação no espaço público local: uma proposta de gestão compartilhada e democrática na efetivação das políticas públicas de saúde .....	228
5.2	Experiências de integração/cooperação dos entes federativos e sociedade civil para melhoria da política de saúde em nível local no Brasil e no mundo .....	238
5.3	O debate com a sociedade civil como pressuposto que antecede a instituição de uma estratégia de saúde e o fortalecimento do poder local .....	247
5.4	Indicativos a uma proposta de uma estratégia local da gestão integrada e de cooperação democrática de melhoria da política de saúde no municipalismo brasileiro .....	257
	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>269</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>279</b>



## INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tornou-se um direito de todos e um dever do Estado, ampliando sobremaneira o seu campo de atuação e obrigando o poder público a criar mecanismos que garantam essa nova ordem para toda a população.

Diversas leis infraconstitucionais procuraram afirmar esse direito social imprescindível para uma boa qualidade de vida, criando um Sistema Único de Saúde que atendesse aos princípios de universalidade, integralidade, regionalização e eficiência, aliado a um conjunto de medidas que tornasse viável esse novo propósito, pois havia um longo caminho a ser percorrido para que toda a nação desfrutasse da nova perspectiva em relação ao direito à saúde.

Após quase trinta anos, verifica-se que muitos avanços ocorreram, fortalecendo o atendimento em saúde da maneira como havia sido previsto, aumentando o número de atendimentos, de cirurgias, de fornecimento de medicamentos e de políticas públicas de prevenção e de promoção à saúde. No entanto, a dimensão continental do Brasil, os problemas originários de uma gestão inadequada, a falta de recursos, a corrupção, a falta de um controle local sobre os serviços executados e muitos outros problemas têm gerado o descontentamento do cidadão, que se vê obrigado a enfrentar longas filas para ser atendido, esperar muito tempo por exames, por procedimentos cirúrgicos e por atendimento especializado, em meio à crise que atravessa o Sistema Único de Saúde.

O problema tem se agravado nos últimos anos, pois a aguda recessão pela qual passa o País tem gerado um aumento no número de desempregados. Muitos deles perderam seus planos privados de saúde e sua única alternativa agora é a saúde pública, aumentando ainda o número de usuários. A par disso, há muitos anos cresce o fenômeno da judicialização, pois essa foi a alternativa encontrada pelo cidadão para ser atendido mais rapidamente, contornando a longa fila de espera por meio de uma decisão imediata dos magistrados, fundada no próprio direito social à saúde previsto na Constituição.

Diante de tal quadro, questiona-se a possibilidade de encontrar uma solução adequada para a ineficiência da saúde pública no Brasil. O Sistema Único de Saúde é administrado pelo conjunto dos entes federados (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), cuja competência é comum, decorrente da legislação vigente, que

não explicitou de que forma essa deveria acontecer, tornando-a dependente de leis complementares para estabelecer o modo de cooperação entre os entes federativos, que não sobreveio até o momento, gerando indefinições e ineficiências na administração da saúde.

Essa lacuna, somada a uma centralização excessiva dos poderes nos entes federados maiores, como o Estado e a União, tem prejudicado os municípios, como entes federados menores, responsáveis por parcela significativa da saúde local sem a devida contrapartida de recursos ou autonomia para executar uma política pública municipal que atenda à demanda do cidadão, pois é nos municípios que os problemas de saúde existem e precisam ser atendidos.

Com base no exposto, tem-se como questionamento central o seguinte problema de pesquisa: diante da competência comum e da inexistência de lei complementar que define a forma de cooperação entre os três níveis de governo, bem como da deficiência dos serviços de saúde, quais as estratégias para viabilizar uma melhoria na prestação do direito social à saúde, no âmbito local, reorganizando os serviços de forma cooperada, integrada e democrática entre os atores sociais e entes federados e maximizando os recursos (financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais) existentes para atender as demandas da população, no plano municipal?

A partir do exposto, foi formulada a seguinte hipótese: para viabilizar a melhoria na prestação do direito social à saúde no âmbito do município, reorganizando-se os serviços e promovendo-se uma gestão cooperada, integrada e democrática da saúde pública, incluindo os atores sociais e entes federados, de forma a maximizar os recursos disponíveis (financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais), propõem-se debates e uma agenda de deliberação pública com a sociedade para a criação de estratégias locais de cooperação, sob o controle do município, rearticulando o pacto federativo e promovendo o controle social, para realizar a sistematização, consenso e o encaminhamento das demandas da população, no intuito de prestar orientações de saúde e de fiscalizar as relações entre o cidadão e o Estado, no sentido de promoção, proteção e recuperação da saúde entre a sociedade e os entes federados.

A importância da presente pesquisa encontra-se, inicialmente, no caráter essencial desempenhado por esse direito social enquanto pressuposto de exercício da vida humana e sua dignidade. Desse modo, a fundamentalidade das políticas públicas para atender às demandas sociais na concretização desse direito corrobora

a valia do tema, não apenas como debate jurídico, mas também como necessidade sociopolítica premente, pois o número excessivo de demandas pleiteando alguma espécie de concretização de saúde em sede judicial e extrajudicial demonstra um problema na articulação político-jurídica de prestação do direito social, bem como aponta para um processo de insuficiência/deficiência no cumprimento desse mesmo direito, o que reclama uma reflexão sobre a atuação das políticas públicas de saúde.

Ademais, o estudo do direito social à saúde denota que o trabalho está em consonância com a área de concentração do Doutorado em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul, Demandas Sociais e Políticas Públicas, mais, especialmente, no que tange ao eixo temático de Diversidade e Políticas Públicas, o que afirma o acerto na escolha das searas de pesquisa dos direitos sociais e das políticas públicas. Igualmente, se adapta à linha de pesquisa do professor orientador: gestão local e políticas públicas.

A partir disso e, reforça-se, tendo em vista a importância desse direito e da atuação das políticas públicas no seu atendimento, e justifica-se a adoção de bases teóricas diferenciadas para a constante melhoria na prestação da saúde no país, pelo que a pesquisa propõe um estudo fundamentado na matriz teórica do direito social do jurista-sociólogo-filósofo russo-francês Georges Gurvitch (1894-1965), a qual traz consigo um suporte de integração e de participação democrática como pressuposto de concretização dos direitos fundamentais.

Por isso, afirma-se o caráter imprescindível da análise do atual estágio das políticas de saúde, a fim de apreciar criticamente, a partir das bases teóricas, quais seriam as modificações necessárias à melhoria dos serviços e, ao mesmo tempo, diagnosticar as insuficiências não somente na prestação da saúde, mas na própria estrutura de cooperação e de participação popular nas políticas públicas da área na esfera local.

A pesquisa inova ao propor estratégias locais de cooperação e de integração (que pode ser utilizada como parâmetro geral a todos os municípios) na forma de rearticulação dos atores sociais e dos entes federativos, na direção de um novo modo de gestão e de cooperação entre esses mesmos sujeitos, reforçando elementos democráticos inerentes ao Estado Democrático de Direito, bem como buscando concretizar da melhor forma possível o direito à saúde no país.

A partir desse entendimento, a presente tese possui como objetivo geral apresentar as bases teórico-jurídicas e as linhas de ação capazes de viabilizar uma

melhoria na prestação desse direito social no âmbito local, por meio de uma cooperação integrada e democrática entre os atores sociais envolvidos e os entes federados, a partir de estratégias locais de cooperação que reorganizarão os serviços de saúde, sob a coordenação do município, promovendo uma rearticulação do Pacto Federativo e a maximização dos recursos financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais disponíveis compatíveis com as demandas municipais.

É possível verificar, em termos de objetivos específicos:

a) Analisar a teoria do Direito Social de Gurvitch e os Direitos Fundamentais como base de (re) interpretação dos Direitos Sociais no Brasil e as interconexões com o Princípio da Subsidiariedade, a partir da (re) distribuição de competências;

b) Estudar o Direito Social à Saúde e as Políticas Públicas Pós-1988, a partir do sistema de prestações de ações e serviços de saúde no Brasil e o fortalecimento da cooperação/participação social democrática no espaço local;

c) Investigar a gestão integrada e cooperada como pressuposto da prestação eficiente da saúde para a rearticulação federativa a partir da criação de estratégias locais de cooperação.

O presente trabalho adota como metodologia de abordagem o método dedutivo, visto que parte de uma base geral, mais precisamente os parâmetros teóricos de Gurvitch, no entendimento de que as comunidades possuem a capacidade de produzir normas para gerir seus interesses comuns, os chamados fatos normativos, juntamente com a perspectiva dos direitos fundamentais no Estado Democrático de Direito, com vistas a uma melhoria na prestação do direito social à saúde em esfera local.

Toda a tese e o seu corolário final, a indicação de estratégias locais de gestão cooperada e de integração, estão fundamentados no pressuposto de que a sociedade civil deve participar das decisões públicas e do processo normativo, o chamado direito social puro, que posteriormente será sujeito à coação incondicionada do Estado, quando então assume a condição de direito social condensado.

Complementando o marco teórico, a presente pesquisa analisa o princípio da subsidiariedade como suporte combinado à análise do pacto federativo, de modo a articular um pensamento diferenciado ao tema da prestação do direito social à saúde e suas políticas públicas, a qual se reveste como tema específico onde converge a apreciação do trabalho.

Quanto ao método de procedimento da pesquisa, utiliza-se o monográfico, posto que realiza um estudo aprofundado e exaustivo sobre um assunto determinado, afastando-se assim de construções dogmáticas aos modelos de manuais, sendo, por isso, específico em sua abordagem. A técnica de pesquisa é a documentação indireta, que consiste em livros, periódicos, documentos, relatos de experiências, principalmente de outras comunidades, leis e jurisprudências.

Convém salientar que a presente pesquisa fez questão de manter um diálogo aberto com diversos pensadores de reconhecida importância no cenário dos direitos sociais, realizando intersecções entre suas propostas e assimilando as diferentes denominações criadas por esses, mas que, no fundo, possuíam sentido semelhante ao proposto por Gurvitch ou pelos adeptos da subsidiariedade. Ou seja, a partir da matriz teórica fundada no binômio direito social – subsidiariedade foi possível fazer comparações e ampliar o universo de acepções para diversas correntes de pensamento que também contribuíram de maneira decisiva para elucidar a defesa da saúde e dos direitos sociais como inerentes à condição humana.

Ao adotar como base de pesquisa o tema do direito social à saúde e as novas formas de gestão integrada e de cooperação na rearticulação do pacto federativo, o que indica a visão crítica debruçada sobre a tripartição de responsabilidades entre União, Estados e Municípios, afirma-se o caráter inovador da presente proposta, ou seja, a articulação entre o direito social de Gurvitch e os direitos fundamentais indica, ao menos, uma nova perspectiva sobre a prestação do direito à saúde e uma alternativa nas propostas de políticas públicas para esse campo, albergando elementos de participação social e de integração, que contribuem para a melhoria da prestação desse direito social.

Além da diferenciação contida na base teórica utilizada encontra-se a inserção de uma rearticulação do pacto federativo, com fulcro no princípio da subsidiariedade, apresentando-se como diferencial o fato de que a proposição busca uma linha cooperada entre os entes federativos e não uma simples modificação da base normativa com a determinação de competências.

O ineditismo da proposta também está na perspectiva de romper com o atual modelo fragmentado e desarticulado dos serviços de saúde pública no Brasil, vislumbrando não somente um novo suporte teórico-jurídico, mas também uma proposta de solução diferenciada para essa questão, mediante a indicação de uma

ferramenta local de cooperação que visa à rearticulação do pacto federativo e a participação social na reordenação do sistema de saúde.

Para que se pudesse abarcar o conjunto do problema a que se propôs resolver, o trabalho foi dividido em cinco capítulos, pois cada um deles complementa o outro em uma sequência que conduz ao objetivo de apresentar a indicação de uma proposta para sanar a ineficiência da saúde pública municipal no Brasil.

O primeiro capítulo enfatiza o direito social de Gurvitch como fundamento de integração da sociedade e poder público, procurando demonstrar como a interconexão da teoria do direito social com a defesa dos direitos sociais fundamentais no constitucionalismo contemporâneo pode romper a dogmática jurídica, a partir do pluralismo jurídico e da democracia como forma de complementaridade do atual modelo constitucional brasileiro, aproximando a teoria dos direitos sociais com a defesa dos direitos fundamentais sociais na ordem constitucional brasileira como forma de melhoria na prestação do direito social à saúde.

O segundo capítulo estabelece uma relação indissociável entre a proposta do direito social de Gurvitch e o princípio da subsidiariedade, pois se entende que, embora formulados em épocas e contextos diferentes, ambos coadunam em um ponto crucial, ou seja, que a defesa dos direitos dos cidadãos necessita, primeiramente, ser elaborada e formulada em nível local, a partir da organização das comunidades e dos atores locais, fortalecendo o município como ente federado, visto que é nele que os problemas acontecem e as soluções são encontradas.

O terceiro capítulo objetiva analisar o sistema público de saúde existente no Brasil a partir dos princípios inscritos na Constituição Federal, realizando, em síntese, um panorama da saúde pública no País no que tange a sua estrutura, ao financiamento e ao funcionamento dos serviços de saúde ofertados mediante o Sistema Único de Saúde (SUS).

O quarto capítulo procura entender como são executadas as políticas públicas de saúde no nível mais básico de administração estatal, o município, apontando suas insuficiências e problemas, e formulando novos preceitos de organização, a partir do federalismo cooperativo, com a conseqüente solidificação da cooperação e participação social, bem como o fortalecimento das ações democráticas, em nível local, como condição para se ter uma gestão compartilhada que proporcione uma melhoria no sistema de saúde.

O quinto capítulo traça as bases de um novo modelo de gestão integrada e cooperada para, em momento posterior, elencar as condições e ações necessárias para a proposta final dessa tese, ou seja, a indicação de instrumentos locais desse novo formato de organização entre a sociedade civil e entes federados para melhoria na prestação do direito social à saúde, no municipalismo brasileiro, tendo como pressuposto a cooperação entre os entes federados a partir dos múltiplos recursos que possuem, sob a coordenação do poder local.

Por fim, são apresentadas as conclusões da tese, que sintetizam a abordagem teórica e enfatizam o teor da indicação da proposta, bem como propõem caminhos para que a mesma tenha repercussão entre os municípios, configurando-se uma alternativa para a implantação de estratégias de cooperação entre a sociedade civil e as instâncias federativas que garanta o acesso a esse importante direito social em âmbito local.

## **1 O DIREITO SOCIAL DE GURVITCH E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS COMO BASE DE (RE)INTERPRETAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL**

[...] le centre du développement du droit dans notre époque, comme dans autre quelque, ne doit pas être cherché dans les lois , ni dans la jurisprudence, ni dans la doctrine, ni en général dans un système de règles, sinon dans la société elle-même<sup>1</sup>. (GURVITCH, 1945, p. 165).

O presente capítulo possui como objeto de análise o direito social sob a ótica de Georges Gurvitch (1894-1965), o qual constitui a matriz teórica para uma ressignificação dos direitos sociais no Brasil em face do Estado Democrático de Direito. Nessa seção, propor-se-á uma interconexão entre este sociólogo e jurista russo-francês com os pensadores mais contemporâneos que defendem os direitos fundamentais sociais na esfera constitucional.

A leitura das obras de Gurvitch mostra como suas ideias em termos de direitos sociais e de participação da sociedade nas decisões (legislativas e administrativas) que envolvem a esfera pública está em consonância com o atual Estado Democrático de Direito. Embora o autor tenha gerado os seus textos em meados do século XX, quando o mundo ainda experienciava outras estruturas de Estado, como o totalitário ou do bem-estar de direito, seus escritos se adequam perfeitamente ao espírito presente no século XXI de divisão de poderes entre a Sociedade Civil e o Estado, como se prenuncia no hodierno momento constitucional brasileiro.

Gurvitch previu um futuro não tão distante, o de uma sociedade plural em sua composição, justificando a ideia de que deveria haver uma diversidade de fontes normativas para se buscar o equilíbrio e a justiça social. Ademais, a pluralidade se tornou ainda mais relevante quando se pensa em um mundo globalizado e complexo, no qual cidadãos do mundo inteiro estão aptos a promover uma ideia de harmonia social.

As teses de Gurvitch e de outros autores, na seara dos direitos fundamentais sociais de viés constitucional, fundamentam uma reordenação jurídica e social que tem por finalidade responder aos anseios de uma população que clama pelo atendimento a seus direitos e garantias fundamentais e pela oportunidade de

---

<sup>1</sup> “[...] o centro do desenvolvimento do direito em nossa época, como em qualquer outra, não deve ser buscado nas leis, nem na jurisprudência, nem na doutrina, nem em geral em um sistema de regras, senão na própria sociedade”. (Tradução)



exercer seu papel de cidadão, criando fatos normativos e sendo detentora de um poder que se equivale ao padrão estatal, dotando a sociedade de legitimidade na criação de instância deliberativa.

Dentro desse ideário, a teoria do direito social de Gurvitch, aliada a sua tese dos direitos sociais, de caráter integrador, favorece a participação ativa da sociedade na produção de normas, ao mesmo tempo em que garante a sua efetividade no Brasil, especialmente o da saúde, visto que sociedade e Estado se unem em prol da melhoria desse serviço público no Estado Democrático de Direito.

Para que o presente estudo possa se apresentar através de uma linha de ação coerente, em primeiro lugar é preciso caracterizar como e quando o direito social de Gurvitch pode servir de fundamento para integrar sociedade e poder público em um Estado Democrático de Direito.

Em segundo lugar, procura-se demonstrar como a interconexão da teoria do direito social com a defesa dos direitos sociais fundamentais no constitucionalismo contemporâneo pode romper a dogmática jurídica. E, em momento posterior, analisam-se as interações do pluralismo jurídico e da democracia com o direito social de Gurvitch como forma de complementaridade do atual modelo constitucional brasileiro. E, por fim, aproxima-se a defesa dos direitos fundamentais sociais na ordem constitucional brasileira e o direito social de Gurvitch como forma de melhoria na prestação do direito social à saúde.

### 1.1 O Direito Social de Gurvitch: integrando sociedade e poder público em um Estado Democrático de Direito

O estudo em tela inicia-se pelo marco teórico do direito social de Georges Gurvitch, o qual demonstra que o direito é um fato social, surgindo do próprio grupo e não exclusivamente do Estado, mas com ele podendo coexistir. A partir desse entendimento, demonstra-se a importância da integração entre sociedade e Estado na concretização dos direitos fundamentais sociais, notadamente o direito à saúde, no atual Estado Democrático de Direito.

Justifica-se a adoção desse sustentáculo inicial sob o ponto de vista da própria dificuldade de realização das políticas públicas de saúde, em especial no âmbito local, exigindo uma integração social através do fomento de processos de democratização de todos os âmbitos da sociedade, ampliando a regulação e

controle das decisões públicas, sem que isso importe na superação do Estado, pois este ainda possui uma grande importância no sentido de efetivar as normas jurídicas em favor da sociedade, demonstrando, assim, que a partir da introdução da teoria do direito social de Gurvitch é possível a reinvenção do Estado com bases democráticas participativas.

Ainda que a denominação e o surgimento da sociologia do direito sejam relativamente recentes, a relação e os problemas decorrentes entre direito e sociedade remontam aos tempos antigos (TRÉVES, 1985, p. 21). Esta relação entre direito e sociedade<sup>2</sup> torna-se tão indissociável que é impossível haver a sua separação, pois significaria o desaparecimento dos indivíduos ou dos próprios grupos<sup>3</sup>, quando ambos fornecem um ao outro suprimento social em sua constituição e existência.

Para Gurvitch, o direito é a parte do conhecimento humano que se encontra mais ligado à vida, mais ainda que a moral e a religião, pelo simples fato de que sempre se baseia em um reconhecimento coletivo, tanto pelo seu exercício como pelo seu conteúdo, pois sua vocação consiste em aplanar os conflitos sociais. "Onde existe uma sociedade, uma classe social, um grupo estruturado, ou mesmo somente um nós ativo, há possibilidade de nós encontrarmos em presença o direito". (GURVITCH, 1977, p. 240). Isto é, não existe possibilidade de separar o direito de sua existência social<sup>4</sup>, pois a regra, invocada pelo conjunto, se afirma como condicionante e, ao mesmo tempo, como objeto da relação entre seus membros<sup>5</sup>.

O direito somente recebe a plenitude de sua eficácia no interior de uma estrutura social, pois a vida do direito não é conduzida pela lógica, mas pela

---

<sup>2</sup> A respeito da intrínseca relação entre direito e sociedade disserta Arnaud (1981, p. 220): "trata-se, pois, da interdisciplinaridade, na perspectiva bem precisa de juristas e cabe aos pesquisadores de ciências sociais trabalhar com uma linguagem comum, sobre um objeto comum, e com um objetivo comum".

<sup>3</sup> Todo grupo representa a síntese real de uma integração, de um equilíbrio de forças, que pode se mesclar com outros grupos engendrando a sociedade superfuncional. Os grupos podem formar unidades coletivas reais, uma vez que podem representar toda sociedade (grupos totais) ou particulares (grupos parciais) (GURVITCH, 1945, p. 253-254).

<sup>4</sup> "A norma não pode ser compreendida fora da sociedade, historicamente determinada, e a relevância da sociedade civil não pode ser valorada separadamente da norma", ou seja, a coexistência dos indivíduos na sociedade constitui o fundamento do direito (PERLINGIERI, 2008, p. 6-7).

<sup>5</sup> Para Gurvitch (1945, p. 24) "hay derechos en las costumbres antes que los haya en la ley y funcionen en un sistema regulador, sea o no organizado", sendo impossível traçar uma linha demarcatória entre os costumes e o direito. "existem direitos nos costumes antes que estes existam na lei e funcionem em um sistema regulador, seja este sistema organizado ou não". (Tradução)

experiência da existência social<sup>6</sup> na medida em que seus conceitos são relativos e as técnicas de interpretação devem considerar os conflitos de grupos (GURVITCH, 1977, p. 3). Nenhuma sociedade pode expandir-se sem que o direito a acompanhe ao mesmo tempo e no mesmo sentido (DURKHEIM, 1937, p. 97).

A par disso, a construção de pensamento de Gurvitch se encontra diretamente relacionada com a obra de Aristóteles, “A política” (2008), no que tange ao fenômeno social, mais especificamente com o tema do grupo social e com o bem comum<sup>7</sup>, uma vez que esse pensador, assim como Gurvitch, refere que o homem é um ser social e em coletivo constrói suas referências, necessitando do coletivo para garantir a sua sobrevivência e compartilhar relações. O ser humano “é um animal político”, destinado a viver em sociedade e participar das suas decisões políticas (ARISTÓTELES, 2008, p. 9 e 56)<sup>8</sup>.

O jurista e sociólogo francês Maurice Hauriou e o italiano Santi Romano também oferecem grandes contribuições à teoria de Gurvitch, especialmente no que tange ao oposto das concepções do direito e do Estado, ao atribuir à instituição<sup>9</sup> a expressão máxima de juridicidade, destacando Hauriou (1968, p. 39-40) que são as instituições que criam as normas de direito e não tais normas que dão origem às instituições, servindo de equilíbrio aos interesses individuais e coletivos, demonstrando que esse instituto exerce papel importante na formação do sistema jurídico.

O italiano Santi Romano, ao desenvolver a teoria do direito como instituição, contrapôs-se ao normativismo positivista, valorizando a pluralidade de ordenamentos jurídicos. Para Santi Romano (1951, p. 27 e 41) o ordenamento jurídico é indissociável da instituição, ao prescrever: “Ogni ordinamento giuridico è un’istituzione, e vice-versa ogni istituzione è un ordinamento giuridico: l’equazione fra

---

<sup>6</sup> Gurvitch sustenta que a experiência jurídica constitui um fundamento necessário e único de toda a construção teórica do direito social, permitindo “captar o impulso espontâneo do direito vivo emanada dos atores sociais”. (GURVITCH, 1945, p. 51 e 58), visto que “os dados mais imediatos da experiência jurídica são os fatos normativos e a justiça que os governa” (GURVITCH, 1945, p. 59).

<sup>7</sup> Partilha dessa concepção o jurista alemão Ihering, na sua clássica obra “A luta pelo Direito” (2009, p. 23) considerado como um dos primeiros defensores do direito como produto social, ao prescrever que “o direito não é uma pura teoria, mas uma força viva” dessacando que “a vida do direito é uma luta: luta dos povos, do Estado, das classes, dos indivíduos”. Ao direito, segundo Ihering, cabe conciliar interesses individuais e sociais, privilegiando o bem social em caso de conflito.

<sup>8</sup> Refere Aristóteles (2008, p. 57): “[...] o homem que não consegue viver em sociedade, ou que não necessita viver nela porque se basta a si mesmo, não faz parte da Cidade; por conseguinte, deve ser uma bessa ou um deus”.

<sup>9</sup> Para Hauriou (1968, p. 39-40), a instituição constitui toda e qualquer formação social em torno da qual gravitam indivíduos que produzem uma situação estável.

i due concetti è necessaria ed assoluta”<sup>10</sup>. Isso significa que “a instituição é a primeira, originária e essencial manifestação do direito. Este não pode tornar-se extrínseco a não ser em uma instituição, e a instituição, no entanto, existe e pode-se dizer isto enquanto ela é criada e mantida viva pelo direito”.

A soberania estatal - política e jurídica<sup>11</sup> - se apresenta como verdadeira oposição à teoria pluralista apresentada por Gurvitch. Desde Hobbes<sup>12</sup>, em sua obra o “Leviatã” (2000), sempre prevaleceu a vontade do soberano, em que o Estado se apresentava com poder absoluto sobre os indivíduos, fonte única do direito positivo, em detrimento de outras produções normativas.

A concepção clássica de soberania<sup>13</sup> vem sofrendo transformações significativas, especialmente no que tange ao seu conteúdo, diante de novas relações sociais, da mundialização da economia e da crise regulatória do Estado, constatando-se, assim, uma alteração na teoria das fontes do direito na direção de um novo pluralismo jurídico<sup>14</sup>, ou seja, “o direito seria mais fluido, mais consensual e não necessariamente estatal, até porque a própria soberania do Estado teria se tornado bastante tênue”. (ARAGÃO, 2008, p. 6-10).

Sob o aspecto sociológico, este princípio da soberania consiste “no predomínio da unidade sobre a multiplicidade”, ou seja, “os grupos totais são soberanos com respeito aos grupos parciais que os integram”. (GURVITCH, 1945, p. 272-273). O poder político, desse modo, transforma-se em poder social, referindo-se à manifestação de poder dos grupos, de forma que a soberania de um poder social é jurídica, que “pertenece siempre unicamente a los grupos totales, superfuncionales<sup>15</sup>”. (GURVITCH, 1945, p. 273-274).

---

<sup>10</sup> “Todo ordenamento jurídico é uma instituição e, vice-versa, toda instituição é um ordenamento jurídico: a equação entre os dois conceitos é necessária e absoluta”. (Tradução)

<sup>11</sup> Gurvitch estabelece a distinção entre a soberania jurídica e a soberania política, nos seguintes termos: “A soberania jurídica consiste na primazia de uma estrutura de direito sobre outra; já a soberania política constitui o monopólio estatal sobre a coação incondicionada”. (GURVITCH 1945, p. 144).

<sup>12</sup> “Hobbes é o principal teórico da formação do monismo jurídico ocidental e um dos primeiros a identificar o Direito com o Direito do soberano e, igualmente, o Direito estatal com o Direito Legislativo”. (WOLKMER, 2001, p. 50).

<sup>13</sup> A soberania, originalmente, desde a concepção romana, era vinculada à dominação e ao poder de mando do rei, sendo tal poder semelhante ao direito de propriedade, do qual, o rei, individualmente, era considerado titular (DUGUIT, 2007, p. 6). Por tais razões, a conotação clássica de soberania é entendida “como poder de mando de última instância, supremo, exclusivo, e não derivado de outro, exercido numa sociedade política organizada”. (ARAGÃO, 2008, p. 04).

<sup>14</sup> Wolkmer (2001, p. 168-292) oferece uma excelente revisão histórica a respeito do pluralismo jurídico. Em âmbito internacional destaca-se a obra de Gilissen (1971).

<sup>15</sup> “Pertence sempre, unicamente, aos grupos totais, superfuncionais”. (Tradução)

Nessa perspectiva, Rousseau (2008, p. 36) afirma que a soberania não é mais que o exercício da vontade geral, sendo inalienável e indivisível<sup>16</sup>; e o soberano que, exclusivamente, é um ser coletivo, pode se representar apenas por si mesmo, cuja vontade não pode nunca se transmitir, apenas o poder.

Em contraposição à soberania do Estado, a autonomia dos grupos e dos indivíduos ganha relevância na teoria pluralista de Gurvitch, na mesma perspectiva traçada por Rousseau (2008, p. 64) que, apesar de defender a liberdade individual como uma vontade particular, afirma que a vontade do cidadão, aquele que vive em sociedade e tem consciência disso, deveria ser coletiva, de modo a prevalecer um interesse no bem comum.

Isso é observado, também, na teoria política kantiana (KANT, 1960) em que a liberdade surge como um atributo da vontade humana, cujo “valor principal da liberdade é o valor da escolha e da autocondução” (DWORKIN, 2001, p. 379), consistindo a autonomia como a capacidade de indivíduos ou grupos de criar um ordenamento próprio para inserir-se em outro mais amplo e superior (PARDO, 1987, p. 245), o que não significa “una primacia del todo sobre los participantes”<sup>17</sup>, já que a soberania constitui um atributo do poder (GURVITCH, 1945, p. 273).

Por tais razões, é possível afirmar que, o princípio da soberania estatal estaria em declínio<sup>18</sup> ou em processo de desaparecimento<sup>19</sup>, uma vez que a crise<sup>20</sup> da teoria monista<sup>21</sup> – calcada na doutrina do positivismo jurídico<sup>22</sup> e na dogmática jurídica – representa a própria crise de legitimidade do Estado moderno<sup>23e24</sup>.

<sup>16</sup> Para Rousseau (2008, p. 37) “a soberania é indivisível pelos mesmos motivos de ser inalienável. A vontade é geral, ou não, ou é a do corpo do povo, ou só de uma parcela dele, sendo que no primeiro caso, a vontade declarada é um ato de soberania e faz lei, ao passo que no segundo caso, não é mais que uma vontade particular”.

<sup>17</sup> “Uma primazia do todo sobre os participantes”. (Tradução)

<sup>18</sup> A crise do conceito de soberania pode ser consultada em Del Cabo e Pisarello (2000, p. 55-62) e em Bergalli (1996).

<sup>19</sup> Duguit (1924, p. 228) afirma que “a soberania do Estado nunca existiu e, por outro lado, que está em processo de desaparecimento em nossa época”; referindo que a autonomia da vontade consistiu sempre em uma “ficção jurídica”, e, tem sido limitada em razão de outros centros jurídicos.

<sup>20</sup> “Crise” diz respeito ao que é fêmero, urgente e excepcional, uma situação transitória e resolutiva. (KOSELLECK, 2007, p. 244, 248 e 251). Wolkmer (2001, p. 70-71) refere que o Estado, neste momento, passa por uma “crise de paradigmas”, “tanto em nível de legitimidade, quanto da produção e aplicação da justiça”. Sobre a crise de legitimidade do Estado é importante citar Habermas (1980). Também Bordoni e Bauman (2016) referem que a crise atual diz respeito à crise de capacidade de ação, uma crise de democracia representativa e uma crise da soberania do Estado.

<sup>21</sup> “A crise do monismo é resultante do desajuste entre as estruturas socioeconômicas e às instituições jurídico-políticas, ou seja, entre a liberdade de agir no campo produtivo e o cerceamento imposto por leis rígidas e dogmáticas”. (WOLKMER, 2001, p. 59).

A unidade monista<sup>25</sup> do direito não tem sido outra coisa que uma técnica que favorece a centralização hipertrofiada do Estado, um procedimento conscientemente fictício e baseado no racionalismo dedutivo<sup>26</sup>. Este postulado está em evidente conflito com a realidade viva do mesmo, dentro do qual surge a autonomia de muitos grupos sociais e a pluralidade de estruturas de formações sociais particulares (GURVITCH, 1945, p. 163). Por conta disso, a ordem estatal é tão somente uma entre várias outras<sup>27</sup>; o que permitiu que o Estado se sobressaísse na hierarquia das múltiplas fontes do direito foi o monopólio da coação que lhe conferiu soberania jurídica acima da soberania social<sup>28</sup> (GURVITCH, 1977, p. 269).

Em relação as normas do Estado, os grupos e indivíduos vivem frequentemente a sua vida jurídica na ignorância do conteúdo dessas e apenas uma parte da sociedade pode ser atingida pela respectiva legislação, quando a maior parte do direito realiza-se independentemente das leis jurídicas abstratas<sup>29</sup> (GURVITCH, 1977, p. 256).

---

<sup>22</sup> Para um estudo mais detalhado da história e da problemática do positivismo jurídico verificar BOBBIO (2006; 1965, p. 60-62).

<sup>23</sup> O Estado, como se conhece atualmente, constitui uma forma de ordenamento político surgida na Europa a partir do século XIII e que se estendeu a todo o mundo civilizado (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1998, p. 426), aparecendo pela primeira vez na obra de Maquiavel (2010) “O Príncipe”. Deve-se a Jellinek (1981, p. 215) a criação dos tipos de Estado, inclusive o moderno. Segundo Dallari (2005, p. 53) a noção de Estado “não é um conceito geral válido para todos os tempos, mas é um conceito histórico concreto, que surge quando nasce a ideia e a prática da soberania, o que só ocorreu no século XVII”.

<sup>24</sup> A crise do Estado moderno pode ser vista com maior aprofundamento nas seguintes obras: Morais (2005), Wolkmer (1990) e Santi Romano (1969).

<sup>25</sup> “A íntima conexão entre a suprema racionalização do poder soberano e a positividade formal do Direito conduz à coesa e predominante doutrina do monismo”. (WOLKMER, 2001, p. 40).

<sup>26</sup> O direito formal e racionalista provém dos próprios juristas que encontram na sistematização sua razão de ser, ignorando a espontaneidade da criação de normas no âmbito social (GURVITCH, 1977, p. 251).

<sup>27</sup> “Foi a confusão entre soberania política (que não é senão o monopólio da coação incondicionada do Estado) e soberania jurídica, por um lado (que pertence sempre à sociedade global) e, entre soberania social, por outro lado (que está dividida entre os agrupamentos econômicos, o Estado, as classes sociais, a sociedade global e os diferentes agrupamentos internacionais), que permitiu julgar ser o Estado quem decide na hierarquia das múltiplas ordens do direito”. (GURVITCH, 1977, p. 269).

<sup>28</sup> Há um círculo vicioso entre Estado e direito no positivismo jurídico, pois a existência de um se justifica no outro, como se ambos fossem os produtores da realidade social (GURVITCH, 1945, p. 8).

<sup>29</sup> “Os acontecimentos mais importantes da vida jurídica” [...] “realizaram-se de maneira completamente independente das normas abstratas do direito e foram durante muito tempo, ignoradas pelas leis do Estado, que não os reconheceram senão com um grande atraso”. (GURVITCH, 1977, p. 256).

Essa posição dogmática tem perdido força diante da emergência de uma nova conjuntura, em que a sociedade civil<sup>30</sup> se predispõe a participar das decisões de caráter público, ensejando uma nova ordem social, a do pluralismo jurídico, que surge como um novo paradigma<sup>31</sup>, na busca de uma nova forma de reinventar o social, o político e o jurídico.

Essas teses de cunho pluralista surgem como contraponto ao monismo positivista e denotam a perda de referência das instituições estatais, que se mostram incapazes para atender as novas demandas da sociedade, pois seus modelos epistemológicos conservadores são incapazes de oferecer uma visão crítica do direito comprometida com a transformação social, visto que o Estado não possui mais a condição única de formulação das normas, em que um novo direito, vivo e atuante, emerge da sociedade civil organizada (CARVALHO, 2013, p. 23), fruto do crescente aumento das organizações, associações e dos novos movimentos sociais.

Por tais razões a sociologia do direito<sup>32e33</sup> é incompatível com o positivismo jurídico (GURVITCH, 1945, p. 4) e com toda a teoria que concentra no Estado<sup>34</sup> a única fonte de direito<sup>35</sup>, motivo pelo qual Gurvitch reinventa a teoria do direito, a partir do pluralismo jurídico e da ideia de direito social, em meados do século XX, principalmente na França, tendo se inspirado principalmente no pensamento de Proudhon, Duguit e Ehrlich.

---

<sup>30</sup> Gurvitch (1945, p. 252) defende em “sociedade total ou global”, a qual assume grande relevância na sua teoria do direito social, em que se manifesta nos “fenômenos sociais totais”, representativa de “unidades coletivas reais”. Cada grupo, em particular, compõe-se dos mesmos elementos da sociedade maior. A sociedade total de Gurvitch se identifica com a sociedade globalizada e complexa de hoje.

<sup>31</sup> Touraine (2006, p. 09) em sua obra “um novo paradigma”, propõe uma reflexão sobre a força dos conceitos que são assimilados como verdade em uma determinada época, afirmando que: “Um paradigma não é só um instrumento nas mãos da ordem dominante, mas igualmente a construção de defesas, de críticas e de movimentos de libertação. Todas essas formas de resistência repousam sobre princípios não sociais de legitimação. Todo paradigma é uma forma particular de apelo a uma ou outra representação daquilo que chamo de *sujeito* e que é a afirmação – cujas formas são variáveis – da liberdade e da capacidade dos seres humanos de criar-se e de transformar-se individual e coletivamente”.

<sup>32</sup> A sociologia do direito é melhor detalhada por Gurvitch em suas obras: (1931; 1932 e 1947).

<sup>33</sup> A primeira obra de Gurvitch sobre a sociologia do direito foi escrita em 1942, intitulada “Sociology of law”.

<sup>34</sup> O Estado, segundo Weber (1999, p. 78) é “uma associação de dominação institucional, que dentro de determinado território pretendeu com êxito monopolizar a coação física legítima como meio da dominação e reuniu para este fim, nas mãos de seus dirigentes, os meios materiais de organização [...]”. Essa noção de ordem coativa, para Weber, se estende para a seara do direito e, não somente para o âmbito do Estado.

<sup>35</sup> Gurvitch ao renovar essa ciência social influenciou o pensamento jurídico-político de sua época, assim como trouxe extraordinárias contribuições ao pensamento jurídico e político moderno e pós-moderno (JEAN-GUY, 1986, p. 353-371).

Gurvitch, assim como os juristas-sociólogos acima referidos<sup>36</sup>, defende a ideia de uma pluralidade de ordenamentos jurídicos surgida na ordem social, fundada no direito originada dos grupos sociais e oposta a um monopólio estatal que se apresente como fonte única de todo o direito, o qual despreza formas de elaboração jurídica a partir dos costumes, práticas judiciárias e a própria doutrina.

Defende que o Estado não é o único produtor de normas, uma vez que os grupos sociais possuem a respectiva capacidade, de forma independente<sup>37e38</sup> das relações com o Estado, ao afirmar que “[...] chaque groupe et chaque ensemble possède, en effet, la capacité d’engendrer son propre ordre juridique autonome réglant sa vie intérieure”<sup>39</sup>, razão porque, segundo o pluralismo jurídico, “o Estado é como um pequeno lago profundo perdido no vasto mar do direito, que está rodeado por todos os lados”. (GURVITCH, 1932, p.152).

Les groupes et leurs ensembles n'attendent pas l'intervention de l'Etat pour participer, en tant que foyers autonomes de réglementation juridique, à la trame complexe de la vie du droit, où les différents ordres de droit se confrontent, se combattent, s'interpénètrent, s'équilibrent et se rangent hiérarchiquement de la façon la plus variée<sup>40</sup>. (GURVITCH, 1946, p. 73).

O pluralismo jurídico<sup>41</sup> consiste em uma multiplicidade de fontes normativas que convive no mesmo espaço sociopolítico, originário de conflitos ou de consensos, legitimados pelo Estado ou pelos grupos sociais, em função das demandas

<sup>36</sup> O pensamento pluralista de Gurvitch é inovador e diferente dos demais juristas-sociólogos no sentido de que propõe uma sistematização mais adequada e precisa dos ramos da sociologia do direito, criando a microsociologia, que cuida dos fenômenos sociais totais, cuja descoberta deve-se a Marcel Mauss, representados pelas manifestações de sociabilidade, grupos, classes ou sociedades globais, que possibilitam uma análise do direito enquanto fenômeno social.

<sup>37</sup> “[...] ao lado do direito proveniente do Estado, outros direitos ou sistemas jurídicos que com ele coexistem, por vezes harmonicamente, por vezes em conflito, mas sempre de modo independente”. (ARNAUD; DULCE, 1998, p. 65).

<sup>38</sup> Para Gurvitch (1946, p. 88) “cada grupo particular e cada combinação de grupos gera uma estrutura particular de direito, completamente independente de suas relações com o Estado, e diferencia tantos tipos de direito social como de grupos; assim a realidade social é libertada de toda identificação, submissão ou ligação dogmática com o Estado, devido à negação da hierarquia a priori dos grupos”.

<sup>39</sup> “[...] cada grupo e cada conjunto possui, efetivamente, a capacidade de produzir sua própria ordem jurídica autônoma, regulando sua vida interior”. (GURVITCH, 1946, p. 72). (Tradução)

<sup>40</sup> “Os grupos e seus conjuntos não necessitam da intervenção do Estado para participar, enquanto sedes autônomas de regulamentação jurídica, na trama complexa da vida do direito, onde as diferentes ordens de direito se confrontam, se combatem, se interpenetram, se equilibram e se arranjam hierarquicamente do modo mais variado”. (Tradução)

<sup>41</sup> Oportuno distinguir o pluralismo jurídico proposto por Gurvitch do pluralismo político e social. Miranda (1996, p. 83 e 178) esclarece essa distinção, destacando que o pluralismo político comportaria a existência de diferentes ideologias e correntes de pensamento relevante na disputa de ideias para gerenciar a sociedade. O pluralismo social, por sua vez, abrangeria o conjunto multifacetado de grupos pertencentes à teia da sociedade e que influenciam os pensamentos e ações das pessoas.



existentes no plano material ou cultural (WOLKMER, 2001, p. 219). Dessa forma, “el pluralismo supone la aceptación de que varios órdenes jurídicos pueden convivir en un mismo espacio y tiempo, negando la exclusividad estatal en la producción de normas jurídicas”<sup>42</sup>. (PÉREZ; PRIETO, 2005, p. XX).

O direito social<sup>43e44</sup>, nos termos propostos por Gurvitch, surge, especialmente, em meados do século XIX e no limiar do século XX, como verdadeiro contraponto à ideia individualista e estatista dominante, tendo como pressuposto a união dos grupos sociais para a promoção e defesa de interesses coletivos, ligado notadamente ao movimento sindical e trabalhista.

O núcleo predominante na teoria de Gurvitch é a ideia de direito social<sup>45</sup>, em que as normas possuem como fonte a coletividade organizada, a partir da integração e colaboração dos grupos, como direito da “transpessoalidade”<sup>46</sup> e da democracia, contraposto ao direito individual, que se funda na subordinação e dominação. O direito social é de integração ao passo que o direito individual é de subordinação à tutela do Estado, havendo, por sua vez, predominância do direito social em relação ao direito individual.

Busca-se, a partir da ideia de direito social, “a integração objetiva de uma totalidade através da sistematização da comunhão entre os membros” (GURVITCH, 1932, p. 16), razão porque o direito social consiste em um direito produzido pela própria sociedade, em uma regulação autônoma de cada grupo, alheia ao direito estatal, não regulando uma parcela das relações sociais (MORAIS, 1997, p. 35).

Por consequência, não há necessidade de sanções para que seja respeitado, porque a própria forma de elaboração resulta no consenso sobre sua legitimação e senso de dever. Assim sendo, a legitimidade do direito e sua eficácia

---

<sup>42</sup> “O pluralismo supõe a aceitação de que várias ordens jurídicas podem conviver em um mesmo espaço e tempo, negando a exclusividade estatal na produção de normas jurídicas”. (Tradução)

<sup>43</sup> O direito social surge como resultado da emancipação do pensamento e da afirmação de um pluralismo de sistemas equivalentes, ligado não mais ao indivíduo isolado, mas ao(s) grupo(s) social(is) o(s) qual(is) integra (MORAIS, 1997, p. 30).

<sup>44</sup> A ideia de Direito Social proposta por Gurvitch, está delineada em sua obra *L’Idée du Droit Social*, publicada em 1932, constituindo sua tese de doutorado, defendida na Universidade de Sorbone no ano de 1932; já a “*La Déclaration de Droits Sociaux*”, foi escrita na década de 1940, apresentando ambas uma proposta para uma nova ordem social e democrática da sociedade do pós-guerra, na França.

<sup>45</sup> As premissas sistemáticas da noção de direito social podem ser melhores estudadas em Gurvitch (1932, p. 95-113).

<sup>46</sup> O transpersonalismo, base da construção do direito social gurvitchiano, busca a superação do individualismo e do universalismo e está fundado nas pessoas e na sociedade, com base na doutrina de Fichte, em que valores pessoais e transpessoais são reconhecidos como equivalentes.

não se condicionam ao processo de coação<sup>47</sup>, mas “à identificação do sistema de direito com a estrutura social, seja parcial ou global” (HERMANY, 2007, p. 31), gerando a “garantia social”, a qual resulta de sistema não hierarquizado e subordinado, já que desvinculada das instituições estatais.

Diante desse quadro de ideias, o direito social passa a ser legitimado pela experiência social, através de ações comunicativas<sup>48</sup> ou teoria do agir comunicativo<sup>49</sup>, como defendido por Habermas, razão porque o pluralismo que confere uma multiplicidade de centros criadores de direito em uma sociedade complexa garante um lugar central aos grupos e atores sociais, já que figuram simultaneamente como autores e destinatários do direito, gerando legitimidade e eficácia a partir da própria sociedade (MORAIS; HERMANY, 2003, p. 870).

Rousseau (2008) também fundamenta a legitimidade do poder político na maioria dos cidadãos, expressa na “vontade geral do povo”. Bobbio (2006), igualmente, atribui a legitimidade das decisões aos atores sociais ao prescrever que deve prevalecer a “vontade da maioria”. A legitimação ocorre quando há uma democratização racional, permitindo que todos os atingidos, de uma maneira ou de outra, possam participar de sua formação com argumentos no sentido que favoreça o poder comunicativo dos cidadãos, através de estratégias de cooperação e interrelação. As forças de solidariedade e coordenação presentes no cotidiano formam uma razão comunicativa que se legitima possibilitando a interação em um agir comunicativo (HERMANY; RECK; COSTA, 2008, p. 51-52), cuja solidariedade social visa à superação do individualismo liberal burguês.

Para Habermas (2011, p. 24), a teoria comunicativa se processa através do discurso<sup>50</sup>, da argumentação entre iguais, buscando alcançar o entendimento entre os envolvidos, o que permitirá a relação entre sociedade e Estado na resolução de

---

<sup>47</sup> A coação é mais forte que a sanção, pois essa é apenas uma garantia social da eficácia da norma, até porque mesmo a coação não garante a juridicidade da regulamentação (GURVITCH, 1945, p. 217).

<sup>48</sup> Através da teoria da ação comunicativa, Habermas (2011) estabelece o seu modelo de comunicação política, em que a comunicação e a linguagem constituem as bases do entendimento entre as pessoas, superando a racionalidade exposta por Weber.

<sup>49</sup> A teoria da ação comunicativa ou agir comunicativo é a contribuição mais valiosa de Habermas, cujo conceito de agir comunicativo constitui elemento que favorece as oportunidades para um entendimento em sentido amplo, já que “o agir comunicativo refere-se ao entendimento discursivo entre sujeitos capazes de falar e de agir”. (ALMEIDA; RECK, 2013, p. 46-47).

<sup>50</sup> A teoria do discurso para Habermas (2011, p. 23) se opera por meio de “processos e pressupostos comunicacionais da formação democrática de opinião e da vontade” atuando “como a comporta mais importante para a racionalização discursiva das decisões de um governo e de uma administração vinculados ao direito e à lei”.

interesses comuns, como é o caso do direito fundamental à saúde. Nesse sentido, “a deliberação pública, realizada fora do âmbito estatal,” consiste na base de legitimação para a ação política,” visto que permite “um controle do poder e aprofunda a democracia,” ao tempo em que constrói um “fator de integração social alternativo, baseado no diálogo e não na dominação”. (LEAL, 2003, p. 833).

A fundamentação em Habermas constitui uma elaboração que corrobora com o direito social de Gurvitch, na medida em que a produção normativa decorre de ações legitimadoras da sociedade, resultante de um processo participativo e democrático, superando os limites do direito positivo estatal, dando suporte ao que Gurvitch denomina de direito de comunhão ou de integração.

Le droit social est un droit autonome de communion, intégrant d'une façon objective chaque totalité active réclie, qui incarne une valeur positive extra-temporelle. Ce droit se dégage directement du “tout” en question pour en régler la vie intérieure, indépendamment du fait que ce “tout” est organisé ou inorganisé. Le droit de communion fait participer le tout d' une façon immédiate à la relation juridique qui en découle, sans transformer ce “tout” en un sujet disjoint de ses membres. Le “droit d'intégration” institue un “pouvoir social” qui n'est pas'essentiellement lié à une contrainte incondionnée et qui peut pleinement se réaliser dans la plupart des cas par une contrainte relative à laquelle on peut se soustraire; sous certaines conditions ce pouvoir social fonctionne parfois même sans contrainte [...] <sup>51</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 15-16).

Assim, a ação comunicativa de Habermas, no sentido de elaboração de normas advindas de relações entre iguais, assemelha-se ao sistema de direito social de Gurvitch, possibilitando, desse modo, a interconexão entre estes juristas quando se cogita da formulação de estratégias locais de saúde que tenham como norte o interesse e a participação do cidadão, legitimando o processo através da sua intervenção e da produção de fontes normativas que atendam as suas necessidades. Essa concepção permite a possibilidade de se criar mecanismos de promoção da saúde, mais precisamente, em nível local, com a gerência da coisa pública pelos atores sociais, como se verá adiante na proposta formulada neste estudo.

---

<sup>51</sup> “O direito social é um direito autônomo de comunhão, integrando de um modo objetivo cada totalidade ativa real, que encarna um valor positivo extra temporal. Esse direito se extrai diretamente do “todo” em questão para regular a vida interior, independentemente do fato que esse “todo” é organizado ou desorganizado. O direito de comunhão faz o todo participar de um modo imediato da relação jurídica subsequente, sem transformar esse “todo” em um sujeito dissociado de seus membros. O “direito de integração” institui um “poder social” que não é essencialmente ligado a uma coerção incondicionada e que pode plenamente se realizar na maior parte dos casos através de uma coerção relativa da qual se pode subtrair-se; sob certas condições esse poder social funciona às vezes mesmo sem coerção [...]”. (Tradução)

O que se postula, neste caso, é um direito autônomo e de comunhão, no sentido de que este deva provir da comunidade e a ela dizer respeito na produção de normas e na perspectiva de integrar os sujeitos em sua comunidade.

Percebe-se como a ideia de integração entre os membros dos grupos sociais e entre os diferentes grupos sociais constitui ponto central para a teoria de Gurvitch, visto a possibilidade de superação de uma ordem normativa oficial, notadamente individual, para outra, integrativa, de caráter social/coletivo, sem qualquer hierarquização ou sujeição. Portanto, o direito social é relativo a um direito de integração e o direito individual característico do direito de coordenação ou de dominação, em função de que “cualquier derecho de subordinación” representa “una deformación y una perversión del derecho de integración social”. (GURVITCH, 2005, p. 15).

Hodiernamente, levando-se em conta o processo de integração de Gurvitch, busca-se a construção de um novo espaço público<sup>52</sup>, formado pela sociedade civil<sup>53</sup> e o Estado, constituindo-se numa nova estratégia de colaboração e cooperação, visto que figuram como instituições complementares na formação do direito social<sup>54</sup>, ampliando-se as instâncias de decisões políticas para além do poder estatal, já que entre a sociedade e o Estado se encontra a esfera pública<sup>55</sup>, a qual constitui o espaço central de debates dentro da teoria de Habermas, que apresenta duas dimensões: uma que é pública, democrática e coletiva e a outra que torna a sociedade civil um fórum de deliberação na qual os cidadãos passam a exercer seus direitos políticos (VIEIRA, 2001, p. 63-64).

O novo espaço público é delineado enquanto espaço social, gerado pela ação comunicativa habermasiana, em que o poder comunicativo converte-se em

---

<sup>52</sup> Innerarity (2006, p. 203-204), aponta para a ideia de um Estado cooperativo, afirmando que na sociedade atual, as tarefas públicas constituem ações concentradas em autores públicos e privados, pois a cooperação não constitui uma renúncia do estatal em favor da autorregulação da sociedade civil nem uma instrumentalização privada do Estado, senão uma terceira via.

<sup>53</sup> Bobbio e Bovero (1994, p. 139-150) apresentam as notáveis diferenças entre Estado e sociedade, realizando também uma análise sobre os principais pensadores políticos da modernidade. Igualmente Bobbio (2001, p. 61) traça os marcos distintivos entre sociedade e Estado, assim como a evolução dessas duas instituições no processo histórico, afirmando que a sociedade política se relaciona com a sociedade civil como uma relação do todo com as partes.

<sup>54</sup> “[...] o sistema estatal e o sistema social, sem prejuízo de sua respectiva autonomia, são partes de um metassistema, ou seja, deve-se considerá-los desde a perspectiva de um sistema mais amplo, no qual cada um dos termos serve para finalidades complementares e possuem qualidades e princípios estruturais igualmente complementares”. (GARCÍA-PELAYO, 1985, p. 25).

<sup>55</sup> A esfera pública materializa-se de acordo com o contexto histórico e tecnológico, mas atualmente é muito diferente daquela institucionalizada no século XVIII, que serviu de base para que Habermas formulasse seu paradigma (CASTELLS, 2008, p. 80).

poder administrativo (LEAL, 2008, p. 184), já que se destina à elaboração do processo legislativo e à tomada de decisões políticas. Nos termos das deliberações públicas definidas por Rousseau (2008, p. 39) para quem a vontade geral resulta do grande número de pequenos debates, permitindo que cada cidadão emita seu parecer sobre assunto de interesse comum, porém, quando se formam pequenas associações à custa de uma grande associação já não mais existe a vontade geral e o que se forma é uma vontade particular.

Nesse novo formato jurídico integrador, distintamente do ordenamento estatal, Gurvitch entende que os sujeitos envolvidos nesse processo constituem pessoas coletivas complexas<sup>56</sup>, por isso a ordem de direito social diz respeito a estruturas distintas da ordem de direito individual<sup>57</sup>, no sentido de que se abdica da individualidade em favor do social, pois se privilegia a unidade dentro da multiplicidade.

Todo grupo cuya organización está suficientemente enraizada en la sociabilidad espontánea subjacente, en su funcionamiento interno, se caracteriza como una personalidad colectiva compleja, un equilibrio entre una personalidad central y personalidades parciales, una síntesis entre un sujeto único y una relación entre una multiplicidad de personas. (GURVITCH, 1945, p. 260)<sup>58</sup>.

Portanto, nessa modalidade de organização, o indivíduo não se exclui, permanecendo com a sua individualidade, mas o novo sistema que se origina a partir da conjunção de seus membros estabelece uma personalidade distinta, não sendo apenas o resultado da soma de seus membros. Isso reflete numa “organização da unidade no interior mesmo de uma multiplicidade, da qual os membros conservam sua personalidade parcial no seio da personalidade total”, havendo um equilíbrio entre o todo e as partes (GURVITCH, 1946, p. 35). São exemplos desse tipo de organização: cooperativas, sindicatos, associações, clubes e demais formas de coletividade.

Nesse caso, trata-se de inovadora forma de organização, “pois a legitimidade democrática não pode ser vista como imposição coativa da maioria,

<sup>56</sup> Para Gurvitch (1946 p. 35) as pessoas coletivas complexas constituem “[...] indivíduos isolados, sejam pessoas morais, concebidas como unidades simples, absorvendo completamente seus membros”.

<sup>57</sup> No direito de coordenação, o indivíduo que está no poder amplia-se como fonte de ordenamento, subjugando os demais que passam a obedecê-lo. Por isto se diz que é intersubjetivo ou intergrupar.

<sup>58</sup> “Todo grupo cuja organización está suficientemente enraizada en la sociabilidad espontánea subjacente, em seu funcionamento interno, se caracteriza como uma personalidade coletiva complexa, um equilíbrio entre uma personalidade central e personalidades parciais, uma síntese entre o sujeito único e uma relação entre uma multiplicidade de pessoas”. (Tradução)

mas resultado de um reconhecimento social decorrente do processo de articulação comunicativa dos integrantes da sociedade”, justamente por surgir de uma sociedade espontânea, peculiar do direito social (HERMANY, 2007, p. 33). Esse grupo ao qual está assentado o direito social é que permite a expressão máxima de uma ordem social sob a forma organizada, manifestando-se por associações de colaboração ou de cooperação não hierárquicas (MORAIS, 1997, p. 48).

Dentro dessa perspectiva traçada por Gurvitch, uma das premissas básicas da noção de direito social é a ideia de fatos normativos<sup>59e60</sup>, justamente porque é aqui que reside a diferença substancial entre normatividade oficial, de cunho estatal, e a normatividade social, de caráter integrador. Esse conceito está diretamente relacionado com a teoria das fontes do direito positivo<sup>61</sup>, no sentido de que os fatos normativos são fontes primárias do direito<sup>62</sup>, diferenciando-se das fontes secundárias ou formais<sup>63</sup>.

Esses fatos normativos constituem fatos sociais e encontram sua justificativa jurídica na sua própria existência, porque este fato representa em si mesmo um “valor jurídico positivo” e serve à realização da justiça, o que significa que se deve respeitar a autoridade dos membros da comunidade (GURVITCH, 1932, p. 129).

---

<sup>59</sup> A teoria do fato normativo de Gurvitch inova ao compreender o significado da produção das normas a partir da integração social, quando une o que é social com o que é normativo, que até então pareciam ser antagônicos (BOBBIO, 1936, p. 401-403).

<sup>60</sup> Gurvitch (1932, p. 113-153) aprofunda o tema dos fatos normativos.

<sup>61</sup> A temática das fontes de direito pode ser conferida em Gurvitch (1932, p. 132-153; 1931, p. 213-295 e 1935, p. 138-152) para quem a fonte do direito possui fundamento em sua força obrigatória derivada dos fatos normativos, razão pela qual a lei e os costumes são considerados fontes secundárias.

<sup>62</sup> Não deve haver hierarquia entre as fontes do direito, pois essas derivam de fatos normativos que são dotados de autoridade e eficácia, gerando uma igualdade entre as mesmas, incluindo-se o direito positivo (GURVITCH, 1935, p.7). Alguns autores defendem posição contrária a de Gurvitch sustentando que todas as normas jurídicas, voltam ao domínio do Estado, mesmo aquelas originárias dos grupos sociais. Essa posição é defendida principalmente por Reale (1963, p. 222-231) que entende que, dentro de uma multiplicidade de ordenamentos jurídicos, deve haver uma gradação de positividade e que a positividade plena, que pressupõe uma decisão de última instância, identifica-se com o ordenamento estatal. De acordo com Aragão (2008, p. 25) o Estado perdeu sua exclusividade sobre as fontes, o que resultou em um conjunto muito grande de novas leis, mesmo com certa preponderância das normas estatais. Carbonnier também afirma que as “ordens jurídicas menores seriam, geralmente, levadas em conta, senão autorizadas e criadas, pelo direito estatal.

<sup>63</sup> Gurvitch (1945, p. 218) designa como fatos normativos “cada manifestación de la realidad social capaz de engendrar derecho, es decir, de ser su fuente primaria o material”. “Los hechos normativos de las sociedades globales poseen en la vida jurídica, primacía sobre los hechos normativos de los grupos particulares, y los últimos poseen primacía sobre los hechos normativos de las formas de sociabilidad”; “Cada manifestação da realidade social capaz de criar direito, ou seja, de ser sua fonte primária material.” “Os fatos normativos das sociedades globais possuem na vida jurídica, primazia sobre os fatos normativos dos grupos particulares, e os últimos possuem primazia sobre os fatos normativos das formas de sociabilidade”. (Tradução)

Os fatos normativos seriam o fundamento da positividade de todo o direito, entendendo que não existe direito que não seja positivo, ou seja, todo direito deve ser estabelecido por uma autoridade<sup>64</sup> mesmo que tenha eficácia em um meio social determinado (GURVITCH, 1945, p. 65).

Cela amène directement à une nouvelle distinction dans le domaine des sources, la plus décisive de toutes: la distinction entre *les faits normatifs ou sources primaires, et les procédés techniques pour les constater formellement, ou sources secondaires*. Une loi, un statut, une convention, la coutume elle-même ne produisent de positivité en droit que dans la mesure où ils se présentent comme des expressions ou, plus exactement, comme des constatations de faits normatifs préexistants. Toute leur autorité ne reflète que l'autorité des faits normatifs qui, étant des réalités créant leur propre être par l'engendrement du droit, incarnent des valeurs juridiques positives et garantissent par leur existence même l'efficacité des règles de droit<sup>65</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 133-134). [grifos do autor].

Portanto, os fatos normativos<sup>66</sup> consistem na fonte principal do direito que em um único ato geram o direito e fundamentam a sua existência (GURVITCH, 1932, p. 119). Por conta disso, o que se forma é um direito social, que surge como derivado das relações que os grupos estabelecem com os indivíduos e com os demais grupos na produção das normas de ordem social integrativa, as quais são dotadas de validade e força obrigatória. Disso resulta que a própria sociedade é criadora dos fatos normativos, já que “a autoridade e a força obrigatória da regra jurídica encontram seu fundamento no fato social” (BOBBIO, 1936, p. 412).

Es la garantía social de efectividad del derecho la que representa el indispensable marco de verdad de todo o derecho; pues la correspondencia de los deberes de los unos y de las pretensiones de los otros (el carácter

<sup>64</sup> Gurvitch (1932, p. 78) refere que a existência de uma autoridade qualificada, não pode ser idêntica à autoridade do governo, exigindo-se aqui uma separação de poderes.

<sup>65</sup> “Isto leva diretamente a uma nova distinção no domínio das fontes, a mais decisiva de todas: a distinção *entre fatos normativos ou fontes primárias e os procedimentos técnicos para constatá-los formalmente, ou fontes secundárias*. Uma lei, um estatuto, uma convenção, o costume ele mesmo, só produzem positividade em direito à medida que eles se apresentam como expressões ou, mais exatamente, como constatações de fatos normativos preexistentes. Toda sua autoridade só reflete a autoridade dos fatos normativos que, sendo realidades criando seu próprio ser pelo engendramento do direito, encarnam valores jurídicos positivos e garantem, por sua própria existência, a eficiência das regras de direito”. (Tradução) [grifos do autor].

<sup>66</sup> Para o direito positivo, geralmente são consideradas como fontes a lei, os costumes, a prática jurídica, convênios e estatutos que, no entender de Gurvitch, não oferecem nenhuma garantia ao sujeito da eficiência real da regra em questão. As leis, os estatutos e os convênios podem ser determinados estritamente do ponto de vista teórico e serem ineficazes. Os costumes e a prática jurídica, por sua vez, podem cair em desuso, não podendo ser utilizados em todas as épocas.

imperativo-atributivo del derecho) no es posible sin esta garantía social<sup>67</sup>. (GURVITCH, 1945, p. 217).

Nessa perspectiva, esses fatos normativos são permeados de legitimidade e eficácia no ordenamento jurídico proveniente da sociedade, superando, assim, a dogmática tradicional do direito positivado e transformando-se em uma concepção de normatização social no sentido de que o "exercício da autonomia política" é assegurado através da formação discursiva da opinião e da vontade, não através da forma das leis gerais". (HABERMAS, 2012, p. 137).

Essa concepção de direito social difere-se completamente do direito social positivado, advindo precisamente do texto constitucional, que concerne uma atuação prestacional do Estado, incluído no direito de segunda dimensão, no qual está o direito à saúde, consistente no objeto específico do presente estudo, assunto que será aprofundado no próximo tópico desse trabalho, assim como tantos outros direitos fundamentais.

Para Gurvitch, a legitimidade e a eficácia do direito surgem a partir da própria sociedade, como resultado da articulação das organizações complexas, sem depender de qualquer processo coativo e estrutura burocrática, já que o sistema legislativo se identifica com o conjunto social, enquanto organização alheia à normatividade estatal. Essa conotação de direito social de Gurvitch se afasta, completamente, do caráter dogmático do direito social positivista, que tem como norte as normas de direitos fundamentais advindas do poder estatal, em que a sociedade depende de prestações positivas impostas pelo Estado para a garantia dos direitos sociais, surgidos com o *Welfare State*, os quais se acham ligados com as relações de trabalho, previdência e garantias de seguridade social, relacionando-se, também, com os direitos transindividuais (que compreendem os direitos coletivos, os direitos difusos e os direitos individuais homogêneos).

Nesse modelo tradicional, os direitos são garantidos através do Estado, ao passo que, no sistema de Gurvitch, a produção do direito surge dos próprios agentes sociais, que leva em conta os interesses individuais e coletivos, motivo pelo qual a noção positivista de direito social se mantém vinculada "com a lógica estatal de produção e interpretação do fenômeno jurídico, visto que a legitimidade e a eficácia se condicionam à atuação dos instrumentos oficiais". (HERMANY, 2007, p. 32). Essa

---

<sup>67</sup> "É a garantia social de efetividade do direito que representa o indispensável marco de verdade de todo o direito; pois a correspondência dos deveres de uns e das pretensões de outros (o caráter imperativo-atributivo do direito) não é possível sem essa garantia social". (Tradução)



atuação se acha relacionada, por sua vez, com a estrutura de subordinação, prevaemente no modelo liberal burguês, que prioriza os sujeitos individuais, ao invés da coletividade, que reina na teoria de Gurvitch, por estar amparada numa ordem social de integração e de comunhão que se dirige a todo grupo, independentemente de coação.

Por tudo isso, a obrigatoriedade do direito social de Gurvitch surge dos fatos normativos, os quais se apresentam de duas formas: “os fatos normativos de união<sup>68</sup> ou de comunhão” (sociabilidade por fusão e interpenetração) e, por outro lado, os “fatos da relação com os outros”. Os fatos normativos de comunhão dão origem ao direito social e os fatos normativos da relação com os outros geram o direito individual. Nos fatos normativos de união, o vínculo social é realizado com uma certa medida de fusão comum: sociabilidade por comunhão e interpenetração. Nos fatos normativos da relação com os outros, este mesmo vínculo social é realizado por oposição mútua: sociabilidade pela delimitação e equação. Já os fatos normativos de união encarnam valores transpessoais, ao passo que os fatos normativos de relação com os outros valores pessoais (GURVITCH, 1932, p. 20). Este jurista francês dá preferência aos fatos normativos de união ou de comunhão por dar origem ao direito social e por valorizar as coletividades sociais.

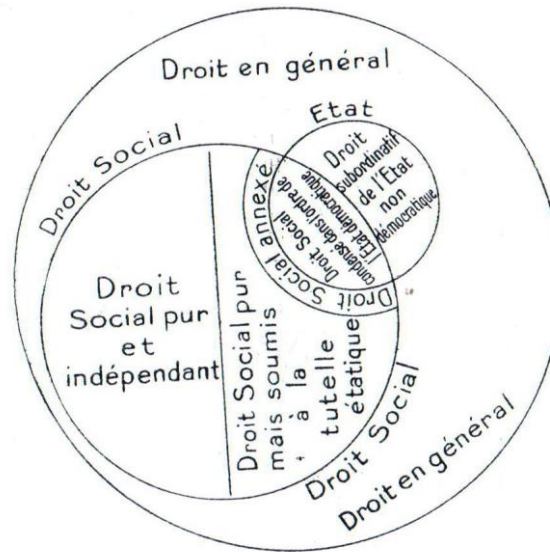
A partir desses postulados, haverá a participação dos atores sociais na construção do direito, gerando uma personalidade coletiva complexa, pois os participantes serão criadores dos fatos normativos dotados de legitimidade autônoma, substituindo, assim, a ordem de subordinação do direito positivo pela ideia de integração própria do direito social, pois neste novo marco jurídico, as normas decorrem do próprio corpo social e não mais da imposição do aparato estatal, sem a sua decorrente necessidade de sanção, razão porque Gurvitch apresenta os tipos de direito social em puro e independente, de um lado, e, em direito social condensado, de outro, em inteira relação com o aparelho estatal e a sociedade civil, ao mesmo tempo em que guarda ligação com os princípios e garantias constitucionais que regem o Estado<sup>69</sup>. Esse modelo é o que interessa ao presente estudo.

---

<sup>68</sup> Nos fatos normativos de união se usa a expressão nós, pois estes são decorrentes da interconexão entre seus membros. Nos fatos normativos de relação, é preferível usar os pronomes “eu”, “tu”, “ele” que expressam melhor essa relação (GURVITCH, 1935, p. 20).

<sup>69</sup> A temática referente ao direito social condensado pode ser melhor analisada em Gurvitch (1932, p. 83-89); Já o direito social anexado pelo Estado pode ser ampliado em Gurvitch (1932, p. 69-74).

Figura 1.1 – Relação entre direito social e Estado



Fonte: Gurvitch (1932, p. 153; 1945, p. 370)

A figura acima remete à relação existente entre o direito social, enquanto modelo de afirmação das organizações sociais, e o Estado, enquanto ordenamento jurídico. Nela vê-se que o direito, de acordo com Gurvitch (1932, p. 153; 1945, p. 370), consiste em uma norma criada de forma pura e independente, constituindo um fato normativo e que, posteriormente, ele poderá ser anexado ou condensado, sendo que, em caso de conflito, são superiores ou equivalentes à ordem do Estado.

O direito social puro existe quando não se busca ou não precisa de recurso em uma sanção incondicionada, isto é, é aceito pelos membros como legítimo a partir de sua criação sendo que, nos casos de conflito, se inclinam e dão preferência à ordem jurídica do Estado. Deixa de ser puro quando passa a ser objeto de apreciação do poder instituído – o Estado, podendo, nessa etapa, ser anexado ou condensado. No direito social anexado, a norma é colocada a serviço da ordem jurídica estatal, mediante serviço público descentralizado ou pela simples elevação a domínio privilegiado do direito público, perdendo a sua pureza.

O direito social anexado pelo Estado, mas dotado de autonomia, segundo Gurvitch (1932, p. 69) “ocupa o lugar intermediário entre o direito social puro e o direito social condensado em uma ordem de direito estatal”. Esse modelo de direito constitui “o direito de integração autônomo de um grupo colocado a serviço da ordem do direito estatal, no qual ele é incorporado em vista desse objetivo”, e que

“conserva uma certa autonomia e sua força obrigatória praticamente não se funda sobre uma delegação do Estado”.

Sob esse ângulo, a autonomia do direito anexado pelo Estado é, então, “muito restrita e incomparavelmente menos eficaz que a do direito social puro”, posto que a obrigação de exercer a autonomia no interesse do Estado faz com que o direito social anexado, mesmo em um regime de democracia política, “resta em todos os casos prisioneiro da coerção incondicionada do Estado que ele é forçado a servir”. (GURVITCH, 1932, p. 70-71).

Nessa ordem de ideias, Gurvitch assenta sua teoria do direito social em duas perspectivas fundamentais, a ideia de pureza e de independência. A pureza significa um distanciamento da função sancionadora do direito estatal, pois o direito social retiraria sua eficácia da própria legitimidade como ordem normativa autoinstituída. A independência, por sua vez, exprime a autonomia como ordem normativa desvinculada daquela que é própria do Estado (MORAIS, 1997, p. 51), o que inclui a necessidade desse não ser particularista ou específico, mas comum (GURVITCH, 2005, p. 06)<sup>70</sup>.

[...] ce droit social pur s'affirme non plus comme um droit social particulariste, mais comme um droit comum servant non pas a l'intérêt particulier des groupements egoïstes, mais à l'intérêt general, dans lequel se confrontent et se concilient plusieurs intérêts opposés<sup>71</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 39)

Para Gurvitch a autonomia dos atores sociais complexos supera a ordem estatal na medida em que deriva de um direito social organizado<sup>72</sup>, em que os diferentes pontos de vista se alinham na formação de uma norma que representa a todos, pois foi originada do debate entre aqueles que se consideram iguais, sem nenhuma forma de coação.

<sup>70</sup> “Hay un derecho social puro correspondiente a la comunidade nacional en su existência radical como todo social”. (CASTAÑO, 2014, p. 112), o que significa que o interesse geral prevalece sobre o interesse social particular.

<sup>71</sup> “[...] este direito social puro se afirma não mais como um direito social particularista, mas como um direito social comum, não servindo ao interesse particular dos grupos egoístas, mas aos interesses gerais, no qual se confrontam e se conciliam diversos interesses opostos”. (Tradução)

<sup>72</sup> A preferência de Gurvitch (1945, p. 241-242) pelo direito social não organizado decorre do seu entendimento de que este gera uma experiência mais rica em termos de aprendizado e formulação de direitos, o qual compreende a essência do fato normativo. Na verdade, em nome do caráter integrador, “o direito social não organizado tem não só geneticamente, mas, também, necessariamente prioridade sobre o segundo e o segundo, o direito social organizado, deve manter-se estritamente ligado ao primeiro”. (BOBBIO, 1936, p. 404).

Porém, o direito de integração social de Gurvitch não ignora o direito produzido pelo Estado e compreende que o mesmo pode ser introduzido em um Estado Democrático de Direito. Este é o fundamento de um direito social condensado, justamente pelo fato do ente estatal incorporar as normas que resultaram da interpenetração dos grupos na defesa de seus direitos. Assim, a integração entre sociedade e poder público, na produção do direito social, é de considerável importância no atual Estado Democrático de Direito, em razão da dificuldade do poder estatal dar conta do pluralismo surgido da organização social.

A ideia de integração para a teoria de Gurvitch<sup>73</sup> significa, assim, a participação do indivíduo nas relações sociais como um todo, de modo ativo, estabelecendo obrigações com o grupo e participando da formulação do ordenamento jurídico, a partir do esforço comum e da ajuda mútua. Neste sistema de cooperação, há a construção de um conjunto de normas que assegura a comunhão moral e ética do grupo, que legitima sua organização e fortalece cada membro da comunidade.

O direito social de integração ou de comunhão de Gurvitch se adapta, perfeitamente, ao estudo em questão, visto que se busca uma integração e ajuda mútua entre a sociedade civil<sup>74</sup> e o Estado para a política pública de saúde, em âmbito local, visando à melhoria desse importante serviço público, no contexto do atual Estado Democrático de Direito.

Esse pressuposto permite que se criem instituições baseadas no poder local para resolver demandas da comunidade, visto que, pelos postulados da teoria de Gurvitch, as próprias organizações da sociedade civil podem legitimar suas ações, porém, dependente da atuação estatal.

Para Gurvitch, o direito condensado fundamenta-se no direito social advindo da Constituição, compatível com um ente estatal que esteja alicerçado em práticas democráticas e vinculado a uma constituição de cunho participativo em que existam

---

<sup>73</sup> A respeito da integração enquanto lógica da realidade dos grupos, conferir Castaño (2014).

<sup>74</sup> A partir das primeiras civilizações constituídas havia a separação entre sociedade civil e Estado, derivada da grande dicotomia direito público-direito privado. Nesse universo jurídico, o direito privado era destinado a regular as relações entre as pessoas privadas; o direito público, por sua vez, era aquele emanado do Estado para a tutela de interesses gerais, visão que sobrevive desde os romanos, havendo, então, a esfera do Estado contraposta à esfera da sociedade civil. Na sociedade moderna, por sua vez, “não há ente do universo jurídico que não pertença nem ao direito privado nem ao direito público”. Podem existir casos incertos ou fronteiros que podem ser solucionados com o acréscimo de um “quase” (“quase-privado” e “quase-público”) (BOBBIO, 2007, p. 144). O conceito de sociedade civil e seus delineamentos, de forma mais detalhada, pode ser conferido em Bobbio (1994; 1999).

espaços deliberativos de conexão entre o grupo social e o Estado, norteando as prerrogativas dessa coletividade na construção de suas próprias normas sem, no entanto, se sobrepor a este direito.

Essa espécie de direito social traduz-se na capacidade dos grupos articularem suas demandas dentro do seu espectro de atuação, porém, respeitando uma constitucionalidade vigente. O fato do direito estatal se revestir de uma ordem democrática significa que pertence ao direito social, porém, não dispensa, dessa forma, o aparato do Estado (GURVITCH, 2005, p. 94).

A ordem de direito estatal somente constitui uma espécie de direito de integração social, quando se tratar de um Estado verdadeiramente democrático. Se o Estado constitucional é formado a partir do direito social, então se institui em um direito de integração, ao contrário, quando ele é independente da comunidade política dos grupos revela-se um direito de subordinação (GURVITCH, 2005, p. 94).

A ideia de integração, indispensável para a configuração do direito social de Gurvitch, é compatível com a ordem estatal, pois a sociedade organizada legitima as suas decisões através de um processo discursivo que não se contrapõe à ordem constitucional, de viés democrático; por isso, o direito social condensado consiste no encontro das normas do Estado e da sociedade que reflete essa integração, de ordem democrática. Ou seja, para que o direito social se torne condensado, deve ser formulado pela comunidade e incorporado pelo Estado, perdendo sua pureza pela sanção incondicionada. Deixa, assim, de ser um elemento limitador da ação estatal e passa a representar um instrumento próprio do Estado Democrático de Direito (MORAIS, 1997, p. 62-63).

Isso demonstra a estreita relação entre direito social gurvitchiano e o constitucionalismo brasileiro. Em meados do século XX Gurvitch já defendia a democracia pluralista e participativa, sem a existência de um legítimo Estado Democrático de Direito, observando-se, dessa forma, o quanto os ensinamentos desse jurista-sociólogo refletem sua contemporaneidade.

A ideia de um Estado Democrático de Direito<sup>75</sup> encontra-se consubstanciada no constitucionalismo brasileiro, no seu artigo 1º, inciso II (a cidadania), o que expressa a sua interpretação sobre os demais princípios e garantias constitucionais,

---

<sup>75</sup> Este modelo de Estado está assentado em três vertentes, a saber: legitimidade, na formação do poder a partir da vontade popular; limitação de poder entre as diferentes esferas e com garantias aos direitos individuais e; afirmação de princípios condizentes com a dignidade humana (BARROSO, 2006, p.10).

além de constituir em princípio que irradia todo o sistema jurídico, estabelecendo, também, os contornos efetivos da democracia e cidadania, além da dignidade da pessoa humana. Verifica-se, assim, uma Constituição Brasileira de viés participativo, o que se revela necessário para a consolidação de uma nova relação entre poder estatal e poder social.

A ordem Constitucional moderna não pode limitar-se apenas a um Estado de Direito; tem de organizar-se como instituição de direito democrático, isto é, “como uma ordem de domínio legitimada pelo povo. A articulação do ‘direito’ e do ‘poder’ no Estado Constitucional revela, assim, que o poder do Estado deve organizar-se e exercer-se em termos democráticos”. E, nesse sentido, “o princípio da soberania popular é, pois, uma das traves mestras do Estado constitucional”, já que “o poder político deriva do ‘poder dos cidadãos’”. O ente de direito constitucional brasileiro não pode ficar restrito a “uma constituição limitadora do poder através do império do direito”, mas deve pautar-se pela “legitimação democrática do poder” (CANOTILHO, 2002, p. 98).

Dentro dessa ordem de ideias, insta referir que o Estado democrático encontra-se fundado sobre o princípio da autonomia, isto é, sobre a ideia de que as normas que devem ser seguidas pelos cidadãos, devem ser elaboradas por eles mesmos (BOBBIO, 2014, p. 95). Esse ideal democrático, resultante do processo legislativo de forma autônoma pelos próprios atores sociais, encontra fundamento em Rosseau (2008, p. 183) ao afirmar que “a liberdade consiste na obediência à lei que cada um se prescreveu” e, também, na perspectiva Kantiana (KANT, 1960, p. 104) ao disciplinar que “a autonomia da vontade é a qualidade que possui a vontade de ser lei de si mesma”.

A autonomia configura, portanto, uma característica do princípio democrático, até porque “um Estado com uma legislação perfeitamente autônoma é um ideal-limite”. (BOBBIO, 2014, p. 93), realizável somente onde a democracia direta, ou seja, a democracia sem representação, substituísse a democracia indireta, tal como é praticada nos Estados modernos (BOBBIO, 2014, p. 93).

As ideias acima estão em conformidade com o pensamento de Gurvitch, pois há sintonia entre Estado Democrático de Direito com base na democracia participativa e direito social como estratégia de produção de normas a partir das comunidades autônomas. Também há consonância em relação à necessidade de

existência do Estado, mas não nos moldes monistas, mas de uma forma descentralizada, na qual as diretrizes tenham sua formação da base para cima.

Disso resulta que o Estado Democrático de Direito deve criar uma nova relação entre a sociedade civil e a ordem estatal, que toma como primado o reconhecimento de direitos civis fundamentais e instrumentos viabilizadores dessa participação (LEAL, 2008, p. 182).

Trata-se de um novo contrato social, no qual o Estado perdeu a centralidade do poder político e houve uma reconstrução no espaço-tempo da deliberação democrática (SANTOS, 1999, p. 112). “O contrato social é, assim, a expressão de uma dialética entre regulação social e emancipação social que se reproduz pela polarização constante entre vontade individual e vontade geral, entre o interesse particular e o bem comum” (SANTOS, 2007, p. 84), no sentido de equilibrar os interesses individuais e coletivos.

Assim, as bases constitucionais atuais garantem a formulação do direito social da mesma maneira como propõe Gurvitch, pois está amparado em uma perspectiva democrática, visto que “a democracia seria a própria garantia da vigência e eficácia do direito social” (MORAIS, 1997, p. 76), pois propiciaria a autorregulação dos conflitos e interesses pela própria sociedade, o que se configura um autêntico direito social.

Para Gurvitch (1935, p. 252) “[...] la démocratie est la manière indispensable, seule possible, pour la réalisation du droit à l'intérieur d'une organisation sociale”<sup>76</sup>. (GURVITCH, 1935, p. 252). Desse modo, a nova ordem social integrativa “[...] apparaît de la participation directe des sujets intéressés et des relations établies dans un effort commun, vu que les relations de l'organisation sociale se trouvent subordonnées à un type particulier du droit, le droit social”<sup>77</sup>. (GURVITCH, 1935, p. 254).

Por conseguinte, ocorre a integração entre os grupos sociais e a ação estatal<sup>78</sup>, quando o sujeito produtor de normas se autodenomina coparticipante das decisões que envolvem a esfera pública, rompendo a separação entre direito público

<sup>76</sup> “[...] a democracia é a maneira indispensável, a única possível, para a realização do direito no interior de uma organização social”. (Tradução)

<sup>77</sup> “[...] urge da participação direta dos sujeitos interessados e de relações fundadas num esforço comum, visto que as relações da organização social se acham subordinadas a um tipo particular do direito, o direito social”. (Tradução)

<sup>78</sup> Essa interconexão entre Estado, administração pública e sociedade civil enquanto novo paradigma da vida moderna pode ser verificado em Leal (2006).

e direito privado<sup>79e80</sup>, posto que, segundo Gurvitch, (1935, p. 263) estes estariam inseridos no direito social. Ademais, não pressupõe a eliminação do Estado, mas coloca-o em um novo patamar, o de organizador e garantidor da livre expressão das mais diferentes formas de organização e composição social.

Com base nesses postulados, o Estado se reinventa<sup>81</sup> por não estar mais atrelado a um monismo estatal, mas por representar e coparticipar de uma nova ordem em que prevalece a vontade da sociedade civil, que de espectadora, passa a atriz do processo social, assumindo seu papel como protagonista<sup>82</sup> da concepção e garantia dos novos direitos, cuja ideia é enfatizar o papel “de seus atores socio-políticos, transformados em novos sujeitos de poder”.

Por essa razão, na sociedade hodierna, houve uma ampliação do protagonismo para a sociedade política e, não somente entre vários setores da sociedade civil, surgindo parcerias com o Estado, dando origem a uma nova esfera pública (GOHN, 2008, p. 9), cuja sociedade civil constitui a personagem principal no cenário público, posição de destaque que supõe algum tipo de ação política, uma ação política despida de luta e transformada em atuação social. Insta referir que a preocupação do presente estudo consiste em inverter a lógica Estado-sociedade para sociedade-Estado. Para desenvolver essa consciência, é necessária uma cultura voltada para a política, quando há a disseminação de valores que respaldam a constituição e as instituições que a legitimam (CORTINA, 1998, p. 384).

Desse modo, há uma inserção social nas decisões coletivas que cada um dos integrantes da ordem social possui direitos e deveres coletivos, bem como pontuava Aristóteles (2008, p. 80)<sup>83</sup> há mais de dois mil anos, visto que somente

<sup>79</sup> Em uma sociedade democrática, o critério de separação do público-privado torna-se insuficiente e inútil para atender às demandas da pessoa dentro de uma perspectiva constitucional, cujos princípios e valores devem informar a resolução dos conflitos surgidos em qualquer seara. Não há, portanto, dois ordenamentos jurídicos distintos, relativos ao direito público e ao direito privado (SARMENTO, 2010, p. 50-51).

<sup>80</sup> Gurvitch critica a distinção entre direito público e direito privado, por entender que tal divisão pode conduzir à formação de poderes antidemocráticos. Para ele, o direito individual e o direito social integram tanto o direito privado como o direito público.

<sup>81</sup> Santos (2008, 45-46) afirma que o Estado está emergindo como uma nova forma de organização política, consistente num Estado articulador composto por elementos essatais e não essatais, convertendo-o em componente do espaço privado, ao reinventar a democracia e o próprio Estado.

<sup>82</sup> Protagonismo vem dos termos gregos *prōtos* (primeiro, principal) e *agōnistes* (lutador, competidor). Portanto designava “o lutador principal de um torneio”. Depois a palavra passou a ser usada para designar os atores principais de um enredo teatral ou os personagens principais de uma trama literária. Recentemente, “as ciências humanas não só se apropriaram do termo ator como passaram a utilizar o próprio termo protagonismo para os atores que configuram as ações de um movimento social”. (GOHN, 2008, p. 9).

<sup>83</sup> Para Aristóteles (2008, p. 115) “Cidadão é aquele que governa e é governado (em turno)”.



poderia haver a *polis* se houvesse a associação de cidadãos interessados em governá-la, com, necessariamente, uma alternância no poder, para permitir que todos pudessem participar do centro de poder, evitando-se, dessa forma, a tirania.

Os postulados de Gurvitch também se identificam com as ideias de Rousseau (2008, p. 40) visto esse filósofo também se fundamentar nos ideais democráticos, valorizando a realidade do ser social, mediante o princípio da vontade geral<sup>84</sup>. Assim, a visão da soberania popular se apresenta como um elemento necessário para conciliar os interesses entre sociedade e poder público, alicerçado nos princípios da igualdade e liberdade, também preconizados por Rousseau (2008, p. 55), já que “o público pensante dos ‘homens’ constitui-se em público dos “cidadãos”, no qual ficam se entendendo sobre as questões da res publica”. (HABERMAS, 2003, p. 119).

Por conseguinte, no Estado Democrático de Direito, modalidade de organização centrada no ordenamento constitucional e na atenção aos direitos do cidadão, não mais subsiste a dualidade cunhada pelo liberalismo que contrapunha o ente estatal e sociedade, pois o Estado é formado pela sociedade e deve perseguir os valores que ela aponta, não havendo uma linha divisória (BARROSO, 2003, p. X).

Neste modelo estatal, expressão máxima da democracia e cidadania e, ao mesmo tempo, dos direitos individuais e coletivos e da participação social, motivo pelo qual, este novo cidadão não possui apenas direitos, mas também deveres e responsabilidades com todo o corpo social, figurando, este “sujeito”, um novo paradigma coletivo e ativo, que defende os interesses comuns na garantia e concretização dos direitos fundamentais, conforme será tratado a seguir.

## 1.2 O Direito Social de Gurvitch e a perspectiva dos Direitos Fundamentais como marcos pluralistas de rompimento dogmático-jurídico

Essa seção tem como propósito realizar a interface entre a teoria do direito social de Gurvitch com a defesa dos direitos sociais fundamentais no Estado Democrático de Direito, entendendo que há uma contemporaneidade<sup>85</sup> nas teses do

---

<sup>84</sup> Há muita diferença entre vontade de todos e vontade geral. Essa diz respeito somente ao interesse comum; a outra, ao interesse privado resultado da soma de interesses particulares (ROUSSEAU, 2008, p. 38).

<sup>85</sup> Agamben (2008, p. 09, 15 e 21) afirma que a contemporaneidade revela uma relação com o tempo, ao proclamar que “A contemporaneidade se inscreve, de fato, no presente assinalando-o, antes de tudo, como arcaico e somente quem percebe no mais moderno e recente os índices e as marcas do

sociólogo e jurista francês no que diz respeito à defesa de uma dignidade da pessoa humana que se faz presente no constitucionalismo moderno. De fato, superadas as diferenças de linguagem e de época, tem-se em Gurvitch, em várias passagens das suas obras, a defesa dos direitos sociais fundamentais como requisito fundamental para uma sociedade verdadeiramente democrática.

O próprio Gurvitch mostra, no conjunto de seus textos, uma preocupação em defender a diversidade como marca do pluralismo, entendendo que a sociedade é formada por comunidades distintas no seu fazer social e cultural. Assim, aproximar aquele que constitui a matriz teórica dos autores que defendem os direitos sociais fundamentais de viés constitucional é uma condição *sine qua non* dessa tese, que consiste na possibilidade atual de (re)construir um Estado Democrático de Direito no qual o cidadão é o seu principal ator sintetiza melhor a ideia de direito social gurvitchiano.

O direito social defendido por Gurvitch é amplo, compreendendo a participação nas decisões de interesse público e produção de normas pela sociedade, incluindo-se os direitos sociais dos cidadãos. Em sua clássica obra, *La Déclaration des Droits Sociaux*<sup>86</sup>, formulou propostas para a reconstrução do direito francês após a segunda guerra mundial, cujo projeto da Declaração dos Direitos Sociais consiste, basicamente, na proteção da dignidade da pessoa humana e na defesa da liberdade<sup>87</sup>, igualdade<sup>88</sup> e fraternidade<sup>89e90</sup> dos indivíduos e dos grupos e entre as organizações, chamados a participar da promoção dos direitos sociais, num autêntico direito autônomo de comunhão.

---

arcaico, pode ser contemporâneo”, [...], ou seja, o arcaico e o moderno se encontram gerando um fascínio que explicam o momento atual.

<sup>86</sup> “Declaração dos Direitos Sociais”, cuja obra foi publicada em 1946.

<sup>87</sup> O artigo IX da Declaração dos direitos sociais faz referência expressa à liberdade individual e coletiva, assim como à fraternidade, nos seguintes termos: “A liberdade individual e coletiva, garantida pelos direitos sociais, é limitada somente pela liberdade igual de todos os outros indivíduos e grupos, como também pela sua fraternidade e pelos interesses gerais: políticos, econômicos e culturais da Nação”. (GURVITCH, 1946, p. 81).

<sup>88</sup> O artigo III da Declaração dos direitos sociais retrata o princípio da igualdade de forma bastante clara, ao preceituar que: “Todo homem, todo cidadão, todo produtor e todo consumidor, os grupos, como indivíduos, são reconhecidos livres e iguais entre si e nas respectivas esferas da sua atividade”. (GURVITCH, 1946, p. 85).

<sup>89</sup> Häberle (1998) defende uma teoria constitucional orientada para o tempo futuro, com base nas ideias de liberdade, igualdade e fraternidade, os grandes ensinamentos da Revolução Francesa.

<sup>90</sup> Vásquez (2009) também propõe um Estado de Direito que seja justo com todos os cidadãos, cujos princípios norteadores devem ser a autonomia, dignidade e igualdade nos marcos de um constitucionalismo democrático.

O artigo primeiro da Declaração dos Direitos Sociais<sup>91</sup>, proclama que o principal objetivo da sociedade é “la Fraternité des hommes et des groupes qui se déroule à travers la multiplicité dans l'unité”, isto é, “une pluralité d'associations de collaboration égalitaire, intégrés à la communauté nationale et dirigé vers la protection de la liberté et la dignité humaine de chaque participant”<sup>92</sup>. (GURVITCH, 1946, p. 85).

Os direitos sociais defendidos por Gurvitch consistem no direito à vida; direitos das famílias; direito à igualdade dos sexos; direito à educação digna do homem; direito de integração e emigração; direito à liberdade de escolha para juntar-se às várias associações econômicas, políticas e culturais (GURVITCH, 1946, p. 87). Como se vê nos excertos apresentados acima, muitas das teses defendidas por Gurvitch estão presentes no constitucionalismo moderno, o que comprova a contemporaneidade de suas ideias, além de restar demonstrado a importância do direito social desse jurista-sociólogo francês para todo o sistema jurídico, em especial na concepção moderna de direitos fundamentais.

O que diferencia Gurvitch é a formulação desses direitos, visto que propõe que os mesmos sejam criados a partir da interpenetração de quem participa da vida de todo o grupo, porque todo grupo ativo<sup>93</sup>, ao realizar valores positivos, cria o próprio direito de integração, um sistema de direito social (GURVITCH, 1946, p. 75). A ideia de integração constitui uma superação do individualismo, pois os interesses do grupo contribuem para a normatização do todo, gerando uma legislação que representa a ideia do direito social, mas também satisfaz e contempla as necessidades individuais. Nesse contexto, a ideia de integração “implica a sempre possível descaracterização de uma ordem normativa como sendo um exemplo claro de direito social”. (MORAIS, 1997, p. 53).

Ao formular declarações, os grupos propõem uma nova forma de organização, social, política e jurídica, em que os direitos sociais são defendidos a

---

<sup>91</sup> Aponta Gurvitch (1946, p. 81) que os direitos estabelecidos na declaração, se referem aos direitos sociais do produtor, do consumidor e do cidadão. Produtor, consumidor e cidadão são as várias facetas do mesmo ser humano que participa da organização social.

<sup>92</sup> “A fraternidade dos homens e dos grupos que se realiza mediante a multiplicidade na unidade”, isto é, “uma pluralidade de associações de colaboração igualitária, integradas na comunidade nacional e dirigidas à proteção da liberdade e da dignidade da pessoa humana de cada participante”. (Tradução)

<sup>93</sup> Grupos ativos são os conjuntos sociais capazes de criar seu próprio direito e de governar com base em sua regulamentação jurídica, formulando normas dentro de sindicatos, cooperativas e até mesmo em um nível maior, como cidades, estados e nações (GURVITCH, 1945, p. 219).

partir das comunidades e se integram ao todo, sendo, finalmente, absorvidos pelo Estado, no que Gurvitch denomina de direito social condensado, superando o processo legislativo oficial advindo unicamente do Estado e criando condições para uma relação democrática entre os cidadãos (GURVITCH, 1946. p. 58), até porque somente "una parte ínfima del orden jurídico de la sociedad puede ser afectado por la legislación estatal, y la mayor parte del derecho espontâneo se desarrolla con completa independiencia de las proposiciones abstractas"<sup>94</sup>. (GURVITCH, 1945, p. 165-166).

A concepção do pensamento sociológico de Gurvitch, representada na proclamação dos direitos sociais e na normatividade jurídica autônoma, destaca-se pela crítica<sup>95e96</sup> à dogmática do direito positivo – cuja força normativa deriva das regras, justamente porque essa não leva em conta “o direito vivo<sup>97</sup>, o direito espontâneo em ação, o direito flexível<sup>98</sup> e dinâmico”, por sua vez, “inseparável da realidade social do direito<sup>99</sup>, dos comportamentos, das práticas, das instituições, das crenças relacionados com o direito”.

Nessas, “o jurista correria o risco de construir um edifício inteiramente desligado do direito realmente vigente, do direito realmente eficaz em certo meio social”, (GURVITCH, 1946a, p. 31-32), visto ser impossível separar a realidade jurídica da social, que se configura como um todo indecomponível<sup>100</sup> (GURVITCH, 1946a, p. 24).

---

<sup>94</sup> “Uma pequena parte da ordem jurídica da sociedade pode ser afetada pela legislação estatal, e a maior parte do direito espontâneo se desenvolve com completa independência das proposições abstratas”. (Tradução)

<sup>95</sup> Wolkmer (2008, p. 97) analisou o tema da teoria crítica ressaltando que enquanto modelo que se opõe ao paradigma oficial de direito, caminha no sentido de romper com a dogmática lógico-formal, propiciando um novo olhar emancipatório do direito, consistente na definição de um projeto que possibilite a mudança da sociedade em função de um novo tipo de ‘sujeito histórico’, em direção a uma verdadeira emancipação dos sujeitos coletivos (WOLKMER, 1993, p. 53).

<sup>96</sup> Arnaud (1981, p. 15) também se dedicou ao estudo da teoria crítica, apontando que o pluralismo se apresenta como novo paradigma, contrapondo-se à teoria jurídica tradicional, ao destacar que Gurvitch identificou, dentro das sociedades mais complexas e modernas, comunidades geradoras de normas que estão ligadas diretamente ao coração da vida social, ou seja, há um pluralismo jurídico inerente na contemporaneidade que supera a visão monista do Estado.

<sup>97</sup> Aprofunda o tema do “direito vivo” Morchón (2002).

<sup>98</sup> Sobre a temática do direito flexível consultar Carbonnier (1974).

<sup>99</sup> A realidade social do direito “não é nem um dado imediato da intuição, nem um conteúdo de percepção, senão que é uma construção da razão desprendida da realidade social como fenômeno social”. (GURVITCH, 1945, p. 57).

<sup>100</sup> “A alternativa entre o exclusivismo, quer jurídico, quer sociológico, e o insulamento total dos domínios, transferidos a dois mundos diferentes, foi superado, e não podia deixar de sê-lo, graças ao desenvolvimento tanto da sociologia como da ciência do direito”. (GURVITCH, 1946a, p. 24).

O austríaco Ehrlich<sup>101</sup> (1999, p. 133-134), integrante da escola do “direito livre”<sup>102</sup>, também defende o “direito vivo”, como derivado da espontaneidade da vida social<sup>103</sup>, ao proclamar que “o direito vivo não está nas proposições jurídicas do direito positivo, mas é o que, porém, domina a vida”, proveniente, portanto, do conjunto de mecanismos estabelecidos pela sociedade moderna (documentos, condutas, costumes) em todos os grupos, além dos reconhecidos juridicamente.

A par disso, é possível afirmar que “o passo mais importante na hodierna ciência do direito seja a mudança do ponto de vista positivo pelo funcional”, o que requer que os operadores do direito respeitem a relação entre a norma e a sociedade que a produz - a “lei em ação” ou a “lei social”, na dicção de Gurvitch (1946a, p. 25).

Nessa linha de críticas, a dogmática parte do pressuposto de que o direito decorre da organização estatal, ignorando, por seu turno, os fatos que dão origem às regulamentações jurídicas em total independência do Estado, produtoras do direito autônomo (GURVITCH, 1977, p. 242). Neste contexto de pluralismo jurídico, há, por conseguinte, um enfraquecimento do Estado como resultado do crescimento do poder da coletividade, quando a sociedade civil assume seu papel de protagonista das ações sociais, havendo, neste sentido, uma ruptura com o direito monista ao propor a conexão com outros sistemas de orientações normativas e com relações de poder que reconhecem a responsabilidade ética e política do contexto e do processo social no qual se atua (RUBIO; FRUTOS, 2013, p. 53-54)<sup>104</sup>.

La théorie pluraliste des sources du droit positif résulte, ainsi, à considérablement agrandir la sphère de l'expérience juridique; souligne toute la richesse de la vie du droit, élimine tout préjugé dogmatique ou statique, ouvrant de larges perspectives pour une conception purement dynamique, qui pourrait servir de base philosophique commune pour la

---

<sup>101</sup> Gurvitch e Ehrlich foram os juristas-sociólogos que ofereceram as melhores contribuições teóricas de afirmação do pluralismo, de forma autêntica e original (WOLKMER, 2001, p. 192).

<sup>102</sup> O movimento do direito livre contribuiu para consolidar a ideia do pluralismo jurídico, ensejando um direito alternativo paralelo ao Estatal, ou seja, uma concepção pluralista do direito. Este direito alternativo, extraestatal, também chamado de direito “social” ou “livre”, teria sua geração por meio de fatos normativos (ARNAUD, 1998, p. 65-66).

<sup>103</sup> Para Gurvitch, as sociedades contemporâneas produzem inúmeros centros geradores do direito, tanto em nível regional como internacional, nas quais o direito nasce espontaneamente. Aliás, a espontaneidade na produção de normas é uma característica que une as teorias de Gurvitch, Ehrlich e os adeptos do direito livre, em que o direito criado reside não no Estado, mas nos fatos normativos, no cerne da vida social (CARBONNIER, 1979, p. 215-216).

<sup>104</sup> Rubio e Frutos (2013) enfocaram em seu trabalho a teoria crítica ao modelo tradicional do direito, estabelecendo relações com os direitos humanos e apresentando uma nova proposta democrática a partir do paradigma pluralista do direito.

science de technique du droit (évitant ainsi la momification de ses concepts) et pour la sociologie juridique elle-même<sup>105</sup>. (GURVITCH, 1935, p. 207).

Essa teoria pluralista e democrática do direito, defendida por Gurvitch, busca superar o individualismo do direito burguês clássico, levando em conta a autonomia dos indivíduos e da sociedade, de forma não hierarquizada, combinando liberdade e dignidade, além da solidariedade, em oposição ao poder estatal. Isto demonstra a interrelação com o constitucionalismo brasileiro e com a participação política do cidadão pós-moderno, uma vez que também está assentado nesses ideários democráticos, tomando como referência o modelo clássico da Revolução Francesa de 1789, evidenciando, desse modo, o quanto a perspectiva pluralista e a ideia de direito social de Gurvitch contribuem para uma renovada teoria dos direitos sociais fundamentais no Brasil.

Nessa perspectiva de pluralidade normativa autônoma, segundo Rousseau (2008, p. 55) todo sistema de legislação apresenta dois aspectos centrais: a liberdade e a igualdade, ambos conectados na defesa dos direitos do cidadão, que não pode ser livre sem ser igual e vice-versa. Para este pensador (ROUSSEAU, 2008, p. 36), somente a “vontade geral” conduz à igualdade, porque a vontade particular tende por sua natureza à defesa de interesses dominantes, a qual é identificada exclusivamente com o Estado, afastando-se dos ideais democráticos preconizados por Gurvitch.

Desse modo, superando a ordem de direito individual atrelado à ideia de coordenação e subordinação, para se transformar em uma ordem de direito social, de caráter integrativo, onde a eficácia dos direitos sociais fundamentais depende da comunhão entre sociedade civil e Estado.

Por conseguinte, os juristas críticos buscam substituir o sistema normativo oficial, proveniente do Estado, por outro mais coerente com os valores democráticos, isto é, os pós-positivistas – Dworkin e Alexy<sup>106</sup> – incrementam o paradigma

---

<sup>105</sup> “A teoria pluralista das fontes do direito positivo redundava assim em ampliar consideravelmente a esfera da experiência jurídica; ressalta toda a riqueza da vida do direito, elimina qualquer preconceito dogmático ou estático, abrindo amplas perspectivas para uma concepção puramente dinâmica, que poderia servir de base filosófica comum para a ciência técnica do direito (evitando assim a mumificação de seus conceitos) e para a sociologia jurídica propriamente dita”. (Tradução)

<sup>106</sup> Para Alexy (2008, p. 90-91), toda norma é considerada ou uma regra ou um princípio, estabelecendo a distinção entre regras e princípios nos seguintes termos: “Princípios são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes”, constituindo-se, por conseguinte, “em mandamentos de otimização, que são caracterizados por poderem ser satisfeitos em graus variados”. “Já as regras são normas que são

normativista com uma teoria dos princípios<sup>107</sup>, ao prescrever que: “O Direito não é somente um conjunto de normas-regras, ele também possui normas-princípios”. (BARRETO, 2006, p. 645).

Para os pós-positivistas<sup>108</sup>, os valores funcionam como princípios que realimentam a normatização, cuja base axiológica<sup>109</sup> permite a busca dos ideais de justiça e de equidade quando da aplicação do direito, instaurando-se a abertura valorativa do sistema jurídico ou a denominada “virada kantiana”. (BARROSO, 2014, p. 328). Essa perspectiva valorativa justifica a necessidade de uma teoria dos princípios que, segundo Alexy (2008, p. 29) constitui “a reabilitação da tão depreciada teoria valorativa dos direitos fundamentais”.

Assim, no sistema constitucional moderno, a distinção se estabelece entre regras e princípios e não mais entre princípios e normas, sendo “as normas o gênero, e as regras e princípios a espécie”. (BONAVIDES, 2009, p. 288). Para Alexy (2008, p. 87), Dworkin (2002, p. 39) e Ávila (2009, p. 25) tanto as regras quanto os princípios constituem normas a serem seguidas pelos cidadãos, como exigência de uma organização social.

Está de acordo com essa fundamentação a ideia macro que norteia a Constituição Federal de 1988, que é o da dignidade humana, elevada à categoria de fundamento do Estado Democrático de Direito (artigo 1º, inciso III), consagrado como o princípio maior e basilar do ordenamento jurídico<sup>110</sup>, da qual derivam todos os direitos sociais<sup>111</sup>.

---

sempre ou satisfeitas ou não satisfeitas. Se uma regra vale, então, deve se fazer exatamente aquilo que ela exige; nem mais nem menos. Regras contêm, portanto, determinações no âmbito daquilo que é fática e juridicamente possível qualitativa, e não uma distinção de grau”.

<sup>107</sup> “Os princípios vêm de longe e desempenham papéis variados. O que há de singular na dogmática jurídica da quadra histórica atual é o reconhecimento de sua normatividade”. (BARROSO, 2014, p. 329).

<sup>108</sup> “O pós-positivismo é a designação provisória e genérica de um ideário difuso, no qual se incluem a definição das relações entre valores, princípios e regras, aspectos da chamada *nova hermenêutica* e a teoria dos direitos fundamentais”. (BARROSO, 2014, p. 327).

<sup>109</sup> “O conteúdo axiológico dos princípios é mais facilmente identificável que o das regras; como razões decisivas para inúmeras regras, os princípios têm uma importância substancial fundamental para o ordenamento jurídico”. (ALEXY, 2008, p. 109).

<sup>110</sup> A dignidade da pessoa humana, consoante na Declaração Universal da Organização das Nações Unidas de 1948, distingue os homens dos outros seres e confere aos mesmos uma inviolabilidade fundamental e uma igualdade substancial com todos os seus semelhantes.

<sup>111</sup> A respeito da dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição de 1988 ver Sarlet (2012).

Dignidade humana consiste em valorizar a pessoa como um fim em si mesma (KANT, 1960, p. 76)<sup>112</sup>, constituindo “um valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, desde o direito à vida”, ou seja, “atributo intrínseco, da essência, da pessoa humana, único ser que compreende um valor interno, superior a qualquer preço, que não admite substituição equivalente”, isto é, “a dignidade entranha-se e se confunde com a própria natureza do ser humano”. (SILVA, 2004, p. 105).

Assim, a dignidade da pessoa humana<sup>113</sup>, enquanto princípio e valor supremo da ordem jurídica, não pode ser vista apenas como mero enunciado formal, mas é um pressuposto que permeia todas as ações do poder público e da sociedade, sendo inerente à condição humana e o respeito à essa condição deve existir sempre, em todos os lugares e de maneira igual para todos (DALLARI, 2004, p. 7).

Além do personalismo, a solidariedade também ganha relevância no texto constitucional brasileiro, constituindo expressão jurídica, com base no objetivo fundamental da República previsto no artigo 3º, inciso I, da Constituição Federal, devendo ser vista como diretriz dotada de eficácia normativa imediata, vinculando não apenas o Estado, mas também, toda a sociedade, o que condiz com o propósito de Gurvitch que também defende uma concepção solidarista<sup>114</sup> na formulação do direito social, especialmente aquele de estratégia condensada, a qual serve de incremento na realização dos direitos fundamentais.

Resta evidenciada, assim, a estreita aproximação entre os direitos sociais gurvitchianos, constantes no projeto de Declaração Social, e os direitos fundamentais sociais previstos no constitucionalismo brasileiro, donde se extrai que a matriz sociológica desse jurista francês, calcada na autonomia jurídica e na garantia acerca da própria liberdade e do próprio papel ativo dos indivíduos e das

---

<sup>112</sup> Nas palavras de Kant (1960, p.76) “No reino dos fins tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto não permite equivalente, então tem ela dignidade”.

<sup>113</sup> Para Sarlet (2012, p. 53), a dignidade humana é compreendida como qualidade integrante e irrenunciável da própria condição humana, devendo ser reconhecida, respeitada, promovida e protegida, podendo ser criada, concedida ou retirada (apesar de violada).

<sup>114</sup> A ideia de solidariedade assume caráter relevante no contexto do direito social gurvitchiano, assim como no direito constitucional moderno, cujo solidarismo e respectiva corrente de pensamento pode ser melhor aprofundada em Duguit (1924) que une direito e solidariedade para afastar o monopólio estatal na produção do direito. Gurvitch também sofreu as influências de Durkheim (1937, p. 278), no que diz respeito a sua teoria da solidariedade, que defende que os cidadãos trabalhem em conjunto para formar um elo de integração e promover a ordem social.



organizações sociais, em uma perspectiva que atribui à defesa dos próprios direitos sociais, contribui para ressignificar a eficácia dos direitos fundamentais no sistema jurídico brasileiro.

Consoante se observa, na construção de Gurvitch, que a produção da normatividade se transfere para os atores sociais, com a conseqüente participação e regulação nas decisões públicas, assumindo, assim, um protagonismo na sociedade contemporânea, em consonância com os ideais democráticos preconizados pelo Constituinte de 1988, o qual possui estreita vinculação com a teoria dos direitos fundamentais<sup>115</sup>, a cidadania e a dignidade da pessoa humana, cuja normatividade desses direitos representa “uma abertura do sistema jurídico perante o sistema moral, abertura que é razoável e que pode ser levada a cabo por meios racionais”. (ALEXY, 2008, p. 109).

Os direitos fundamentais<sup>116</sup> constituem os pilares do Estado Democrático de direito no Brasil, os quais surgiram a partir da inserção do indivíduo na sociedade (REIS; FONTANA, 2011, p. 130), cuja expressão embora já conhecida no século XIX, tem vindo, desde a Constituição de Weimar de 1919, a difundir-se nos textos constitucionais e na doutrina (MIRANDA, 2008, p.15). É a partir deles, portanto, que se organizam as diretrizes normativas da Constituição e as ações governamentais, sendo ilegítima qualquer tentativa de suprimi-los (MENDES, 2011, p. 671), competindo ao Estado garanti-los e fazer com que sejam respeitados dentro da ordem constitucional objetiva.

Os direitos fundamentais, além de serem caracterizados em dimensões, podem ser agrupados em uma diferente classificação, a de direitos de defesa e de prestação, sendo os primeiros relacionados com as garantias individuais em relação

---

<sup>115</sup> Oportuno esclarecer a diferença entre as expressões “direitos humanos” e “direitos fundamentais”, vista a confusão entre os dois termos. “O termo direitos fundamentais se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que os direitos humanos guardariam relação com os documentos de direito internacional, por referirem-se àquelas positivizações que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional)”. (SARLET, 2015, p. 29). Gorczewski e Bitencourt (2011) apresentam um estudo detalhado dos marcos teórico-fundacionais dos direitos humanos e fundamentais.

<sup>116</sup> Os direitos fundamentais podem ser compreendidos como “direitos inerentes à própria noção de pessoa, como direitos básicos da pessoa, como os direitos que constituem a base jurídica da vida humana no seu nível actual de dignidade, como as bases principais da situação jurídica de cada pessoa, eles dependem das filosofias políticas, sociais e económicas e das circunstâncias de cada época e lugar”. (MIRANDA, 2008, p. 11-12).

à sua liberdade e os segundos na execução de políticas públicas por parte do Estado (ALEXY, 2008, p. 395).

Os direitos sociais fundamentais de ordem constitucional, previstos no artigo 6º<sup>117</sup>, considerados como direitos de segunda dimensão, constituem dimensões de direitos fundamentais relativas a prestações positivas do Estado no sentido de possibilitar melhores condições de vida aos indivíduos que se encontrem em situação de desigualdade, visando alcançar a igualdade material (SILVA, 2004, p. 289-290).

O Estado Democrático de Direito, apesar de estar fundamentado na cidadania e na dignidade da pessoa humana (artigo 1º, incisos II e III, da CF/88) não tem conseguido ser eficiente na concretização dos direitos fundamentais sociais, em razão dos seus elevados custos, paradigma normativista que não mais atende aos ditames da sociedade moderna, mas, principalmente, pelo fato de que os atores sociais não participam, efetivamente, da sua produção jurídica e controle das decisões administrativas. As decisões públicas, por sua vez, dividem-se em dois grupos, a saber: a produção normativa e a decisão administrativa, sendo que ambas as hipóteses devem estar alicerçadas nos novos pressupostos do direito social de Gurvitch.

As premissas de garantia dos direitos sociais aprovadas pela constituinte de 1988 passaram pelo viés da democracia representativa, em que os cidadãos foram chamados a escolher seus representantes e transferir a eles o poder de decidir o destino de milhões de brasileiros. Uma pequena chancela foi dada à população, a de pressionar para que suas reivindicações fossem atendidas. E, para oferecer a ideia de que a sociedade civil possui a capacidade de elaborar normas, criaram-se as emendas constitucionais populares, que dependem de um número mínimo de assinaturas para entrar na pauta das discussões legislativas, o que, de fato, é muito pouco perto do que Gurvitch preconizava com o direito social.

Não resta dúvida de que esses direitos sociais fundamentais constituem a substância que norteia o constitucionalismo moderno, pois há o entendimento de que estes protegem a dignidade da pessoa humana e que consiste como dever do Estado, a sua proteção. Por outro lado, há um desafio da exigibilidade desses

---

<sup>117</sup> “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desempregados, na forma dessa Constituição”. (BRASIL, 1988).

direitos sociais no que tange à sua normatividade jurídica e ao cumprimento destas obrigações no plano nacional e internacional (SARLET; LINERA, 2010, p. 50).

Estes direitos fundamentais sociais, de natureza prestativa, devem impulsionar o Estado a dispor de meios materiais para garantir o seu cumprimento (SARLET, 2007, p. 189), atendendo ao seu caráter subjetivo de valorização das pessoas e das comunidades, tanto do ponto de vista individual como coletivo (SARMENTO, 2010, p. 105). O problema da eficácia desses direitos também foi referido por Gurvitch como decorrente das técnicas e procedimentos para sua garantia.

Sarlet e Linera (2010, p. 37) entendem que algumas constituições, de fato, prometeram até mais do que o desejado, sendo impossível cumprir todas as prerrogativas, em vista de uma exagerada amplitude de direitos sociais em suas normativas, surgida com o advento do Estado social, a partir do século XX. Ainda que seja justo, o Estado Brasileiro, na época da promulgação da Constituição Federal de 1988, e ainda hoje, não possui a capacidade de oferecer saúde para todos, como apregoa o artigo 196. Mesmo assim, este autor destaca como significativa a ideia de que os direitos sociais experimentam uma presença significativa no constitucionalismo contemporâneo, como fruto de pactos internacionais e regionais que acabam assumindo uma função de denominador comum, uma espécie de conexão.

Segundo estes autores, as diferentes estruturas dos países não impediram a inclusão dos direitos sociais em constituições, o que assegura, em muitos casos, níveis adequados de proteção social e bem-estar, o que mostra que a justiça está, de fato, vinculada à inserção desses objetivos na Constituição. Porém, sua efetivação depende de outros fatores que escapam ao direito e às suas possibilidades, apesar de constituir-se em norma autoaplicável e de eficácia imediata (artigo 5º, §1º, da CF/88).

As ideias de Sarlet e Linera ajustam-se ao que acontece em vários países, pois as crises econômicas, a retração no desenvolvimento econômico e as desigualdades sociais impedem uma efetivação dos direitos sociais, entre eles, a saúde, ainda mais quando se percebe que a sua não efetivação, como a alimentação e a moradia com qualidade, tornam a pessoa doente, ampliando o espectro do direito à saúde, notadamente atingido por dificuldades da população em outros setores.

Canotilho (2010, p. 19) também analisa essa situação, afirmando que os direitos sociais são caros<sup>118</sup> e sua efetivação depende de alguns fatores, como provisões financeiras suficientes, como uma infraestrutura estatal necessária para efetivar estes direitos, ambos relacionados a um crescimento econômico que sustente este investimento. Isso demonstra que a concretização dos direitos prestacionais, além de outros fatores, envolve problemas de natureza econômica em termos de sua eficácia e efetividade.

É neste sentido que se apresenta a teoria do mínimo existencial como condição para garantir estes direitos. Este mínimo existencial, de acordo com Sarlet e Figueiredo (2013, p. 24), constitui direito e garantia constitucional, havendo de guardar relação com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana, enquanto princípio constitucional fundamental, levando a se pensar também que existe uma reserva do possível, que fundamenta a limitação do Estado em atender a todas as demandas sociais.

O fato de haver garantias constitucionais a favor dos direitos sociais que preservem a sua tutela não isenta que os indivíduos beneficiados por eles se articulem em sua defesa, ou seja, “no hay derechos sin deberes, pero tampoco hay sujetos obligados sin sujetos capaces de obligar”<sup>119</sup> (PISARELLO, 2007, p. 122). Seguindo este raciocínio, os direitos sociais aprovados em instâncias constitucionais precisam ser garantidos pela população que depende deles, mobilizando-se para forçar o Estado a garanti-los, como mecanismo próprio do sistema democrático, em perfeita sintonia com o modelo preconizado por Gurvitch.

Para Alexy (2008, p. 111), não existem princípios absolutos<sup>120</sup>, porque do contrário, a definição da própria teoria dos princípios deveria ser modificada. Havendo colisão de princípios<sup>121</sup>, um há de prevalecer sobre o outro, em razão de

---

<sup>118</sup> Galdino (2005) realizou um estudo sobre a teoria dos custos dos direitos, referindo que eles “não nascem em árvores”, mas ao contrário, oneram bastante o Estado e a sociedade.

<sup>119</sup> “não há direitos sem deveres, porém, tampouco há sujeitos obrigados sem sujeitos capazes a obrigar”. (Tradução)

<sup>120</sup> Dworkin (2001) faz referência a dois princípios que deveriam ter um tratamento especial na normatização, mas sem citar o termo hierarquia. Seriam eles a liberdade e a igualdade, que estão relacionados da mesma forma que citava Rousseau, ou seja, que ambos se interligam na garantia dos direitos do cidadão.

<sup>121</sup> A teoria da colisão entre princípios, segundo Alexy, está formulada da seguinte maneira: quando houver colisão de princípios, um deve ceder, pois o outro possui uma precedência maior, que depende do caso concreto e do peso atribuído pelo julgador (ALEXY, 2008, p. 93-94). Para Dworkin (2002, p. 42) “Os princípios possuem uma dimensão que as regras não têm – a dimensão do peso ou importância”, o que significa que, em caso de conflito, o princípio que tiver o maior peso ou importância deve prevalecer.

determinadas condições, levando-se em consideração, sempre, o caso concreto. Se o princípio da dignidade da pessoa humana gera a impressão de possuir um caráter absoluto, é pelo fato dessa ser vista, ao mesmo tempo, como regra e como princípio, aliada ao fato de garantir precedentes que conferem altíssimo grau de certeza contra princípios que possam colidir com ela (ALEXY, 2008, p. 111-112).

Se os princípios constituem mandamentos de otimização, de flexibilização, uma vez que podem ser satisfeitos em graus variados, o princípio da dignidade da pessoa humana não prevalece sobre as normas, até porque deve ser apreciado no caso concreto, segundo o princípio da proporcionalidade (ALEXY, 2008, 81-82)<sup>122e123</sup>. Isso porque as normas de direitos fundamentais irradiam todo o sistema jurídico, gerando efeitos, não apenas, para os indivíduos, mas para toda a coletividade, originando a chamada incidência ou eficácia horizontal de tais direitos, passíveis, por sua vez, de sopesamento, por isso, mais flexíveis e democráticos (ALEXY, 2008, p. 524).

Dentro dessa matriz, os direitos fundamentais possuem uma importância tão grande neste processo que se equiparam a princípios como a liberdade e a democracia, tamanha a sua valia para a construção de uma sociedade que preconiza o direito social. Os direitos fundamentais formam a base axiológica sobre a qual se assenta um constitucionalismo que tem como premissa a promoção da dignidade da pessoa humana, pois não se entende como uma existência digna ao ser humano quando este não possui condições mínimas sobre todos os aspectos essenciais à sua vida. Esses direitos estão relacionados com o direito a viver e participar da vida comunitária, a trabalhar, a proferir a sua palavra, a receber informações e a partilhar seus conhecimentos e experiências (ALEXY, 2008, p. 522).

Dessa forma, cabe ao Estado a proteção, promoção e realização concreta de uma política da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais, pois impõe-se um dever de abstenção (respeito) e de condutas positivas tendentes a efetivar e proteger a dignidade dos indivíduos (SARLET, 2012, p. 131-132),

---

<sup>122</sup> Para Alexy (2008, p. 113), há uma preferência da dignidade humana em face de outros princípios pela sua própria razão de ser suprema. Como é um princípio jurídico fundamental, harmoniza-se no caso concreto com outros princípios e direitos fundamentais. Como norma, é vista como valor intrínseco de cada pessoa, objeto de reconhecimento e proteção pela ordem jurídica e, portanto, não passível de restrições (SARLET, 2012, p.167).

<sup>123</sup>“Que cada ser humano é, em virtude de sua dignidade, merecedor de igual respeito e consideração no que diz respeito à sua condição de pessoa, e que tal dignidade não poderá ser violada ou sacrificada nem mesmo para preservar a dignidade de terceiros, não afasta, portanto – e convém repisar este aspecto – uma certa relativização ao nível jurídico-normativo”. (SARLET, 2012, p. 167).

promovendo as condições que viabilizem e removam toda sorte de obstáculos que estejam a impedir as pessoas de viverem com dignidade.

É por este motivo que a evolução da democracia gera a ampliação dos direitos fundamentais sociais (CORDEIRO, 2012, p. 28), em uma correlação que justifica a própria existência do Estado Democrático de Direito, cuja responsabilidade consiste em promover a dignidade da pessoa humana, garantindo o bem-estar do ser humano, assegurando-lhe condições políticas, sociais, econômicas e jurídicas para tanto.

Se a Constituição Federal de 1988 tivesse sido elaborada com base no direito social de Gurvitch, suas leis seriam reflexo de um amplo debate nacional em que cada comunidade elegeria suas prioridades nas diferentes áreas de produção de normas. A partir da discussão nos grupos, partir-se-ia para encontros cada vez maiores, em nível de bairro, de município, de região, de estado e, finalmente, de âmbito nacional, em uma grande conferência representativa da nação, com poder constituinte, para consagrar as decisões que vieram da base, ou seja, da população, como síntese dos debates e do confronto de interesses que é natural e positivo nas sociedades humanas.

Em parte, isso não aconteceu porque não havia uma sociedade preparada para este papel e porque o próprio Estado Democrático de Direito ainda é um projeto em construção. É por isso que o direito social de Gurvitch se enquadra nessa realidade, estando alicerçado com a ideia de participação da sociedade na elaboração e implementação de políticas públicas, pois ambos, à sua maneira, defendem a criação de normas no âmbito civil.

Um dos propósitos dessa tese, como já foi dito antes, consiste em aproximar os discursos semelhantes para extrair dos mesmos uma definição mais clara da responsabilidade das comunidades em decidir o seu destino. Pode-se chamar isso de direito social, mas também de participação cidadã, de democracia participativa (GOHN, 2001), (SCHERER-WARREN, 1996; 1999; 2006), de ação comunicativa ou agir comunicativo (HABERMAS, 2012a; 2012), democracia deliberativa (HABERMAS); ou legitimação democrática (HABERMAS). O importante é que os vários autores estudados convergem para um ponto nevrálgico, o da emancipação do cidadão.

Essa ação social coletiva deve gerar um sentimento de pertencimento e reconhecimento das necessidades básicas da pessoa e do outro, como condição

para sua emancipação (HERMANY; COSTA, 2009, p. 32-33). Essa busca se torna mais fácil dentro de um contexto de redes<sup>124</sup>, em que há uma horizontalidade nos processos, nos quais há a devida expressão das vontades dos sujeitos sociais que compõem seu tecido formativo. Essas redes de comunhão e de colaboração, segundo as lições de Gurvitch, se realizam dentro da própria organização social e entre sociedade civil e Estado.

Quando se fala da interconexão entre Gurvitch e os juristas contemporâneos, não há dúvidas de que defendem a mesma tese, a afirmação dos direitos sociais fundamentais pela ordem constitucional, o chamado direito social condensado, ao mesmo tempo em que promovem a construção da garantia desses direitos através da inserção e da força da coletividade, buscando-se construir um novo paradigma de afirmação desses através da participação popular nas decisões da esfera pública, no sentido de que a melhoria na prestação desses direitos fundamentais somente é possível mediante a interface entre poder comunitário e poder estatal.

Assim, percebe-se que o Estado Democrático brasileiro está entrando em uma nova fase, que reafirma os direitos sociais positivados com a devida atualização histórica resultante do avanço da sociedade e da descoberta de novas necessidades, com a preocupação em efetivar a legitimação da participação da sociedade civil neste processo, apontada pela Constituição Federal de 1988, através de mecanismos de participação, com ênfase nos conselhos consultivos e deliberativos.

Reconhecem-se os avanços, na medida em há diversas formas de inserção, como as consultas populares (ou orçamentos participativos), as audiências públicas, os conselhos municipais, estaduais e nacionais de segmentos da população a ser atendida (idosos, crianças e adolescentes, assistência social), havendo as condições para que o cidadão avance em sua participação, deliberação, implementação e avaliação das políticas públicas.

Habermas (2012a, p. 53) considerava essa participação como decorrente de uma evolução do próprio direito, na medida em que aproveitava os ensinamentos de eminentes pensadores, como Kant ou Rousseau para afirmar a legitimação da

---

<sup>124</sup> A palavra “rede” possui múltiplos sentidos, mas para o trabalho aqui proposto, significa relacionamentos compartilhados na busca de objetivos comuns, movida pela solidariedade, confiança, participação e ideais democráticos.

ordem jurídica sob o viés da participação, ou seja, a pretensão de legitimidade deve ser alcançada pela força integradora da vontade de todos os cidadãos livres e em condição de igualdade, tal como afirma Gurvitch:

Etant donné que le Droit Social est un droit d'intégration, les droits sociaux, proclamés par les Déclarations doivent être les droits de participation des groupes et des individus découlant de leur intégration dans des ensembles et garantissant le caractère démocratique de ces derniers: droits du producteur, du consommateur et de l'homme à participer à la communauté nationale et à y collaborer sur pied d'égalité avec le, citoyen; droit d'exercer un contrôle sur tout pouvoir de quelque façon qu'il surgisse dans un groupe ou un ensemble où l'intéressé est intégré; droits de tous les participants d'en appeler à un groupe ou un ensemble contre un autre groupe ou un autre ensemble, lorsque leur liberté se trouve menacée; droit à la liberté des groupes, à l'intérieur des groupes et entre les groupes<sup>125</sup>. (GURVITCH, 1946, p. 79).

Gurvitch destaca a efetiva participação dos sujeitos sociais em todos os aspectos da vida, incluindo-se os direitos sociais, além da produção normativa relativa a esses direitos, daí dizer que o direito social se apresenta como um verdadeiro processo de integração.

A participação defendida por Gurvitch, neste caso, relaciona-se com a concepção habermasiana de ação comunicativa e do poder atribuído aos atores da sociedade, traduzindo-se “no papel de mediação que o direito exerce, situado entre a facticidade e a validade, inserindo-se, dessa maneira, na tensão, no processo de articulação e negociação entre os atores da sociedade civil” (HERMANY, 2007, p. 43), de forma que “a ótica positivista de legitimidade do direito possa ser superada pela discursiva”, cujo caráter legitimador surge de um “processo negociado e articulado na sociedade”. (HERMANY, 2007, p. 50).

Dessa forma, unindo-se a perspectiva dos direitos sociais, de acordo com o marco constitucional, com a teoria do direito social de Gurvitch, engendra-se um pluralismo que permite ao cidadão se organizar para defender o que é seu de direito, já promulgado, mas não efetivado, provocando um rompimento da dogmática jurídica, em que o Estado é que decide o que é bom para o cidadão.

---

<sup>125</sup> “Sendo dado que o Direito Social é um direito de integração, os direitos sociais proclamados pelas Declarações devem ser os direitos de participação de grupos e de indivíduos decorrendo de sua integração nos conjuntos e garantindo o caráter democrático desses últimos: direitos do produtor, do consumidor e do homem a participar da comunidade nacional e nela colaborar em pé de igualdade com o cidadão; direito de exercer um controle sobre todo o poder não importando a maneira como ele surja em um grupo ou conjunto onde o interesse está integrado; direitos de todos os participantes de chamá-lo a um grupo ou um conjunto contra um outro grupo ou um outro conjunto enquanto sua liberdade se acha ameaçada; direito à liberdade dos grupos no interior dos grupos e entre os grupos”. (Tradução)



Disso resulta que o pluralismo jurídico e os fundamentos de direito social de Gurvitch possibilitam uma releitura dos direitos fundamentais sociais no constitucionalismo brasileiro, de forma que o princípio democrático passa a exigir um pluralismo jurídico que tenha como primazia as coletividades extra-estatais, constituindo-se uma verdadeira teoria da participação e emancipação em defesa da saúde, como forma de complementaridade do atual modelo constitucional brasileiro, conforme se verá adiante.

### 1.3 Interações do pluralismo jurídico e da democracia com o Direito Social de Gurvitch como forma de complementaridade do atual modelo constitucional brasileiro

Esta seção tem como objetivo aproximar a teoria de direito social de Gurvitch da ideia de participação da sociedade civil como uma exigência do aprofundamento do Estado Democrático de Direito. A participação da comunidade nos assuntos que lhe dizem respeito perpassa o conceito de direito social como fundamento prático para que se exerça a possibilidade de criar um direito autônomo e de comunhão, próprio de uma sociedade pluralista como Gurvitch havia pleiteado.

A sistemática jurídica, para Gurvitch (1945, p.165), resultante de ordens espontâneas da sociedade, a partir de sujeitos complexos, consiste numa “pluralidade de ordens jurídicas internas dos grupos particulares, excluído o Estado”, o que significa que o direito, na ótica de Gurvitch, não se identifica somente com a sua versão estatal, porque o Estado constitui um ordenamento jurídico como os outros, sujeito a ter em seu interior diferentes espécies de direito (GURVITCH, 1945, p. 241), motivo pelo qual, para o pluralismo jurídico, o Estado é visto “como um círculo de direito dentro do círculo infinitamente mais amplo de leis não estatais”<sup>126</sup> (GURVITCH, 1932, p.152). Além “do direito estatal, há o direito surgido da autorregulação de grupos econômicos, culturais e sociais”. (ARAGÃO, 2008, p. 23).

Percebe-se que a teoria pluralista de Gurvitch está em consonância com o cenário jurídico contemporâneo, pois o Estado Democrático de Direito, com base constitucional e alicerçado no poder fortalecido do cidadão, em plena virada de

---

<sup>126</sup> Bobbio (1987, p. 9) entende que o pluralismo não é uma novidade contemporânea, pois já existia na Idade Média, quando a mesma se alicerçava em bases jurídicas criadas em diferentes unidades sociais (feudos, corporações, comunas e famílias). Essa realidade mudou com o advento do Estado moderno e a consequente monopolização da produção jurídica.

século, veio dar cunho concreto a essa ideia, através de um pluralismo que se afirma na sociedade globalizada, unindo também o direito com ciências como a antropologia e a sociologia para criar um novo patamar interpretativo (SANTOS, 2009, p. 55).

De fato, a pluralidade pode ser observada em todas as sociedades, pois as mesmas são constituídas de grupos sociais que criam seus modos particulares de existência, porém, quando confrontados, os grupos tendem a defender seu paradigma e este conflito é que gera o motor social (GURVITCH, 1946, p. 59). Este caráter pluralista da sociedade é que a torna dinâmica<sup>127</sup>.

Apesar da identidade entre a teoria constitucional brasileira e os postulados de Gurvitch, deve ser dito que paira sobre o paradigma constitucionalista democrático a dogmática jurídica dos direitos fundamentais, cuja origem é parlamentar, ou seja, as deliberações legislativas não provêm da sociedade<sup>128</sup>. Para Gurvitch, as decisões públicas (legislativas ou administrativas) são instituídas em âmbito comunitário e referendadas pelo parlamento/Estado<sup>129</sup>.

O pluralismo, para Gurvitch (1946, p. 63), é visto como um ideal democrático, na medida em que “a democracia está fundada sobre o princípio da equivalência entre os valores pessoais e os valores dos grupos que se realizam por meio da variedade na unidade”<sup>130</sup>, o que importa dizer que “o ideal democrático tem

---

<sup>127</sup> A partir de uma perspectiva sociológica, para Gurvitch (1946, p. 58-65), o pluralismo jurídico assume três pontos de vista: o pluralismo como um “fato”, como um “ideal” e como uma “técnica”. Como fato, ele resulta do agrupamento de microcosmos particulares que se sobrepõem dialeticamente, decorrente da luta de classes, dos conflitos de interesses, do direito operário e das instituições que procuram equilibrar os direitos dos cidadãos. Como ideal, ele decorre da harmonia existente entre a variedade e a unidade, na busca de um ideal moral e jurídico, consistente no equilíbrio entre os valores pessoais e valores dos grupos sociais, uma imanência recíproca entre as partes e o todo, pois o ideal democrático tem como fundamento o pluralismo. Como técnica, remete à sua concepção como método específico utilizado na luta pela realização da liberdade humana e dos valores democráticos.

<sup>128</sup> A dogmática do direito constitucional é abordada por Canotilho, que disserta: “[...] paira sobre a dogmática e teoria jurídica dos direitos econômicos, sociais e culturais a carga metodológica da vaguides, indeterminação e impressionismo que a teoria da ciência vem apelidando, em termos caricaturais, sob a designação de ‘fuzzysmo’ ou ‘metodologia fuzzy’”. “Em toda a sua radicalidade a censura de fuzzysmo lançada aos juristas significa basicamente que eles não sabem do que estão a falar quando abordam os complexos problemas dos direitos econômicos, sociais e culturais”. (CANOTILHO, 2008a, p. 100).

<sup>129</sup> No Estado Brasileiro, o que mais se aproxima dos postulados de Gurvitch são os projetos de lei apresentados pela iniciativa popular. Foi o que aconteceu com os projetos de lei propostos por alguns municípios do País por iniciativa da população para a diminuição dos salários dos prefeitos e vereadores.

<sup>130</sup> A partir de uma matriz pluralista, Gurvitch (1935, p. 150-151) destaca que “a unidade do direito se firma nessa escala de um modo puramente imanente e se realiza na pluralidade mesma dos fatos normativos equivalentes. Unidade imanente na variedade, tal é a última palavra da teoria pluralista do direito”.

sua fonte no ideal pluralista”, ou melhor, “o futuro da democracia<sup>131</sup> (GURVITCH, 1929, p. 422;1935, p. 256) está na universalidade e na multiplicidade de suas faces”, no sentido de conciliar o interesse dos indivíduos, dos grupos e do todo social, buscando integrar liberdade humana individual e igualdade numa mesma comunidade fraterna (GURVITCH, 1935, p. 252 e 1929, p. 107), permitindo a emancipação da cidadania através das coletividades.

A teoria pluralista e democrática do direito<sup>132e133</sup>, defendida por Gurvitch, possui uma visão da política centrada sobre um todo social, buscando superar o individualismo do direito burguês clássico, levando em conta a autonomia dos indivíduos e da sociedade, de forma horizontal e descentralizada do poder político, combinando liberdade, igualdade e a soberania popular<sup>134</sup>, em oposição ao poder estatal, permitindo “fundamentar a liberdade humana como destinação da revolução gurvitchiana”<sup>135e136</sup> (JORNOD, 2014, p. 102), consistente no núcleo essencial do seu pluralismo democrático.

<sup>131</sup> A “democracia futura” preconizada por Gurvitch em seus escritos em meados de 1929, já previa uma ideia coletivista, desvinculada do individualismo, ou seja, centrada na “unidade social”, respeitando a liberdade humana, mediante relações descentralizadas e horizontais do poder político. Para este jurista-sociólogo francês a “democracia participativa” constitui a base da sua “democracia futura”. Em síntese, “o futuro da democracia está na multiplicidade de suas faces e no seu caráter pluralista” (Gurvitch, 1935, p. 265) O princípio democrático, enquanto integrante de uma “democracia futura” defendida por Gurvitch, pode ser melhor estudado em Gurvitch (1929, p.403-431) e (1935, p. 233-265).

<sup>132</sup> “Impedir a democracia é impedir o humano” (JORNOD, 2014, p. 102), uma vez que “sufocar a liberdade é, então, matar, não apenas a personalidade, mas também o ‘todo social’, rebaixado ao estado de uma massa amorfa e esmagadora” (GURVITCH, 1935, p. 249).

<sup>133</sup> “A teoria democrática e a teoria pluralista têm em comum o fato de serem duas propostas diversas, mas não incompatíveis (ao contrário, são convergentes e complementares) contra o abuso do poder; representam dois remédios diversos, mas não necessariamente alternativos contra o poder exorbitante. A teoria democrática toma em consideração o poder autocrático, isto é o poder que parte do alto, e sustenta que o remédio contra este tipo de poder só pode ser o poder que vem de baixo. A teoria pluralista toma em consideração o poder monocrático isto é, o poder concentrado numa única mão, e sustenta que o remédio contra este tipo de poder é o poder distribuído”. (BOBBIO, 2000, p. 72).

<sup>134</sup> Para Gurvitch (1945, p. 61) a liberdade, a igualdade e a fraternidade expressam o fundamento do ideal democrático, apontando o múltiplo através da liberdade, a unidade graças à fraternidade, e a síntese entre as duas, através da igualdade das pessoas e dos grupos participante da comunidade.

<sup>135</sup> A liberdade humana constitui o núcleo essencial da teoria do direito social de Gurvitch (1968, p. 86-87; 1955a) ao afirmar que “[...] não se pode deduzir, explicar a liberdade humana nem tirá-la de qualquer construção. Não se pode senão verificá-la, vivê-la, experimentá-la e descrevê-la depois. Ela é uma propriedade, uma qualidade primordial, irreduzível da existência humana, tanto coletiva como individual, chama subjacente a toda obra, ação, reação, conduta, realização. Pressupõe obstáculo a transpor, resistências a eliminar, barreiras a derrubar, realizações a ultrapassar, situações a transformar. É uma liberdade situada, liberdade imbricada no real, liberdade sob condição, liberdade relativa. [...] é que a liberdade humana se serve para alcançar seus destinos. E, Gurvitch, assim, define a liberdade humana: “A liberdade humana, que se verifica nas experiências coletivas, tanto quanto nas individuais, consiste em ação voluntária espontânea e clarividente – renovadora, inventiva e criadora – que, guiada por suas próprias luzes, surge no flagrante do próprio

Portanto, o ideal democrático preconizado por Gurvitch está centrado na sua teoria do direito social<sup>137</sup> que se afirma no poder político dos grupos da ordem social e que se expressa através da liberdade humana individual e coletiva, na qual o poder do coletivo e do indivíduo se equilibram face aos diferentes todos sociais, enquanto “construção autorreguladora da vontade popular”, constituindo uma força transformadora da realidade social (JORNOD, 2014, p. 100 e 103). Isso geraria uma sociedade centrada no coletivismo e na horizontalidade, tendo a participação e autogestão como pressupostos de organização, pois “a democracia se compreende assim como uma matriz do equilíbrio dos todos sociais”. (JORNOD, 2014, p. 101).

A concepção pluralista e coletivista de Gurvitch se identifica com o modelo constitucional brasileiro<sup>138</sup>, também de caráter plural e social<sup>139e140</sup>, ao proteger os direitos fundamentais sociais, garantidora, assim, de direitos individuais, coletivos e difusos. Disso se conclui que é necessária a presença de valores coletivos e solidários no contexto da atual sociedade, cujos objetivos comuns devem ser alcançados entre sociedade civil e sociedade política.

Assim, "Toda una serie de problemas primordiales del derecho constitucional del Estado democrático sólo pueden ser verdaderamente resueltos si recurrimos a la idea del derecho social, que se manifiesta aquí en su forma condensada" (GURVITCH, 2005, p. 95), ou seja, neste novo marco integrador, há, por conseguinte, uma "revalorização da ordem estatal e suas garantias" (MORAIS, 1997, p. 96), o que significa dizer que a problemática dos direitos sociais fundamentais depende da integração entre poder social e poder público estatal para efetivar-se no âmbito do atual Estado Democrático de Direito.

O texto constitucional, ao consagrar os direitos sociais, permite que se estabeleça uma relação com a Constituição e seus direitos e princípios fundamentais e, também, com a legitimidade das decisões públicas pela sociedade,

---

ato, provoca interpenetração do motor, do motivo e da contingência, se esforça por saltar, derrubar, quebrar, todos os obstáculos e modificar, superar, recriar, todas as situações”.

<sup>136</sup> Abbagnano (1956, p. 74-86) destaca que Gurvitch é o sociólogo da liberdade.

<sup>137</sup> “O direito social de Gurvitch é então, ao mesmo tempo uma emanção do poder político do humano tanto em sua individualidade quanto em sua dimensão coletiva, mas igualmente uma via rumo à sua emancipação através da afirmação de sua participação no fenômeno político”. (JORNOD, 2014, p. 104).

<sup>138</sup> “Se a sociedade é plural, a Constituição deve ser pluralista”. (VALE, 2009, p. 21).

<sup>139</sup> Apresenta-se como uma Constituição tipicamente social visto que tem como objetivos “construir uma sociedade livre, justa e solidária” (Inciso I) e “erradicar a pobreza e a marginalização” (Inciso II) e “reduzir as desigualdades sociais e regionais” (Inciso III). (BARROSO, 2010, p. XI).

<sup>140</sup> A respeito da Constituição pluralista enquanto pluralismo constitucional consultar Häberle (2013).

atuando os atores sociais como verdadeiros intérpretes da Constituição na busca da concretização dos direitos fundamentais (HÄBERLE, 2002, 2013).

Häberle (2002, p. 13) defende que as normas promulgadas em uma constituição passem de uma interpretação fechada da mesma, em que somente aqueles que pertencem ao mundo jurídico possam decodificá-la, para o que chama de uma interpretação<sup>141</sup> aberta, na qual o círculo de intérpretes deve ir além das autoridades públicas e as partes formais do processo de controle da constitucionalidade. Segundo o autor, todos os cidadãos e grupos que vivenciam a realidade constitucional<sup>142</sup>, e que são afetados por ela, acabam por interpretá-la ou, ao menos, por co-interpretá-la, atuando como intérpretes constitucionais em sentido amplo ou, ao menos, como pré-intérpretes.

A partir desse entendimento, é possível salientar que “Todo aquele que vive no contexto regulado por uma norma e que vive com este contexto é, indireta ou até mesmo diretamente, um intérprete dessa norma”, o que significa que “o destinatário da norma é participante ativo, muito mais ativo do que se pode supor tradicionalmente, do processo hermenêutico”, ou melhor, ainda, “como não são apenas os intérpretes jurídicos da Constituição que vivem a norma, não detêm eles o monopólio de interpretação da Constituição (HÄBERLE, 2002, p. 15).

Essa forma aberta de interpretação das normas constitucionais constitui um elemento objetivo de afirmação de inúmeros direitos, como os direitos fundamentais, pois o processo de interpretação está ao alcance de toda a sociedade, sendo notadamente pluralista<sup>143</sup> (HÄBERLE, 2002, 17), consistente em uma “teoría de la transformación social” (HÄBERLE, 2013, p. 92).

A partir dessa diretriz, é possível dizer que a Carta Política encontra-se pautada em uma eficácia normativa decorrente da efetivação direta dos direitos sociais ou como decorrência de sua interpretação – os chamados princípios “normas

---

<sup>141</sup> Para Häberle (2002, p. 14 e 2013, p. 89) a interpretação é um ato consciente e intencional cujo objetivo é a compreensão da norma, a qual deve ser compreendida de forma mais ampla possível já que inclui, não somente os processos judiciais, isto é, aqueles provenientes dos tribunais, mas abarca aqueles em que os cidadãos se fazem presentes de forma ativa e passiva, em especial aqueles relativos aos atos da comunidade política, já que todos eles dizem respeito a Lei Fundamental.

<sup>142</sup> Para Häberle (2002, p. 14) “cidadãos e grupos, órgãos estatais, o sistema público e a opinião pública [...] representam forças produtivas de interpretação”.

<sup>143</sup> A interpretação constitucional constitui elemento da sociedade aberta, sendo ela ao mesmo tempo “elemento resultante da sociedade aberta e um elemento formador ou constituinte dessa sociedade”, por isso “os critérios de interpretação constitucional não de ser tanto mais abertos quanto mais pluralista for a sociedade (HÄBERLE, 2002, p. 13).

consagradoras de princípios políticos”. (CANOTILHO; MOREIRA, 2010, p. 43). Por isso, “a preservação da força normativa da Constituição será provida na medida em que, ao interpretar o Texto Constitucional, o intérprete integre sua atuação ao processo dinâmico de produção normativa e constitucional” (LEAL, 2000, p. 161), isto é, a unidade da Constituição também é preservada no pluralismo, pois está aberta às diferentes interpretações (HÄBERLE, 2002, p. 32-33), visto que a legislação máxima de um país está imersa em um processo permanente de mudança, atenta ao que acontece no mundo real (LEAL, 2000, p. 153).

Por essa razão, dentre outras, a Constituição brasileira de 1988 passou a ser o centro do sistema jurídico, o que significa que “a supremacia até então meramente formal da Lei Maior”, passou a ser “material e axiológica, potencializada pela abertura do sistema jurídico e pela normatividade de seus princípios” <sup>144e145</sup>. (BARROSO, 2010, p. XI). Essa mudança de paradigma centrada na positividade dos princípios e valores constitucionais dá origem ao neoconstitucionalismo <sup>146</sup> ou “novo direito constitucional” (BARROSO, 2005), doutrina moderna da teoria constitucional brasileira, o qual representa o marco do pós-positivismo, que se caracteriza por propor uma nova leitura da Constituição, advinda com as transformações do constitucionalismo contemporâneo e da sua supremacia no contexto da nova interpretação constitucional.

Por conseguinte, observa-se que a tese defendida por Häberle se encontra em perfeita sintonia com o direito social de Gurvitch, na qual o direito é produzido pelos próprios atores sociais, isto é, primando pela participação ativa dos cidadãos nos processos de decisões políticas, os quais integram o processo de interpretação na sociedade pluralista e democrática, o que afasta o monopólio de produção e interpretação jurídica somente pelo Estado, típica do monismo e da era liberal-individualista. Assim, a ordem social integrativa, composta pelo poder social e poder estatal, deve manter uma relação indissociável com o pluralismo jurídico no atual

---

<sup>144</sup> Os princípios saltam dos Códigos “onde eram fontes de mero teor supletório, para as Constituições, onde em nossos dias se convertem em fundamento de toda a ordem jurídica, na qualidade de princípios constitucionais”. (BONAVIDES, 2009, p. 289).

<sup>145</sup> Leal (2003, p. xi-xii) defende “os princípios como condição de possibilidade do sentido da Constituição”, cuja materialidade das Constituições típicas desse novo modelo se encontram firmadas sob dois pilares: “o respeito à democracia e a realização dos direitos fundamentais sociais”.

<sup>146</sup> O filósofo alemão Alexy e o norte-americano Dworkin dessacam-se dentre os maiores representantes do neoconstitucionalismo, enquanto teoria pós-positivista ou não-positivista. Em âmbito nacional evidenciam-se Barroso (2005, p. 22), Bonavides (2009, p. 264), entre diversos outros.

Estado Democrático constitucional, quando a Constituição inclui uma tarefa jurídico-política de divisão de poderes (HÄBERLE, 2013, p. 88).

A formulação da "sociedade aberta de intérpretes da Constituição"<sup>147</sup>, cujos participantes são fundamentais no processo de realização e de obtenção do direito, (HÄBERLE, 2002, p. 43), desempenha papel importante na redefinição das relações entre sociedade e Estado, porque favorece o envolvimento da sociedade civil nas decisões públicas e no âmbito de formação do direito social, em especial a política pública de saúde, aproximando Constituição e cidadania e conduzindo à democratização da interpretação constitucional, não podendo esse círculo de intérpretes, por sua vez, apoiado no direito social condensado, manter-se desvinculado do Estado constitucional.

Desse modo, a ideia de direito social de Gurvitch, alicerçada nos ideais democráticos, estabelece com a Constituição uma relação inseparável, especialmente no que tange à efetivação de seus direitos e garantias constitucionais, visto que essa "atua como limite ao processo discursivo, tanto em relação à legislação como no tocante às decisões públicas, considerando essas legítimas a partir de um processo interpretativo constitucional". (HERMANY, 2007, p. 80).

Com efeito, o direito de participação é uma condição indispensável para que se proclamem normas entre os grupos, pois do contrário essas serão manifestações autoritárias de um líder que se opõe ao exercício democrático da maioria de decidir seu destino, visto que toda inserção social é uma condição de cidadania, já que o homem é um animal político (ARISTÓTELES, 2008, p.70), a qual constitui uma ação da sociedade civil na ingerência de assuntos que estão na esfera pública, e que afetam diretamente as comunidades.

Através da participação<sup>148</sup>, as pessoas dentro das comunidades e as comunidades dentro da sociedade<sup>149</sup> mostram o seu comprometimento em prol da

---

<sup>147</sup> "A sociedade é livre e aberta na medida em que se amplia o círculo dos intérpretes da Constituição em sentido lato". (HÄBERLE, 2002, p. 40).

<sup>148</sup> O tema da participação é analisado por Gohn (2001, p. 13-29) numa perspectiva sociopolítica, a qual apresenta os principais marcos teóricos sobre a temática. Refere a autora três tipos de participação: a pseudo-participação, em que a população é apenas consultada; participação parcial, em que nem todos que participam do processo tomam parte das decisões; participação total, na qual todos os grupos que participam tem peso nas decisões finais.

<sup>149</sup> A palavra comunidade tem origem no termo latim *communis*, ou seja, o conceito refere-se à qualidade daquilo que é comum ou de pessoas vinculadas por interesses comuns (ARNAUD, 1999, p. 122). A temática relativa à distinção entre "comunidade" e "sociedade" será tratada de forma pormenorizada no quarto capítulo desse estudo.

organização social e econômica, inserindo-se e participando das decisões que afetam a coletividade, envolvendo assuntos como segurança, direitos pessoais e coletivos, justiça social, desenvolvimento econômico e demais assuntos relativos ao que é comum, de acordo com as tradições culturais de cada sociedade (GORCZEVSKI, 2010, p. 3019).

A participação se identifica com a democracia, isto é, no Estado Democrático de Direito, adotou-se a democracia representativa<sup>150e151</sup>, através de eleições diretas e universais<sup>152</sup>, isto é, os cidadãos possuem o direito de escolher seus representantes, transferindo a eles o direito de decidir em nome de todos do grupo, vinculando-se a essa prática os procedimentos necessários para isso (BOBBIO, 2000, p. 31) e a democracia direta, mediante a participação dos cidadãos nos assuntos públicos, através do plebiscito, o referendo e a iniciativa popular<sup>153</sup>. Embora Gurvitch não utilize estes termos, é notório que sua preferência está na democracia participativa, pois o direito social, em sua teoria, parte da autodeterminação das comunidades na produção de suas normas e nas decisões administrativas.

No entanto, o direito social de Gurvitch não é uma teoria que exclui o Estado, mas, pelo contrário, reconhece a sua efetividade como organizador maior da sociedade e concorda em submeter as decisões da sociedade ao ente estatal, transformando-se este direito de comunhão em condensando, respeitando-se as normas da democracia vigente. Toda democracia pressupõe um conjunto de normas que, se não é aceito por determinado grupo, o mesmo deve lutar dentro de seus parâmetros para modificá-lo.

Ressalta-se, no entanto, que mesmo sendo uma democracia representativa e direta, o sistema democrático do governo brasileiro aponta para canais de participação da sociedade civil organizada, ainda que sejam considerados insuficientes para oferecer autonomia aos cidadãos nas decisões e produções de

---

<sup>150</sup> “A expressão “democracia representativa” significa genericamente que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira, são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas, por pessoas eleitas para essa finalidade”. (BOBBIO, 2000, p. 56).

<sup>151</sup> O princípio da soberania popular representado na regra de que “todo o poder emana do povo”, vem expresso no parágrafo único do artigo primeiro da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

<sup>152</sup> O artigo 14 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 dispõe que a “soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos”. (BRASIL 1988).

<sup>153</sup> A Lei Federal nº 9.709/98 apresenta a definição desses instrumentos democráticos.



normas que envolvem direitos sociais, nos moldes propostos por Gurvitch, apesar do texto constitucional prever expressamente a cidadania (artigo 1º, inciso III, da CF/88) como um dos seus fundamentos.

Le Droit Social fait participer directement les sujets auxquels il s'adresse, à un tout, qui à son tour participe directement aux relations juridiques de ses membres. C'est pourquoi le droit social est fondé sur la 'confiance, sur l'effort en commun, sur l'entraide, tandis que le droit de séparation et de coordination délimitative est fondé sur la méfiance et les conflits et le droit de subordination sur l'asservissement et le détournement du droit d'intégration par son aliénation et sa soumission au droit de séparation<sup>154</sup>. GURVITCH, 1946, p. 75).

Configurar uma ideia de participação da sociedade civil nas decisões do novo espaço público significa refundar o Estado Democrático de Direito, aprofundando as premissas de uma “ética cidadã”, na qual cada indivíduo deva sentir-se responsável pela gestão do que é público, condição que irá mudar seu modo de vida radicalmente. Isso significa querer se inteirar dos interesses coletivos, principalmente do que acontece na sua rua, no seu bairro e na cidade como um todo, assumindo um protagonismo até então apenas permitido ao Estado, aos partidos e às instituições tradicionais. Este novo cidadão irá participar ativamente dos movimentos coletivos tornando-se um ator social, no verdadeiro sentido do termo (SANTOS, 2002, p. 53).

Dentro desse contexto pluralista e democrático destaca-se a teoria do pluralismo jurídico comunitário-participativo, de caráter emancipatório (WOLKMER, 2001, p. 231-233),<sup>155</sup> em verdadeira oposição ao modelo tradicional da dogmática jurídica, visto que leva em conta elementos sociológicos. Este modelo se fundamenta na participação dos novos sujeitos coletivos na defesa das “necessidades humanas fundamentais”, distante da concepção liberal-individualista que priorizava apenas o sujeito individual.

---

<sup>154</sup> “O Direito Social faz participar diretamente os sujeitos aos quais ele se dirige, a um todo, que a seu turno, participa diretamente das relações jurídicas de seus membros. Isso ocorre porque o direito social está fundado sobre a confiança, sobre o esforço em comum, sobre a ajuda mútua. Em contraposição, o direito de separação e de coordenação delimitativa está fundado sobre a desconfiança e os conflitos; ao passo que o direito de subordinação está fundado sobre a subserviência e o desvio do direito de integração, pela sua alienação e sua submissão pelo direito de separação”. (Tradução)

<sup>155</sup> Na defesa do pluralismo jurídico emancipador Wolkmer (2001, p. XIX) reconhece “a existência de um pluralismo jurídico fundado no espaço de práticas sociais participativas, capaz de reconhecer e legitimar novas formas normativas extra-essatais/informais (institucionalizadas ou não), produzidas por novos atores titulares de carências e necessidades desejadas”.

Nessa nova perspectiva pluralista, estes novos sujeitos priorizam as reivindicações compartilhadas dentro de um esforço comum, como é o caso do direito à saúde, sem qualquer estrutura hierarquizada de poder, em que há uma reinvenção social e política através da participação surgida da experiência coletiva dos grupos, nas suas manifestações em luta por seus direitos (WOLKMER, 1993, p. 53).

Na esteira desse pluralismo jurídico emancipador<sup>156</sup> (WOLKMER, 2001, p. 122) os atores sociais passam a protagonizar ações através dos movimentos sociais<sup>157e158</sup>, identificados como “novos sujeitos históricos”<sup>159</sup> “legitimados para a produção legal não estatal”, os quais buscam a concretização dos direitos e garantias negados pelo Estado, além de se dedicarem à criação de novos direitos ou passando a influenciar o legislador na defesa de interesses coletivos.

Esses novos movimentos sociais<sup>160e161</sup> datam da década de 70 e 80, advindos com o surgimento dos novos direitos, constituindo importante instrumento na concretização dos direitos e garantias constitucionais, em decorrência da insuficiência das instituições políticas clássicas<sup>162</sup>. Eles vêm a assumir uma conotação participativa somente na década de 90, como reflexo das mudanças na

---

<sup>156</sup> A respeito do pluralismo jurídico enquanto novo paradigma de legitimação conferir Wolkmer (2016).

<sup>157</sup> Fala-se em novos movimentos eis que foram fruto da mobilização de novas categorias que extrapolaram os conceitos formais de classe e as formas de luta e modelos organizativos, incluindo autogestão, horizontalidade e respeito à diversidade. Estes novos movimentos também mudaram suas reivindicações, valorizando mais o indivíduo e seus direitos fundamentais como pessoa (CUSTÓDIO; MENDES, 2010, p. 2955-2956).

<sup>158</sup> Deve ser dito, conforme pontuam Gorczewski e Martin (2011, p. 131), que nem todas as mobilizações sociais podem ser denominadas de movimento social. Esses autores (GORCZEWSKI; MARTIN, 2011, p. 131-132) com apoio em Gallardo, classificam em três formas os movimentos populares: a) explosões sociais: levantes de setores populares com pouca organização e sem cunho ideológico definido. b) mobilizações sociais: também de cunho popular, mas com maior nível de organização, em busca de objetivos específicos: c) movimentos sociais: com caráter de continuidade e acumulação de forças, com pautas específicas e maior impacto social que os dois anteriores.

<sup>159</sup> Para Wolkmer (2001, p. 213) o novo sujeito histórico coletivo “articula-se em torno do ‘sofrimento’ – as vezes centenário – e das exigências cada vez mais claras de dignidade, de participação, de satisfação mais justa e igualitária das necessidades humanas fundamentais de grandes parcelas sociais excluídas, dominadas da sociedade”.

<sup>160</sup> Para aprofundar os estudos e a evolução histórica dos movimentos sociais consultar Gohn (1997, p. 251), para quem este movimento constitui “ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país, criando um campo político de força social na sociedade”.

<sup>161</sup> De construção europeia, os novos movimentos sociais encontram-se divididos em diversas correntes, cujo estudo pode ser aprofundado em Gohn (1997, p. 121-163).

<sup>162</sup> O surgimento dos novos movimentos sociais, segundo Wolkmer (2001, p. 110) deve-se “à debilidade do sistema representativo, à falência do Estado do Bem-estar Social e ao deterioramento da qualidade de vida”.

conjuntura brasileira e as políticas participativas decorrentes da República (GOHN, 1997, p. 273-285).

Inauguram uma nova cultura política, que prima por uma nova teoria da democracia e da emancipação, apontando para um novo modelo de cidadão, no qual a igualdade será alcançada através da participação e deliberação nas decisões públicas (legislativas e administrativas), rompendo com as antigas formas de organização e representação da sociedade (partidos e sindicatos), presentes na cultura jurídica formalista e dogmática do modelo liberal-individualista.

Gurvitch também se dedicou aos movimentos sociais, dando atenção ao movimento sindical e trabalhista, representados pelos ‘conselhos de fábrica’, mas, também, pelos ‘conselhos de gestão’ das empresas, no período da revolução russa, dotados de competência política e jurídica, sendo, este autor, considerado, por sua vez, um dos pioneiros da autogestão, razão pela qual o direito social surge espontaneamente, em total independência do Estado e da sua ordem jurídica (GURVITCH, 1977b, p. 648), consistente num estreitamento entre as instituições e os movimentos sociais organizados, rompendo com a separação sociedade civil e Estado (SANTOS, 2001, p. 263).

A partir dessa perspectiva, novos modelos de movimentos sociais podem contribuir, essencialmente, para a produção de normas jurídicas, encontrando-se na vanguarda da proposição de Gurvitch, eis que a participação popular e a liberdade de associação (BOBBIO, 1994 e TOCQUEVILLE, 1987), aliadas à consciência política e interesses comuns, permitirão que o cidadão seja responsável pela implementação de um novo “movimento social” pela saúde pública brasileira.

No entanto, a ideia de direito social de Gurvitch, desde sua época para a atual, sofreu inovações jurídicas, pois, quase um século de transformações se passou e houve um desenvolvimento social e tecnológico muito intenso, razão porque o pluralismo jurídico pós-moderno constitui uma nova vertente do antigo (ARAGÃO, 2008, p. 10)<sup>163</sup>, em que o aumento das fontes produtoras de leis e sua

---

<sup>163</sup> O pluralismo pós-moderno é diferente do pluralismo moderno. “Este não nega a diversidade da sociedade, e é isto que diferencia a modernidade da sociedade tradicional”. O pluralismo pós-moderno “estaria muito mais próximo de uma teia ou rede normativa, em permanente comunicação interna entre seus elementos e com dados externos da economia, da política, da ciência, da família, etc., do que da pirâmide kelsiana, de natureza hierárquica. Os que vão mais além chegam a defender o fim do Estado-Nação” e que não mais haveria “verdades absolutas”. (ARAGÃO, 2008, p. 9 e 10).

interpenetração tornam o sistema jurídico aberto, flexível e ligado a diversas redes normativas (JULIOS-CAMPUZANO, 2009, p. 20-21).

Dentro desse contexto, é possível dizer que “na atualidade, o Direito pode ser compreendido como um plexo de diversas redes normativas que interagem e que terminam por conformar um ente único auto-referenciado: o ordenamento jurídico”, isto é, onde “o Estado e a sua Constituição pretendiam-se erguer como ordens universais, abrangentes de todo o social” (ARAGÃO, 2008, p. 4 e 13), na verdade, o Estado aparece como resultado de uma ordem constitucional que abriga princípios e regras advindas do meio social, havendo, por assim dizer, uma nova “teoria material da constituição concebida como teoria social”, decorrente da auto-organização dos grupos sociais (CANOTILHO, 1994, p. 13-14).

Nesse contexto, “é indiscutível que, na realidade da vida social, o direito tenha um efetivo poder regulador somente quando é relativamente unificado em um ordenamento jurídico, ou melhor, ainda, em um sistema jurídico”. (GURVITCH, 1945, p. 217). Neste norte, a produção de normas advindas da ordem social, legitimada pelo ente estatal, configura o direito social de modelo condensado de Gurvitch, dando origem a um único ordenamento jurídico, de caráter constitucional e democrático.

A sociedade tornou-se ainda mais complexa do que apontava Gurvitch, pois, além da globalização, agora existem as redes colaborativas<sup>164</sup> que configuram movimentos em torno de uma pauta específica (DOMINGUES, 2002, p. 234-235), como aconteceu no Brasil, com os movimentos de junho de 2013<sup>165</sup>, que se organizavam através das redes sociais<sup>166</sup>, mostrando como a tecnologia pode ser utilizada para fins diversos.

Era isso, talvez, o que preconizavam as premissas da “democracia futura” idealizada por Gurvitch (1929), na qual a coletividade é afirmada no centro da ideia de democracia (JORNOD, 2014, p. 106). Em tempos de sociedade global e

---

<sup>164</sup> “A sociedade civil organizada do novo milênio tende a ser uma sociedade de redes organizacionais, de redes interorganizacionais e de redes de movimentos e de formação de parcerias entre as esferas públicas, privadas e estatais, criando novos espaços de governança com o crescimento da participação cidadã”. (SCHERER-WARREN, 2006, p. 127).

<sup>165</sup> Os movimentos de junho de 2013 ocorreram, em sua grande parte, de forma espontânea, com pouca participação da sociedade civil organizada. Por isto, sua pauta de reivindicações era tão grande e diversificada.

<sup>166</sup> Um outro exemplo de mobilização social surgida das redes sociais é o acontecimento denominado 15 M, que ocorreu em todas as praças das cidades da Espanha no dia 15 de maio de 2011, com o objetivo de reagir contra as políticas implementadas pelo governo espanhol (UNIVERSIDADE NOMADE, 2011).

interconectada, a ideia de direito social permanece ainda mais viva do que nunca, ou como diria Ehrlich, possibilita um direito permanente e vivo, em que todos os momentos constituem possibilidade de se conquistar novas demandas, constituindo-se em um cidadão complexo, ciente de suas responsabilidades e potencialidades (MORIN, 2001, p. 93-97).

Os novos movimentos sociais já surgiram com essa perspectiva, combatendo as exclusões e lutando por direitos de diferentes naturezas, sejam eles civis, políticos, socioeconômicos, culturais e ambientais (SCHERER-WARREN, 2006, p. 120), revelando o reconhecimento de que há uma diversidade dos sujeitos sociais e do pluralismo de ideias que envolvem essas pessoas, criando assim novas formas de governança das instituições criadas para organizar os movimentos, exatamente nos moldes propostos por Gurvitch, através das organizações coletivas complexas, cuja proposta de hierarquia é horizontal, com seus membros na mesma linha de direitos e deveres.

Inicia-se, dessa forma, a construção de um novo processo de participação política, com a passagem da democracia representativa para a participativa<sup>167</sup>, uma vez que a primeira representativa encontra-se em decadência,<sup>168e169</sup> devendo-se, assim, deixar para trás a apatia política dos últimos tempos (MARTÍN, 2005, p. 54) e perseguir um cidadão mais ativo, dotado de “virtude política”<sup>170</sup> (HELD, 1997, p. 97), no campo do direito social à saúde. Observa-se, desse modo, que a democracia possui uma intrínseca relação com o direito social de Gurvitch no contexto do seu

---

<sup>167</sup> “Las dificultades de una política participativa residen, entre otras cosas, en las condiciones de la vida moderna: la mayoría de los ciudadanos no puede intervenir activamente en la política preocupados como están por la subsistencia, ni logran disponer del tiempo suficiente para ello, ni hacen de esa “forma” de la política su vocación. Pero, al mismo tiempo, una separación completa de los ciudadanos de la política daría lugar a una riesgosa despolitización de la sociedad”. (QUIROGA, 2006, p. 127). “As dificuldades de uma política participativa residem, entre outras coisas, nas condições da vida moderna: a maioria dos cidadãos não pode intervir ativamente na política, preocupados como estão pela subsistência, nem conseguem dispor de tempo suficiente para isto, nem fazem dessa “forma” de política a sua vocação. Porém, ao mesmo tempo, uma separação completa dos cidadãos da política daria lugar a um risco de despolitização da sociedade”. (Tradução)

<sup>168</sup> A democracia representativa enfrenta dificuldades, a qual reflete a “sua própria debilidade para resolver a questão da participação cidadã na vida social”, ou seja, o desafio está em fornecer instrumentos de participação ao cidadão, de forma que ele se interesse em decidir assuntos que irão afetar sua vida (GORCZEVSKI; MARTIN, 2011, p. 81).

<sup>169</sup> A crise da democracia não está presente apenas no cenário brasileiro, mas também europeu, como pode ser conferido na obra de Morales (2014).

<sup>170</sup> “A política é a arte da gestão dos assuntos públicos e a tomada de postura sobre as decisões fundamentais que comprometem a vida e o futuro de uma comunidade. Possui, conseqüentemente, uma importância decisiva na vida de um povo e é a forma mais comprometida e responsável da dimensão social e temporal da pessoa”. (GORCZEVSKI, 2010, p. 3019).

pluralismo jurídico, visto que leva em conta uma ordem social organizada nos processos de normatividade jurídica. “[...] La démocratie est le droit social organisé; la souveraineté du droit social est la démocratie [...]”<sup>171</sup>. (GURVITCH, 1935, p. 263).

A democracia pluralista<sup>172</sup> é a mais favorável ao desenvolvimento jurídico e à salvaguarda da autonomia do controle social mediante o direito, distinto de outras formas de controle e regulação (GURVITCH, 1945, p. 311), figurando esse pluralismo participativo na própria reinvenção da democracia e do Estado (SANTOS, 2011), uma vez que o fortalecimento e a renovação do Estado Democrático brasileiro de Direito se dá a partir da democracia pluralista defendida por Gurvitch.

Portanto, a participação da sociedade civil exerce papel decisivo no processo de produção de normas e nas decisões públicas, do que resulta que esse novo sistema jurídico somente pode se efetivar se estiver fundamentado em uma democracia deliberativa<sup>173e174</sup>, de origem habermasiana<sup>175</sup>. Nela, o cidadão participa e decide – consoante o modelo do direito social de Gurvitch -, a qual “restringe-se a regras discursivas e formas argumentativas que extraem seu teor normativo da base validativa da ação que se orienta ao estabelecimento de um acordo mútuo, isto é, da estrutura da comunicação linguística”. (HABERMAS, 2007, p. 278).

Isto ocorre a partir de um núcleo comum de ideias e valores orientado para decisões legítimas (LEAL, 2008, p. 182-183), cuja “legitimação se desloca do processo legislativo oficial para o político, amparado numa estratégia discursiva, gerando uma normatividade decorrente da auto-regulação”. (HERMANY, 2007, p. 60), razão porque a política deliberativa “constitui o âmago do processo democrático”. (HABERMAS, 2011, p. 18).

---

<sup>171</sup> “[...] A democracia é o direito social organizado; a soberania do direito social é a democracia [...]”. (Tradução)

<sup>172</sup> A democracia, de caráter pluralista e emancipador, se identifica muito mais com o “cidadão” de Aristóteles (2008) do que com a designação de “povo” de Rousseau (2008).

<sup>173</sup> Na política deliberativa de democracia “o poder não está nas mãos de um só ou de poucos”, como na democracia liberal ou republicana, “mas de todos, ou melhor, da maior parte, como tal se contrapondo às formas autocráticas, como a monarquia e a oligarquia”. (BOBBIO, 1994, p. 7).

<sup>174</sup> Leal (2013, p. 15) contribui para o debate ao afirmar que existe espaço para uma democracia deliberativa que poderia se ocupar de tarefas que nem a democracia representativa nem a democracia participativa pressupõem. “A democracia deliberativa seria um aprofundamento da democracia, na medida em que essa se ocupa dos elementos procedimentais e principiológicos que viabilizam materialmente as relações, radicalizando o envolvimento social em todas as instituições de constituição do espaço público, antes, durante e depois das decisões”.

<sup>175</sup> “Apesar da grande influência de Jürgen Habermas para a constituição dessa vertente teórica, o primeiro impulso para o debate parece ter sido dado por Bernard Manin, ao distinguir dois sentidos de “deliberação” – como ‘processo de discussão’ e como ‘decisão’ – e ao fazer o segundo sentido depender teórica e praticamente do primeiro”. (COELHO; NOBRE, 2004, p. 34).

A democracia deliberativa<sup>176</sup> propõe resgatar o princípio da autonomia – “un principio que reconoce la indispensabilidad de la ‘igual autonomía’ de todos los ciudadanos” (HELD, 1997, p. 96), tanto no seu aspecto político, quanto privado, buscando concretizar a igual liberdade e a igual participação política, na produção de normas e nas decisões públicas de interesse coletivo, mormente na defesa dos direitos fundamentais sociais, como preconizado por Gurvitch, em verdadeira contraposição à democracia liberal/representativa e à democracia republicana de caráter meramente participativo, desvinculadas, sobretudo, da produção normativa dos interesses notadamente coletivos<sup>177</sup>.

Para o direito social gurvitchiano, a legitimação na produção do direito e nas decisões públicas pelos atores sociais, ganha relevância, através dos processos discursivos e argumentativos entre iguais, de noção habermasiana, o que nos conduz à discussão das teorias procedimentalistas e substancialistas.

Dentro desse contexto, Habermas (2012, p. 122) afirma que “a legitimidade está no processo democrático da legiferação”, ou seja, na afirmação do direito decorrente de uma soberania popular e disso resulta a estreita relação entre Constituição e soberania popular, a qual, além de figurar como um de seus fundamentos é responsável por uma deliberação pública capaz de originar normas jurídicas dotadas de positividade e validade ao ordenamento jurídico e que, segundo Gurvitch, dão origem aos fatos normativos.

Neste novo paradigma de normatividade democrática “a criação legítima do direito depende de condições exigentes, derivadas dos processos e pressupostos da comunicação, onde a razão, que instaura e examina, assume uma figura procedimental”. (HABERMAS, 2011, p. 9). Disso resulta que o modelo procedimental discursivo, advindo da formação da opinião e da vontade (HABERMAS, 2012, p. 146), realizado através do agir comunicativo, revelador da democracia procedimental<sup>178</sup>, dá origem ao processo legislativo, dotado, por sua vez, de legitimidade democrática, exatamente, de acordo com os postulados de Gurvitch.

Assim, a validade normativa do direito e das decisões políticas passam a ser legitimadas a partir dos processos discursivos, possibilitando aos indivíduos e

---

<sup>176</sup> Habermas (2011; 2012), Leal (2011), Nino (1999) e Elster (2001) aprofundam o tema da democracia deliberativa.

<sup>177</sup> Habermas (1995; 2011) e Held (1995) analisam os três modelos de democracia – liberal, republicano e deliberativo – de forma bastante pormenorizada.

<sup>178</sup> A democracia deliberativa dá origem à democracia procedimental, a qual se realiza mediante a prática do discurso e da argumentação entre iguais, na busca do consenso e entendimento coletivo.

grupos sociais amplo debate público mediante procedimentos de discussão e deliberação sobre interesses relativamente coletivos, visto que essa perspectiva de democracia procedimental visa à obtenção do bem comum, mediante o consenso social e entendimento, como é o caso do presente estudo em relação ao direito à saúde, que buscará um envolvimento da comunidade, local e nacional, em prol da melhoria da saúde pública brasileira.

O presente estudo insere-se no debate entre as teorias processuais ou procedimentalistas e materiais ou substancialistas, entendendo que nenhuma das duas, de forma pura, pode ser utilizada para explicar ou consubstanciar uma formulação que projete uma mudança na saúde brasileira e na efetivação desse direito social tão importante para a qualidade de vida da população, asseverando-se o fato de que o mesmo encontra-se protegido na Constituição como um direito de todos e um dever do Estado (artigo 196).

Os substancialistas<sup>179</sup> defendem a tese de que as decisões judiciais auxiliam na afirmação dos direitos fundamentais a partir de uma agenda igualitária, pois estão fundadas em princípios concentrados em uma lei maior, a constituição, instrumento vinculante e programático, que funciona como diretriz e sustentação do próprio Estado Democrático de Direito, constituindo, essa Constituição, um fator de integração política dos valores consagrados em uma determinada nação.

Portanto, a Constituição, enquanto força normativa, não configura apenas a expressão de uma dada realidade, mas ela ordena e conforma a realidade política e social, isto é, “converte-se em força ativa que influi e determina a realidade política e social”, motivo pelo qual não constitui “simples pedaço de papel”. (HESSE, 1991, p. 23-24). Verifica-se, assim, que a Constituição deve refletir o que há de mais avançado em termos de legislação social, pois é seu dever garantir que a sociedade civil, o seu cliente, tenha instrumentos para agir e defender o que é seu de direito, passando a ser o Estado uma organização de devir, ou seja, de prestação de

---

<sup>179</sup> Diversos autores defendem ideias de caráter substancialista, pois enfatizam a importância de se preservar a garantia constitucional. Sarlet (2007, 2012) entende os direitos fundamentais como decorrentes da prestação constitucional preconizados na ideia de dignidade humana, suporte hermenêutico que organiza o Estado Brasileiro, constituindo elementos fundamentais da ordem constitucional. Ferrajoli (1997 e 1999) enfatiza a garantia da ordem constitucional, afirmando sua supremacia em todos os campos do direito, notadamente o penal. Neste norte, não se pode esquecer de Alexy (2007), que dessaca a importância dos princípios como norteadores da ordem constitucional, eis que são os fundamentadores de toda a positividade e que irradiam todo o ordenamento jurídico.



serviços que estendam para a população um conjunto mínimo de garantias em relação ao seu projeto de vida, seja ele individual ou coletivo.

Porém, para os procedimentalistas, o papel maior, dentro do constitucionalismo contemporâneo, é dado ao caráter das decisões e à possibilidade delas efetivarem as conquistas dos cidadãos. Para os defensores dessa teoria, a Constituição, como força normativa, não possui um poder tão grande e não é entendida como uma ordem jurídica global e concreta que regula o Estado e os cidadãos.

O mais notável dos procedimentalistas é Habermas (2011), uma vez que a base de sua teoria advém de um processo legislativo democrático, o que favorece a sua validade, já que construída a partir de procedimentos discursivos/deliberativos e orientada para o consenso social, contudo, esse paradigma “não nega o papel do Estado, tanto que vislumbra, no Direito oficial, uma importante estratégia de garantia dos procedimentos democráticos”. (HERMANY, 2007, p. 66).

Neste estudo, propõe-se um modelo que supera essa dicotomia<sup>180</sup>, pois tanto o substancialismo como o procedimentalismo podem convergir para uma concepção mais avançada em que processos e princípios estejam intrinsecamente unidos para favorecer um bem maior, a conquista de direitos sociais fundamentais, mormente a saúde pública<sup>181</sup>, isto é, as duas vertentes são extremamente válidas e pertinentes na efetivação dos direitos fundamentais sociais, de forma que a conjugação do direito social de Gurvitch combinada com a defesa dos direitos fundamentais de ordem constitucional supera a dicotomia entre as duas correntes – processual e substancial.

Este movimento de afirmação dos direitos, isto é, a maneira como essas decisões são tomadas, também é considerado importante e faz parte do jogo, visto que deve haver, também no Estado Democrático de Direito, formas instituídas de participação da população nos destinos da região ou do País. Diversos mecanismos de inserção da sociedade civil nas decisões que envolvem a esfera pública foram e estão sendo criados, tendo em vista uma passagem gradual da democracia representativa para uma democracia mais participativa e deliberativa. Dentro dessa

---

<sup>180</sup> Hermany (2007, p. 56) defende uma posição intermediária afirmando que tanto o substancialismo quanto o procedimentalismo não consideram os pontos positivos da outra corrente de pensamento, visto que não é possível defender uma forma de se efetivar direitos sem levar em conta seu conteúdo intrínseco, sem subordinação de uma à outra.

<sup>181</sup> Para Leal (2007, p. 201), “o ‘substancialismo’ e o ‘procedimentalismo’ não se afiguram como lógicas excludentes, senão como lógicas complementares e interdependentes”.

ideia, no próximo tópico, o presente trabalho aproxima-se de seu objeto principal, o direito à saúde, como resultado da inter-relação entre o direito social de Gurvitch e a defesa dos direitos fundamentais sociais no Estado Democrático de Direito.

#### 1.4 Os Direitos Fundamentais sociais na ordem constitucional brasileira e o Direito Social de Gurvitch: melhoria na prestação do direito social à saúde

Nessa seção, tem-se por objetivo aproximar a teoria do direito social de Gurvitch com a melhoria na prestação do direito social à saúde, que se apresenta como um dos fundamentos da dignidade humana no constitucionalismo brasileiro. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, este foi estendido para toda a população, na medida em que estabeleceu que a mesma é “um direito de todos e dever do Estado” (artigo 196), surgindo o Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/90), que procurou universalizar o atendimento para todo o território nacional.

Desse modo, a presente tese se constitui em uma proposta de alternativa de gestão no sentido de melhorar a prestação do direito social à saúde, entendido como urgente e necessário para que o *status* de dignidade humana saia do papel e faça parte da vida dos brasileiros. Se este é o fundamento maior do Estado Democrático de Direito, que se encontrem soluções que a tornem real e palpável no dia a dia dos cidadãos, pois a dignidade humana confere unidade de sentido e legitimidade à ordem constitucional, visto que o cidadão constitui fundamento e objeto final da sociedade e do Estado (SARLET, 2012, p. 91)<sup>182</sup>.

O que importa auferir, neste momento, é que a saúde, sendo um direito social, deve ser vista como uma obrigação do Estado (artigo 196 da CF/88), responsável por fomentar e implementar políticas públicas para executar tal fim, visto que se trata de uma forma de garantir a justiça social tão propalada nas leis (LEAL, 2009, p. 73).

A saúde, assim como os demais direitos sociais, deve ser entendida como elemento integrante da identidade e da continuidade da Constituição (MENDES; BRANCO, 2011, p. 671), estando prevista expressamente no seu artigo 6º, conforme anteriormente já explicitado. Os direitos sociais derivam da concepção de que o ser

---

<sup>182</sup> Sociedades que não reconhecem a dignidade humana como princípio maior não deveriam ter uma Constituição, pois essa possui uma função instrumental integradora e hermenêutica que serve de parâmetro para aplicação, interpretação e integração não apenas dos direitos fundamentais e das demais normas constitucionais, mas de todo o regramento jurídico (SARLET, 2012, p. 91).

humano, em sua situação concreta, deve ser atendido em suas necessidades vitais através de prestações materiais e normativas, mantendo-se o equilíbrio de forças dentro da esfera da sociedade (SARLET, 2015, p. 180).

A saúde, como direito social, é considerada um direito prestacional (SARLET, 2007, p. 170), ou seja, aqueles aos quais o Estado é obrigado a prover sua efetivação, como condição para que a população alcance um novo patamar econômico, político e social, paralelo à dimensão de igualdade e de liberdade, pois o cidadão que não estiver recebendo este direito prestacional não está tendo garantida à sua dignidade humana e o Estado está falhando com seu dever. Entende-se que o dever da prestação desses direitos sociais constitui, além da sua objetividade, elemento subjetivo no sentido de valorizar as pessoas que o recebem (SARMENTO, 2006, p. 105), conferindo identidade, bem-estar e autoestima a cada indivíduo.

Na hodierna sociedade pluralista e democrática, resultante da modernidade e, identificada com a teoria de Gurvitch, “o Estado Social deve se fundar sobre direitos e, ao mesmo tempo, sobre deveres sociais”, apesar da cultura dos deveres ainda não ser difusa, o que tem causado a crise do Estado Social, já que “a democracia é assunção de responsabilidades” (PERLINGIERI, 2008, p. 16), porque “não existem direitos sem deveres correspondentes”, consistente no “dever de defender a liberdade comum, o dever de respeitar os direitos dos outros indivíduos” (BOBBIO; VIROLI, 2007, p. 42). Ou seja, direitos e deveres<sup>183</sup> pautam, no Estado Democrático de Direito, uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado para que se efetivem melhorias no campo social, em especial na saúde.

Le Droit Social, comme tout droit, étant fondé sur une correspondance et une interpénétration entre prétentions et devoirs, n'est pas seulement un ordre de droit objectif, mais aussi un système des droits subjectifs (d'après l'expression des juristes). Il ne règle pas seulement, mais attribue des compétences, des revendications, des actions juridiques autonomes et créatrices; aux groupes et aux individus intéressés. Les Déclarations des droits sociaux doivent, en premier lieu, traiter de ces droits sociaux subjectifs des groupes, des ensembles et des individus<sup>184</sup>. (GURVITCH, 1946, p. 78).

<sup>183</sup> Bobbio e Viroli (2007, p. 41-43) abordam os direitos e os deveres do Estado e do cidadão na república democrática, destacando que o “senso do dever” compreende uma amplitude da “A era dos direitos” e, Bobbio refere que se ainda tivesse alguns anos de vida escreveria “A era dos deveres”, afirmando que falemos muito pouco dos deveres e muito dos direitos e, segundo ele, o principal dos deveres, consiste, em “respeitar os outros”.

<sup>184</sup> “O Direito Social, como todo direito, sendo fundado sobre uma correspondência e uma interpenetração entre pretensões e deveres, não é somente uma ordem de direito objetivo, mas também um sistema de direitos subjetivos (de acordo com a expressão dos juristas). Ele não regulamenta apenas, mas atribui competências, reivindicações, ações jurídicas autônomas e

O direito social de Gurvitch, resultante de uma pluralidade de sujeitos jurídicos, oriunda da organização social complexa, se afasta do direito legislativo oficial, de produção exclusivamente estatal, oposta, portanto, à normatividade de coordenação, típica do direito individual, para se transformar em uma ordem integrativa. Essa busca garantir e defender os direitos sociais fundamentais, onde cada indivíduo e cada grupo se torne um “criador e protagonista ativo” (GURVITCH, 1946, p. 44), sujeito que possui responsabilidades com toda a coletividade no que diz respeito ao direito à saúde, deixando, assim, de figurar como mero expectador de juridicidade e, também, não apenas destinatário dos direitos sociais.

A concretude e efetivação dos direitos sociais à saúde dependem, assim, da participação dos atores sociais e atores estatais e de uma abertura democrática na construção da emancipação e não da regulação, em uma verdadeira ordem integrativa, de acordo com o modelo sustentado por Gurvitch. Para tanto, a atividade política, aqui entendida como a inserção do sujeito em sua possibilidade de atuação e não somente como atividade político-partidária, consiste na busca pelo ideal de justiça, como pontua Gurvitch, procurando conciliar valores pessoais e transpessoais, respeitando a diversidade do outro como igual postulador de direitos (PÉREZ; PRIETTO, 2005, p. XL).

Associar o direito social à saúde, enquanto ideal democrático, parte do pressuposto da “[...] négation de toute exploitation, de toute domination, de tout arbitraire, de toute inégalité, de toute limitation injustifiée de la liberté des groupes et des individus, partout où il s'agit de l'intégration et de la participation aux ensembles”<sup>185</sup> (GURVITCH, 1946, p. 79-80). Por isso, a nova concepção de espaço público<sup>186</sup>, enquanto articulação e atuação discursiva da sociedade, por meio da organização complexa, busca a redução das desigualdades e exclusões<sup>187</sup> sociais,

---

criadoras; aos grupos e aos indivíduos interessados. As Declarações dos direitos sociais devem, em primeiro lugar tratar desses direitos sociais subjetivos dos grupos, dos conjuntos e dos indivíduos”. (GURVITCH, 1946, p.78). (Tradução)

<sup>185</sup> “[...] negação de toda a exploração, de toda a dominação, de toda arbitrariedade, de toda a desigualdade, de toda limitação injustificada da liberdade dos grupos e indivíduos, onde quer que se trate da integração e da participação nos conjuntos”. (Tradução)

<sup>186</sup> O novo espaço público é visto, enquanto “uma arena de discurso, autônoma em relação ao sistema político, como um local onde se realiza a interação intersubjetiva de cidadãos conscientes, solidários e participativos”. (VIEIRA, 2001, p. 64).

<sup>187</sup> “O conceito de exclusão aglutina estudiosos dos problemas da pobreza que, de uma perspectiva *policy oriented*, buscam um entendimento dinâmico e processual dos mecanismos que criam, preservam ou mesmo agravam a pobreza. O termo carrega implicitamente a temática da desigualdade, pois falar em excluídos remete automaticamente a uma situação de privação em

consideradas conquistas relevantes de cidadania, já que deve imperar a soberania política da vontade coletiva (ROUSSEAU, 2008).

A saúde, como um direito social, protegida pelo Estado, também pode ser assegurada pela criação de normas emanadas dos grupos e das comunidades, nos termos postulados por Gurvitch<sup>188</sup>. O Estado Democrático de Direito necessita da participação social para se afirmar enquanto gerador de políticas públicas em prol da coletividade. Ou seja, para garantir que os direitos sociais sejam efetivados, é necessário que se criem estratégias de colaboração e de integração entre sociedade civil e Estado.

Por conseguinte, a interação entre sociedade civil e sociedade política se reinventa em defesa da melhoria do direito social à saúde, ao mesmo tempo em que ocorre a (re)construção do Estado Democrático de Direito no contexto do constitucionalismo brasileiro, a partir da teoria pluralista e da ideia de direito social, em especial de modelo condensado, de perspectiva gurvitchiana, consistente, por seu turno, “na reinvenção solidária e participativa do Estado” dando origem ao “Estado-novíssimo movimento social”, promovedor da articulação entre sociedade e Estado.

Esse, não mais centralizado no poder de regulação, mas na ordem de emancipação (SANTOS, 2008, p. 7 e 45), priorizando uma relação horizontal solidária centralizada na comunidade (ROUSSEAU, 2008), distinta daquela que iniciou com Hobbes (2000) em que o Estado experimentou uma relação política vertical entre cidadãos e Estado. Haverá, então, a produção de uma nova cultura política, a pedagogia da emancipação (SANTOS, 1999, p. 278) que visa reinventar a emancipação social<sup>189</sup>, primando pela igualdade<sup>190</sup>, liberdade e solidariedade<sup>191</sup>, além da cidadania.

---

relação a esses. Além disso, o termo é inseparável da questão da cidadania, por se referir a direitos e benefícios dos quais parcela dos cidadãos é privada”. (SCHMIDT, 2006, p. 1756-1757).

<sup>188</sup> Para Gurvitch (1945, p. 243) fica clara a relação entre poder e direito, no que tange ao poder dos grupos na formulação do direito social, de forma que a interpenetração dos indivíduos e dos grupos sociais surge como fonte do direito e de poder, encontrando-se os dois vinculados ao próprio fenômeno jurídico.

<sup>189</sup> A reinvenção da emancipação social é uma constante nas obras de Santos (2007, 2008, 2011, p. 89) para quem é necessário renovar a teoria crítica através de uma nova reinvenção social, de caráter emancipatório, ressaltando que este projeto se propõe a apresentar alternativas à globalização neoliberal e ao capitalismo global, surgida pelos movimentos sociais e por organizações não governamentais na luta contra a exclusão e a discriminação em diferentes campos sociais e em diferentes países.

<sup>190</sup> Dworkin (2003, p. 11) afirma que “La igualdad es la especie en extinción de los ideales políticos”.

Os ideais preconizados pela Revolução Francesa de 1869, igualmente encontrados em Gurvitch e Rousseau, se coadunam com a renovação do Estado brasileiro Democrático de Direito, calcado na produção do processo legislativo e garantia do direito social à saúde, advindo da participação da sociedade e não mais do parlamento, consoante à Constituinte de 1988, apesar do direito à saúde ter derivado de um amplo debate entre os segmentos da sociedade e que resultou na organização da VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que subsidiou o capítulo do texto constitucional dedicado à saúde e a posterior organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o que se assemelha ao modelo proposto por Gurvitch.

Importa dizer que, “por primera vez en la historia, la igualdad, la libertad y la ciudadanía son reconocidas como principios emancipatorios de la vida social”<sup>192</sup>. A desigualdade e a exclusão “tienen entonces que ser justificadas como excepciones o incidentes de un proceso social que en principio no les reconoce legitimidad alguna”<sup>193</sup>. Frente a isso, “la única política social legítima es aquella que define los medios para minimizar una y otra”<sup>194</sup>. (SANTOS, 2011, p. 133).

O sistema de saúde pública brasileiro, advindo do texto constitucional de 1988 gerou muita desigualdade, pobreza<sup>195</sup> e exclusão social, uma vez que é típico do modelo de regulação, além de produzido pelo próprio desenvolvimento capitalista<sup>196</sup> e, principalmente pelo fato de que não foi gerado nos moldes preconizados por Gurvitch.

Estes exigem a participação dos agentes sociais na sua produção, regulação e controle, ao passo que na sociedade moderna, deve-se primar pelo princípio de emancipação apontando para a igualdade social e a integração idealizada por

---

<sup>191</sup> Tocqueville (1988, p. 21), um dos maiores pensadores do século passado, se dedicou ao estudo da relação entre a igualdade social e a preservação da liberdade política na sociedade moderna, apontando que a sua maior preocupação consiste em como impedir que a igualdade se transforme em uma ameaça para a liberdade política dos cidadãos.

<sup>192</sup> “pela primeira vez na história, a igualdade, a liberdade e a cidadania são reconhecidas como princípios emancipatórios da vida social”. (Tradução)

<sup>193</sup> “devem ser, então, justificadas como exceções ou incidentes de um processo social que, a princípio, não lhes reconhece nenhuma legitimidade”. (Tradução)

<sup>194</sup> “a única política social legítima é aquela que define os meios para minimizar uma e outra”. (Tradução)

<sup>195</sup> “O conceito de pobreza, cujo uso remonta à Antiguidade, teve no século XX ao menos três grandes acepções: a de subsistência, a de necessidades básicas e a de privação relativa. Embora seja uma dimensão essencial, a renda não pode ser tomada como o único indicador de pobreza. Ser pobre não é o mesmo que ter renda baixa. Ser pobre é ser privado dos recursos e meios que possibilitam o exercício efetivo das liberdades e de uma situação de bem estar”. (SCHMIDT, 2006, p.1757-1758).

<sup>196</sup> A desigualdade e a exclusão compreendem dois sistemas de hierarquização social (SANTOS, 2011, p. 133).

Gurvitch, de caráter inclusivo, participativo e democrático, já que a cidadania constrói o caminho para a concretização do direito à saúde e, via de consequência, para a inclusão<sup>197</sup> e igualdades sociais, objetivando atingir a justiça social.

Na verdade, a participação nas comunidades e associações constitui “a fonte original dos direitos sociais”, porque a “cidadania é um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem *status* são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao *status*”. (MARSHALL, 1977, p. 70). Nesse norte, a cidadania, no século XIX, de cunho liberal, pouco fez para reduzir a extrema desigualdade social, mas abriu caminho para as políticas igualitárias do século XX.

A cidadania exige um elo de natureza diferente, um sentimento direto de participação numa comunidade baseado numa lealdade a uma civilização que é um patrimônio comum. Compreende a lealdade de homens livres, imbuídos de direitos e protegidos por uma lei comum. Seu desenvolvimento é estimulado tanto pela luta para adquirir tais direitos quanto pelo gozo dos mesmos, uma vez adquiridos. (MARSHALL, 1977, p. 84).

A noção de cidadão remonta à Grécia clássica, nos séculos V e IV a. C, estando associado às primeiras formas de democracia (GOHN, 2008, p. 19), que, segundo Aristóteles (2008, p. 135), “é todo aquele que tinha o direito (e conseqüentemente o dever) de contribuir para a formação do governo, participando ativamente das assembleias onde se tomavam as decisões que envolviam as coletividades e exercendo os cargos que executavam essas decisões”, daí dizer que a referida categoria vem ganhando contornos diferentes, a partir do momento que passou a ser vista como um potencial “universalizante” e “inclusiva” e, não somente relacionada a um *status* particular, mas, pode ser objeto de “uma positivação global dos direitos humanos” (DOMINGUES, 2002, p. 215), eis que “La igualdad de consideración es la virtud soberana de la comunidad política”. (DWORKIN, 2003, p.11).

Com efeito, “o cidadão introduziu com ele a democracia; não há cidadãos sem democracia ou democracia sem cidadãos”, do que resulta que “a participação do cidadão no poder, como característica da democracia, configura-se pela tomada

---

<sup>197</sup> “Inclusão social é o termo oposto à exclusão. Seus correlatos são inserção e integração social. Denomina as iniciativas empreendidas pelo Estado e pela sociedade civil para enfrentar processos de exclusão nas suas diversas esferas (econômica, política, social e cultural), de modo a tornar possível a todos ou ao maior número os benefícios que a sociedade possibilita apenas a certos segmentos”. (SCHMIDT, 2006, p.1759).

de posição concreta na gestão dos negócios da cidade, isto é, no poder”. (BARACHO, 1995, p.1 e 3). Por conseguinte, para a configuração do direito social na perspectiva delineada por Gurvitch a participação da sociedade nos espaços de decisões políticas ganha importância, notadamente, no âmbito do poder local, evidenciando-se, assim, a estreita relação entre o direito social gurvitchiano, a cidadania/democracia e o princípio da subsidiariedade.

O direito social presente em Gurvitch pressupõe um empoderamento das pessoas para que elas assumam seu papel na construção de uma cidadania ativa (HERMANY; COSTA, 2009, p. 32-33). No entanto, para que elas possam se empoderar é importante, também, que as formas de decisão sejam alteradas, pois a hierarquia prejudica sua emancipação, primando-se, portanto, por relações descentralizadas e horizontais na moderna sociedade.

Desse ponto de vista, é possível criar alternativas organizacionais e jurídicas que norteiem políticas públicas específicas, notadamente à saúde, delineadas dentro de um processo de integração/ participação e cooperação no ambiente democrático. Assim, é viável gerar mecanismos institucionais locais para atender necessidades de determinadas comunidades, em um processo no qual elas determinem suas características, sejam capazes de gerir sua administração e concentrar seus esforços para atender demandas específicas, sempre contando com a participação dos grupos sociais interessados, como é o caso de estratégias locais de cooperação visando a rearticulação federativa e a reordenação do sistema de saúde.

Para tanto, haverá necessidade de uma revolução no pensamento, rompendo com uma tradição de séculos de monismo, no qual o cidadão entendia que as atividades políticas e a organização da sociedade era papel de um Estado ao qual ele não pertencia.

Neste repensar de ideias, é pertinente aproveitar o que postula Morin (2001, p. 14), para quem o indivíduo deve entender e aceitar o desafio de que pensar com a devida complexidade que os fatos contemporâneos exigem, envolvendo na sua análise aspectos políticos, econômicos, sociológicos, psicológicos, afetivos e até mesmo mitológicos, itens que são considerados inseparáveis e constituem um tecido interdependente, pois a multiplicidade humana envolve um conjunto de saberes que tem afetado a sociedade como um todo. O novo cidadão, conforme aponta Morin, é aquele que compreende as interfaces de um mundo globalizado ao mesmo tempo



em que percebe a necessidade de sua atuação na comunidade como formulador de novas diretrizes.

Apresentados os pressupostos teóricos do direito social de Gurvitch, denota-se a sua estreita conexão com o princípio da subsidiariedade, visto que o ideário de Gurvitch está pautado na comunidade, o qual favorece a aproximação entre sociedade e Estado na produção do direito social, como também a participação da comunidade local no controle e regulação das decisões públicas, em especial no tocante ao direito social à saúde.

## 2 O DIREITO SOCIAL DE GURVITCH E O PRINCÍPIO DA SUBSIDIARIEDADE: INTERCONEXÕES A PARTIR DA (RE)DISTRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E NA INTERFACE COM A SOCIEDADE NA BUSCA PELA CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS

[...] qu'en admettant qu'il y a des communautés qui, dans un seul et même acte, engendrent le droit et fondent leur existence sur lui. [...] On ne peut dire ni que le droit préexiste ici à la communauté, ni la communauté au droit, mais ils naissent et s'affirment ensemble, inséparables dans leur existence et leur validité: Ces communautés dans lesquelles la constitution par le droit et la génération d'un droit coïncident, sont, précisément, des faits normatifs<sup>198</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 119).

Determinadas as bases teóricas do direito social de Gurvitch e realizada a sua interconexão com os direitos fundamentais, Gurvitch deixa clara que com a produção normativa autônoma desses direitos pelos próprios atores sociais, num verdadeiro processo de cooperação e integração social, alcança-se um centro de reflexão capaz de desconstruir elementos dogmáticos restritivos, como a concepção de subordinação própria do direito estatal. Aliás, a ideia de autorregulação oriunda da sociedade beneficia as estratégias de coordenação, visto que as bases lançadas favorecem uma lógica participativa e de empoderamento do cidadão na concretização de seus direitos, afetando, inclusive, os direitos sociais.

Este capítulo tem por objetivo estabelecer uma relação indissociável entre a proposta do direito social de Gurvitch e o princípio da subsidiariedade, pois se entende que, embora formulados em épocas e contextos diferentes, ambos convergem em um ponto crucial, ou seja, que a defesa dos direitos dos cidadãos necessita, primeiramente, ser elaborada e formulada em nível local, dentro das comunidades, para ser efetiva e ter repercussão, para, em momento posterior, ser alçada a níveis mais elevados, tendo-se em conta que as decisões locais, em nível de município, são permeadas pelo que acontece em termos estaduais ou federais.

Em Gurvitch, percebe-se uma ideia recorrente de que a produção normativa pode ser obra dos cidadãos organizados em suas comunidades, pelos próprios

---

<sup>198</sup> “[...] existem comunidades que, em um só e mesmo ato, engendram o direito e fundam sua existência sobre ele. [...] Não se pode dizer nem que o direito preexiste à comunidade, nem a comunidade ao direito, senão que nascem e se afirmam juntos, inseparáveis em sua existência e sua validade. Essas comunidades nas quais a constituição pelo direito e a geração de um direito coincidem, são, precisamente, fatos normativos”. (Tradução)

atores sociais que dela fazem parte, através da integração de seus membros e da formulação de normas que são chamadas de fatos normativos, a qual tem origem na participação direta dos sujeitos interessados e do estabelecimento de relações que redundam em um esforço comum a todos os seus membros.

Esse direito defendido por Gurvitch é de integração e de autorregulação, porque não existe subordinação entre aqueles que tomam as decisões. É também um direito que favorece o empoderamento do sujeito como construtor de sua realidade, na busca pela efetivação de seus direitos sociais, no qual se incluem os direitos à saúde. Tal proposta é extremamente contemporânea, em que há incessantes combates pela manutenção e/ou ampliação dos direitos sociais que dependem de uma sociedade civil fortemente organizada para a defesa desses interesses.

No mesmo sentido, doutrinadores constitucionalistas do século XXI têm sustentado uma inversão na gestão do sistema estatal de prestação de serviços ao cidadão, favorecendo a esfera local na tomada de decisões e na administração das políticas públicas. A ideia de que se deve partir do “ente menor” ao “ente maior” foi gestada a partir da inclusão do município como ente federativo e na compreensão de que, de fato, é no âmbito local que as coisas acontecem e é no espaço municipal, efetivamente, que o cidadão vive, produz e sofre a influência das ações governamentais.

Associar, portanto, o direito social de Gurvitch com as teses sobre subsidiariedade constitui um caminho indispensável dentro da ideia de que é possível criar normas dentro das comunidades que, posteriormente, serão incorporadas pelo direito estatal, tornando-se condensadas, cujo controle das decisões públicas realiza-se pela própria sociedade, no que tange aos direitos sociais, em âmbito local.

O presente capítulo tem essa conotação, a de demonstrar a intrínseca relação entre o direito social de Gurvitch e o princípio da subsidiariedade, encontrando os elos que unem as duas perspectivas, no sentido de construir uma solução que atenda as demandas presentes nessa tese, ou seja, a de encontrar estratégias para o problema da saúde pública em nível local através de um esforço de cooperação entre os entes federados (União, Estado e Município) e, de integração entre a sociedade e o poder público local.

Assim, em um primeiro momento, analisar-se-á como o município empoderou-se como entidade estatal e passou a fazer parte do Estado como ente federativo, a partir da Constituição de 1988<sup>199</sup>, tomando por base a descentralização política. No segundo momento, abordam-se os pressupostos teóricos constitutivos do princípio da subsidiariedade, cuja origem remonta à União Europeia e sua inclusão implícita no ordenamento jurídico brasileiro. No terceiro momento, o estudo se direciona para a dimensão vertical desse princípio na perspectiva constitucional a partir do poder local, cujo norte é delineado pelo aspecto das competências. E, por fim, a pesquisa se concentra na dimensão horizontal do predomínio dos interesses locais e na interface entre sociedade civil e poder público municipal, enquanto marco para a concepção de uma gestão democrática de garantia dos direitos sociais.

## 2.1 A efetivação dos Direitos Sociais e o Pacto Federativo: uma análise da descentralização política e o papel do município na concretização do texto constitucional de 1988

Em um primeiro momento, considera-se importante resgatar as origens do federalismo e sua adaptação para o modelo brasileiro. A compreensão do federalismo<sup>200e201</sup> passa pela sua origem norte-americana, quando, em 1787, as treze colônias, então independentes, se uniram em pacto federativo, situação que perdura até o momento em que mais unidades aderiram a este modelo (DALLARI, 1986, p. 7), cuja característica essencial consiste na distribuição de poderes, a qual visa a um equilíbrio entre as autoridades centrais e agrupamentos autônomos, em que se encontra fundamento nas normas da Constituição (BARACHO, 1986, p. 22), exatamente nos termos propostos por Gurvitch (1932, p.101) de que deve operar-se

---

<sup>199</sup> A Constituição consolidou, através do artigo 60, § 4º, inciso I<sup>199</sup>, o sistema federativo como cláusula pétrea. Assim, qualquer forma que vise desequilibrar a relação harmoniosa entre os entes federados constitui verdadeira afronta ao Estado Democrático de Direito, já que a Constituição da República nele se apoia (artigo 1º, caput, da CF/88).

<sup>200</sup> “No final do século XIX foi introduzido no Brasil, praticamente de ‘cima para baixo’, o sistema federativo para melhorar a organização administrativa de seu território gigante” (KRELL, 2003, p. 34)

<sup>201</sup> O tema do federalismo pode ser melhor analisado em Baracho (1986), em sua obra “Teoria geral do federalismo”, que apresenta um estudo completo do federalismo no Brasil e no mundo e, ainda, analisa, de forma detalhada, o Estado unitário, o Estado regional e o Estado autônomo.

uma integração federativa ou comunitária, tendo em vista a relação do princípio da subsidiariedade e o federalismo<sup>202e203</sup>.

Na origem do modelo americano, há uma soberania em cada uma das unidades territoriais enquanto que no Brasil há uma dependência em relação ao governo central, o que permite afirmar que o modelo federalista brasileiro é único, sendo praticamente uma inversão do federalismo original.

No advento do Estado federal, a organização americana optou pelo sistema de confederação, em 1777, no qual cada uma das unidades era soberana. Essa configuração mudou quando essas unidades abdicaram de uma parcela de sua soberania para a formação de um único Estado (1787), o primeiro Estado Federal, pessoa jurídica de direito público internacional, operacionalizado pela União, pessoa jurídica de direito público interno (SOUZA, 2006, p. 63).

Desse fato, emerge a primeira nota distintiva importante a diferenciar o federalismo de outras formas de organização estatal: quando se trata de federação, os entes que a compõem não são dotados de soberania, pois esta é cedida em favor do pacto federativo, conservando-se, no entanto, a autonomia. Por essa razão, os Estados Unidos da América somente ergueram-se em forma federativa no ano de 1787, quando sua Constituição, enfim, unificou o que, antes, eram unidades soberanas<sup>204</sup>.

---

<sup>202</sup> “O federalismo e a subsidiariedade levam às discussões em torno da liberdade e das atenuações daí decorrentes. Ressalte-se, entretanto, a rica tipologia do federalismo em suas realizações concretas, partindo das referências sobre a compreensão do que é federalismo, autonomia constitucionalmente qualificada, descentralização, processo de federação, repartição de poderes e pluralidade de governo” (BARACHO, 1996, p. 1-2).

<sup>203</sup> “O dinamismo do federalismo, relacionado com o princípio de subsidiariedade, leva à correlação entre integração e autonomia, criando uma espécie de subsidiariedade de base federativa, capaz de assegurar paz e liberdade dos diversos Estados que fazem parte do processo aproximativo geral, com preservação das potencialidades individuais” (BARACHO, 1996, p. 46).

<sup>204</sup> Há uma diferença entre soberania e autonomia. Enquanto a soberania diz respeito à relação com outras nações, a autonomia está relacionada com os poderes e competências das unidades pertencentes à federação, ou seja, a “soberania é o poder exclusivo e absoluto do Estado (Nação) de se organizar e se dirigir de acordo com sua vontade incoercível e incontrastável, sancionada pela força”; trata-se de um poder de autodeterminação, um poder de governo que emana do povo e em seu nome é exercido, somente encontrando limites da determinação do próprio Estado. Por sua vez, “autonomia é prerrogativa política outorgada pela Constituição a entidades estatais internas [...] para compor seu governo e prover sua Administração segundo o ordenamento jurídico vigente” (MEIRELLES, 2001, p. 90). No constitucionalismo brasileiro, há a previsão de autonomia, conforme se observa no artigo 18 da Constituição Federal de 1988: “a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos *autônomos*, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 1988) (grifo nosso). No entanto, sabe-se que na prática esta autonomia é limitada pela dependência que estados e municípios tem em relação à união.

No Brasil, assim como em outras federações, a soberania nacional não pertence a nenhum dos entes, embora seja exercida, efetivamente, tanto no âmbito interno quanto externo, pela União (MEIRELLES, 2001, p. 90) – o que também se deduz do texto constitucional, que atribui à União a competência exclusiva para manter relações com Estados estrangeiros e participar de organizações internacionais, bem como para declarar a guerra e celebrar a paz (artigo 21, incisos I e II, da CF/88).

Não permanecem dúvidas, então, que entes federados são dotados de autonomia, a qual compreende aspectos políticos, administrativos e financeiros. Essa característica primordial da federação perpassa, ainda, outro elemento decisivo na sua configuração: a questão da descentralização<sup>205</sup>. A federação se identifica com o princípio da descentralização<sup>206</sup>, que respeita a competência dos entes menores, na seguinte ordem no Brasil: União, Região, Estado-membro; Município (BARACHO, 1986, p. 125).

Nessa perspectiva, insta referir que o federalismo norte-americano é considerado um federalismo *centrípeto*, que se dirige para o centro, já que, historicamente, conforme antecipado, sua formação foi de estados soberanos à confederação (1777) e, por fim, à federação (1787), em que a União, no curso da história, “vem gradualmente centralizando competências”. No entanto, esse modelo de federalismo “é o mais descentralizado, pois originou-se historicamente de Estados soberanos que se uniram e abdicaram de sua soberania, mantendo, entretanto, um grande número de competências administrativas e legislativas ordinárias e constitucionais” (MAGALHÃES, 2000, p. 17).

Na outra ponta da América, a história do federalismo brasileiro começa a ser construída em 1891, quando a segunda Constituição nacional – e a primeira republicana –, acompanhada da queda da monarquia e da emergência de novos princípios de organização política, instituiu a forma federativa de Estado. Observa-se, assim, que o Brasil seguiu um caminho inverso, pois houve primeiramente a

---

<sup>205</sup> A federação se distingue da descentralização. A federação “implica a existência de um certo número de entidades distintas, para formar uma união parcial, ao passo que a descentralização implica a decisão tomada por um governante, já unificado, de partir certas responsabilidades entre as unidades que lhe são subordinadas” (BARACHO, 1986, p. 122).

<sup>206</sup> Oportuno distinguir a desconcentração e a descentralização. A desconcentração interna constitui “poder de decisão delegada no interior de uma administração a um agente subordinado, é essencialmente um processo que ocorre no seio da organização administrativa”, já a descentralização territorial ou funcional vai além da mera organização, para tornar-se objeto da ciência política (BARACHO, 1986, p. 124).

formação do Estado Nacional, desde o tempo da colonização, e, posteriormente, a criação das unidades territoriais.

Desde o princípio, havia uma subordinação inerente ao governo central<sup>207</sup>, o que caracteriza o modelo federalista brasileiro como centrífugo (bem oposto ao modelo estadunidense<sup>208</sup>), pois teve um estado unitário dividido em estados-membros na composição da federação (as províncias que compunham o Brasil nunca foram estados soberanos, desconhecendo a soberania e o seu pleno exercício).

Foi apenas com a Constituição de 1988 que se restaurou a federação e a democracia<sup>209e210</sup> – “a conexão entre autoritarismo e centralização é muito forte na nossa história” e fez-se presente por diversas Constituições –, “procurando avançar num novo federalismo centrífugo (que deve sempre buscar a descentralização) e de três níveis (incluindo uma terceira esfera de poder federal: o município).” Apesar dessa particularidade do federalismo brasileiro, a qual se pretende desenvolver adiante, “o número de competências destinadas à União em detrimento dos Estados e Municípios é muito grande, fazendo com que tenhamos um dos Estados federais mais centralizados no mundo”, o que é uma das graves distorções provocadas pelo autoritarismo (MAGALHÃES, 2000, p. 19).

Na reorganização dos poderes de forma política, que é a desejável em uma federação, há uma valorização das relações de coordenação, de modo que “a repartição de competências decorre da própria Constituição Federal, que, estabelecendo esferas autônomas, exclui a relação de subordinação hierárquica dos órgãos locais aos do Poder Central” (BARROSO, 1982, p. 24-25), criando-se

---

<sup>207</sup> Segundo Baracho (1986, p. 126), “o federalismo e a centralização surgem como ameaças à continuidade do Estado federal. Em certas formas ocorre a centralização de base hierárquica e autoritária, sendo que em outros modelos clássicos e que definiram, primeiramente, a teoria federal, são apontados caminhos que partem para processos centralizadores, mesmo nos Estados Unidos”.

<sup>208</sup> “No Brasil, deu-se exatamente o contrário. Passamos de um Estado unitário, ao tempo do Império, altamente centralizado, cujas províncias eram presas ao Poder Central por intensos elos de subordinação, para um Estado federal idealizado, que deu ampla autonomia às ex-províncias, transformadas em Estados-membros. Ocorreu, portanto, um movimento centrífugo, ou seja, um deslocamento de poderes do centro para a periferia” (BARROSO, 1982, p. 29).

<sup>209</sup> O federalismo se justifica por vários motivos, dentre os quais: “preserva a diversidade histórica e a individualidade; facilita a proteção das minorias; aplica o princípio da subsidiariedade; é um meio de proteção da liberdade; encoraja e reforça a democracia, facilitando a participação democrática; a eficiência é, também, considerada como uma das razões que justificam o federalismo” (BARACHO, 1996, p. 43-44).

<sup>210</sup> O federalismo democrático pode ser conferido em Croisat (1995) e Arena (2011).

múltiplos centros de decisão política, que são autônomos, mas interdependentes com os demais poderes para determinados assuntos (BERCOVICI, 2004, p. 14).

Tal situação se adapta à ideia de integração federativa proposta por Gurvitch de que o Estado Federal e os Estados-membros se expressam num sistema de equivalência e não de coordenação/subordinação.

Cependant l'essence de l'Etat fédéral, de toute fédération en général , et même de la confédération, ne peut être réduite ni à une situation purement coordinative, ni à une situation d'absorption dans une unité, mais elle présente une situation d'*intégration* des membres dans une totalité, intégration qui , dans le cas de la *fédération*, se fonde sur l'aménagement d'une parfaite *équivalence* entre les éléments intégrés et le tout. (GURVITCH, 1932, p. 92)<sup>211</sup>. [grifos do autor].

Ao observar os graus de descentralização possíveis, acaba-se por diferenciar um Estado federal<sup>212</sup> de um Estado unitário descentralizado: “a distinção não está apenas no grau de centralização ou descentralização, mas na origem jurídica dos poderes exercidos pelos entes descentralizados, que são os Estados-membros” (BARROSO, 1982, p. 25). Segundo Gurvitch, é necessário manter um equilíbrio entre a unidade e a multiplicidade – Estado federal e Estados-membros – sendo, por sua vez, difícil desvincular-se um do outro.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire qu'il est question dans l'Etat fédéral d'une espèce particulière de personnes collectives complexes, aménageant l'équilibre entre l'unité et la multiplicité et prenant pour base leur équivalence. Ce type de la personne collective complexe reçoit dans l'Etat fédéral la forme particulière de l'annexion réciproque des ordres équivalents représentés par l'Etat central et les Etats-membres; et, comme ils sont tous des ordres étatiques, cette réciprocité d'annexion a pour résultat l'impossibilité de supprimer sans leur propre consentement le caractère étatique de chaque ordre annexé<sup>213</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 93).

<sup>211</sup> “Entretanto, a essência do Estado federal, de toda federação em geral e mesmo da confederação, não pode ser reduzida nem à situação puramente coordenativa, nem à situação de absorção em uma unidade, mas ela apresenta uma situação de *integração* dos membros em totalidade, integração que, no caso da *federação*, se funda sobre a organização de uma perfeita *equivalência* entre os elementos integrados e o todo”. (Tradução) [grifos do autor].

<sup>212</sup> Bercovici (2004) e Dallari (1986) realizam um estudo detalhado a respeito do Estado federal.

<sup>213</sup> “Já se teve a ocasião de dizer que é questão no Estado federal de uma espécie particular de pessoas coletivas complexas, organizando o equilíbrio entre a unidade e a multiplicidade e tomando por base sua equivalência. Esse tipo de pessoa coletiva complexa recebe no Estado federal a forma particular da anexação recíproca das ordens equivalentes representadas pelo Estado central e os Estados-membros; e, como eles são todas ordens estatais, essa reciprocidade de anexação tem como resultado a impossibilidade de suprimir sem seu próprio consentimento o caráter estatal de cada ordem anexada”. (Tradução)



Para Gurvitch (2005, p. 98-99), em um regime democrático, de ordem constitucional, as competências de cada entidade federativa são estabelecidas previamente; assim como cada órgão possui uma certa personalidade jurídica própria, que realiza relações jurídicas com outros órgãos e com os cidadãos. Disso resulta no surgimento da pessoa coletiva complexa enquanto sujeito específico de direito social.

Do mesmo modo, essa lógica impede<sup>214</sup> “a associação imediata do conceito de centralização, ao Estado unitário e de descentralização, ao Estado federal, pois inúmeras outras variáveis influem no resultado dessa equação.” No Brasil, por exemplo, reforçando a crítica anterior, tem-se um caso flagrante de um Estado federal significativamente centralizado, tanto política quanto administrativamente (BARROSO, 1982, p. 25-26). No entanto, mesmo sendo um modelo centralizado, traço peculiar do contexto brasileiro, reconhece o município como ente autônomo, tornando-se “absolutamente inovador ao estabelecer um federalismo de três níveis, incluindo o município como ente federado e, portanto, como um poder constituinte decorrente” (MAGALHÃES, 2000, p. 17).

Com efeito, a historicidade das estruturas e instituições demonstra sua influência decisiva, pois “as singularidades da Federação brasileira, compreendida suas características históricas, políticas, culturais e sociais, levaram a que seja plenamente possível tal configuração do Município como um ente federado” (CORRALO, 2009, p. 156).

Por conseguinte, a criação do município como entidade federada, a partir do Constituinte de 1988<sup>215</sup>, ampliou sua autonomia no tríplice aspecto, político, administrativo e financeiro<sup>216</sup>, de modo a afastar quaisquer dúvidas que ainda pudessem remanescer acerca do caráter de entidade político-administrativa autônoma (e, portanto, não meramente administrativa) em que se constituem (MEIRELLES, 2001, p. 44-46) o que remete mais a uma divisão de responsabilidades do que propriamente de poderes, visto que a estrutura centralizada coloca o município em extrema dependência em relação aos entes

---

<sup>214</sup> Para não deixar dúvidas: “a descentralização é de todo compatível com o Estado unitário. Mas unicamente a descentralização administrativa, visto que a descentralização política já se desloca conceitualmente para a esfera do Estado federal” (BONAVIDES, 2011, p. 166).

<sup>215</sup> Silva (1989) realiza um detalhado estudo sobre a figura do município no constitucionalismo brasileiro de 1988.

<sup>216</sup> Corralo (2009) e Costa (2005) realizam um estudo detalhado da autonomia do município brasileiro enquanto ente integrante da Federação, nas suas diversas modalidades.

federados superiores. Isso não constitui subsidiariedade, mas apenas repartição de competências, como se nota no texto constitucional.

É por isso, que, como consta expressamente no artigo 1º<sup>217</sup> e no artigo 18<sup>218</sup> da Constituição Federal de 1988, o município figura como ente autônomo integrante da união indissolúvel que constitui a República Federativa do Brasil, o qual foi contemplado com competências e atribuições constitucionais expressas, tanto de ordem material (competências comuns, artigo 23, da CF/88) quanto de índole exclusiva (artigo 30, da CF/88), destacando-se, neste sentido, a competência para “legislar sobre assuntos de interesse local”<sup>219</sup> (artigo 30, inciso I, da CF/88) (BRASIL, 1988).

Outra justificativa que conduziu à criação dos entes municipais, também associada à singularidade do contexto brasileiro, foi o fato de haver uma dimensão continental do país, pois “quanto maior a área de um país, maior a necessidade de descentralização. Em países de pequena extensão territorial, o governo central ainda pode estar em condições de atender às necessidades e aos anseios de sua população.” Definitivamente, não é o caso do Brasil, em que “a extensão territorial aliada aos contrastes socioeconômicos e geográficos requerem a adoção da prática descentralizadora” (ZIMMERMANN, 2014, p. 156).

Dessa forma, a história de conformação do federalismo brasileiro parece promover a prática de ações e estruturas centralizadoras, como herança de uma tradição autoritária. O texto constitucional de 1988, ao consagrar a redemocratização do país, procurou romper esse ciclo de centralização, mas foi dificultado por uma cultura moldada por séculos. A própria efetivação dos preceitos constitucionais e consolidação da democracia exigem esforços e medidas concretas voltadas a tais objetivos.

Uma dessas medidas de democratização do espaço público passa, justamente, pela sua apropriação pela sociedade e, nessa linha, “sem dúvida, um dos aspectos essenciais do federalismo brasileiro traduz-se na existência da esfera local de competências autônomas [...]”, porquanto a Constituição de 1988, ao inserir

<sup>217</sup> “Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...]” (BRASIL, 1988).

<sup>218</sup> “Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos dessa Constituição” [...] (BRASIL, 1988).

<sup>219</sup> “Art. 30. Compete aos Municípios: I – legislar sobre assuntos de interesse local [...]” (BRASIL, 1988).

o município como ente federativo, contribui “para a estratégia de descentralização e consequente democratização das decisões públicas, fundamental na efetivação do direito social condensado” (HERMANY, 2007, p. 285) e dos direitos sociais, mormente à saúde.

Aqui há uma promessa de que a comunidade local possa ser mais efetiva na criação de normas que posteriormente serão incorporadas pelo Estado. No entanto, não é o que está acontecendo no momento, pois a força da legislação constitucional impede que as normas criadas dentro do município sejam confrontadas com as leis nacionais, devido ao perigo de sua inconstitucionalidade, seja por um critério de competência ou por diferir do que diz o texto da Carta Maior.

Les groupements de localités, les communes, les municipalités, les conseils d'arrondissement et de département, etc” dans la mesure où ils se gouvernent eux-mêmes, sous un régime de décentralisation administrative, présentent incontestablement des totalités réelles, aménagées par leur propre droit d'intégration, qui est engendré directement par les mêmes groupes locaux qu'il intègre. Aussi toute tentative pour saisir la nature juridique des corps d'administration locale décentralisée, sans avoir recours à l'idée de leur droit social autonome instituant leur pouvoir social propre, parallèle au pouvoir de l'Etat, a toujours échoué<sup>220</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 74).

Enaltecendo essa relação necessária entre a municipalidade e a construção democrática do direito social de Gurvitch, Hermany (2007, p. 285) pontua que “é intrínseca a relação entre a previsão de competências constitucionais municipais e a construção de um direito social, como forma de apropriação do espaço público pela sociedade, em face do fator potencial que o espaço local possui para o exercício do controle social sobre as decisões públicas”.

Ressalta, no entanto, que, “apesar de não ser o fator exclusivo para a garantia da construção de uma cidadania governante, é neste espaço sociopolítico que melhor se manifestam os instrumentos de socialização do processo legislativo e das demais decisões públicas”. Por isso, este novo federalismo municipalista e democrático, requer a possibilidade de autorregulação dos direitos sociais e controle

---

<sup>220</sup> “Os agrupamentos de localidades, as comunas, os municípios, os conselhos de bairros e de departamentos, etc, à medida em que se governam eles mesmos sob um regime de descentralização administrativa, apresentam incontestavelmente totalidades reais, organizadas por seu próprio direito de integração que está engendrado diretamente pelos mesmos grupos locais que ele integra. Também toda tentativa para compreender a natureza jurídica dos corpos da administração local descentralizada sem ter recorrido à ideia de seu direito social autônomo instituindo seu poder social próprio, paralelo ao poder do Estado, sempre fracassou.” (Tradução)

das decisões públicas pela sociedade, restrita, no entanto, às normas e garantias constitucionais.

Essa linha de pensamento vincula-se à associação feita por Gurvitch entre direito social e democracia, cuja relação indissociável se dá “[...] em um movimento cíclico de realização recíproca que permite estruturar um poder político em torno do humano em sua dimensão individual e coletiva e de insuflar todo o poder criador da liberdade humana à sociedade.” Confirma-se, então, a interpretação de Jornod (2014, p. 101), ao anotar que “a democracia gurvitchiana não é apenas um mecanismo político ou um simples modelo social, ela se inscreve essencialmente na evolução emancipatória do humano e no pleno desabrochar do valor da liberdade”. Tanto como causa quanto como efeito dessa lógica, não se pode mais aceitar pretensões ou limitações que circunscrevam a democracia “unicamente ao Estado no sentido clássico”, posto que deve “animar cada grupo da Sociedade que quer se governar com igualdade e liberdade.”

Em outras palavras, “a democracia não se considera mais com sorte unicamente em um nível político, mas também social. Ela permite uma autorregulação de todo poder e considera o fenômeno humano à medida de sua realidade”. (JORNOD, 2014, p. 105).

Diante desse contexto, faz-se indispensável, conseqüentemente, atentar para uma “descentralização concretizadora do objetivo democrático, mediante o fortalecimento dos governos estaduais e municipais representantes de única possibilidade de tornar efetiva a participação social na tomada de decisões governamentais”. (ZIMMERMANN, 2014, p. 157).

No mesmo sentido aponta Gurvitch (1935, p. 260), que entende que “Le fédéralisme et la décentralisation répondent bien mieux à l'idée démocratique d'une totalité se gouvernant elle-même à basée sur la liberté et l'égalité, que le centralisme et l'étatisme, ce fâcheux héritage de l'absolutisme monarchique”<sup>221</sup>. E deve ser vista como uma prática que efetiva de forma mais completa a prestação de serviços públicos, sobretudo, à saúde.

Em defesa de uma municipalização da gestão e dos recursos para a efetivação do direito à saúde, assiste razão a Robert e Magalhães (2002, p.222-

---

<sup>221</sup>O federalismo e a descentralização respondem bem melhor à ideia democrática de uma totalidade se governando ela mesma à base de liberdade e igualdade que o centralismo e o estatismo, essas infelizes heranças do absolutismo monárquico”. (Tradução)

223), quando argumentam que este direito social, por indicação de toda conjuntura atual da política pública “não pode ser gerida por esferas administrativas maiores como a União e os Estados, que, ao centralizar a gestão e o controle, inviabilizam uma administração competente, na qual os recursos investidos cheguem até o destinatário do servido de saúde”. Por este motivo, essa política pública reclama “a municipalização da gestão e dos recursos”.

De todo o exposto, verifica-se que a descentralização administrativa, aliada aos pressupostos do direito social e de integração de Gurvitch, conferem autonomia dos serviços públicos aos municípios brasileiros, notadamente à saúde, cuja “autonomia necessita realizar-se por via democrática” (BARACHO, 1986, p. 125), no sentido de que se opere a concretização dos direitos sociais – saúde e, por via de consequência, a construção de um federalismo municipalista inovador e emancipador.

É evidente que um longo caminho deverá ser percorrido para que essas projeções assumam a concretude desejada, assim como diversos preceitos teóricos demandam análises e conexões com os pontos construídos até então. Um desses pontos se refere à ideia de subsidiariedade, cuja investigação é objeto do próximo item do presente trabalho.

## 2.2 Pressupostos teóricos constitutivos do Princípio da Subsidiariedade: de princípio da União Europeia a sua introdução – implícita – no ordenamento jurídico brasileiro

A partir da Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro promoveu a ideia de que as ações dos entes federados e órgãos integrativos da República, assim como o planejamento e execução de políticas públicas, se desse de modo a privilegiar a igualdade, a sinergia e a autonomia dos entes federados e da sociedade civil entre si. No entanto, essa disposição ainda não se efetivou, pois não foram criados mecanismos eficientes de descentralização. Mesmo assim, o fato é positivo e no seio dessa lógica despontou o princípio da subsidiariedade<sup>222</sup> que, no âmbito

---

<sup>222</sup> “A subsidiariedade não é principalmente noção de Direito Público francês, mas foi recepcionada por ele. É um princípio jurídico, apesar do princípio de subsidiariedade não ser senão a expressão jurídica formalizada da noção de subsidiariedade. Em relação a outros princípios jurídicos, o princípio de subsidiariedade apresenta certas características próprias. Nem sempre surge como princípio. Em muitas ocasiões, o princípio de subsidiariedade, em sua origem, está fora do contexto dos julgadores e dos legisladores, que não foram seus criadores. O mesmo não acontece com outros princípios” (BARACHO, 1996, p. 28). O princípio de subsidiariedade “participa da

da distribuição de competências e atribuições aos entes federados, aos órgãos e à sociedade civil, valoriza a autonomia e as capacidades locais.

A compreensão da amplitude do termo requer que seja realizada uma clarificação terminológica, já que o uso frequente desse princípio costuma premiar algumas de suas significações e ignorar outras. Nesses termos, a origem etimológica do vocábulo subsidiariedade é antiga, derivada de “subsídio”, remonta ao latim *subsidium*, que designava as tropas de reserva, de reforço a serem convocadas em momento de necessidade (FROSINI, 2002, p. 2), significando socorro, ajuda ou auxílio extraordinário (MARTINS, 2003, p. 09; DEROSIER, 2007, p. 125).

Assim, a subsidiariedade compreende um conjunto de sentidos e está relacionada com a ideia de colaboração e cooperação, de ajuda, socorro e assistência, manifestada em francês (*subsidiarité = subsídio*), inglês (*subsidiarity = subsídio*), espanhol (*subsidiariedad = subsídio*), italiano (*sussidiarietà = subsídio*) e alemão (*Beihilfe = ajuda*) (BEZERRA, 2011, p. 144).

Hodiernamente, o termo é utilizado com significação relativa a algo secundário, o que diz respeito à qualidade daquilo que é secundário, cuja noção apresenta dificuldades de compreensão. Para este estudo tem maior importância quando se refere à ideia de supletividade, a qual compreende a visão de complementação e suplementariedade (BARACHO, 1996, p. 24), deixando de abranger parte de sua acepção conceitual que compreende as ideias de reforço e integração, que são essenciais para o enlace da subsidiariedade às matrizes teóricas apresentadas na primeira parcela desse estudo (HERMANY, 2012, p. 25).

Em termos técnico-jurídicos, utiliza-se o adjetivo “subsidiário” ou o advérbio “subsidiariamente” a respeito de situações “de necessidade de complemento de determinada disciplina normativa, de integração de lacunas ou de preenchimento de omissões normativas”, quando não há previsão específica para determinado caso e utilizam-se medidas já aceitas em outros ramos do direito ou outras situações análogas (MARTINS, 2003, p. 10), como é o caso do parágrafo único, do artigo 23, inciso II, da Constituição Federal de 1988, objeto de estudo da presente tese, que

---

função reguladora do Direito, desde que comunica a certos destinatários, isto é, ao legislador, ao julgador e ao administrador, um programa possível, ao dar forma a uma regra ou a um sistema” (BARACHO, 1996, p. 29).

não editou lei complementar estabelecendo a forma de cooperação entre os entes federativos no que tange à saúde pública brasileira.

Desse modo, a lógica do princípio da subsidiariedade pode ser encontrada diversas vezes em um ordenamento jurídico, pois ela diz respeito a noções diferentes em diferentes áreas. Assim, ela será encontrada, por exemplo, tanto no direito penal, quanto no direito processual, constitucional e administrativo. A perspectiva que interessa neste momento é aquela vinculada ao direito administrativo-constitucional<sup>223</sup>. Neste sentido, a subsidiariedade será entendida sob um viés interno e vertical/horizontal<sup>224</sup>, de modo a se enredar na distribuição de competências e atribuições federativas e administrativas.

O princípio da subsidiariedade, na sua visão mais geral (ou comum), pode ser entendido como o vetor que proporciona que cada um seja auxiliado quando necessário e, em sentido oposto, que não seja auxiliado quando desnecessário (MARTINS, 2003, p. 495). Em concreto, significa dizer que, diante de um caso real, o sujeito/ente mais “forte” somente poderá se imiscuir na esfera do sujeito/ente menos “forte” (ou mais fraco), se de modo cooperativo e quando este não conseguir, de forma igualmente adequada (eficaz e eficiente), resolver a uma questão, e tão somente pelo tempo necessário à “normalização” da situação enfrentada; uma vez que ele consiga solucionar a situação por suas próprias forças, o ente mais “forte” não deve se aprofundar na relação, sob pena de violar o princípio da subsidiariedade (BARACHO, 1996, p. 52).

É nesse aspecto que se revela a “cooperação” como o primeiro traço definidor do princípio em questão, compatível com a ideia de direito social proposto por Gurvitch. Adotar este princípio significa compreender que a ação das autoridades seja destinada ao bem comum, sem substituir aquilo que os particulares podem fazer, deixando de atuar quando for restabelecida a sua capacidade de intervenção (BARACHO, 1996, p. 26)<sup>225</sup>.

---

<sup>223</sup> O direito administrativo é o ramo de maior utilização do princípio da subsidiariedade (QUADROS, 1995, p. 16). Sobre o tema, conferir as obras de Chiti (1995) e Andersen; Deón (2000).

<sup>224</sup> Lembrando que “[...] a subsidiariedade deve ser entendida em sua dupla dimensão, a vertical, com uma maior atribuição de competências aos espaços institucionais mais próximos do cidadão, *in casu*, os Municípios e, com muito dessaque, a horizontal, entendida como uma nova e qualificada forma de construção das decisões públicas nesse espaço de poder” (HERMANY, 2012, p. 60).

<sup>225</sup> Segundo definição técnica, o princípio da subsidiariedade implica que “a autoridade só faça o que é preciso para o bem comum, mas aquilo que os particulares não podem, não sabem ou não querem fazer por si mesmos. A necessidade da intervenção da autoridade se esvanece, pois, eventualmente, e cessa rapidamente assim que os particulares voltem a manifestar capacidade para resolver o problema sem ajuda alheia” (BARACHO, 1996, p. 37. [...] “seria injustiça, ao

“A função subsidiária do Estado”, portanto, “deve se manifestar, uma vez caracterizada a ineficácia dos grupos sociais, primeiro como *ajuda*, mediante a criação de condições necessárias que possibilitem a ação das comunidades intermediárias”; apenas em um segundo e excepcional momento, então, estará o ente estatal autorizado a agir como suplência, isto é, “suprindo a insuficiência dos grupos sociais, quando estes não puderem realizar adequadamente suas funções” (TORRES, 2001, p. 19).

Esse esclarecimento acerca dos significados do princípio demonstraria, por si só, sua densidade inicial, contudo, além desse componente destaca-se a antiguidade da subsidiariedade, cujo aspecto histórico remonta a períodos antigos greco-romanos associado à visão aristotélica, na sua obra “A Política”, (VILHENA, 2002, p. 25), na medida em que privilegia as comunidades menores e o poder dos cidadãos que integram este espaço, posto que a sociedade política, a *polis*, busca, essencialmente, atingir um bem maior que é a felicidade de todos os seus integrantes, razão porque a cidade, entendida como um tipo de associação para Aristóteles, deve manter um equilíbrio entre a unidade maior e a menor.

A ideia de subsidiariedade também encontra as primeiras manifestações em S. Tomás de Aquino e em Dante. Nos séculos XVIII e XIX, o princípio é invocado, de uma forma genérica, sem maiores aprofundamentos, por pensadores como Locke, Proudhon, Tocqueville, Stuart Mill, Ketteler, Von Mohl e Georg Jellinek (QUADROS, 1995, p. 13).

No entanto, o surgimento da ideia de subsidiariedade, enquanto construção dogmática, aparece com a doutrina social da Igreja Católica, visando proteger a autonomia dos indivíduos e da coletividade contra a arbitrariedade do poder público, ao mesmo tempo em que procuravam contrapor ideias de cunho socialista ou excessos do liberalismo, cuja intenção era suprimir o papel do Estado em termos sociais ou econômicos.

A subsidiariedade aparece na Encíclica *Rerum Novarum*, de Leão XIII, mas afirma-se de maneira mais contundente na Encíclica de Pio XI *Quadragesimo Anno* de 1931, que a eleva a “solene princípio da Filosofia Social” (QUADROS, 1995, p.

---

mesmo tempo que torpedear de maneira bem criticável a ordem social, retirar dos agrupamentos de ordem inferior, conferindo-as a uma coletividade bem vasta e elevada, funções que elas próprias poderia exercer (BARACHO, 1996, p. 26).



14), pelo fato de que em seu número 79<sup>226</sup> faz referência expressa à ideia de que as comunidades maiores possuem o dever de ajudar e apoiar as comunidades menores, além da valorização dos indivíduos que integram esses espaços menores<sup>227</sup>.

Mais recentemente, em 2009, o Papa Bento XVI, ao tratar do tema da globalização, na Encíclica *Caritas in Veritate*<sup>228</sup>, faz referência expressa ao princípio da subsidiariedade, ao destacar o caráter de ajuda e cooperação que deve imperar entre os diversos níveis de governo, no atual contexto social (BEZERRA, 2011, p.151).

Dentro deste quadro de evolução histórica, refere Frosini (2002, p. 8) que o termo subsidiariedade somente adquiriu recentemente “o léxico político e jurídico, seu valor específico de significado”.

É possível, então, afirmar que sempre houve práticas subsidiárias na história das civilizações, sendo estas interrompidas quando da afirmação do monismo no mundo ocidental. E que as práticas subsidiárias de valorização das necessidades e interesses locais promovem o pluralismo de ideias e de organização. É justamente neste ponto que conceitos subsidiários são equivalentes a pluralistas, pois atentam para a valorização da diversidade e para a comunhão saudável de interesses, assim como previa Gurvitch, que as decisões de comunidades maiores seriam pautadas pelo equilíbrio das comunidades menores. A subsidiariedade não prevê, necessariamente, a submissão do ente maior ao menor, mas a conjunção de interesses entre os vários entes menores, o que é notadamente plural.

Essa pluralidade conduz a ideia de integração, posto que o princípio da subsidiariedade não implica a superação dos espaços representativos institucionais, uma vez que “a auto-organização da sociedade não exclui o princípio da unidade

<sup>226</sup> “Assim como é injusto subtrair aos indivíduos o que eles podem efectuar com a própria iniciativa e trabalho, para o confiar à comunidade, do mesmo modo passar para uma comunidade maior e mais elevada o que comunidades menores e inferiores podem realizar é uma injustiça, um grave dano e perturbação da boa ordem social. O fim natural da sociedade e da sua acção é coadjuvar os seus membros, e não destruí-los nem absorvê-los”. (PAPA PIO XI, 1931).

<sup>227</sup> Recentemente, foi reconhecido, pelo Papa João Paulo II na Encíclica *Centesimus Annus*, de forma concreta no seu número 48, que, pela primeira vez na doutrina social da Igreja, utiliza-se a expressão ‘princípio da subsidiariedade’ (QUADROS, 1995, p. 15).

<sup>228</sup> O número 57 da Encíclica prescreve: “[...] A subsidiariedade é, antes de mais nada, uma ajuda à pessoa, na autonomia dos corpos intermédios. Tal ajuda é oferecida quando a pessoa e os sujeitos sociais não conseguem operar por si sós, e implica sempre finalidades emancipativas, porque favorece a liberdade e a participação enquanto assunção de responsabilidades. [...] “Para não se gerar um perigoso poder universal de tipo monocrático, o governo da globalização deve ser de tipo subsidiário, articulado segundo vários e diferenciados níveis que colaborem reciprocamente”. (BENTO XVI, 2009).

política, desde que a unidade que se procura, por meio do consenso, é a que se efetiva na pluralidade” (BARACHO, 1996, p. 06), uma vez que os interesses da sociedade não são incompatíveis com os interesses do poder público estatal<sup>229</sup>. Disso resulta no direito de integração formulado por Gurvitch (1932) a partir da comunidade política subjacente, consolidado através do direito social condensado, cujo direito integrador tem origem na relação articulada da referida comunidade subjacente que busca o consenso entre os seus membros com os demais organismos estatais locais.

Percebe-se aqui uma convergência positiva, que foi possível a partir da compreensão de que, separados por tempos e circunstâncias diferentes, defensores do direito social gurvitchiano e da subsidiariedade, em que pesem suas diferenças, pretendem resgatar a força do poder local e torná-lo efetivo em relação ao grande estado que une a nação. Do menor ao maior e do maior aos menores, será possível inverter a lógica centralizadora que impede a subsidiariedade de se afirmar e o direito social de fortalecer e empoderar as comunidades.

Não são conceitos excludentes entre si, mas complementares, que nunca tiveram a oportunidade de dialogar entre si, encontrando-se como teorias distintas, mas, que, como postulado desta tese, são inseparáveis em relação a uma questão, a de que deve haver autodeterminação de interesses comuns e empoderamento “comunitário” para que as normas e as decisões emanadas da sociedade sejam de comunhão. Notadamente, a criação do município como ente federado foi um grande avanço, mas não se constituiu, por si só, em uma garantia de subsidiariedade muito menos em um fato normativo, pois não foi resultado de uma produção normativa social, de ordem integradora, mas obra de um entendimento legislativo.

Partindo dessas premissas, é possível afirmar que a comunidade local afirma melhor sua relação com o mundo através do direito social de Gurvitch – entende-se não somente a produção autônoma de normas, mas também a participação nas decisões de ordem administrativa – e, o direito social, por sua vez, depende da comunidade local para efetivar-se. Evidencia-se, desse modo, a intrínseca relação entre o princípio da subsidiariedade e o direito social gurvitchiano que não podem, de forma, alguma, ser vistos distantes do norte de integração, na

---

<sup>229</sup>Continua Baracho (1996, p. 06): “A unidade na diversidade não suprime a estrutura social muitas vezes antagônica. Os conceitos de consenso e pluralismo são categorias gerais, necessárias ao discurso político e normativo” (BARACHO, 1996, p. 6).

persecução do objetivo comum, qual seja, a garantia do direito social à saúde, em âmbito local.

O direito social proposto por Gurvitch privilegia o interesse das comunidades menores que, segundo esse jurista-sociólogo francês, não se resume em qualquer espécie de comunidade, mas, para se consolidar como um centro gerador de direito e de decisão política, deve-se ancorar numa “comunidade ativa”, a qual se constitui na maioria das comunidades fundamentadas sobre parentesco, localidade, profissão ou qualquer outra atividade especial.

Comme la Justice et les valeurs juridiques qui en dépendent sont des idées-actions, des valeurs-créatrices, une communauté, pour engendrer du droit, doit être une *communauté active*, une communauté ayant “*une œuvre à accomplir*”, une « communion en l'action ; et comme , d'autre part, celle activité créatrice dans le domaine juridique est logiciée, les communautés actives ayant trait au droit sont susceptibles de devenir des infrastructures sous-jacentes à des organisations superposées (chaque organisation supposant rationalisation)<sup>230</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 118). [grifos do autor].

Portanto, no entender de Gurvitch (1932, p. 119) “[...] pour pouvoir engendrer le droit, une communauté active, aussi bien qu'une organisation, doit déjà être imprégnée par lui; et, d'autre part, le droit pour être un droit et pouvoir régir la communauté, doit précisément être engendré et rendu efficient par elle”<sup>231</sup>.

A partir disso, verifica-se que o sistema de produção de normas deve realizar-se a partir das comunidades locais, de forma a consolidar o direito social condensado delineado por Gurvitch, cuja integração se estabelece entre a coletividade local e o poder público municipal.

Discorrendo, justamente, sobre o conceito moderno de subsidiariedade, ainda que reconhecendo suas raízes católicas, Torres (2001, p. 34) destaca a sua “acolhida pelo direito público como princípio diretor de um sistema ideal de distribuição de competências entre a comunidade maior e a comunidade menor”, por força do qual a intervenção de instâncias superiores só é admitida em caso de

<sup>230</sup> “Como a Justiça e os valores jurídicos que dependem dela são ideias-ação, valores-criadores, uma comunidade para engendrar o direito deve ser uma “*comunidade ativa*”, uma comunidade tendo uma “*obra a cumprir*”, uma “*comunhão na ação*”, e como, por outro lado essa atividade criadora no domínio jurídico é logicizada, as comunidades ativas tendo traço ao direito, são suscetíveis de se tornar infra-estruturas subjacentes às organizações sobrepostas (cada organização supondo racionalização)”. (Tradução) [grifos do autor].

<sup>231</sup> “[...] para poder engendrar o direito, uma comunidade ativa, bem como uma organização, deve já estar impregnada por ele e, por outro lado, o direito pode ser um direito e poder reger a comunidade deve precisamente ser engendrado e tornado eficiente por ela”. (Tradução)

necessidade ou ineficácia da atuação das instâncias mais próximas do cidadão, já que é neste espaço que o poder deve ser exercido primordialmente.

Tal afirmativa guarda vínculos com a adoção desse princípio pela União Europeia<sup>232</sup> desde meados de 1976, período em que foi inserida na comunidade essa visão, mesmo que, inicialmente, sem um viés pragmático; posteriormente, no ano de 1984, o Parlamento Europeu enfrentou a questão mais abertamente (figurando em artigo específico). Apesar dessa inserção, a aplicação político-jurídica do princípio ainda tardou em se fazer sentir nas questões da comunidade europeia, demonstrando as dificuldades de compatibilização com diversas nações distintas (CARVAJAL, 1995, p. 67).

Uma leitura atenta à versão original dos referidos Tratados revela que a ideia de subsidiariedade não foi consagrada inicialmente como princípio geral do direito comunitário. Ao contrário, sua inserção textual foi fruto de um lento e delicado processo, contando com avanços e recuos, tal qual a própria técnica de integração europeia. Tanto que “a ‘história’ da presença do princípio da subsidiariedade no direito comunitário está íntima e directamente (sic) relacionada com o processo tendente à criação de uma União Europeia” (VILHENA, 2002, p. 40).

Em razão disso, afirma-se que o surgimento do princípio da subsidiariedade é recente, vindo a consolidar-se, efetivamente, somente através do Tratado de Maastricht, no ano de 1992, como fonte de fortalecimento da comunidade da União Europeia, ainda que não se ignore a sua origem já detectada, de forma implícita, no Tratado da Comunidade Econômica da União Europeia (VILHENA, 2002, p. 90-91).

Referindo-se em desafio, outra questão que se apresentou na Europa – e que se mostra decisiva para os efeitos práticos do princípio da subsidiariedade –, por ocasião da Carta Europeia de Autonomia Local<sup>233</sup>, era referente a se o princípio da subsidiariedade recomendava que o ente mais “próximo” do problema o resolvesse ou se isso incumbia ao ente mais “apto”. A lógica do ente mais próximo imperou por algum tempo até que se percebeu ser insuficiente na resolução de diversos problemas concretos e no plano teórico da repartição das competências (MARTINS, 2003, p. 445). Efetivamente, reconheceu-se que a melhor leitura do princípio da subsidiariedade dita que o ente mais apto a solucionar uma questão de forma mais

---

<sup>232</sup> Uma contribuição maior sobre o princípio da subsidiariedade na União Europeia pode ser vista em Vilhena (2002), Quadros (1995) e Carvajal (1995).

<sup>233</sup> Uma análise sistemática acerca do conteúdo da Carta Europeia de Autonomia local pode ser conferida em Herrarte (2007).

eficaz e eficiente é quem deve fazê-la, sendo que tal avaliação somente se daria em face de uma realidade fática e nunca em uma hipótese em abstrato (MARTINS, 2003, p. 498).

Sem embargo, contudo, o fator proximidade não deve ser menosprezado, justamente porque é ele que constrói o sentido de aproximação da decisão aos seus destinatários ou, em termos mais rasos, a proximidade permite que as soluções sejam criadas por aqueles que vivem o problema/situação concreta. Deve-se considerar, igualmente, que a correção daquilo que foi acordado, ao menos em termos sociais e políticos, é bastante íntima da realidade a que se aplica e, assim, os “mais próximos”, os que estão envolvidos diretamente, em tese, conhecem melhor a realidade local do que os “mais distantes” que, no máximo, serão afetados indiretamente (MARTINS, 2003, p. 466-467).

Destarte, para ilustrar, a esfera municipal é um espaço privilegiado da aplicação do princípio da subsidiariedade já que as situações ocorridas em seu seio e que envolvem o Estado e a sociedade civil se dão com ampla proximidade das pessoas concretas (o sujeito, o vizinho, o amigo, o líder comunitário etc.) que são, ao fim e ao cabo, os reais interessados nas questões municipais (HERMANY, 2012, p. 22).

Juridicamente, o princípio da subsidiariedade é tido como um princípio constitucional adstrito tanto à perspectiva da organização vertical e horizontal do Estado<sup>234</sup> (com ênfase no princípio federativo) quanto à própria ideia de igualdade e legalidade (HERMANY; PEREIRA, 2011, p. 223). Por se tratar de um princípio constitucional, obviamente se vale de toda a teoria geral dos princípios e, portanto, pode se tratar até mesmo de um princípio implícito ou decorrente, não carecendo, portanto, constar expressamente no texto da Lei maior (HERMANY, 2013, p. 264). É por força principiológica que se verifica que o princípio da subsidiariedade acaba se tornando um verdadeiro “critério de validade” dos atos adotados sob sua égide, o mesmo podendo se dizer da própria conformação organizativa do Estado e de suas estruturas.

Desse modo, ao conferir a responsabilidade pelo atendimento aos interesses públicos, na medida do possível, às “autoridades inferiores”, menores e mais

---

<sup>234</sup> Ressaltando que “a subsidiariedade não é apenas um simples princípio de repartição de competências entre órgãos ou coletividades essatais. Ela fixa o próprio princípio das competências, daí decorre que a subsidiariedade possa ser um princípio de Direito Constitucional.” (BARACHO, 1996, p. 94).

próximas ao cidadão, rechaça-se “a absorção de poderes pela autoridade central que aniquila, afinal, a própria liberdade social” (TORRES, 2001, p. 68-69). No que diz respeito à noção de justiça, trata-se de um estimado valor que se associa à subsidiariedade, tendo em vista a compreensão de que uma *injustiça* ocorre quando se retira dos membros de uma sociedade a possibilidade de realizarem por iniciativa e capacidade próprias o que poderia fazer sem interferências (TORRES, 2001, p. 71).

No entender de Gurvitch, as coletividades menores, em virtude do caráter de proximidade da realidade social dos fatos e da norma jurídica<sup>235</sup>, se encontram em melhores condições na produção do direito e na tomada de decisões políticas, enaltecendo o caráter de justiça do princípio da subsidiariedade e a equivalência dos valores individuais e coletivos.

Frente ao exposto, os fundamentos do direito social de Gurvitch e o princípio da subsidiariedade, apesar de constituírem bases teóricas distintas, se unem em uma só, em prol do bem comum – a defesa do direito social - no caso da presente tese, a saúde.

Devidamente assentados, então, os pressupostos teóricos constitutivos do princípio da subsidiariedade, bem como a sua introdução, ainda que implícita, no ordenamento jurídico brasileiro, é importante avançar no debate, averiguando e aprofundando outros aspectos e implicações práticas que o referido princípio acarreta para o federalismo pátrio, notadamente, a sua dimensão vertical.

### 2.3 O poder local e a dimensão vertical da subsidiariedade administrativa interna na perspectiva constitucional – critério competencial

Inicialmente, considera-se importante tecer algumas considerações sobre o “poder local”, pois o município enseja a administração política do espaço da vida cotidiana das pessoas. “Esse espaço local, no Brasil, é o município, unidade básica de organização social, mas também o bairro, o quarteirão em que vivemos”.

---

<sup>235</sup> Na perspectiva do sistema jurídico, Habermas (2012a, p. 61 e 138) também defende a relação entre norma e realidade (validade e facticidade), enquanto desafio para a elaboração normativa, já que o mundo da vida constitui a base sobre a qual a ação comunicativa se realiza, em que é voltada para o entendimento dos sujeitos.

Portanto, o espaço municipal<sup>236</sup> se constitui em uma “organização comunitária”, enquanto “espaço de ação” “ou espaço de vida”, com “capacidade de autotransformação econômica, social” (DOWBOR, 1999, p. 10-11 e 24) e, também, com poder de auto-organização e autolegislação, posto que produtor do direito social nos moldes delineados por Gurvitch.

O município hodierno teve sua origem “com o *municipium* ou *municipia* romano, organização local surgida no final da República” (COSTA, 2005, p. 03). No entanto, a origem do poder local remonta a Aristóteles (2008, p.53-57) para quem a cidade, no sentido da *pólis* grega, constituía um tipo de associação, decorrente da organização familiar e das pessoas, criada para gerir a vida dos cidadãos e que buscava atingir um bem maior – “viver bem”. Todo cidadão integrante da Cidade é, por natureza, um “animal político”, que vive em sociedade e participa da sua vida política.

Por conseguinte, “o Município, relacionado com a ideia de cidade, tem origem na própria formação dos primeiros agrupamentos humanos, com interesses comuns de defesa e de produção”. A ideia de município surgiu antes da experiência romana e constituía-se em um aparato normativo local que atendia às demandas de seus habitantes (COSTA, 2005, p. 66).

No mesmo sentido estão os estudos de Tocqueville (1987), que se dedicou ao papel do município nas instituições norte-americanas. Para esse autor, a vida política nascia no interior da comuna no sistema político americano, em que ensejava uma liberdade política em seus costumes, que foi fundamental para garantir este entendimento em âmbito maior, isto é, o centro político se voltava para a vida local.

Afirma Tocqueville (1987, p. 54), fazendo referência ao poder local, é na comuna que reside à força dos povos livres, pois as instituições municipais estão para a liberdade como as escolas primárias estão para a ciência, constituindo o elo entre o povo e o governo. Para ser livre, conforme preceitua o autor, é preciso garantir a liberdade de pensamento e de ação nas menores esferas de poder.

A ideia de poder local tem crescido no mundo inteiro, sendo referida como “local authority” em inglês, *communautés locales* em francês, ou ainda como espaço

---

<sup>236</sup> Dowbor (1999, p. 25) na sua clássica obra “o que é poder local”, realiza um estudo aprofundado sobre o tema, o qual apresenta uma concepção moderna de “espaço local” a partir da inserção da sociedade neste contexto, em que ele denomina a “democracia local” como “terceiro eixo”.

local, “o poder local está no centro do conjunto de transformações que envolvem a descentralização, a desburocratização e a participação” (DOWBOR, 1999, p. 11).

Os autores citados anteciparam, de alguma forma, o núcleo do que constitui o conceito do princípio da subsidiariedade<sup>237</sup>, no qual encontra-se a forte vinculação à ideia de descentralização, tanto que Baracho (1996, p. 30) chega a afirmar que “a descentralização é um domínio predileto de aplicação deste princípio”. Por essa via, então, constrói-se a noção de que os denominados “poderes locais”, públicos ou não, devam ter certo grau de autonomia – notadamente financeira – (HERMANY, 2012, p. 46), autonomia tal que, aliás, é outro elemento configurador dessa forma de pensamento.

A forma tradicional de Estado, associada com o princípio da soberania, segundo Gurvitch (1945, p. 141-142) tende a desaparecer para ser substituída “por el federalismo funcional de los servicios públicos descentralizados”, em que as entidades autônomas administram elas próprias os serviços com o controle do governo, as quais se integram na federação cooperativa dos serviços públicos, uma tendência dos regimes a partir de agora. A soberania política e jurídica pertence aos agrupamentos sociais autônomos, no entender de Gurvitch (1945, p. 274-275), posto que “la tendencia a atribuir al Estado la soberania política y jurídica (competencia de competencias) es sólo una ilusión óptica”, isto é, não passa de “um acidente histórico”, segundo esse jurista francês.

Nessa perspectiva, a autonomia dos “poderes locais”<sup>238,239e240</sup> é intimamente ligada à lógica da descentralização<sup>241</sup>, notadamente porque a ideia contrária – que

<sup>237</sup> “A subsidiariedade é definida como o princípio segundo o qual as atribuições e competências devem ser exercidas pelo nível da administração melhor colocado para as prosseguir com racionalidade, eficácia e proximidade do cidadão” (MARTINS, 2003, p. 474).

<sup>238</sup> A origem etimológica do termo autonomia surge do grego *autos* (próprio) + *nomos* (normas), que significa “edição de normas próprias, corresponde, no caso dos Estados-membros, à capacidade de se darem as respectivas Constituições e lei”, o que consiste na “capacidade de auto-organização e autolegislação, sem que houvesse uma definição do objeto passível de normatização pelos Estados” (ALMEIDA, 2013, p. 14-15).

<sup>239</sup> Considerando a origem do princípio da subsidiariedade, a Carta Europeia de Autonomia Local traz o conceito de autonomia local, no nº 01, do artigo 3º, a qual entende como “o direito e a capacidade efectiva de as autarquias locais regulamentarem e gerirem, nos termos da lei, sob sua responsabilidade e no interesse das respectivas populações uma parte importante dos assuntos públicos” (CARTA EUROPEIA DE AUTONOMIA LOCAL, 1988, p. 02).

<sup>240</sup> “A expressão autonomia local é utilizada na Carta Europeia de Autonomia Local e usualmente noutros países como a Espanha, a Itália e a França. No Conselho da Europa, instituição que elaborou e aprovou a Carta Europeia, assume cada vez mais relevo a expressão ‘democracia local’” (OLIVEIRA, 2013, p. 69-70). Oliveira (2013, p. 70) prefere utilizar a expressão autonomia local pelo fato de estar consagrado no ordenamento jurídico Europeu. Já a Constituição portuguesa optou por utilizar a expressão “autonomia das autarquias locais” (OLIVEIRA, 2013, p. 79).



sublinha a ideia de existir sempre algo/alguém como “autorizador” em qualquer situação – obstaculiza a subsidiariedade, uma vez que repudia a autonomia<sup>242</sup>. Neste sentido, é viável reconhecer que sem descentralização não há subsidiariedade, não obstante possa haver descentralização sem subsidiariedade<sup>243</sup> (MARTINS, 2003, p. 460-461). Desse modo, autonomia e fortalecimento do poder local são condições de existência desse princípio, pois implica em uma relação em que não haja dominação, controle ou ingerência administrativa (MARTINS, 2003, p. 457).

Aplicando-se essa lógica ao federalismo brasileiro, deve-se recordar, ainda, que se trata de um modelo inovador, pois inclui o município como ente federado e com poder constituinte decorrente, apesar de seu caráter centrífugo (MAGALHÃES, 2000, p. 17), conforme esclarecido no início desse capítulo.

Analisando a municipalização brasileira, percebe-se que ela ainda é bastante incipiente no sentido do que propunha Gurvitch (1932, p. 74), que defendia um “autogoverno local” e uma “administração local descentralizada”, sob a forma de um direito social anexado, em que as normas da comunidade são incorporadas pelo poder estatal, mas mantêm sua autonomia, como foi abordado no primeiro capítulo dessa investigação.

La forme du droit social annexé la plus généralement répandue, et jouant depuis longtemps un rôle considérable dans le fonctionnement des ordres étatiques modernes, est le droit du self government local, des corps d'administration locale décentralisée<sup>244</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 74).

---

<sup>241</sup> A respeito da descentralização dos governos locais, se manifesta Pinto Filho (2002, p. 17): “[...] o complexo de organização descentralizada no Estado unitário pressupõe um direito à existência das instituições locais, ou seja, os governos locais podem se organizar autonomamente, inclusive os poderes políticos; existência de órgãos representativos dotados de competências para regerem a vida dos cidadãos locais e a autodeterminação, concretizada na busca de interesses próprios das coletividades”.

<sup>242</sup> Derosier (2007) realiza um estudo sobre a antinomia centralização/descentralização e a relação da descentralização com o princípio da subsidiariedade enquanto estratégia para a sua concretização.

<sup>243</sup> “Se a descentralização implicar, contudo, a manutenção de relações de supremacia entre entidades superiores e inferiores tais que não haja efectiva autonomia” [...] então a subsidiariedade deixará de fazer sentido na medida em que sempre a entidade de grau superior poderá intervir no exercício dos poderes da entidade de grau inferior, anulando a relação de subsidiariedade em favor da relação de tutela” (MARTINS, 2003, p. 461).

<sup>244</sup> “A forma do direito social anexado, a mais geralmente propagada, e tendo um papel considerável no funcionamento das ordens estatais modernas, é o direito do autogoverno local, dos corpos da administração local descentralizada”. (Tradução)

As teorias que justificam o “autogoverno local”, as quais são na realidade estatistas, pretendiam manter a tutela do Estado sobre os munícipes, os quais, segundo Gurvitch (1932, p.74) estabelecem suas relações marcadas por estruturas de caráter aberto à população, que atuam no seu controle, mas não agem por seu intermédio.

Observa-se que, para Gurvitch, o direito social autônomo de integração serve de fundamento para os serviços públicos descentralizados, por isso relacionados com a ideia de colaboração ou de comunhão, razão porque Gurvitch privilegia o interesse das comunidades locais, uma vez que a noção de direito social é vista “como uma espécie de auto-regulação (sic) comunitária”, alheia ao direito estatal (MORAIS, 1997, p. 33), daí sua indissociável relação com o princípio da subsidiariedade e do interesse local.

A expressão interesse local designa a autonomia do município<sup>245e246</sup>, (artigo 30, inciso I, da CF/88)<sup>247</sup>, sendo essa a denominação que permeia a delimitação das competências constitucionais desse ente federado. Trata-se de um conceito impreciso e indeterminado, expressando vagamente o que o município está autorizado a realizar (CORRALO, 2009, p.177). Na verdade “o interesse local se caracteriza pela predominância (e não pela exclusividade) do interesse para o Município em relação ao do Estado e da União. Isso porque não há assunto municipal que não seja reflexamente de interesse estadual e nacional” (MEIRELLES, 2001, p. 134-135).

Os assuntos de interesse de uma determinada região constituem a área em que atua, especificamente, o município, segundo a Constituição, mas está vinculado ao interesse do Estado e da União, visto ser inadmissível algo que diga respeito ao município isoladamente. Ilustra muito bem o caso do direito social à saúde, que constitui uma competência comum dos entes federados e preconiza a ideia de cooperação entre os mesmos, aqui proposta, a partir da esfera local, já que agrega o

---

<sup>245</sup> “Sob o aspecto formal, o município brasileiro certamente é a entidade territorial local investida da autonomia mais abrangente no mundo inteiro. No exercício de suas atribuições, ele atua em absoluta igualdade de condições com as outras esferas governamentais; os atos municipais independem de prévia autorização ou de posterior ratificação de qualquer outra entidade estatal” (KRELL, 2003, p. 46).

<sup>246</sup> “Art. 34. A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para: [...] VII – assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais [...] c) autonomia municipal” [...] (BRASIL, 1988).

<sup>247</sup> “[...] as competências expressas no artigo 30 não devem estimular uma visão exageradamente grandiosa da autonomia municipal, porque diversas matérias aí explicitadas sofrem a restrição de uma normatividade superior” (ALMEIDA, 2013, p. 101-102).

interesse das três esferas de poder. Além da cooperação entre as instâncias federativas, a ideia de integração proposta por Gurvitch, a qual se estabelece entre sociedade civil e município, é considerada aqui como indispensável para a consecução do direito social à saúde, em esfera local.

Portanto, o “autogoverno local”, segundo os postulados de Gurvitch, se inscreve na produção autônoma do direito pelos agrupamentos sociais e no próprio controle pelos agentes sociais das decisões de caráter público, o qual demonstra a sua relação com o poder local e o princípio da subsidiariedade, mas que não prescinde da cooperação com entes maiores, como o Estado e a União.

Dessa forma, a consagração do poder local com o fortalecimento das competências do município enseja a ideia valorização da comunidade, pois o artigo 30 da Constituição Federal de 1988 cita, mas não fortalece a concepção de interesse local (HERMANY, 2007, p. 276-277), o que importa dizer que “o federalismo confere o substracto organizativo ideal à subsidiariedade” (QUADROS, 1995, p. 20).

Não significa que não possa haver federalismo sem subsidiariedade e vice-versa. Nos estados unitários descentralizados, por exemplo, é perfeitamente possível proceder a uma repartição de atribuições entre Estado e entes menores (autarquias, municípios, regiões) através desse princípio (VILHENA, 2002, p. 31). Assim, o federalismo conciliaria o respeito das autonomias com a necessidade de soberania e, ao mesmo tempo, com a repartição de competências constitucionais<sup>248</sup> (MARTINS, 2003, p. 505).

Como demonstrativo dessa afirmativa, tem-se o caso brasileiro desde a Constituição Federal de 1988 que, a partir das previsões dos artigos 23 e 24, ao estabelecer as competências comuns e concorrentes, instituiu o federalismo cooperativo, cujo grande defensor, em sede local, dentre outros, é Krell (2008), o qual é um modelo mais dinâmico, interativo e efetivamente descentralizado de federação que conta com o apoio sinérgico dos entes federados.

Nesse sentido, acaba que os entes federados estruturam-se sob competências específicas, concorrentes e comuns, mas sempre em mútuo auxílio – quando pertinente e necessário –, preservando suas autonomias e laborando em

---

<sup>248</sup> Para fins de distribuição de competências, a Constituição adota vários critérios, como a divisão de competência legislativa versus administrativa, em que o ente federativo assumiria competências legislativas e administrativas específicas, havendo uma interdependência entre ambas (RECK, 2013, p. 123).

prol de objetivos que isoladamente não alcançariam ou alcançariam tardiamente e a muito custo.

A questão das competências que se apresenta no seio do federalismo cooperativo segue a mesma lógica, o que significa dizer, teoricamente, que cada ente federado terá, *a priori*, um conjunto de competências<sup>249</sup> específicas – as quais poderão ser revisitadas em casos concretos, ressalvadas situações específicas vinculadas, em geral, à União<sup>250</sup> – ao lado de competências não-específicas, ambas sendo desenvolvidas em sinergia de maior ou menor escala. Nessa mensuração, acaba sendo o princípio da subsidiariedade um elemento central e determinante na apreciação.

Na verdade, os municípios brasileiros, de um modo geral, possuem inúmeras diferenças culturais, o que deve ser levado em conta na formulação de políticas públicas, mormente a saúde, o que prova que a autonomia local deve sair do discurso para se tornar uma realidade que, no entender de Gurvitch (1932, p. 78) sua organização interior deve ser construída pelo “autogoverno”, mediante serviços públicos descentralizados, a qual é capaz de constituir um direito social autônomo de integração.

Les minorités nationales, si un nombre suffisant de leurs membres le désire, se constituent en groupes organisés qui se gouvernent eux-mêmes pour tout ce qui concerne leur culture nationale. Il s’agit ici sans aucun doute d’une manifestation du droit d’intégration autonome se dégageant du ‘tout’ de la nationalité minoritaire et recevant une expression organisée<sup>251</sup> (GURVITCH, 1932, p. 82).

O extrato acima é possível de ser conferido em países que se formaram a partir de incorporações de culturas locais, como é o caso da Espanha, em que a região basca sempre manteve sua independência cultural local, apesar de suas leis específicas se incorporarem ao estado espanhol. Notadamente, toda vez que se elabora uma norma nacional que fere os interesses locais, há flagrante conflito de interesses que poderia ser resolvido a partir da subsidiariedade. E quando essa não

<sup>249</sup> Segundo Silva (2004, p. 477-478) “competência é a faculdade juridicamente atribuída a uma entidade ou a um órgão ou agente do Poder Público para emitir decisões. Competências são as diversas modalidades de poder de que se servem os órgãos ou entidades essatais para realizar suas funções”.

<sup>250</sup> Como a exemplo as chamadas competências exclusivas.

<sup>251</sup> “As minorias nacionais, se um número suficiente de seus membros o deseja, constituem-se em grupos organizados que se governam para tudo que concerne sua cultura nacional. Trata-se aqui sem nenhuma dúvida de uma manifestação do direito de integração autônomo se originando do “todo” da nacionalidade minoritária e recebendo uma expressão organizada”. (Tradução)

for a solução para os litígios de ordem jurídica, talvez seja o caso de se pensar em gerar um estado autônomo. Mesmo assim, o problema da decisão local permanecerá se o novo estado não adotar essa prática.

Observa-se, assim, que a subsidiariedade busca consolidar o exercício do poder pelas autoridades mais próximas do sujeito destinatário das decisões (demonstrando um espectro mais amplo do que a do cidadão), “ora por outra autoridade que embora mais longínqua, é aquela que está apta pela natureza e amplitude da tarefa, a realizá-la mais eficaz e economicamente” (MARTINS, 2003, p. 445). Essa aproximação inicial apresenta a prioridade na atuação estatal próxima ao âmbito de participação/afetação dos indivíduos, mas ao mesmo tempo resguarda que em determinadas situações, tendo em vista os critérios de economicidade e eficácia podem ser necessárias medidas em sede de poder central.

Essa aproximação dos cidadãos também é apontada por Gurvitch (1946a,p. 32) no sentido de que as relações do direito “derivam da espontaneidade da vida social”, ou seja, a relação entre “o direito e a realidade social viva” é mais facilmente vislumbrada a partir das coletividades locais. Desse modo, a realidade jurídica e a realidade social local, assim, se inserem no contexto do princípio da subsidiariedade e, também, na esfera da distribuição de competências entre as várias instâncias de poder.

Por isso, é seguro afirmar que a subsidiariedade opera como um fator de distribuição (ou redistribuição) de competências entre esferas, enaltecendo aspectos de descentralização das ações e funções, fato este gerador de uma racionalização de que a esfera mais ampla (central) somente realizará uma atividade pertencente à esfera local (menos ampla) nos casos em que essa não for capaz de adimpli-los (QUADROS, 1995, p. 18).

Assim, a descentralização político-legislativa e administrativa decorre do princípio da subsidiariedade<sup>252</sup> (BARACHO, 1996, p. 92), redimensionado as relações entre Estado e sociedade civil e fortalecendo o poder local. O princípio da

---

<sup>252</sup>A subsidiariedade pressupõe a ausência de controle entre os entes federados, tanto no campo da administração pública como no da competência. Assim, o princípio da subsidiariedade identifica-se com a ideia de descentralização, distinto, por sua vez, da desconcentração, que admite o controle entre as entidades administrativas (HERMANY, 2012, p. 44-45).

descentralização constitui elemento preponderante na noção de autonomia local<sup>253</sup>, visto que através dela se dá a transferência de poderes a entidades autônomas.

Não bastasse o resguardo à esfera descentralizada, a noção acima exposta deixa aberta a estrutura organizacional estatal federativa aos processos de cooperação necessários, não apenas das esferas locais, mas também de retorno às esferas mais altas, visando sempre a priorizar as necessidades dos indivíduos na concretização de direitos (bem como a evitar situações de formações de oligarquias locais, que deturpariam o sentido desse princípio) (HERMANY, 2012, p. 43).

Tomando a subsidiariedade como mecanismo de articulação constitucional de efetivação dos direitos sociais, compreende-se, além da necessidade de descentralização, a própria conexão aduzida ao federalismo, o que acaba por sistematizar a tripartição dos poderes oriunda das bases normativas ao plano concreto, conferindo ao Estado a divisão vertical de poderes ou, em outras palavras, a subsidiariedade vertical (KRELL, 2008, p. 41).

Para essa linha de raciocínio, contribui também a construção de Frosini (2002, p. 8) ao atribuir à linha vertical da subsidiariedade uma vinculação com o direito internacional, em essência, às ideias partilhadas entre ordenamentos comunitários e nacionais, embora o próprio autor enfatize sua caracterização em outras formas de descentralização, por estados, regiões, províncias, municípios, etc.

Nessa perspectiva de atribuição de competências<sup>254</sup>, aduz Baracho (1996, p. 92), que “as decisões, legislativas ou administrativas, devem ser tomadas no nível político mais baixo possível, isto é, por aquelas que estão o mais próximo possível das decisões que são definidas, efetuadas e executadas”, ou seja, o princípio da subsidiariedade possui relação com a situação constitucional definida nas competências dos entes que compõem o seu Estado e o processo de descentralização política e administrativa.

Assim, verificado que mais de um ente federado é competente para exercer as mesmas funções administrativas e/ou legislativas, aí reside a aplicação do

---

<sup>253</sup> “A autonomia local implica (exige) a dotação de poder regulamentar próprio. Poder cujo âmbito se circunscreve à esfera de ação das autarquias locais respectivas e assim terá de ter em conta os limites constitucionais, legislativos e ainda o poder regulamentar das autarquias de grau superior (v.g. municípios em relação às freguesias) ou das autoridades com poder tutelar (Governo no continente, Governo Regional, nas Regiões Autónomas)” (OLIVEIRA, 2013, p. 91).

<sup>254</sup> “No que diz respeito à distribuição de competências legislativas e administrativas, a Constituição de 1988 coloca os municípios também ao lado da União e dos Estados. Essa ‘trilogia federativa’ da existência de três entes políticos internos autônomos constitui uma peculiaridade do Brasil em comparação com os demais países de organização federativa” (KRELL, 2003, p. 46).

princípio da subsidiariedade, como elemento reorganizador nessa repartição de competências constitucionais, em cada caso concreto, “pois só aí é possível saber quem está mais apto a solucioná-lo de forma mais eficaz” (MARTINS, 2003, p. 458), levando-se em conta a noção de proximidade, além da economicidade e eficácia (HERMANY, 2012, p. 45).

Nesse sentido, é essencial que se pontue que, por “competência”, entende-se uma fixação em abstrato de situações/assuntos que intenta classificar e definir quem deve/pode concretizar aquelas situações/assuntos fixados. Salienta Reck (2013, p. 117-118) que a fixação de competências tem como efeitos diretos sobre os entes federados (e órgãos): a) a diminuição do campo de possíveis decisões; b) a especialização em determinados assuntos; c) a conexão entre a decisão tomada e a especialização; d) a seleção das possibilidades e dos tipos de decisão; e, e) o alcance de visibilidade e funcionalidade a quem a detém.

No Brasil, a fixação de competências não é imune de críticas, isso porque a Constituição, não obstante a enunciação de listas competenciais, vale-se de critérios vagos, a partir do qual a doutrina, em geral, cria classificações igualmente imprecisas (RECK, 2013, p. 122). Em linhas gerais, a União possui um rol expresso de competências e a ela se reserva o que é de “interesse nacional”. Aos Estados cabe o que é de “interesse regional”, bem como aquilo que é tido como “residual”, ou seja, o que não for de competência da União ou dos municípios. Ao município se seleciona o que é de “interesse local”. Permeando tudo isso, estão as competências tidas como comuns e concorrentes (artigos 23 e 24, da CF/88), aquelas destinadas a todos os entes federados e essas destinadas aos Estados (e que poderá desdobrar especificamente as regras gerais já estatuídas pela União).

Note-se, agora, apenas duas das críticas a esse sistema de distribuição de competências, relativas às competências comuns (artigo 23, da CF/88): 1) como interpretar o que é de interesse nacional, regional ou local? 2) como lidar com uma questão que pode ser, ao mesmo tempo, de interesse regional e local ou então de interesse nacional, regional e local que esteja prevista, por exemplo, no rol de competências comuns? Para ilustrar, basta pensar nas políticas públicas brasileiras formatadas para atingir a todos os níveis, como o Sistema Único de Saúde - SUS (não obstante e justamente talvez pela definição do direito à saúde como responsabilidade solidária dos entes federados).

O que pode surgir daí é o chamado “conflito positivo de competências federativas”, no qual todos os entes federados, em tese, podem concretizar a competência (HERMANY, 2012, p. 45). Nestes casos, valorizando-se o princípio da subsidiariedade, deve-se iniciar a análise questionando: “qual ente é mais apto a resolver a situação de modo mais eficaz e econômico?”. Em seguida, deve-se privilegiar uma visão da base para as esferas mais altas, ou seja, da esfera mais próxima do cidadão para a mais distante, a fim de resguardar e respeitar a autonomia e os interesses locais, sem, contudo, perder de vistas as importâncias comuns regionais e eventuais interesses nacionais.

Por fim, seria igualmente aconselhável verificar se os entes federados podem agir de forma conjunta ou não. Nessa “fórmula”, todavia, o município, enquanto esfera mais próxima do cidadão – e que poderia agir de modo mais pontual na sua realidade –, acaba prejudicado pela organização/distribuição financeira brasileira, dada a excessiva dependência municipal dos recursos vindos do poder central (HERMANY, 2012, p. 45-46).

Em síntese, a subsidiariedade deve se tornar o princípio que regula conflitos positivos de competências estabelecidos pela ordem legal, pois a existência de múltiplas políticas públicas desenvolvidas pelos diferentes entes estatais pode gerar um desvio ou acúmulo de competências. Assim, a subsidiariedade surge como parâmetro de interpretação que (re)organiza a atuação dos municípios, estados e União (HERMANY, 2012, p. 46).

Nesse norte, o artigo 23 da Constituição Federal de 1988, que trata de competência comum (inciso II, do artigo 23, da CF/88), notadamente o direito fundamental à saúde, que é o tema de discussão do presente estudo, cria um conflito positivo de competências que deveria ser resolvido pelo princípio da subsidiariedade, mesmo que este esteja implícito na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a partir dos parâmetros de “descentralização, federalismo e democratização da gestão pública” (HERMANY, 2012, p. 46).

Nesse caso, “a subsidiariedade há de operar como um princípio normativo dirigido ao legislador que pretende repartir, concretamente, as atribuições e competências entre os vários níveis de entidades criadas por descentralização territorial” (MARTINS, 2003, p. 547).

A partir dessas considerações sobre o “conflito positivo de competências” entre as instâncias federativas é possível afirmar que o direito social de Gurvitch



(1932), enquanto “direito de integração e direito de comunhão”, visto que independe de sanção incondicionada, é capaz de gerar um direito de integração entre todas as esferas de poder – central, regional e local – na busca de soluções sobre demandas comuns – notadamente à saúde, a partir da esfera local, dado o caráter de proximidade da sociedade e sua vinculação com a subsidiariedade.

Portanto, o direito social de comunhão ou direito de integração proposto por Gurvitch possibilita a participação de todos os entes federativos na solução dos conflitos de competência, de forma que as atribuições e poderes sejam compartilhados, em âmbito local, no que se refere à saúde, a partir da criação de estratégias locais de cooperação.

Esclarecida tal situação, importa referir que, no contexto constitucional nacional o caráter essencial da subsidiariedade é verificável tanto na Constituição vigente, a qual esculpe o modelo federativo em seu artigo 1º (BRASIL, 1988), como na interpretação construída doutrinariamente (afirmada como implícita no próprio artigo referido) acerca desse mandamento como parcela significativa do ordenamento jurídico (BARACHO, 1996, p. 31). Existe, ainda, por parte das construções doutrinárias, a associação de outros fatores relevantes a um Estado Democrático de Direito no tocante à subsidiariedade, ou seja, aspectos como o exercício da democracia (OLIVEIRA, 2005, p. 14) e a autonomia dos indivíduos nas manifestações junto ao poder público (CANOTILHO; MOREIRA, 2010, p. 715) estariam interligados a tal princípio, algo que ressalta sua importância na sistemática constitucional e participativa da população.

É salutar, no entanto, dizer que, além da vertente vertical há por parte das construções teóricas também uma ótica horizontal, que direciona sua atenção ao incremento das competências locais, o que é extremamente valioso do ponto de vista do federalismo e da própria participação democrática dos indivíduos, indicando uma via de “preservação das individualidades, dentro dos vários agrupamentos sociais” (BARACHO, 1996, p. 46), permeando as linhas constitucionais estabelecidas. Neste sentido, as duas dimensões expostas pela doutrina apresentam a subsidiariedade enquanto elemento essencial ao funcionamento democrático da sociedade e do constitucionalismo contemporâneo<sup>255</sup>.

---

<sup>255</sup> “Deste modo, segundo a perspectiva exposta, o princípio da subsidiariedade surge como ideia forte do Constitucionalismo contemporâneo, como uma das técnicas para o alcance da pacificação social ou para a resolução de conflitos, no respeito absoluto dos direitos e das liberdades

Verifica-se, portanto, que não obstante a Constituição Federal brasileira tenha acolhido o princípio da subsidiariedade como um dos elementos chave para a resolução dos impasses que orbitam as competências, aliando-o às previsões dos artigos 23 e 30, incisos I e II, ambos do seu texto, a organização financeira federativa e a distribuição de recursos (advindo dos) “políticos” acaba se tornando um real entrave a ser superado para o pleno exercício da subsidiariedade.

Em não se conseguindo superar, os municípios estarão fadados a praticamente não conseguirem ser o “ente mais apto” na execução de certas competências e atribuições comuns. Tal destino, por si, ofende o princípio da subsidiariedade, tanto no seu aspecto vertical quanto na sua visão horizontal, bem como afeta a concretização de políticas públicas inseridas na realidade local, mormente à saúde pública (nutrida por forças locais e sob a presunção de que são essas realizações as mais sinceras, dada a proximidade que guardam entre o cidadão e o concretizador).

Em sua essência, o “conflito positivo de competências”, entretanto, pode gerar a indefinição de quem irá efetivar a competência, tanto no sentido positivo (todos querem realizar), quanto no sentido negativo (ninguém quer realizar)<sup>256</sup>. Nestes casos, não é raro o ajuizamento de demandas judiciais nas quais o Poder Judiciário acaba sendo muito exigido para uma lide político-jurídica que demanda solução técnico-jurídica, fato que torna a análise judicial deveras limitada e temerária a título de efeitos (SOUZA, 2010, p. 104-105).

Diante dessas percepções teórico-normativas, constata-se no âmbito nacional uma leitura simples e reducionista desse princípio, de maneira a não abranger todas as suas potencialidades e prejudicar, assim, a sua operacionalização. Um dos fatores mais enfatizados é a desarticulação financeira que impede a efetivação de direitos no âmbito local por meio das políticas públicas.

Esse fato aponta para uma falta de sintonia em sentido vertical, diretamente prejudicial à descentralização político-administrativa, pois, ao mesmo tempo em que

---

individuais; e, além disso, como técnica (constitucional) que funciona com o fim da reestruturação de equilíbrios entre público e privado, segundo uma (correta) torção que acentua a concepção liberal-democrática da ordem estatal”. (FROSINI, 2002, p. 8).

<sup>256</sup> Em caso de conflito, positivo ou negativo de atribuições ou competências originário do princípio da subsidiariedade se faz necessário desde logo a descentralização territorial. “A subsidiariedade funcionará como critério de distribuição de poderes entre o Estado e os outros entes territoriais sempre que a Constituição não disponha ela própria directamente” [...]. “Assim, a subsidiariedade funcionará plenamente como critério principal de repartição de exercício de poderes, dirigido ao legislador [...]” (MARTINS, 2003, p. 460).

lesiona a autonomia financeira compreendida como requisito básico (CANOTILHO; MOREIRA, 2010, p. 729), acaba por incapacitar muitas vezes o desenvolvimento de ações em sentido horizontal, prejudicando medidas concretas em âmbito local dada a importância do papel da sociedade para uma gestão eficiente e democrática, em termos de direitos sociais, de modo a configurar o direito social condensado proposto por Gurvitch, cuja ordem de cooperação/integração se estabelece entre poder social e poder estatal local.

#### 2.4 O Princípio da Subsidiariedade e o federalismo municipalista: nova etapa na relação sociedade-Estado e a dimensão horizontal da subsidiariedade como marco da concepção de gestão democrática na garantia dos direitos sociais

Em relação à noção de subsidiariedade enquanto norteador da repartição de competências em um sistema federado, entre outras ações, o tópico anterior abordou os aspectos do que se pode considerar o seu sentido vertical, “que consiste numa regra de competência entre o Estado e as regiões ou entre o Estado e uma região comunitária (trata de uma norma de reorganização administrativa).” Contudo, a subsidiariedade também apresenta uma dimensão horizontal, “que retrata uma regra de competência entre a intervenção pública e a iniciativa da sociedade (mediante uma prioritarização dessa em detrimento do Estado)”. Essas duas concepções da subsidiariedade, não obstante tenham o mesmo fundamento, produzem consequências distintas (GABARDO, 2009, p. 212).

A referida dimensão horizontal<sup>257</sup> reveste-se de importância “na medida em que sua aplicação sistemática pressupõe o condicionamento da ampliação das competências municipais a uma relação entre espaço público municipal e sociedade que resguarde o papel de protagonismo do cidadão”. Impõe-se deixar claro, todavia, que de modo algum isso implica em uma recusa do papel e da atuação estatal; trata-se antes da apropriação do espaço público pelos diversos atores sociais (HERMANY, 2012, p. 60-61).

A subsidiariedade, portanto, não consiste em negar a atividade estatal, mas a um limite de sua ingerência e um respeito ao envolvimento das pessoas em suas comunidades, no sentido de prover o bem comum. Trata-se de equilibrar a

---

<sup>257</sup> A dimensão horizontal da subsidiariedade e sua relação com o princípio democrático podem ser ampliadas em Hermany (2015, p. 247-273).

liberdade, colocando sociedade civil e Estado em cooperação para promover o pluralismo social (TORRES, 2001, p. 18). Este bem comum que consiste no respeito pelos direitos fundamentais de cada ser humano, sobretudo os direitos sociais, é que deve ser compartilhado pelos agentes sociais e agentes públicos.

É justamente neste ponto que a subsidiariedade encontra-se com os ideais de Gurvitch, pois ela pressupõe que haja um pluralismo no qual o Estado tenha a sua parcela de participação, sendo um dos múltiplos agentes de intervenção no meio social. A globalização não eliminou o Estado, mas outorgou-lhe novas atribuições em um cenário mais complexo, o de participante ativo, mas limitado, no conjunto da ordem social.

Conclui-se, assim, que uma vinculação excessiva às decisões do poder central pode ser vista como uma ofensa à subsidiariedade, já que produz um processo de dependência, além de ignorar as especificidades das comunidades locais para a compreensão das demandas (MIRANDA; MEDEIROS, 2007. p. 451, e NABAIS, 2007. p. 29). Igualmente, a inviabilização financeira da sistemática federativa constitucional seria também uma ofensa à subsidiariedade, além dos próprios direitos fundamentais – no que se incluem os direitos sociais –, visto que tal conduta incorreria em um retrocesso na efetivação constitucional e na inclusão do ser humano (MIRANDA, 2008; SARLET, 2006).

Corroborar essa crítica, ainda, a percepção da desigualdade na distribuição da receita pública nacional, visto que “tendo por base tudo o que se arrecada em todos os níveis da Federação, 60% fica com a União, 25% com os Estados e somente 15% com os Municípios”, dados que indicam a discrepância no sentido de realização descentralizada do poder estatal, além de deixar evidente a inoperância de um sistema de transferência voluntária de fundos por parte dos entes superiores (União e estados) (CORRALO, 2012, p. 120).

O município carece de um maior investimento quando se fala em políticas públicas que atendam as demandas do cidadão e o espaço local é o mais adequado para realizá-las em um sentido de integração entre sociedade civil e Estado. No município, fica mais fácil a identificação dos vários atores e interesses que se aglutinam em torno de determinada necessidade (CUNHA; CUNHA, 2003, p. 15). As políticas públicas representam este esforço comum realizado através de uma parceria entre o poder público (executor) e a sociedade organizada (criador e

fiscalizador) para que atinjam seu fim proposto, a consecução dos direitos econômicos, sociais e culturais (BREUS, 2007, p. 207-09).

Percebe-se aqui uma nova interpretação do que seja público, pois este não é mais apenas a dimensão do Estado, mas uma inter-relação permanente entre o ente estatal e a comunidade<sup>258</sup>, em que a ação que envolve interesses coletivos diz respeito a todo o corpo social, promovendo um conjunto de direitos que perpassa a simples organização estatal, mas diz respeito à totalidade da teia social na solução de problemas comuns a todos (BUCCI, 2006, p. 59).

Essa perspectiva está de acordo com a ideia de “comunidade ativa” proposta por Gurvitch, enquanto organização social complexa, aquela produtora do direito autônomo, originária dos fatos normativos. E, ressalta, ainda, esse jurista francês, que, esse direito de integração, deve surgir a partir da relação articulada da “comunidade subjacente”, entendida como a comunidade política, objetiva e organizada. Logo, se observa que, para a teoria de Gurvitch, comunidade e direito são termos indissociáveis.

Essa nova configuração se ajusta perfeitamente aos meandros do Estado de Direito Social e Democrático, no qual se supõe previamente uma nova funcionalidade dos governos e administrações locais, que ao gerir os interesses coletivos não se impõem aos cidadãos, mas propiciam formas ou medidas que conduzam à colaboração da sociedade na elaboração dos critérios que pautam a efetivação dos interesses públicos locais. À vista disso, nem mesmo o governo e a administração local são “donos” do interesse público, devendo articular uma adequada intercomunicação com os diversos agentes sociais locais para definir e redefinir as políticas públicas que serão implementadas (ARANA, 2005, p. 189-190).

Essa percepção é muito diferente dos antigos sistemas nos quais predominava uma hierarquia, com o Estado acima do cidadão, com relações de poder e subordinação, presentes, sobretudo, no monismo. Na sociedade pós-positivista, em que prevalece uma relação horizontal, o “povo” foi elevado à condição

---

<sup>258</sup> Aplicando-se a ideia de cidadania, as comunidades irão se movimentar para garantir os direitos sociais que promovem a sua emancipação através de políticas sociais que garantem justiça a quem de direito forma a base social. Como o Estado não consegue dar conta dessas novas demandas, necessita da colaboração da sociedade civil organizada para decidir e implementar essas políticas sociais, o que corrobora com a ideia de democracia. Nos anos 80, esses movimentos de cidadania organizaram-se na forma de Conselhos Societários (GERSCHMAN, 2004, p. 1672).

de sujeito coletivo, isto é, um agente a serviço de seus interesses, é o cidadão na verdadeira acepção da palavra (TAYLOR, 2010, p. 156).

No atual estágio do Estado Democrático de Direito é marcante a “interação de dois princípios substantivos: a ideia de soberania do povo e a salvaguarda dos direitos fundamentais”, e é neste ponto que “a dimensão horizontal da subsidiariedade se relaciona com o princípio democrático, atribuindo-se importante carga axiológica decorrente da intrínseca vinculação aos direitos fundamentais”<sup>259</sup>. Isso significa que “a correta aplicação do princípio da subsidiariedade implica, em sua dimensão horizontal, na efetivação de uma nova e qualificada relação entre o poder público local [...] e a população dos respectivos Municípios” (HERMANY, 2012, p. 62).

Dessa maneira, a noção de subsidiariedade, “além de servir como critério definidor das competências no interior do próprio Estado, contribui para a modificação de suas relações com a sociedade”. Diante disso, a ampliação do princípio da subsidiariedade se realiza “além do incremento de competência das esferas locais, determinando-se também uma nova lógica relacional no próprio espaço local, a partir da inserção dos atores sociais como autores do processo de construção das decisões públicas” (HERMANY, 2005, p. 1407).

Nessa perspectiva, a subsidiariedade implica em estabelecer novas relações entre o Estado e o indivíduo mas também entre níveis diferentes de organização social, pois “visa valorizar a autonomia, a liberdade e a responsabilidade dos indivíduos e dos grupos com os quais o poder deve confrontar-se. Neste sentido, “a subsidiariedade é, antes de tudo, princípio de autonomia do indivíduo e das articulações sociais no interior do Estado” (PELLIZZARI, 2011, p. 596-597).

Para que a sociedade pudesse ser ativa nesse processo de decisões, houve a necessidade de maior organização, o que não condizia com a existência de um estado totalitário. Assim, democracia<sup>260</sup> e maior participação formam uma cadeia de

---

<sup>259</sup> Pellizzari (2011, p.609-612 ) dessaca, nessa ordem de ideias, que “a subsidiariedade não pode ser confundida com o princípio participativo-democrático; a participação é um instrumento fundamental da subsidiariedade e não a sua única e exclusiva forma”. No entender desse autor, “as administrações públicas devem preferir os modelos de procedimento que permitem o envolvimento direto e ativo dos indivíduos ou dos grupos sociais”, os quais são chamados a co-gerenciar a função administrativa segundo esse princípio. Outro aspecto da aplicação da subsidiariedade horizontal está relacionada “à exigência de assegurar um controle democrático e difuso sobre a legitimidade da ação administrativa quando essa incidir sobre determinados bens comuns”, ou seja, permite aos cidadãos e às suas associações controlar o exercício da função administrativa.

<sup>260</sup> Por democracia entende-se a forma política em que o poder é atribuído ao povo através da vontade expressa do conjunto dos cidadãos titulares de direitos políticos, pois democracia exige

renovação social que interfere nas políticas públicas (CUNHA, 2007, p. 25). Correlato a isso, surgem novos direitos, que incentivam o envolvimento das pessoas, modificando a atuação vertical até então existente, criando-se canais de decisão até então inéditos, nos anos de 1990, como os conselhos de políticas públicas, para os quais a população teve de se organizar e se capacitar para fazer valer sua força e sua voz.

Por sua vez, a Constituição de 1988 acolheu essa forma de inserção em seu inciso II, artigo 204, que prevê a representação da sociedade civil na formulação de políticas e no controle de ações em todos os níveis, ganhando destaque, neste novo cenário, o papel do “terceiro setor”, denominado de público não estatal (AVRITZER, 2010, p.27-28).

Tais ideias prometem soberania e cidadania (artigo 1º, incisos I e II, da CF/88) e pertencem ao conceito de Estado Democrático de Direito, que entende ser representativo dos ideais da população. À população há um direito restrito de participação, através de eleições para todos os cargos públicos, plebiscitos, referendos e emendas populares, medidas tímidas para quem almeja uma sociedade civil em constante movimentação para afirmar direitos sociais (BENEVIDES, 1991, p. 129). Trata-se de um modelo democrático-participativo que pode ser aprofundado, mas que no momento serve para se estabelecer uma relação horizontal entre sociedade e Estado, permitindo, mas não garantindo, a aplicação do princípio da subsidiariedade (HERMANY, 2012, p. 63)<sup>261</sup>.

Voltando ao debate das políticas públicas, o atual Estado Democrático de Direito ainda não criou as condições ideais para sua execução de forma conjunta entre sociedade civil e Estado, o que só seria possível se houvesse uma verdadeira democracia participativa (CANOTILHO, 1999, p. 289) e fosse possibilitada uma ordem social de integração, conforme preconizado por Gurvitch.

No entanto, foi feliz ao estipular que existe uma soberania popular (“todo o poder emana do povo” - parágrafo único do artigo 1º da CF/88) e prever uma participação desse povo no poder, além de promover ideias como a liberdade e a

---

exercício de poder pelo povo, em conjunto com os governantes; e esse exercício deve ser atual e não potencial, devendo traduzir a capacidade dos cidadãos de formarem uma vontade política (MIRANDA, 2005, p.132).

<sup>261</sup>“No Brasil, na mesma esteira do constitucionalismo português, vislumbra-se uma Constituição de viés democrático participativo, o que se mostra fundamental para a consolidação de um modelo de relacionamento entre Estado e sociedade compatível à dimensão horizontal do princípio da subsidiariedade”. (HERMANY, 2012, p. 63).

igualdade, que também sustentam a participação política. Neste sentido, a democracia confere uma aura de legitimidade à vida política moderna, pois, as leis, regras e medidas políticas só parecem justificadas se forem democráticas (HELD, 1997, p. 23).

O Estado Democrático de Direito, na verdade, ainda não se efetivou completamente porque não se permitiu consolidar uma ordem normativa de integração, nos parâmetros delineados por Gurvitch, cuja ordem de comunhão se estabelece entre sociedade civil e Estado em prol da concretização dos direitos sociais, essencialmente à saúde.

Il faut se rendre compte que le droit est aussi un ordre de collaboration positive, de soutien, d'aide, de conformité. Il faut s'habituer à voir dans le droit un ordre de paix, d'union, de travail en commun, de service social, aussi bien que un ordre de guerre, de séparation disjonctive, de réparation. Il faut apprendre à distinguer le droit de la morale, sans l'en détacher complètement, selon le procédé individualiste qui oppose à tort la sphère extérieure qui doit représenter le droit à la sphère uniquement intérieure que doit incarner la morale<sup>262</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 19).

Nessa esteira, “o direito social se assume como ordem integrativa, pois está fundado sobre a confiança compartilhada pelos membros do grupo, pelo esforço comum e pela ajuda mútua”. Para Gurvitch “é este caráter comum(nitário) que permite traçar a linha delimitativa que separa, de um lado, essa ordem integrativa e, de outro, uma ordem coordenativa ou ordem subordinativa”. (MORAIS, 1997, p. 53).

Portanto, a ideia de integração consiste em um direito que envolve uma totalidade social a qual se projeta, isto é, “[...] la manifestation la plus pure du social consiste d'un mouvement continu de participation interpénétrante du multiple dans l'un et de l'un dans le multiple – corrélation indissoluble du tout et de ses parties qui s'engendrent réciproquement”<sup>263</sup> (GURVITCH, 1932, p.18). Essas relações de equilíbrio entre a multiplicidade e a unidade, o individual e o universal, tendem a sintetizar-se na comunhão entre a sociedade civil e o Estado, na produção e realização do direito social à saúde.

<sup>262</sup> “Devemos entender que o direito é também uma ordem de colaboração positiva, de apoio, de ajuda, de conformidade. É preciso habituar-se a ver no direito uma ordem de paz, de unidade, de trabalho comum, de serviço social, bem como uma ordem de guerra, de separação disjuntiva, de reparação. Devemos aprender a distinguir o direito da moral, sem separá-lo dela completamente, de acordo com o processo individualista que opõe erradamente a esfera externa que deve representar o direito à esfera unicamente interior que deve representar a moral”. (Tradução)

<sup>263</sup> “[...] a manifestação mais pura do social consiste em um movimento contínuo de participação interpenetrante do múltiplo no único e do único no múltiplo; correlação indissolúvel do todo e das partes que se engendram reciprocamente”. (Tradução)



Frente ao exposto, é possível afirmar que a renovação do Estado brasileiro Democrático de Direito pode acontecer a partir da consolidação do direito social condensado gurvitchiano, ou, como referido, de uma ordem integrativa, em que a sociedade civil participe da produção de normas, as quais são incorporadas pelo Estado, a qual dará origem a um direito autônomo de integração, representativo de uma unidade social, ao passo que, também, permitirá o controle e fiscalização das decisões de caráter coletivo.

Isso significa que se deve priorizar as coletividades menores e os seus membros em detrimento da centralização do ente estatal, objetivo dessa tese, posto que esse sempre representou um poder centralizado e arbitrário do Estado e único produtor de normas. Neste sentido, valorizar as potencialidades da sociedade e seus agentes sociais implica reconhecer a sua autonomia no âmbito das funções públicas/administrativas<sup>264</sup>, o que reafirma os ideais propostos por Gurvitch, uma vez que “a liberdade humana” é uma categoria central da teoria da integração.

Por isso, segundo Gurvitch (1935, p. 252) “L’unité dans la variété’ et la ‘variété dans l’unité’ présentent par conséquent, la base suprême et le principe fondamental aussi bien de la démocratie que du droit”<sup>265e266</sup>, do que se observa a relação do pluralismo com a democracia e a teoria do direito social, as quais devem abandonar as noções individualistas<sup>267</sup> e perseguir uma visão de sociabilidade, de caráter coletivo, de forma que prevaleça uma harmonia entre a sociedade civil e o Estado, na persecução de objetivos comuns, visto que o direito social condensado, nessa perspectiva, assume uma conotação de viés coletivo e democrático<sup>268</sup>.

<sup>264</sup> Insta esclarecer que toda decisão administrativa constitui uma decisão política, inclusive quando se realiza no interior do poder estatal, na consecução de interesses comuns e, em última instância, centrada no bem comum de determinada coletividade. Por isso este estudo, ora utiliza a expressão decisão administrativa, ora decisão política ou pública.

<sup>265</sup> “A unidade na variedade’ e a ‘variedade na unidade’ apresentam por consequência, a base suprema e o princípio fundamental tanto da democracia quanto do direito”. (Tradução)

<sup>266</sup> Para Bobbio (2000, p. 60), a democracia de um Estado moderno só pode existir se for pluralista: “A democracia dos modernos é o estado no qual a luta contra o abuso do poder é travada paralelamente em dois fronts – contra o poder que parte do alto em nome do poder que vem de baixo (democracia), e contra o poder concentrado em nome do poder distribuído (pluralismo)”.

<sup>267</sup> Gurvitch (1935, p. 261) afirma que a democracia e o princípio da soberania do direito nunca foram incorporados pelo tecido social, daí seu caráter excessivamente individualista e que envolve uma certa deformação. “[...] a noção do direito era interpenetrada de um modo individualista, não se visava nenhuma outra espécie de direito que a que regulamenta relações entre centros dissociados de relação ‘com o outro’.[...] “É porque o princípio da soberania do direito, reconhecido, desde o início, pelo fundamento da democracia, conduziu todos os resultados que pudéssemos esperar: no lugar de simbolizar, abraçar, penetrar a totalidade social, ele se subordinaria a ela mesma somente como uma simples unidade por isso mesmo dominadora”.

<sup>268</sup> No direito social condensado “o viés democrático transforma sua face para referendar a ideia/posição de prevalência da vontade coletiva por sobre a individual” (MORAIS, 1997, p. 75).

Pour que la démocratie puisse mettre en lumière toutes les tendances vraiment démocratiques qu'elle renferme en puissance; pour qu'elle puisse définitivement éliminer de ses manifestations tous les vestiges monarchiques et cesser d'être, dans quelque mesure que ce soit, une 'démocratie régaliennne'; pour qu'elle puisse donner libre cours à la multiplicité et à l'universalité de ses aspects et assurer l'équilibre entre l'Etat et la Société, elle doit se débarrasser complètement de ses déformations individualistes<sup>269</sup>. (GURVITCH, 1935, p. 261).

Para Gurvitch, sob o ponto de vista democrático e, alicerçado no seu direito social de integração, a solução dos problemas sociais, reside em uma nova divisão do poder entre “Sociedade organizada” e Estado. Assim, o protagonismo dos atores sociais no processo de produção do direito social somente se realiza num contexto democrático, tendo em vista a ideia de que o direito social contrapõe-se a sistemas tradicionais e centralizados, os quais, dificilmente, garantem uma gestão democrática.

Nessa ordem de ideias, o direito social, fundado em Gurvitch, é muito mais do que uma ampliação das competências municipais, mas uma mudança na estrutura de gestão, evitando-se “que o espaço municipal seja apenas a repartição, em escala menor, dos processos de legitimação próprios da sociedade de massas, cujas críticas devem ser consideradas nessa (re)ordenação do espaço público” (HERMANY, 2007, p. 293).

Observa-se, com isso, que é possível o estabelecimento de “uma efetiva relação entre a proposta de direito social condensado e a ampliação de competências da esfera local desde que esteja agregada também a noção de subsidiariedade como elemento de (re)definição das relações entre Estado e sociedade”, visto que tais noções têm como consenso “a possibilidade de ampliação da participação da cidadania”, isto é, “dos atores da sociedade no processo decisório, ressaltando o papel desses na construção de um direito e de um paradigma de gestão pública que supere a restrição dos modelos dogmáticos oficiais” (HERMANY, 2005, p. 1411-1412).

Para a teoria de Gurvitch, a experiência dinâmica de um direito social é capaz de assegurar um controle democrático da via jurídica pelos próprios atores

---

<sup>269</sup> “Para que a democracia possa esclarecer todas as tendências realmente democráticas que ela inclui no poder; para que ela possa definitivamente eliminar de suas manifestações todos os vestígios monárquicos e parar de ser, em qualquer medida que seja, uma “democracia régia”; para que ela possa dar livre curso à multiplicidade e à universalidade de seus aspectos e garantir o equilíbrio entre o Estado e a Sociedade, ela deve descartar completamente suas deformações individualistas”. (Tradução)

sociais, que dispensariam a exigência de um controle externo estatal e uma autoridade soberana, que se organiza em uma estrutura burocrática profissional de caráter elitista e oficial, bem no sentido postulado por Max Weber. Ao contrário, o direito deve ser vivo, experienciado pelos grupos e comunidades sociais (PÉREZ; PRIETO, 2005, p. XIX), notadamente em esferas locais de poder.

Promove-se, dessa maneira, a participação política através da ingerência nos assuntos públicos. Mas para que isso aconteça, é necessária a contrapartida da sociedade, que precisa estar organizada e comprometida com essa inclusão. O fato de os indivíduos viverem em sociedade faz com que todos, em maior ou menor grau, de forma direta ou indireta, sofram as decisões de qualquer decisão política, o que justifica que todos devam participar dos assuntos públicos<sup>270</sup>. Nos sistemas democráticos, a livre participação dos cidadãos na vida política é uma condição *sine qua non* de sua composição, na qual as pessoas são comprometidas e responsáveis pelas decisões do coletivo<sup>271</sup> (GORCZEVSKI, 2010, p. 3010-3011).

A deliberação pública, nos termos propostos por Rousseau (2008, p. 39) e Habermas (2003), constitui-se em ato próprio da democracia, posto que os membros da comunidade (individuais e coletivos), orientados através da teoria da comunicação habermasiana, “cujo ideal regulador é um modelo de prática discursiva dialógica, face-a-face e orientada para o entendimento mútuo, através exclusivamente da força do melhor argumento”(LEAL, 2008, p. 182-183), consiste na redefinição das relações entre sociedade civil e Estado, através de um processo de discussão pública e do consenso no que se refere à melhoria da saúde pública brasileira, em âmbito local.

Nestes termos, Bobbio (2000, p. 55-56) defende uma “democracia social” que se dá através da interrelação entre Estado e da sociedade, o que se insere muito bem com a proposta defendida nessa tese. Nesse contexto, “as práticas democráticas podem ser legitimadas através de uma descrição empirista, na visão dos próprios participantes”, no sentido de que “as elites e os cidadãos devem ter interesse em contribuir normativamente para o jogo de legitimação” (HABERMAS, 2011, p. 11).

---

<sup>270</sup> O indivíduo influencia na sociedade pelo simples fato de pertencer a ela, pelo simples fato de ocupar um espaço físico, mesmo sem manifestação, sem ser visto ou ouvido. E, por essa razão, lógica, racional e moral, porque todos sofrerão as consequências de qualquer ato, que se justifica que todos devam participar na tomada de decisão” (GORCZEVSKI, 2010, p. 1016).

<sup>271</sup> Quiroga (2006, p. 1109-1401) aborda a questão do déficit de cidadania, justificando a sua nova concepção em razão das transformações do espaço público.

O direito social de Gurvitch, como pressuposto de emancipação do sujeito, afina-se com a ideia de cidadania<sup>272,273e274</sup>, a qual é uma condição voluntária que não pode ser imposta a nenhuma pessoa, sendo fundada no pacto social, isto é, no acordo livre que as pessoas fazem para participar de um modelo de organização social. O essencial no conceito de cidadania é pertencer a uma comunidade política e por outro lado, exercer direitos no seio dessa e, ainda, tendo o poder de influenciar ou seja, na participação política (GORCZEWSKI, MARTIN, 2011, p. 24)<sup>275</sup>.

Nesses termos, o que define a cidadania é o conceito de participação política, sendo um direito que permite aos cidadãos a tomar parte no processo de deliberação e decisão política, em um processo de aquisição da emancipação bem aos moldes do direito social defendido por Gurvitch. Assim, a participação política converte os indivíduos em cidadãos (QUIROGA, 2006, p. 112-113).

Desde o período greco-romano<sup>276e277</sup>, participar dos assuntos políticos era uma condição da cidadania, como comenta Aristóteles (2008, p. 135), para quem cidadão é “aquele que tem o poder de tomar parte na administração deliberativa ou judicial de alguma cidade”, o qual se identifica com os postulados de Gurvitch, posto que o “cidadão- comunitário” deve participar diretamente das decisões (administrativas e legislativas), no âmbito de sua comunidade, na defesa de interesses comuns, mormente à saúde, seja no tocante à elaboração de normas, seja no que se refere ao controle desses serviços públicos.

Cidadania, entendida dessa forma, consiste em promover a participação da sociedade civil nas decisões políticas. É este empoderamento da sociedade civil, proporcionado pela democracia, que tem sido de grande relevância para uma

---

<sup>272</sup> Marshall (1977, p. 63 e 66) estabeleceu a distinção entre as dimensões civis, políticas e sociais da cidadania. Segundo ele, os direitos civis surgiram primeiro, no século XVIII. Depois, vieram os direitos políticos no século XIX e, finalmente, os direitos sociais, no século XX. Segundo esse autor, estes períodos não devem ser levados em conta de forma rígida, visto que há uma vinculação, em especial, entre os direitos sociais e políticos.

<sup>273</sup> A história da cidadania no Brasil pode ser conferida em Carvalho (2014).

<sup>274</sup> Para Marshall (1977, p. 61-62) cidadania é a participação política dos membros da sociedade, reconhecida como tal e com poder para isto, desde que haja instrumentos formais de participação.

<sup>275</sup> Gorczevski e Martin (2011, p. 29) pontuam a cidadania como a soma de três elementos distintos e complementares: a) garantia de direitos e deveres; b) pertencimento a uma comunidade política (Estado) e; possibilidade de fazer parte da vida pública e das decisões coletivas.

<sup>276</sup> A história da cidadania no mundo e no Brasil pode ser conferida em Pinsky e Pinsky (2003).

<sup>277</sup> A conceituação moderna da cidadania é o produto de uma combinação de três tradições históricas. “Em primeiro lugar, a tradição clássica grega, que dessaca a ideia da participação em assuntos públicos; em segundo lugar, a tradição romano-cristã, que desenvolve seu caráter reivindicativo e de desconfiança na autoridade; e em terceiro lugar, a tradição hebraica que dessaca sua atitude leal e a aceitação do auto-sacrifício para um bem comunitário. A primeira e a terceira vinculam o cidadão com sua comunidade [...]” (MARTIN, 2005, p. 22).

redefinição dos laços entre sociedade civil e Estado no âmbito das políticas públicas. Cada vez mais, através de diferentes mecanismos, a sociedade deveria se organizar para fazer valer a sua vontade, como condição para que seus direitos sejam garantidos.

O Estado se transformou, em verdade, em “um local de lutas políticas e não meramente uma agência de mediação de interesses”. Por isso, uma forma alternativa de representação e participação popular, especialmente na América Latina, pode vir a ser o que tem se denominado de “redes associativas” que se unem através de centros de decisão estatais dispersos. Essas redes<sup>278</sup> constituem o elemento determinante da sociedade complexa, como forma de coordenação, tanto em termos empíricos como normativos, dotada de solidariedade social, configurando uma “relação social colaborativa” (DOMINGUES, 2002, p. 234-235), a qual se realiza mediante a interface entre sociedade civil e sociedade política, na construção de uma gestão democrática, eficiente e inclusiva, em esfera local, no que tange à saúde pública brasileira.

Com esse processo, está se criando um novo tipo de cidadão, que ao repensar seus princípios e práticas, decide interferir nas decisões coletivas. Morin (2001, p. 93-97) destaca um conjunto de mudanças que devem ocorrer no pensamento humano, em diversas dimensões de seu conhecimento, os quais gerariam um novo sujeito, mais condizente com as necessidades atuais de participação na vida pública. É necessário que o indivíduo se reinvente enquanto ator social para que as decisões públicas sigam a mesma trajetória, especialmente no âmbito local, já que se atribui uma importância substancial ao espaço público municipal como esfera garantidora dos direitos sociais.

A estratégia para alcançar os objetivos propostos pelo Estado, no que tange aos direitos sociais à saúde, volta-se para a solidariedade social<sup>279</sup>, na qual a

---

<sup>278</sup> A ideia de rede, aqui tratada, diz respeito, às relações sociais, a partir de uma visão democrática, participativa e mais ativa.

<sup>279</sup> Vairo (2006, p. 01) distingue a solidariedade e a subsidiariedade, afirmando que ambas visam o alcance do bem comum. “Com base no princípio da solidariedade, a sociedade organizada por níveis deve sustentar a pessoa humana, tanto em relação ao cidadão indivíduo como em relação ao mesmo cidadão, mas constituído em forma associada, para o qual é preciso promover redes de colaboração com o objetivo de favorecer-lhe promoção e desenvolvimento. O princípio de subsidiariedade, ao contrário, fundamenta-se na ideia de pessoa humana plenamente responsável pelo próprio desenvolvimento e pela própria promoção, para o qual é indispensável valorizar e sustentar a pessoa, individualmente ou associada, no pleno respeito, porém, da sua autonomia e da sua liberdade”. Em síntese, afirma que a diferença entre solidariedade e subsidiariedade, “deriva de uma ideia de suporte e promoção que, no primeiro caso, pousa sobre o conceito de

coletividade trabalha em conjunto para alcançar um objetivo comum, que, no presente trabalho, importa nas próprias demandas sociais advindas da população, com a racionalização de recursos para o Estado.

A este respeito, disserta Domingues (2002, p. 219) que, quando se trata de direitos sociais, é preciso sensibilizar-se às aspirações locais, o que se alcança a partir da redução da burocracia e aumento da racionalização, condição que deve ser buscada, por sua vez, na descentralização e autonomização desses serviços, conforme vem sendo incentivado, inclusive, pelo presente trabalho. Opera-se uma transferência desses serviços às coletividades não públicas, o que fomenta a superação da polarização entre individualismo e estatismo por meio de uma recriação da sociabilidade e, assim, da solidariedade.

A solidariedade consiste em “estar aberto ao outro, tentar atingir alguém, engajar-se com outras pessoas, com outras coletividades, ao menos em certo grau em seus próprios termos”, superando a dualidade entre sociedade e Estado, a partir da noção de uma universalidade dos direitos de cidadania que passam a sustentá-la (DOMINGUES, 2002, p. 240 e 222). Como decorrência desse viés solidário, tem-se um direito mais comprometido com os processos coletivos, com as políticas públicas e com a concretização dos direitos sociais, rejeitando um individualismo que não visualiza a coletividade (REIS; FONTANA, 2011, p. 135).

Nessa perspectiva, é de se considerar que, no momento atual, “nos encontramos con una tendencia a la estatización de la sociedad, pero también con una tendencia a la socialización del Estado y, por tanto, a la difuminación de límites entre ambos términos”. (GARCÍA-PELAYO, 1985, p. 25)<sup>280</sup>.

Nesse contexto, é de se reconhecer uma série de iniciativas em curso no Brasil, promovidas, notadamente, por governos locais, que apontam em direção a um processo, ainda que embrionário, de reconstrução do Estado. É um necessário (re)começo, marcado por uma nova relação entre sociedade e Estado e pela

---

‘ajuda e sustentação’, no segundo, ao contrário, torna-se ‘método estratégico’ e modalidade que exalte a capacidade própria e autônoma de dar respostas às diversas exigências que surgem de vez em quando”.

<sup>280</sup> “Não é de estranhar-se que hoje estejamos diante de uma certa decadência da teoria do Estado, que tende a ser substituída pela teoria do sistema político, a qual engloba fatores essenciais e sociais, e que nos encontremos com o que os norte-americanos denominam ‘complexo público-privado’, no qual muitas das funções do Estado se efetivam por entidades privadas que, por sua vez, não podem cumprir seus fins privados sem participar nas decisões essenciais”. (GARCÍA-PELAYO, 1985, p. 25).

redefinição e reconstrução democrática da esfera pública, que encontra na democratização da gestão e das políticas públicas e na descentralização imprescindíveis aliados (FARAH, 2000, p. 6).

Com relação ao direito social à saúde, por exemplo, que será objeto de estudo específico do trabalho nos capítulos seguintes, muito embora a Constituição Federal de 1988, ao erigi-lo à condição de direito fundamental estendido a todos e dever inafastável do Estado, tenha consagrado a sua prestação por meio de um sistema único e baseado em princípios universais, a sua estrutura é “descentralizada, regionalizada e hierarquizada, e a sua direção atribuída a cada esfera de governo”.

Essa descentralização no que toca à política de saúde, vinha sendo testada no Brasil desde o início da década de 80, encontrando-se, hoje, constitucionalmente consagrada com o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja complementação legislativa infraconstitucional – vale destacar a Lei Orgânica de Saúde (1990), a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90 – “regulou os princípios constitucionais correspondentes ao sistema, vinculou a descentralização à municipalização e dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS [...]”, entre outros pontos (TORRES, 2001, p. 247).

A via subsidiária, nesse contexto, “além de influenciar no processo de atribuição de competências dos entes locais, seria fundamental para a (re)definição do relacionamento entre a esfera pública estatal local e a sociedade”. Com isso, ela “assume uma dimensão bem definida a ideia de que não basta a definição de competências locais, sendo imprescindível a modificação de relações no interior dessa esfera de poder” (HERMANY, 2005, p. 1410).

A legitimidade democrática, portanto, é a nova marca do espaço público municipal no mundo contemporâneo no que se refere à garantia dos direitos sociais, mormente à saúde, pois, segundo Rousseau (2008, p. 39), “para que haja pois a exata declaração da vontade geral, importa não haver no Estado sociedade parcial e que cada cidadão manifeste o seu parecer”, quando “o poder político só pode desenvolver-se através de um código jurídico institucionalizado na forma de direitos fundamentais” (HABERMAS, 2012b, p. 171).

Por tudo isso, resta evidenciada e reforçada a estreita relação entre o federalismo, o espaço público local, o princípio da subsidiariedade (BARACHO, 1996, p. 51) e o direito social de integração de Gurvitch e, conseqüentemente, a

relevância de ponderar sobre sua aplicação hodierna. Ao observar-se a atribuição de competências federais, estaduais e municipais, especificamente, destaca-se a valia do estabelecimento de uma nova relação entre a sociedade e a esfera local de governo.

Destarte, é no âmbito municipal que se permite uma maior aproximação entre o poder público e os cidadãos (BARACHO, 1996, p. 64), porque viabiliza a ocorrência do diálogo acerca dos interesses coletivos. Imprimir competências aos municípios com base no princípio da subsidiariedade implica simultaneamente democratizar as decisões, configurando mudanças importantes na relação entre sociedade e poder público, no sentido de efetivar uma ordem democrática que garanta a efetivação dos direitos sociais, notadamente à saúde.

O que torna a subsidiariedade um conceito importante é o fato de ela inverter a lógica centralizadora do Estado e tornar o cidadão o epicentro das políticas públicas, criando-se, a partir de suas premissas, uma estrutura institucional que torne as esferas mais próximas da sociedade privilegiadas em sua formulação (HERMANY, 2012, p. 22).

A partir dessa configuração, altera-se profundamente o que se pode chamar de cultura do desenvolvimento, tendo em vista que “uma comunidade deixa de ser um receptor passivo de decisões longínquas, seja do Estado que vai ‘doar’ um centro de saúde, ou de uma empresa que chegará e poderá ‘dar’ empregos.” Em outras palavras, “o desenvolvimento deixa de ser uma coisa que se espera pacientemente, torna-se uma coisa que se faz [...]”, ao mesmo tempo em que a cidadania política vai sendo complementada pela cidadania econômica, gerando um sentimento de apropriação e domínio da realidade que se vive (DOWBOR, 2008, p. 88-89).

É no centro do espaço público local, pois, que se encontra a dignidade da pessoa<sup>281</sup>, e não se trata, aqui, de uma pessoa em sentido genérico ou de uma natureza humana supostamente universal. No âmbito local, a pessoa de que se fala corresponde a cada indivíduo, cada cidadão, cada vizinho revestido de suas peculiaridades, sujeito de uma dignidade que se traduz em direitos inalienáveis, os quais têm ocupado, com cada vez maior intensidade e extensão, a ação pública local. É nesse contexto que devem despertar novas estratégias locais, que

---

<sup>281</sup> A dignidade humana apresenta um conteúdo jurídico que se fundamenta nas dimensões individuais, políticas e sociais.



prestigiam a pessoa singular na qual deve focar-se a atenção pública (ARANA, 2005, p. 190). Por conseguinte, “o respeito pela autonomia das autarquias locais está, desde logo, diretamente vinculado ao respeito pela dignidade da pessoa humana e pela soberania popular”. (OLIVEIRA, 2013, p. 84).

No mesmo sentido, já aduzia Baracho (1996, p. 51) ao sustentar que a subsidiariedade concretiza-se no município, exatamente porque “o indivíduo não é um ser abstrato, mas concreto, onde aparece como cidadão, usuário, vizinho, contribuinte, consorciado e participante direto na condução e fiscalização das atividades do corpo político, administrativo e prestacional.” São tais elementos que tornam o espaço municipal um ambiente propício para o fortalecimento da democracia a partir de suas manifestações locais, cujo regime deve ser priorizado.

Tal visão associa-se e, logo, reforça-se, pelo pensamento de Dowbor (2003, p. 46), ao destacar que a cidade é o lugar em que se vive em última instância, “onde estão as escolas dos nossos filhos, o médico que consultamos, o comércio onde nos abastecemos [...]”, ou seja, as cidades estão na linha de frente dos problemas sociais que precisam ser enfrentados, de modo que o aprimoramento das capacidades do governo local colocam-se como necessidade vital do presente.

Dito isso, percebe-se que o município ocupa um lugar privilegiado na visão trazida pela subsidiariedade, tendo em vista sua íntima relação com a participação e a autonomia do cidadão, ofertando uma contribuição ímpar às construções de mecanismos públicos e de efetivação de direitos sociais, em especial à saúde, objeto deste estudo<sup>282</sup>. Essa acepção é confirmada pela leitura de Martins (2003, p. 443), a qual refere que o princípio da subsidiariedade não se compatibiliza com um modelo administrativo centralizado, que se efetiva através de autarquias sem autonomia. Pelo contrário, o que se propõe é a existência de entidades capazes e eficazes em nível local para sua maior eficácia e capacidade de atuação.

Em reforço da abordagem anteriormente exposta, tem-se que subsidiariedade e centralização são conceitos e práticas incompatíveis, visto que a primeira pressupõe uma relação de não dominação, de não controle e não ingerência, apesar de haver uma ligação intrínseca entre o que acontece em nível local e em seus âmbitos maiores. Assim, quanto maior a descentralização, maior a certeza de que o

---

<sup>282</sup> Cavalcanti (2015) apresenta um estudo sobre os direitos fundamentais e o princípio da subsidiariedade, sustentando que a efetivação dos direitos sociais através de políticas públicas se realiza por meio de um Estado subsidiário.

princípio da subsidiariedade está sendo seguido, (MARTINS, 2003, p. 457 e 460), ou seja, os governos locais podem se organizar autonomamente para reger a vida dos cidadãos locais, na busca de interesses próprios das coletividades (PINTO FILHO, 2002, p. 17), configurando, portanto, a existência das comunidades locais, “de um poder que se afirma e limita o poder central” (OLIVEIRA, 2005, p. 18).

A cooperação, portanto, entre os entes federados e de integração a partir da ótica do direito social de Gurvitch interliga-se diretamente com a subsidiariedade como instrumento constitucional de empoderamento da comunidade e, simultaneamente, como geradora de um pensamento cooperativo libertador, superando as visões de melhoria do federalismo puramente arraigadas na reordenação de competências ou novas bases normativas.

Trazendo para esse conjunto, então, o direito social à saúde, especificamente, tem-se que uma adequada análise a seu respeito somente pode ser realizada após a compreensão do próprio direito fundamental em questão, que deve anteceder ao estudo de sua concretização no âmbito das políticas públicas, sendo este justamente o foco inicial da abordagem planejada para o tópico seguinte.

Por fim, delimitados os marcos de interpretação dos direitos sociais e do próprio federalismo brasileiro, pode-se avançar sobre a seara específica da saúde pública no país, tendo em mente que o sistema articula-se seguindo a lógica de descentralização, mas ao mesmo tempo tendo presente os mecanismos em sentido amplo, a fim de proporcionar a visão mais completa possível das políticas públicas de saúde no Brasil.

### **3 O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PÓS-1988 A PARTIR DO SISTEMA DE PRESTAÇÕES DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: A ESTRUTURA, O FINANCIAMENTO E A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O presente capítulo tem por objetivo analisar o sistema de saúde público existente no Brasil a partir dos princípios inscritos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, realizando, em síntese, um panorama da realidade no País, no que tange, essencialmente, à estrutura, financiamento e funcionamento dos serviços ofertados mediante o Sistema Único de Saúde (SUS).

Não há dúvidas de que a Constituição Brasileira de 1988 é extremamente avançada em seus propósitos em relação aos direitos sociais, incluindo a saúde, mas sua efetivação carece ainda de instrumentos eficientes e de uma disposição do corpo político em gerenciá-la de modo satisfatório.

Soma-se ao fato de que a “competência comum” entre os entes federativos, preconizada na Lei Maior (artigo 23, inciso II, CF/88), provocou, na verdade, uma desarticulação do sistema público de saúde, aliada ainda ao fato de que este sistema de saúde não foi instituído pela sociedade, nos moldes propostos pela teoria do direito social de Gurvitch, mas sim pelo parlamento.

Por conseguinte, esta seção tem como norte o debate em torno da efetivação do direito à saúde no Brasil a partir dos pressupostos que foram elencados nos capítulos anteriores, ou seja, que o sistema legislativo e as decisões públicas devem se originar da própria sociedade, no sentido de contemplar os seus direitos sociais e, por via de consequência, ser criado em um processo comunitário de empoderamento, reafirmando a ideia de direito social de Gurvitch, associada à noção de subsidiariedade, ou seja, que esteja fundamentada no fortalecimento do poder local como instrumento de concretização dos direitos sociais, sobretudo à saúde.

Considerando que essa tese defende a ideia de que as decisões de caráter público sejam realizadas pelas comunidades e em favor dessas, as políticas públicas de saúde devem ser elaboradas, implementadas e fiscalizadas por aqueles cidadãos que estão mais próximos de sua execução e que são diretamente afetados por ela, ou seja, a teoria do direito social de Gurvitch somada ao princípio da

subsidiariedade reforça a ideia de que a saúde seja, antes de tudo, uma política pública municipal, de caráter integrador e democrático, já que o município, como ente federado, não deixa de pertencer ao espaço das demais esferas de governo e das políticas públicas de saúde.

Por isso, em um primeiro momento desse capítulo, se analisa o direito fundamental social à saúde e sua positivação constitucional, elencando aportes teóricos nacionais e internacionais para sua consolidação no Brasil a partir dos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário e dos princípios que tornaram a saúde um direito de todos e um direito do Estado.

Em um segundo momento, este capítulo se dedica a analisar a organização e o funcionamento do sistema público de saúde no país, a partir da equação existente entre o que foi promulgado pela Constituição de 1988 e a realidade existente, ou seja, entre os recursos disponíveis e a demanda real, a partir da teoria da reserva do possível.

Em um terceiro momento desse capítulo, a tese se debruça sobre a construção do maior plano de saúde existente no País, o SUS e como ele se efetivou como política nacional para garantia e prestação de direitos, observando seus avanços, obstáculos e contribuições.

Por fim, para encerrar o capítulo, se busca analisar como os recursos financeiros, humanos e tecnológicos têm se constituído como insuficientes para atender toda a demanda da população por saúde, precarizando todo o atendimento e gerando ações judiciais individuais ou coletivas para garantir este direito constitucional, a chamada “judicialização da saúde”.

### 3.1 O Direito Fundamental Social à Saúde e sua positivação constitucional: aportes teóricos nacionais e internacionais para consolidação no Brasil

Quando se fala em direito à saúde, é preciso situá-lo em nível internacional, ressaltando os princípios, declarações e legislações que subsidiaram a criação desses direitos sociais no Brasil. Assim, inicia-se pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, cujo postulado central situa-se na garantia de uma vida digna para todos os seres humanos no planeta, tendo em vista a sua dignidade como ser humano (PIOVESAN, 1998, p. 196), como se observa em seu artigo 25

que marca importante posição na defesa desse direito<sup>283</sup>. Com a declaração, houve uma consagração de que todos os seres humanos são iguais em dignidade e direitos e que, portanto, ninguém pode ser submetido a tratamento discriminatório e arbitrário (SARLET, 2012, p. 105).

Posteriormente, essa declaração foi referendada pelo Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966<sup>284</sup>, consagrados pela Constituição Mexicana de 1917 e pela Constituição Alemã, dando início ao processo de constitucionalização dos direitos fundamentais, o qual constitui ainda o documento internacional de maior impacto na proteção dos direitos humanos (GORCZEVSKI; DIAS, 2012, p. 254-255), ratificado pelo Brasil, que dispõe, no seu artigo 12<sup>285</sup>, a respeito do direito de desfrutar de saúde física e mental (SARLET, 2007, p. 4).

Dessa forma, a saúde passou assim a ser reconhecida como um direito social, tanto em nível de prestações individuais como de planos coletivos (DALLARI, 2003, p. 43). Igualmente, a Convenção Americana dos Direitos Humanos, de 1989, também ratificada pelo Brasil e incorporada ao nosso direito interno, encontra referência ao direito à saúde (SARLET, 2007, p. 4).

Ainda nessa seara, em 1948, foi criada a Organização Mundial da Saúde (ONU, 1948) cujos princípios estabelecem que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença,” extrapolando o aspecto meramente negativo de “ausência de enfermidades” ou “doenças”, (FIGUEIREDO, 2007, p. 81), mas atrelando a saúde à ideia de qualidade de vida, englobando uma série de “direitos afins ao direito à saúde”. (SCHWARTZ, 2001, p. 40-41)<sup>286</sup>. Isto é, entrelaçada com a garantia de segurança, de um lugar para morar, de uma boa alimentação, do convívio social e de afeto, educação adequada, enfim, de todos os direitos fundamentais, essenciais a uma vida digna.

---

<sup>283</sup> “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários; e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (ONU, 2016).

<sup>284</sup> O Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos das Nações Unidas dispõe em seu artigo 6º: “1. O direito à vida é inerente à pessoa humana. Esse direito deverá ser protegido pela lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida”.

<sup>285</sup> “Art. 12: § 1º. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”.

<sup>286</sup> Schwartz (2001, p. 39 e 41) compreende a saúde como fazendo parte de um conceito mais amplo de qualidade de vida, sendo “um processo sistêmico, que objetiva a prevenção e cura de doenças”.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) apresenta-se como a principal referência legislativa para a delimitação dos deveres do Estado para com a população no que se refere aos direitos da saúde, com destaque para o artigo 6º<sup>287</sup>, que proclama a saúde como um direito social e que integra um dos mais importantes direitos fundamentais, qual seja, o direito à vida (BRASIL, 1988). No Título VIII (da Ordem Social), capítulo II (da seguridade social), existe grande inovação ao consagrar o sistema de seguridade social “como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988), “o que introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania”. (FLEURY; OUVÉNEY, 2012, p. 35)<sup>288</sup>.

Já na seção II do capítulo relativo à seguridade social (artigos 196 a 200), o artigo 196 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, dispositivo que prevê sua garantia mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Portanto, as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor de meios necessários para sua efetivação, com a possibilidade de participação de instituições privadas (artigo 197<sup>289</sup> e 199<sup>290</sup>, CF/88), constituindo, assim, um Sistema Único de Saúde (SUS) (artigo 198<sup>291</sup>, CF/88).

Os direitos fundamentais compreendem os direitos de defesa e direitos à prestação. Os direitos de defesa consistem na garantia de igualdade material e das condições básicas de vida (devido ao seu caráter de fundamentalidade que enseja a ideia de dignidade humana) enquanto que os direitos de prestação dizem respeito ao acesso às políticas públicas estatais (SARLET, 2007, p. 197).

---

<sup>287</sup> As Constituições de países como a Argentina, Paraguai, o Uruguai, Portugal, Espanha, Itália, França, Alemanha, Chile, dentre outros, também consagraram expressamente a saúde como direito fundamental social da pessoa humana (SARLET, 2013, p. 1926).

<sup>288</sup> Nessa linha, os artigos 227, 229 e 230 da Constituição brasileira, preconizam a garantia do direito à saúde através das formas de organização social (Estado, sociedade e família), no entanto, em formato bem distinto do direito social gurvitchiano.

<sup>289</sup> “Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

<sup>290</sup> “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988).

<sup>291</sup> “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, [...]” (BRASIL, 1988).

Nessa direção, na condição de direitos de defesa, entendida como sua dimensão negativa, “o direito à saúde assume a condição de um direito à proteção” e, busca, “resguarda o titular contra ingerências ou agressões que constituam interferências na e ameaças à saúde”, sejam provenientes do Estado ou dos atores privados. Já como direito a prestações, denominada como sua dimensão positiva, “pressupõe a realização de atividades por parte do destinatário – o Estado ou entidades particulares – que asseguram a fruição do direito”. Devem existir, na construção do direito, medidas que protejam os cidadãos e as instituições, mediante formas de organização e procedimento (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 39; SARLET, 2007, p. 8).

A partir dessas ideias, é possível aferir a distinção entre direitos individuais e direitos sociais, sendo que os primeiros se restringem à tutela individual de suas pretensões, enquanto que os segundos visam à obtenção de prestações de caráter social, ou melhor, prestacional, em que as ações estatais se afiguram indispensáveis para sua promoção e concretização<sup>292e293</sup>.

Por todos esses motivos, o direito à saúde é “um dos direitos fundamentais dos seres humanos, porque sem esse direito ninguém consegue viver com bem-estar e realizar tudo que é necessário para que uma pessoa seja feliz”. Afora isso, “a pessoa sem saúde não pode ajudar as outras pessoas a conquistarem o seu bem-estar”. Por conta disso, “uma sociedade só poderá ser considerada justa se todas as pessoas, sem nenhuma exceção, tiverem este direito efetivamente desde o primeiro instante de vida”, em que “deve estar compreendido tudo que for necessário para que a pessoa goze de completo bem-estar físico, mental e social”. (DALLARI, 2004, p. 78).

Os direitos fundamentais sociais, em que se incluem os direitos à saúde, dependem, para sua efetiva concretização, de políticas públicas, mas de maneira diferente, identificando e pontuando os diferentes interesses dos grupos representantes da sociedade civil e do Estado, procurando formular ações que expressem os interesses e necessidades de todos os envolvidos (CUNHA; CUNHA, 2003, p. 15).

---

<sup>292</sup>“Os direitos sociais constituem o pressuposto material ou funcional dos direitos individuais”. (BITENCOURT, 2013, p. 115).

<sup>293</sup> O direito de proteção à saúde é composto por distintas dimensões, traduzidas nos planos coletivo e individual, e podem ser melhores estudadas em Sarlet (2011, p. 13-40; 2015, p. 221-232).

Assim, os direitos fundamentais sociais se afirmam através das políticas públicas implementadas pela ação estatal (MARSHALL, 1977, p. 35) e pela sociedade, que buscam solucionar demandas sociais da população (PARSONS, 2007, p. 120), precisamente à saúde, cuja trajetória faz parte da democratização e descentralização do Estado e sua ampliação foi definida pela Constituição de 1988 (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998, p. 17).

Esses direitos não se dirigem contra o poder público, mas devem ser direitos obtidos através desse, os quais exigem do poder público certas prestações materiais<sup>294</sup>. Por isso o Estado social deve dar prevalência aos direitos coletivos antes que aos individuais, motivo que os relaciona à execução e implementação das políticas públicas (de educação, saúde, assistência, previdência, trabalho, habitação) “que facultem o gozo efetivo dos direitos constitucionalmente protegidos”. (KRELL, 2002, p. 19-20).

Ao observar-se a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) abstrai-se a redefinição do conceito de saúde, agregando novas dimensões<sup>295</sup>, fato este que implica a realização da mesma a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, entre outros (BRASIL, 1990, p. 8), direitos fundamentais que são essenciais para a dignidade humana, constituindo elementos fundamentais da ordem constitucional (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p.17), por isso a noção de saúde vai além da simples relação com a doença, o que condiz com o conceito da OMS e com o texto constitucional, ao arrolar em seu artigo 1º, inciso III, o princípio da dignidade da pessoa humana, como fundamento do Estado Democrático brasileiro.

Na verdade, a partir da ordem constitucional de 1988, o que se afirma é muito mais do que um direito à saúde, mais do que um simples viver longe de enfermidades, pois sua efetivação está associada com a qualidade de vida que as pessoas deveriam ter (FIGUEIREDO, 2007, p. 80), superando a antiga noção de ausência de doenças.

Para garantir o direito à saúde, é preciso levar em conta os dispositivos que definem a competência de cada ente federado previsto na Constituição Federal no

---

<sup>294</sup> Bobbio (1992, p. 40-41) refere que os direitos do homem devem se realizar pela “passagem da garantia dentro do Estado – que é ainda a característica predominante da atual fase – para a garantia contra o Estado”.

<sup>295</sup> “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).



que se refere à política de saúde. Em termos de competência para legislar sobre a proteção e defesa da saúde, essa ocorre de forma concorrente entre as três esferas de governo (artigos 24, inciso XII, e 30, inciso II, da CF/88), em que cabe à União legislar sobre normas gerais (artigo 24, § 1º), aos Estados complementar a legislação federal (artigo 24, § 2º) e aos Municípios legislar sobre as matérias de interesse local, podendo igualmente complementar a legislação federal e a estadual no que couber (artigo 30, incisos I e II) (SILVA, 2004, p. 494-502).

Com relação à proteção e defesa do direito à saúde, a Constituição atribuiu competência comum<sup>296</sup> à União, aos Estados e aos Municípios (artigo 23, inciso II, da CF/88 e artigo 7º, inciso XI da Lei nº 8.080/90), ou seja, as três instâncias federativas figuram como responsáveis pela formulação e execução de políticas de saúde. Existe grande dificuldade em se definir o que seja a competência “comum”, no entanto, o legislador constituinte sinalizou no sentido de que houvesse uma cooperação entre os entes federados<sup>297</sup>, na consecução de interesses comuns, porém, isso, na prática, nunca funcionou eficazmente.

A competência “comum” entre as três esferas de governo tem provocado, desde a Constituição de 1988, muita discussão, pelo fato de que, ao instituir-se o sistema de cooperação entre os entes federativos, o legislador não explicitou como se daria tal cooperação no âmbito da saúde, dependente, por sua vez, de leis complementares<sup>298</sup> para regulamentar tal matéria, conforme preconiza o parágrafo único do artigo 23 da Magna Carta, cujas legislações não sobrevieram até hoje<sup>299</sup>. Os Tribunais pátrios, por seu turno, têm defendido que o referido dispositivo, estabeleceu a solidariedade entre os entes estatais, cuja decisão veio a consolidar-se em 2009, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), no entanto, referido órgão

<sup>296</sup> “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II- cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. [...]. Parágrafo único. Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (BRASIL, 1988).

<sup>297</sup> “Como todas as esferas de governo são competentes, impõe-se que haja cooperação entre elas, tendo em vista o ‘equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional’ (CF/88, art. 23, parágrafo único)”. (BARROSO, 2007, p. 15).

<sup>298</sup> O texto original do parágrafo único referia-se a “Lei complementar”, vindo, somente, a partir da Emenda Constitucional nº 53 de 19 de dezembro de 2006, referir-se a “Leis complementares”.

<sup>299</sup> Somente a Lei Complementar nº 140 de 8 de dezembro de 2011 estabelece normas nos termos dos incisos III, VI e VII do caput e do parágrafo único do artigo 23, para a cooperação entre os entes federativos nas ações administrativas decorrentes do exercício da competência comum relativa à proteção do meio ambiente, ao combate da poluição e à preservação das florestas, da fauna e da flora. Essa legislação apresenta regras de cooperação de forma bastante ampla e genérica, sem fazer qualquer referência específica como essa se opera no âmbito da saúde pública brasileira.

jugador também não dispôs a respeito do modo de cooperação entre as instâncias federativas (BRASIL, 2010).

O texto constitucional de 1988 consagra um marco histórico no processo de construção da política nacional de saúde no Brasil, ao editar a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabeleceu a política pública de saúde brasileira, criando o Sistema Único de Saúde – SUS e dispondo sobre a estrutura, organização e funcionamento do sistema no Brasil (BRASIL, 1990a). No contexto constitucional brasileiro, a referida legislação é complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade do Sistema Único de Saúde.

A maior contribuição advinda com a ordem constitucional brasileira de 1988, portanto, foi a criação do Sistema Único de Saúde, um verdadeiro plano de saúde em nível nacional, formado por uma rede<sup>300</sup> regionalizada (região de saúde) e hierarquizada<sup>301</sup> (artigo 198, CF/88), cujo sistema deverá ser organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, integralidade no atendimento<sup>302</sup>, e participação da comunidade (artigo 198, I, II, e III, CF/88).

Logo, se observa que a Constituinte de 1988 priorizou a descentralização, com direção única<sup>303</sup> em cada esfera de governo, dotando, por sua vez, os estados e municípios de autonomia para definir a organização e gestão da política de saúde. Tal sistema, porém, é controlado pelo governo federal, o que “retira parcela de sua autonomia política”, motivo pelo qual “não há decisão autônoma do ente federativo na saúde (SANTOS, 2013, p. 79). Já o atendimento integral, segundo a ordem constitucional, deve dar ênfase às ações preventiva, sem qualquer prejuízo às assistenciais.

Na esteira da descentralização e regionalização do sistema único, o controle

---

<sup>300</sup> O inciso IV do artigo II do Decreto nº 7.508/11 define rede de atenção à saúde como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011).

<sup>301</sup> A hierarquização compreende uma organização dos serviços em níveis de complexidade crescente com tecnologia adequada para cada nível.

<sup>302</sup> A integralidade, também, deve ser garantida à população brasileira, em que exige que se considere o indivíduo como um todo, com ênfase na prevenção à saúde.

<sup>303</sup> “O comando único (ou direção única) em cada esfera de governo é a tentativa de garantir, na gestão da política de saúde, a observância de um princípio comum a todo sistema federativo: a autonomia relativa dos governos na elaboração de suas políticas próprias. Assim, no âmbito nacional, a gestão do sistema deve ser realizada de forma coerente com as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde; no âmbito estadual, com as políticas elaboradas pelas secretarias estaduais e, no âmbito municipal, pelas secretarias municipais de saúde” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 368).

popular ganhou destacada relevância, ao possibilitar que a sociedade civil organizada participe na formulação e execução das políticas de saúde, em todas as esferas de governo. Portanto, essas diretrizes constituem “os alicerces, a estrutura do SUS no país, suas ideias guias” (SANTOS, 2013, p. 80), cuja reflexão será aprofundada adiante, na próxima etapa, as quais resultaram em dois princípios que fundamentaram o processo de descentralização, quais sejam, a democratização e a participação (CUNHA; CUNHA, 2003, p. 15).

Evidenciado que a estrutura do sistema público de saúde no Brasil é oriunda da Constituição Brasileira de 1988, é importante, na próxima etapa, demonstrar como está, de fato, organizado e como funciona este sistema, o qual é bastante amplo e complexo.

### 3.2 Sistema Público de Saúde brasileiro (organização e operacionalização) e a previsão orçamentária na constituição de 1988 – a difícil equação entre recursos disponíveis e a demanda existente

Neste espaço, analisar-se-á a constituição da saúde brasileira a partir da implantação do SUS e das atribuições atinentes a cada ente federado, bem como a sua previsão orçamentária, decorrente da ordem constitucional, para atender a demanda oriunda da universalização do acesso gratuito e integral a este direito social. É importante lembrar que o SUS, apesar de ter surgido através da Lei nº 8.080/90<sup>304</sup>, é resultante de um amplo movimento dos setores organizados da sociedade que resultaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, enaltecendo-a como um direito de cidadania e afirmando a necessidade de mudanças no setor, em sua gestão e no financiamento. Foram, sobretudo, os movimentos sociais organizados que elevaram a mesma a um direito universal que deve ser garantido pelo Estado (ANDRADE; BARRETO, 2007, p. 37).

Dessa forma, o SUS surge com a atribuição de ser o grande plano público de saúde nacional, com a tarefa de atender a disposição constitucional de levar a mesma para todos, sob a tutela do Estado, cuja assistência deveria ser prestada

---

<sup>304</sup> A Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, também adotou os parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no que se refere à definição de saúde, ao elencar no seu artigo 3º um rol de direitos fundamentais essenciais, que dizem respeito também à saúde, conforme consta no parágrafo único do referido artigo “as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

pelos entes federados. Neste cenário, o SUS constitui “uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo, o qual compreende “um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem” objetivando alcançar a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, p. 8-9). Para isso, conta com o auxílio da iniciativa privada quando este não dispuser de meios (físicos, humanos e financeiros) para suprir as necessidades sanitárias da população (artigos 7º e 24 da Lei nº 8.080/90), passando a figurar como serviço complementar (§ 1º, artigo 199 CF/88 e § 2º do artigo 4º e artigo 21 da Lei nº 8.080/90), sempre, porém, submetida ao controle do Poder Público.

A composição da legislação específica acerca do sistema de saúde trouxe consigo a definição de uma série de princípios como universalidade, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle popular (incisos I, II, IV, VIII e IX do artigo 7º da Lei nº 8.080/90).

Tomando-se cada um desses princípios inicia-se pela universalidade (artigo 7º, inciso I, da Lei nº 8.080/90), a qual se apresenta como a garantia de acesso às ações e serviços de saúde públicos e privados por todo e qualquer cidadão, “independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 367).

Prosseguindo na verificação principiológica segue-se à integralidade (artigo 7º, inciso II da Lei nº 8.080/90), a qual exige uma abordagem completa, que, segundo os princípios do SUS, compreende “um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a), posto que as ações de saúde formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas (MORETTO, 2002, p. 47). Isso “pressupõe uma rede de ações e serviços de diversos entes ligados por territórios contíguos: entes autônomos sob o ponto de vista político e interligados sob o ponto de vista organizativo” (SANTOS, 2013, p. 48).

Neste norte, não obstante, restam ainda os princípios da regionalização e hierarquização (artigo 8º da Lei nº 8.080/90). A regionalização<sup>305</sup>, a qual se refere à

---

<sup>305</sup> A regionalização foi abordada em normas mais recentes, como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, NOAS-SUS 01/2002 e o Pacto pela Saúde de 2006. A

região de saúde, ou seja, à forma de organização do sistema de saúde, com base territorial e populacional proposta pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde – 8.080/90, visa uma adequada distribuição de serviços para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos entre todos os entes da Federação (BRASIL, 2005, p. 77). A delimitação territorial poderia ter sido em âmbito estadual, mas, o legislador preferiu a região, “mais condizente com o modelo tridimensional de nossa Federação e com a descentralização da saúde”. (SANTOS, 2013, p. 84-85).

A hierarquização, por outro lado, compreende uma organização dos serviços em níveis de complexidade crescente com tecnologia adequada para cada nível, sendo que o acesso da população à rede deve iniciar-se pelo serviço de atenção básica (AGUIAR, 2011, p. 54), ou seja, nos municípios.

A organização dos serviços compreende três distintos níveis de atenção: o primário, o secundário e o terciário, segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde. O primário é o de pequena complexidade (uma consulta, um curativo etc.). O atendimento secundário é o de complexidade secundária (uma pequena cirurgia, o engessamento de um braço etc.) e o atendimento terciário é o de alta complexidade (uma ponte de safena, o tratamento de uma infecção generalizada etc.) (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 83).

Por conseguinte, o processo de descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, surgido com a Carta Constitucional de 1988 (inciso I, do artigo 198) e com a Lei Orgânica da Saúde (inciso IX do artigo 7º da Lei nº 8.080/90), “envolve não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 381). Este processo outorga, assim, autonomia aos entes locais na execução de suas políticas públicas de saúde, ou seja, o sistema deveria caminhar na direção de um processo de municipalização da saúde, já que esse modelo descentralizador deveria dar ênfase aos serviços de saúde municipais e a sua regionalização (artigo 7º, inciso IX, alíneas “a” e “b” da Lei nº 8.080/90).

Na linha dessa diretriz descentralizadora, houve a criação da Norma Operacional Básica do SUS, - NOB 01/93, instituída através da Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, que promovia a descentralização das ações e serviços de saúde. Na mesma esteira, surgiu a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 1/96, publicada em 06 de novembro de 1996, que instituiu a gestão plena de atenção básica e a organização integral do sistema municipal, bem como a administração avançada e plena do sistema estadual, entendido que o SUS passasse para o poder municipal, com a coordenação dos serviços estaduais e federais, ainda que estes mantivessem sua titularidade (BRASIL, 1993; 1996).

Posteriormente, surgiram outras normatizações relativas ao SUS, especialmente as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS/1-2001 e NOAS-SUS/1-2002) e o Pacto pela Saúde/2006. A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 1-2001, publicada através da Portaria nº GM-MS n. 95, em 31 de janeiro de 2001, estabelecia diretrizes, sobretudo, para o processo de descentralização e regionalização, com maior autonomia para os municípios na gestão da saúde (SANTOS; ANDRADE, 2009, p. 68).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS (1-2002), surgida através da Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, promoveu a regionalização do SUS, pois se percebeu que a municipalização da gestão do sistema de saúde, advinda com as Normas Operacionais Básicas NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96, não estava sendo suficiente para organizar o sistema de saúde, visando ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica (SANTOS; ANDRADE, 2009, p. 77).

O Pacto pela Saúde (2006), criado pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, gerou mudanças significativas na organização e gestão do SUS, promovendo a cooperação administrativa, técnica e financeira do Estado e da União com os municípios, definindo as responsabilidades sanitárias dos três níveis de governo na implementação de políticas públicas de saúde. O financiamento da saúde, a partir desse pacto, dispôs que as transferências de recursos para os Estados, municípios e Distrito Federal devem ser realizadas através de cinco blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar<sup>306</sup>, vigilância

---

<sup>306</sup> A Portaria MS/GM nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013, “institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes

sanitária à saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS, garantindo maior adequação às realidades locais (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2014, p. 46.).

A regulamentação do Pacto pela Saúde foi instituída pelo Decreto-Lei nº 7.508, publicado em 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), assentada no processo de regionalização, ao mesmo tempo em que cria o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) – um instrumento de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma região de saúde, a fim de organizar e integrar as ações e serviços de saúde (artigo 2º, inciso II) (BRASIL, 2011), objetivando excluir os incentivos (programas) (CNM, 2013, p. 116).

O planejamento das ações e serviços de saúde está previsto no artigo 165 da Constituição Federal brasileira, o qual atribui responsabilidades ao Poder Executivo de elaborar planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais. Igualmente, a Lei nº 8.080/90, em seu artigo 15, disciplina que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios exercerão, em sede administrativa, as seguintes funções: “i) elaboração e atualização periódica do plano de saúde (inciso VIII); ii) elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde (inciso X); e, afora isso, devem “promover a articulação da política e dos planos de saúde” (inciso XVIII) (BRASIL, 2015, p. 11).

Segundo disciplina o artigo 36 da Lei nº 8.080/90 e o artigo 15 do Decreto nº 7.508/11 “O processo de planejamento e orçamento” do SUS “será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”. Os respectivos planos constituem “a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (§1º do artigo 36 da Lei nº 8.080/90), cujas diretrizes serão estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (artigo 37 da Lei nº 8.080/90). Também, “é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, nessa área (§ 2º do artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

---

para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)” (BRASIL, 2013c).

O Decreto nº 7.508, de 2011, ao regulamentar a Lei nº 8.080/90, definiu que os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, dentre outros de maior complexidade (urgência e emergência) e capacidade tecnológica, passaram a ser referenciados pelos serviços estabelecidos como “portas de entrada” do SUS (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 549).

O SUS, em nível nacional, é gerenciado pelo Ministério da Saúde (artigo 16 da Lei nº 8.080/90), cujas tarefas são as de formular e implementar as políticas públicas de saúde e promover a descentralização das ações e serviços de saúde para os Estados e Municípios (inciso XV do artigo 16 da lei nº 8.080/90), para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 435)<sup>307</sup>.

No âmbito Estadual, a gestão do SUS cabe à respectiva Secretaria Estadual de Saúde (artigo 17 da Lei nº 8.080/90), que realiza o planejamento do sistema estadual regionalizado, assim como a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios (inciso I, do artigo 17 da Lei nº 8.080/90), com a consequente cooperação técnica e financeira com os municípios (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 436) e de executar supletivamente ações e serviços de saúde.

Por sua vez, a direção municipal do SUS é realizada por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde ou do órgão equivalente (artigo 18, incisos I, IV e V, da Lei 8.080/90), responsável pelo planejamento, gerenciamento e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, bem como a de formar consórcios administrativos intermunicipais. Essa ideia também é compatível com o previsto na Constituição da República no seu artigo 30, inciso VII: "Compete aos Municípios [...] prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população".

Na esteira da descentralização e democratização do país brasileiro, sobreveio a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, criando as conferências e conselhos de saúde em cada esfera de governo<sup>308</sup> (federal, estadual, distrital e municipal), bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b). Na verdade, a sociedade

---

<sup>307</sup> O artigo 43 da Lei Complementar nº 141/12 também prevê que a União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e municípios.

<sup>308</sup> O artigo 1º da Lei nº 8.142/90 dispõe a respeito das conferências e dos conselhos de saúde.



civil organizada ainda não participa diretamente na definição das ações e serviços públicos de saúde (ARRETCHE, 2003, p. 337).

O financiamento do sistema de saúde está previsto no artigo 195 da Constituição Federal de 1988, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, especificadas pela Lei nº 8.080/90 (artigos 31 e 32). O financiamento da saúde também consta do Título V da Lei nº 8.080/90. Outras fontes para custear a seguridade social podem ser criadas mediante lei complementar, na forma do § 4º do artigo 195 da Constituição Federal. O direito à saúde também se beneficia de fontes próprias de financiamento, de acordo com o § 1º do artigo 198.

A regulamentação do percentual correspondente à participação dos entes federados na gestão da saúde foi dada pela Emenda Constitucional (EC) nº 29 de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), a qual faz referência aos recursos mínimos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde pena de sanções ao responsável em caso de seu descumprimento, em especial aquelas previstas pela Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal) (BRASIL, 2000a). Assim, essa emenda estabelece que os municípios devam destinar 15% de suas receitas e os Estados e o Distrito Federal, 12% para financiamento dos serviços de saúde, relativas ao produto de arrecadação de impostos e transferências legais e constitucionais. Quanto à União, o percentual mínimo de aplicação ficou definido com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), apurado no ano anterior.

Todavia, a referida EC nº 29 havia determinado a regulamentação do § 3º do artigo 198 da CF/88, mediante lei complementar, principalmente pelo fato de que a EC não estipulou os percentuais mínimos a serem investidos pela União na saúde. A Lei Complementar adveio em 2012, a Lei nº 141, publicada em 13 de janeiro de 2012, a qual dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federativos; assim como estabelece os critérios de rateio dos recursos entre essas instâncias (BRASIL, 2012).

Neste cenário, o artigo 6º da LC 141/12 estabelece que “os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam o artigo 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do artigo 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem

transferidas aos respectivos Municípios”. Já os municípios e o Distrito Federal, segundo dispõe o artigo 7º da referida LC “aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam o artigo 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do artigo 159, todos da Constituição Federal” (BRASIL, 2012).

A grande novidade trazida pela LC 141/12 reside na possibilidade de fiscalização e prestação de contas relativa à execução do orçamento, na forma do disposto no art. 26 da citada LC, condicionando as transferências à comprovação da utilização de recursos no ano anterior, cuja falha na apuração deve observar a referida LC e a Lei de Responsabilidade Fiscal – LC 101/00.

Posteriormente, adveio a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, a qual “altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica”, no sentido de que a União, aplicará, anualmente, em ações e serviços de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre “a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento)” (§ 2º, inciso I, do artigo 198) (BRASIL, 2015).

Além de alterar o inciso I, do parágrafo segundo, do artigo 198 da Constituição Federal, a referida emenda, também, modifica o § 3º, inciso I, do artigo 198, que estabelece “os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º”, ou seja, os gastos mínimos dos Estados, Distrito Federal e municípios no tocante à saúde, além de revogar o inciso IV do § 3º do artigo 198 da Constituição Federal que previa lei complementar relativa “as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União” (BRASIL, 2015).

Conforme consta na referida Emenda Constitucional, esse percentual de 15% devido pela União não será implementado de forma imediata, mas, de maneira progressiva em cinco anos, de no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5% e 15%, consoante referido no seu próprio texto (artigo 2º da EC 86/15).

Evidencia-se que “o financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde” (ANDRADE; BARRETO, 2007, p. 65). Todavia esse financiamento compartilhado da saúde pública tem demonstrado que é ineficiente, porque quando os recursos não são

repassados, ou são repassados com atraso ou, ainda, de forma parcial, os serviços e ações ficam prejudicados<sup>309</sup>.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2013, entre os países com sistema de saúde universal, o Brasil era o que detinha o menor investimento nesse campo, isto é, investe apenas 44% do que se gasta em saúde no setor público, pouco mais que a metade do investido pelo Reino Unido (84%), Suécia (81%), França (78%), Alemanha (77%), Espanha (74%), Canadá (71%) e Austrália (68%) (OMS, 2012).

Em 2014, estas despesas com saúde no Brasil, atingiram o montante de 8,3% do Produto Interno Bruto (PIB), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo 55% relativo a gastos privados e 45% a gastos públicos, representando, esse percentual, 3,7% do PIB<sup>310</sup>, enquanto nos países internacionais, tal percentual atinge 5,5% do PIB (OMS, 2016). Isso comprova que o Brasil investe muito pouco no sistema público de saúde e possui um *per capita* muito inferior aos países pertencentes à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), ou seja, bem abaixo da média mundial (OMS, 2012)<sup>311</sup>.

No Brasil, “desde a década de 1990, o gasto federal *per capita* diminuiu sensivelmente”, o qual se agravou “nos períodos seguintes devido a irregularidades de repasses pelo Ministério da saúde, o que afeta até hoje a execução dessa política” (UGÁ; PORTO, 2005, p. 486). Além disso, a saúde tem representado, desde 2000, sempre menos de 17% do orçamento da seguridade social e cerca de 5% da despesa total efetiva federal (UGÁ; PORTO, 2005, p. 483).

Os gastos em saúde pelo governo federal nos últimos anos, ou seja, 2013, 2014 e 2015 se mantiveram estáveis, no percentual de 2,0%, 2,1% e 2,1% do Produto Interno Bruto (PIB) respectivamente (BRASIL, Tesouro Nacional, 2016), o que comprova baixo percentual de investimento público nessa área nos últimos

<sup>309</sup> Nos últimos anos, muitos hospitais e casas de saúde de todo o País vêm diminuindo os atendimentos e fechando os estabelecimentos, justamente pela falta de repasses dos governos federais e estaduais.

<sup>310</sup> “O problema do Brasil é que a participação do financiamento público, inferior a 50% do total, deixa o país junto daqueles com menor investimento público na saúde, até mesmo na América Latina”. (IPEA, 2015, p. 160).

<sup>311</sup> Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado em 2012, (último disponível), o gasto *per capita* em saúde em alguns países da OCDE é bastante variável, despontando em primeiro lugar a Noruega com US\$9.055,35 ao ano, seguido da Suíça (2º lugar) com US\$8.979,97 ao ano, dos Estados Unidos (3º lugar) com 8.895,12 ao ano, Luxemburgo (4º lugar) com US\$7.452,09 ao ano, Mônaco (5º lugar) com US\$6.708,34” (OMS, 2012).

anos. O Gasto Social Federal (GFS) cresceu consideravelmente no período compreendido entre 1995-2010, cuja aceleração restou mais visível a partir de 2004 e passou a decair em 2009/2010 (CASTRO; RIBEIRO; CHAVES; DUARTE, 2012, p. 29)<sup>312</sup>.

A respeito dos gastos do governo brasileiro na saúde, afirmou o Banco Mundial (GRAGNOLATTI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 3) que, “embora os gastos públicos na saúde, como percentual do Produto Interno Bruto (PIB), tenham flutuado durante as décadas de 1980 e 1990, observou-se uma tendência significativa de aumento desde 2003”.

No entanto, apesar do crescimento, representa ainda pouco menos de 4% do PIB, bem menor que a maioria dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e alguns países de renda média. Em 2016, as perspectivas na área da saúde sofreram um agravante, pois houve um corte de R\$2,5 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016).

Acredita-se que o cenário da saúde pública brasileira tende a ficar ainda mais precário nos próximos anos, em razão da promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (PEC 55/2016), ocorrida no dia 15 de dezembro de 2016 (DOU 16/12/16), denominada “teto dos gastos”, que limita o aumento dos gastos públicos a partir de 2017, pelo período de 20 anos, instituindo um novo regime fiscal no Brasil, o que terá reflexos também, no âmbito da saúde pública. No novo sistema, os gastos com a saúde passam a ter como seu indexador a inflação e não mais o crescimento da receita.

Os críticos desse novo modelo sustentam que essa mudança pode causar o fim do Sistema Único de Saúde (SUS), que já enfrenta dificuldades há anos com menos recursos do que o necessário. “O SUS era um paciente em estado grave numa UTI funcionando com aparelhos. Essa PEC desliga os aparelhos, afirma Ronald Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS)” (CNM, 2016a).

Cita-se, ainda, a proposta de Emenda à Constituição nº 358/2013, conhecida como orçamento impositivo (PEC 22A/2000), que estabelece que metade do valor

---

<sup>312</sup>A Secretaria do Tesouro Nacional (STN) divulgou um estudo sobre o gasto social do governo federal entre 2002 e 2015, o qual revela um aumento nos dispêndios com educação e cultura (0,74 p.p. do PIB), assistência social (0,78 p.p. do PIB) e previdência social (aumento de 0,97 p.p. do PIB). Por outro lado, os investimentos em saúde, neste período, se mantiveram estáveis (BRASIL, Tesouro Nacional, 2016a).

das emendas parlamentares até o limite de 1,2% da receita corrente líquida (RCL) deve ser aplicada em saúde, incluindo nessa o custeio do SUS (cujo valor não deve incluir pagamento de pessoal ou encargos sociais). Essa proposta já foi aprovada pelo senado, mas voltou para a Câmara dos Deputados.

Na mesma direção, anda o Projeto de Lei Popular nº 321/2013, conhecido como saúde+ 10, que estabelece que a União deve destinar 10% da receita corrente líquida (RCL), e não da incidência do percentual bruto (RCB) em saúde<sup>313</sup>, juntamente com outros quatro, se encontra anexado ao Projeto de Lei Popular nº. 123/2012, com teor idêntico. Está tramitando dentro da Câmara dos Deputados na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2016).

A Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (FIPEA) realizou um estudo a respeito dos principais impactos do novo regime fiscal para o financiamento do SUS e para a garantia do direito à saúde e, assinala: o “Novo Regime Fiscal visa reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, o que implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 5).

Da mesma forma, a retirada dos recursos que eram provenientes do pré-sal (Lei nº 12.858/13 – a chamada lei do pré-sal)<sup>314</sup>, cujo controle foi transferido para as empresas privadas afetará sobremaneira o orçamento para a saúde, além da educação, medida que se considera um retrocesso, quando, justamente se apontava que essa riqueza nacional poderia solucionar a grave crise da saúde.

Toda essa situação vivida na saúde pública brasileira será, ainda, agravada nos próximos anos, talvez, seja o resultado da corrupção deflagrada em várias estatais do país, cujo reflexo, recairá sobre toda a população.

Sob esse ângulo, em um país como o Brasil, que dispõe de poucos recursos orçamentários para a atenção à saúde, a integralidade no atendimento não restaria prejudicada? Logo, se observa que garantir prestações universais e integrais de

---

<sup>313</sup> “Com a proposta do Movimento Saúde+10, o aumento de recursos para o SUS seria de R\$257,1 bilhões em cinco anos. Pela proposta da Emenda Constitucional nº 358 os recursos adicionais seriam de apenas R\$64,2 bilhões. Além disso, os recursos dos royalties seriam contabilizados dentro do mínimo” (IPEA, 2015, p. 162).

<sup>314</sup>Essa lei estabeleceu que os recursos do pré-sal seriam destinados à educação (75%) e saúde (25%) para os entes federados que recebessem royalties oriundos dessa riqueza nacional, sendo acrescentado aos percentuais já obrigatórios definidos pela Constituição Federal (BRASIL, 2013).

saúde<sup>315</sup> suscita o debate a respeito da capacidade econômica e financeira de suportar tais obrigações, já que o problema não se concentra na existência do direito, posto que esse está positivado no ordenamento jurídico, mas, sim, na sua exigibilidade e concreta tutela por parte do Estado<sup>316</sup>. Essa discussão perpassa, sobretudo, pela chamada cláusula da reserva do possível, que desobriga o Poder Público de atender certas prestações diante da impossibilidade financeira. A própria concepção de “possível” se refere a um conceito jurídico indeterminado, difícil, por sua vez, de entender o que, de fato, compreende essa noção, a qual é vista com certa relativização.

A construção teórica da “reserva do possível”<sup>317</sup>, tem origem na Alemanha, especialmente a partir do início da década de 1970 (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 29). Essa cláusula constitui, na verdade, um “limite jurídico e fático dos direitos fundamentais”, mas também poderá atuar, em determinadas circunstâncias, como garantia dos direitos fundamentais, quando, na hipótese de conflito de direitos, a questão da indisponibilidade de recursos pode ser vista com o intuito de proteger o núcleo essencial de outro direito fundamental, aplicando-se, neste caso, o princípio da proporcionalidade, consistente na ponderação de interesses fundamentais (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 30).

Nesse norte, “o reconhecimento da existência da reserva do possível dispensa o Poder Público da responsabilidade pelo inadimplemento do direito fundamental social, mas não impede de reconhecer sua frustração”, a qual não passa de uma “cláusula de inexigibilidade de cumprimento do dever constitucional” (WEICHERT, 2010, p. 127), ou ainda, “constitui restrições e limites aos direitos

---

<sup>315</sup> A Constituição ao consagrar o acesso integral e gratuito a toda à população suscitou uma polêmica, que envolve a possibilidade da pessoa com poder aquisitivo fazer uso do sistema de saúde que é universal e gratuito, gerando, na prática, uma desigualdade.

<sup>316</sup> “[...] uma coisa é falar dos direitos do homem [...] outra coisa é garantir-lhes uma proteção efetiva [...]”. “Poder-se-iam multiplicar os exemplos de contrastes entre as declarações solenes e sua consecução, entre a grandiosidade das promessas e a miséria das realizações” (BOBBIO, 1992, p. 63-64).

<sup>317</sup> Sarlet e Figueiredo (2013, p. 27), além de Amaral (2001) e Galdino (2005) defendem a ideia de que os direitos sociais – tanto os direitos de defesa quanto os direitos prestacionais – “exigem, para que sejam efetivados um conjunto de medidas positivas por parte do poder público e que sempre abrangem a alocação significativa de recursos materiais e humanos para sua proteção e efetivação de uma maneira geral”.

fundamentais”, no âmbito de sua proteção (SARLET, 2015, p. 404; ALEXY, 2007)<sup>318</sup>.

No entanto, a teoria da reserva do possível não é consenso entre os juristas, pois em contrariedade à sua lógica, pelo fato de que essa teoria advém de países com situação política e econômica muito diferenciada do Brasil, como a União Europeia. A desigualdade social encontrada no cenário brasileiro faz com que as obrigações do Estado sejam ainda maiores e situar sua responsabilidade dentro desse padrão permite justificar a sua ineficácia. A ideia de uma suposta reserva do possível revela os descaminhos de um direito comparado que não pode ser aplicado de forma unilateral, sem levar em conta as diferentes realidades de cada país (KRELL, 2002, p. 27).

Diante desse quadro, a melhoria do sistema público de saúde e a própria qualidade de vida da população, com a conseqüente redução das desigualdades sociais, resta ameaçada no Brasil, reflexo da alta carga tributária, sonegação, corrupção<sup>319</sup>, dívida<sup>320</sup>, ineficiência na aplicação dos recursos e, ainda, mais recentemente, a limitação dos gastos, resultando, assim, em baixo investimento nesse setor.

A discussão relativa às verbas orçamentárias<sup>321</sup> para a assistência integral à saúde remete para outro patamar, qual seja, a do mínimo existencial e a da garantia à dignidade da pessoa humana<sup>322</sup>, os quais devem prevalecer diante de outras obrigações estatais, cuja problemática está atrelada ainda ao princípio da proibição de retrocesso social<sup>323</sup>, entendida por Sarlet (2015, p. 455) como sendo uma “eficácia protetiva dos direitos fundamentais”, uma vez que os direitos sociais, dentre os quais, à saúde, reconhecidos constitucionalmente, não podem ter retirada a sua

---

<sup>318</sup> A efetivação dos direitos fundamentais sociais está estritamente relacionada ao campo de suas restrições, posto que “estudar os direitos fundamentais significa principalmente estudar suas limitações” (DIMOULIS; MARTINS, 2011, p. 157).

<sup>319</sup> Entre 2002 e 2015, o Brasil, desviou o montante de R\$4,5 bilhões do Sistema Único de Saúde (SUS) relativo à corrupção, segundo informações do Tribunal de Contas da União (TCU). No cômputo geral, a União perdeu R\$ 15,9 bilhões em desvios de recursos públicos (BRASIL, Tribunal de Contas da União, 2016).

<sup>320</sup> A dívida pública federal brasileira atingiu ao final de 2016, o importe de R\$3,30 trilhões, segundo informações do Tesouro Nacional (BRASIL, Secretaria do Tesouro Nacional, 2016).

<sup>321</sup> Um estudo sobre o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível pode ser conferido em Silva (2010).

<sup>322</sup> Para Kant (1960, p. 77), “tudo o que pode ser comparado, pode ser trocado, tem um preço; o que não pode ser comparado, não pode ser trocado, não tem preço, mas dignidade: o homem”.

<sup>323</sup> A proibição de retrocesso trata de “investigar, se, como e em que medida os direitos fundamentais sociais e, de modo geral, os sistemas de proteção social no âmbito da concretização dos direitos sociais e do princípio fundamental da justiça social, podem ser assegurados contra uma supressão e/ou restrições” (SARLET, 2015, p. 456-457).

proteção ou revogados, sob pena de inconstitucionalidade (CANOTILHO, 2002, p. 233).

Nesse contexto, o princípio da vedação de retrocesso social, apesar de não se encontrar exposto na ordem constitucional brasileira, está vinculado também ao princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, inciso III), à segurança jurídica (artigo 5º, inciso XXXVI) e à redução das desigualdades sociais (artigo 3º, inciso III), o que significa que o Estado deve promover todas as ações e serviços relativos à saúde, no sentido de melhorar as condições de vida da população, sem suprimir-lhes quaisquer garantias essenciais. Portanto, a ideia central do referido princípio consiste no fato de que o Estado deve atuar no sentido de garantir o mínimo existencial.

A teoria do mínimo existencial<sup>324</sup>, enquanto construção jurídica teve origem no Tribunal Constitucional Federal da Alemanha, associada à garantia da dignidade da pessoa humana (LEIVAS, 2006, p. 130), o que implica na necessidade de prover prestações condizentes a uma vida plena (TORRES, 2010, p. 37), cujo tema suscita grandes discussões, uma vez que tem a sua proteção e promoção<sup>325</sup> (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 21), quando a Constituição brasileira não está limitada pelo mínimo existencial (BITENCOURT, 2013, p. 168).

A concepção do mínimo existencial é bastante variável (LEAL, 2009, p. 92), porquanto não se refere somente à órbita dos direitos fundamentais, mas diz respeito, cada vez mais, à qualidade da vida humana (ANDRADE, 2009, p. 389), por isso, exprime a própria ideia de dignidade humana<sup>326</sup> (TORRES, 2010, p. 36), a qual pode sofrer limitações, quando a saúde não é fornecida para toda a população e, não se restringe somente ao campo dos direitos fundamentais, como se fosse possível relativizar o que faz parte ou não desse conceito (SARLET, 2012, p. 87).

---

<sup>324</sup>Importante referir que não se pode confundir mínimo existencial com núcleo essencial dos direitos fundamentais, os quais possuem nítidas diferenças, muito bem traçadas por Bolesina e Leal (2013, p. 25-26), para quem “[...] a função do mínimo existencial é a salvaguarda de um conteúdo mínimo de dignidade” [...]; ao passo que a função do núcleo essencial é a de configurar um substrato protegido contra ações restritivas que descaracterizem o direito fundamental como tal [...]”.

<sup>325</sup> “A dignidade da pessoa humana apenas estará assegurada quando for possível uma existência que permita a plena fruição dos direitos fundamentais, de modo especial, quando seja possível o pleno desenvolvimento da personalidade” (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 22).

<sup>326</sup> “[...] a dignidade da pessoa humana somente estará assegurada – em termos de condições básicas a serem garantidas pelo Estado e pela sociedade – onde a todos e a qualquer um estiver garantida nem mais nem menos do que uma vida saudável” (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 24).



O núcleo essencial, “no tocante aos elementos materiais da dignidade, é composto pelo mínimo existencial”<sup>327</sup>, o qual inclui, tendo em conta a ordem constitucional brasileira, os direitos à educação fundamental, à saúde básica, à assistência no caso de necessidade e ao acesso à justiça (BARCELLOS, 2002, p. 305).

Após delineados a organização, operacionalização e financiamento do sistema de saúde, para um maior aprofundamento do tema, faz-se necessário analisar a trajetória percorrida pelo SUS como política pública de saúde.

3.3 A efetivação do Direito à Saúde por meio das políticas públicas no Brasil: a construção do Sistema Único de Saúde – avanços, obstáculos e contribuições a uma política nacional de saúde para garantia e prestação de direitos.

Após traçar os principais fundamentos relativos à organização, ao funcionamento e, ainda, à política orçamentária do sistema público de saúde no Brasil, se propõe, nessa etapa, debater a efetivação da política pública desse segmento no cenário brasileiro, a partir da construção do SUS, objetivando indicar como, em sua operacionalização, esse proporcionou o atendimento das necessidades da população, questionando seus avanços, obstáculos e contribuições para que a prestação do direito social à saúde seja realmente uma realidade.

Por isso, considera-se necessário aprofundar o estudo dessa política pública enquanto mecanismo de garantia da concretização do direito à saúde na perspectiva delineada pelos objetivos constitucionais. O SUS, apesar de organizado de forma difusa, coordenado pelos entes federados e de ter amplas facetas de atuação em todo o território nacional, pode ser considerado uma política pública, aliás, a maior política pública que este País já presenciou, a qual, inclusive, serviu de modelo para outros países, pois, apesar de amplo e complexo, seu objetivo é grandioso, visto que visa oferecer atendimento de qualidade para toda a população brasileira, a partir dos preceitos instituídos na Constituição de que essa constitui um direito de todos e um dever do Estado.

---

<sup>327</sup> O mínimo existencial, segundo Barcellos (2002, p. 305) “consiste em um conjunto de prestações materiais mínimas sem as quais se poderá afirmar que o indivíduo se encontra em situação de indignidade”.

Prefacialmente, cumpre realizar uma abordagem geral acerca das políticas públicas, visto que a concretização dos direitos fundamentais, incluída a saúde, acontece por meio de políticas públicas na perspectiva da realização dos princípios constitucionais, notadamente, da dignidade humana e igualdade (BUCCI, 2006, p. 13), para, em um momento posterior, relacioná-la à política social e, por via de consequência, a política pública de saúde objeto de estudo - SUS.

Entende-se que a base de todas as políticas públicas<sup>328</sup> perpassa pelo direito, que expressa os conteúdos materiais e os objetivos políticos expressos na Constituição, pois a ideia de políticas públicas efetivas está relacionada com os direitos fundamentais sociais, sobretudo à saúde, no caso em apreço. Neste contexto, a concretização de direitos sociais depende de políticas públicas eficazes que transformem ideias em realidade (CUSTÓDIO, 2013, p. 8-9), já que os direitos sociais consagrados no texto constitucional constituem o “piso vital mínimo para a sobrevivência de cada pessoa”, razão porque “o Estado deve garantir os direitos fundamentais de todos e de cada cidadão” (LIBERATI, 2013, p. 100). No entanto, “a forma mais eficiente de garantir esses direitos é destinar recursos suficientes para proporcionar os meios adequados à satisfação de todas as necessidades vitais da pessoa” (LIBERATI, 2013, p. 104), de uma forma universal, para que não sejam vistas apenas como políticas compensatórias.

Por isso, na perspectiva de se explicitar o sentido contemporâneo do termo, a partir do Estado Democrático de Direito, é possível dizer com apoio em Breus (2007, p. 204) que as políticas públicas se constituem “como sendo o principal mecanismo de ação estatal com vistas à realização dos direitos sociais, econômicos e culturais,” de forma a “tomá-las como um veículo privilegiado de realização desses direitos, tendo em vista serem eles os fins do Estado Constitucional”.

A política social, por seu turno, abrange as áreas da saúde, previdência e assistência social, que “são campos clássicos do bem-estar social” (FLEURY; OUVREY, 2012, p. 36), estando, por isso, diretamente inter-relacionada à política de saúde, razão porque não podem ser analisadas de forma dissociadas. Várias

---

<sup>328</sup> “O conceito de política pública remete para a esfera do público e seus problemas. Ou seja, diz respeito ao plano das questões coletivas. O público distingue-se do privado, do particular, do indivíduo e de sua intimidade. Por outro lado, o público distingue-se do estatal: o público é uma dimensão mais ampla, que se desdobra em estatal e não estatal. O Estado está voltado (deve estar) inteiramente ao que é público, mas há igualmente instâncias e organizações da sociedade que possuem finalidades públicas expressas, às quais cabe a denominação de públicas não-essatais”. (SCHMIDT, 2008, p. 2311).

correntes teóricas procuram explicar a concepção de política social<sup>329</sup>, pois diferentes tendências interpretativas referem-se ao tema, o que justifica a dificuldade de se definir essa política (TITMUSS, 1981, p. 16-18)<sup>330</sup>, já que está relacionada ao campo das ciências sociais, políticas e econômicas.

A concepção de política de saúde, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é aquela em que as ações são “estabelecidas por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas”, frequentemente estabelecidas por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras que orientam os serviços e programas de saúde (WHO, 1998, p. 12).

Como política pública de saúde, o SUS está afeito a todas as características que demandam esse serviço, ou seja, enquadra-se no aumento das demandas da população e pela diversificação social (pluralismo) que implica no aparecimento de diversas necessidades pessoais e sociais que antes estavam alijadas do âmbito da política, ensejando direitos sempre no campo da legalidade e no respeito aos fundamentos balizadores da democracia, consoante estar o Brasil em um Estado Democrático de Direito (BITENCOURT, 2013, p. 43-44).

O SUS já surge nessa condição de plena coesão com o aparato legislativo<sup>331</sup>, fundado em leis que orientam o seu funcionamento e existência (Lei nº 8.080/90). Como política pública, o SUS responde a necessidade de concretização do direito social à saúde previsto na legislação e presente na sociedade brasileira (SANTOS, 2006, p. 76-77), como mecanismo de realização desse direito e como fim último do Estado Constitucional (BREUS, 2007, p. 204). Como ação estatal de saúde<sup>332</sup>, o SUS também consiste em um programa de ação governamental que visa coordenar os meios disponíveis em âmbito estatal e no meio privado para a realização de seus objetivos específicos<sup>333</sup>. Portanto, consiste em um programa de medidas cuja meta é

---

<sup>329</sup> Um dos trabalhos mais conceituados sobre as abordagens teóricas da política social no cenário internacional é de Coimbra (1987, p. 65-104).

<sup>330</sup> O americano Richard Titmuss (1981) figurou como um dos maiores expoentes no estudo da política social, na década de 1950.

<sup>331</sup> Segundo Gurvitch (1980, p. 24) “a intervenção do legislador é impotente para dominar o direito espontâneo e desorganizado que se origina da sociedade e dos agrupamentos particulares”.

<sup>332</sup> O estudo da política de saúde no Brasil pode ser ampliado em Arretche (2005, p. 285-306)

<sup>333</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008, p. xiv) listou o que considera como as cinco limitações mais comuns na prestação de serviços de saúde: a) inversão de cuidados: as pessoas com mais posses consomem mais cuidados, enquanto que aqueles com menos posses e maiores problemas de saúde consomem o mínimo. A despesa pública em serviços de saúde beneficia

movimentar a máquina governamental no sentido de realizar algum objetivo de ordem pública, ou seja, visando à concretização de um direito (BUCCI, 2006, p. 14), no caso em estudo, à saúde.

O SUS constitui a política pública de saúde que norteia a ação dos governos da União, Estados e Municípios a partir dos princípios e normas emanados da Constituição a partir do entendimento de que deve haver uma estreita relação entre sociedade civil e Estado na sua gestão e fiscalização, pois esse é o cerne da concepção de política pública contemporânea e isso se aplica também à saúde. Nessa ótica, a sociedade deve cumprir seu papel de gestora da coisa pública, participando da efetivação desse direito fundamental através da inserção nos canais criados para seu processo de decisão, de acordo com o modelo preconizado por Gurvitch.

Para que seja possível estabelecer a eficácia do SUS como efetivador do direito social à saúde, será necessário estabelecer parâmetros de análise com base em modelos aceitos internacionalmente. Também será necessário medir o seu crescimento, em território nacional, da oferta de produtos e serviços. Além disso, será preciso entrar na realidade de alguns municípios que apresentam características distintas para compreender como o SUS funciona, na prática, em diferentes conjunturas. Somente assim, poder-se-á ter uma verdadeira dimensão do grandioso trabalho que significa organizar a saúde em um país continental, como é o caso o Brasil.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010, p. 22-23) indicam que um país em desenvolvimento, como o Brasil, deveria gastar em torno de 60 dólares (em torno de 200 reais) por pessoa ao ano em assistência à saúde, de forma que fosse possível prestar um atendimento completo às doenças existentes e prevenção das demais. No entanto, apesar dos elevados gastos em saúde pública, o

---

frequentemente os ricos em detrimento dos pobres; b) cuidados que empobrecem: sempre que as pessoas têm falta de proteção social e têm de pagar os cuidados de saúde do seu bolso, são confrontadas com despesas catastróficas; c) cuidados fragmentados e fragmentadores: a excessiva especialização dos prestadores de cuidados de saúde e o estreito enfoque de muitos programas de controle de doença desencorajam uma abordagem holística aos indivíduos e às famílias com quem lidam e não apreciam a necessidade de continuidade dos cuidados; d) cuidados pouco seguros: um sistema mal pensado que é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene, leva a elevadas taxas de infecções contraídas nos hospitais, juntamente com erros de medicação e outros efeitos adversos que são evitáveis e que constituem causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas; e) cuidados mal direcionados: os recursos são concentrados nos serviços curativos a elevado custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde que poderiam prevenir até 70% do fardo da doença.

sistema brasileiro não apresenta dados insuficientes no que toca aos recursos humanos.

O quadro abaixo mostra os números de alguns países com situação semelhante ao Brasil, ou seja, em desenvolvimento, e como se apresentam em relação ao número de profissionais de saúde na proporção para cada 10.000 pessoas atendidas.

Quadro 3.1 – Número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes

País	Categoria de rendimento <sup>a</sup>	Região <sup>b</sup>	Agência que realizou o recenseamento	Ano	Trabalhadores com profissão na área da saúde	
					Número	Por 10.000 pessoas
Argentina	Média superior	Américas	Instituto Nacional de Estadísticas e Recenseamento	2001	418 530	115.4
Brasil	Média superior	Américas	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas	2000	1 463 001	86.1
Camboja	Baixa	Pacífico Oriental	Instituto Nacional de Estadísticas	1998	26 940	23.6
Chile	Média superior	Américas	Instituto Nacional de Estadísticas	2002	133 580	88.2
Equador	Média inferior	Américas	Instituto Nacional de Estadísticas e Recenseamento	2001	79 290	65.3
Hungria	Média superior	Europa	Gabinete Central de Estadísticas	2001	169 960	166.5
Filipinas	Média inferior	Pacífico Oriental	Gabinete Nacional de Estadísticas	2000	360 217	48.0
Romênia	Média superior	Europa	Instituto Nacional de Estadísticas	2002	295 880	138.4
Ruanda	Baixa	África	Instituto Nacional de Estadísticas	2002	10 230	12.1
África do Sul	Média superior	África	Estatísticas da África do Sul	2001	256 393	60.0
Tailândia	Média inferior	Ásia do Sudeste	Instituto Nacional de Estadísticas	2000	294 905	48.4
Uganda	Baixa	África	Escritório de Estadísticas	2002	57 508	23.5
Vietname	Baixa	Pacífico Oriental	Escritório Geral de Estadísticas	1999	253 500	33.2

a. Categoria de rendimento segundo classificação do Banco Mundial de acordo com o rendimento nacional bruto per capita.

b. Regiões segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde.

Fonte: OMS (2009, p. 119)

Percebe-se, pela tabela acima, que o Brasil está bem situado em relação ao número de profissionais. No entanto, o que os dados não revelam é que a maioria desses estão concentrados em grandes centros, deixando os municípios menores carentes de médicos especializados, devido à incapacidade desses municípios suportarem o custo de sua permanência bem como pelo estilo de vida das pessoas, que tendem a preferir centros urbanos maiores para viver devido ao conjunto de oportunidades que esses oferecem.

Dados apresentados por Gragnolati, Lindelow e Couttolenc (2013, p. 2) mostram a dimensão do crescimento da oferta de saúde pública no país, que passou de cerca de 22.000 estabelecimentos de saúde, em 1981, para cerca de 75.000 estabelecimentos de saúde no ano de 2009, ou seja, houve um crescimento da

ordem de 350% na oferta de saúde no período de 18 anos. Esse crescimento não ocorreu, de acordo com os autores, de uma forma homogênea, pois o número de leitos e de hospitais permaneceu praticamente o mesmo.

Em contrapartida, o que aumentou consideravelmente foi a quantidade de Equipes de Saúde da Família (que passou de 4.000 para 31.600 - indicando um aumento da ordem de 750% no período), passando a abranger mais de 50% da população brasileira. Esses dados indicam que houve uma mudança significativa no modelo de atenção básica à saúde, que passou a se concentrar mais no atendimento de equipes multiprofissionais de atendimento à população, notadamente em serviços de prevenção, do que no aumento de leitos para o tratamento do paciente já em estado de doença. Sabe-se que as políticas de prevenção são muito mais eficazes do que as políticas de cura.

No sistema brasileiro, segundo o relatório mundial (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 2), “o crescimento das unidades ambulatoriais ocorreu quase inteiramente no nível municipal, e a parcela de leitos hospitalares sob controle dos municípios aumentou de 11% para quase 50% entre 1985 e 2009”. Apesar disso, os governos estadual e federal continuam a administrar uma parcela significativa dos leitos hospitalares públicos. O SUS, decorridos mais de vinte anos de sua construção<sup>334</sup>, representa um grande avanço<sup>335</sup> e um contributo muito significativo na esfera da saúde pública brasileira, vindo a revelar-se “no maior projeto público de inclusão social”<sup>336</sup>.

Em duas décadas de atuação, conseguiu atender 110 milhões de pessoas por agentes comunitários em 95% dos municípios do país e 87 milhões de pessoas em 27 mil equipes de saúde da família. Somente em 2007, segundo o autor, atendeu 2,7 milhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 0,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de

---

<sup>334</sup> O Banco Mundial realizou uma avaliação sobre os 20 anos de trajetória histórica do SUS no Brasil, cujo mapeamento dos dados podem ser melhores analisados em sua obra, com versão em português e inglês, em que figuram como autores, Gragnolati, Lindelow e Couttolenc, lançada em 2013.

<sup>335</sup> O Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de fomentar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde, sobretudo para a população dos municípios que mais carece dessa necessidade, também constituiu um grande avanço para a saúde pública brasileira, principalmente em relação à prevenção de doenças (BRASIL, 2013a).

<sup>336</sup> O sistema unificado de saúde, “na prática, é o serviço de saúde que recebe mais da metade da população e é o principal provedor de cuidados de saúde para os pobres”, referiu o Banco Mundial (COUTTOLENC; FORGIA; MATSUDA, 2007, p. 2).

exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassonografias, tomografias computadorizadas e ressonâncias nucleares magnéticas, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radio-quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da Aids no terceiro mundo. Essa população estava excluída do sistema de saúde nos anos 80 (SANTOS, 2007, p. 97).

Ainda apresentando dados do esforço do governo para promover o crescimento do SUS, deve-se oferecer destaque ao processo de diminuição das disparidades regionais, visto ser esse também um dos princípios do sistema. Houve, de acordo com Gragnolati; Lindelow; Couttolenc (2013, p. 2) um crescimento das unidades ambulatoriais nos estados com menor poder aquisitivo (principalmente do Nordeste) e uma maior distribuição dos leitos em nível municipal (que passaram de 11% em 1985 para quase 50% em 2009), indicando uma descentralização do sistema, atendendo a este outro princípio do SUS.

Outro dado que indica o crescimento do SUS está na comparação entre o número de unidades públicas e particulares, indicando um crescimento ainda tímido (de 22% para 35%), mas que evidencia o esforço de tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) cada vez mais público em sua oferta de saúde. Nesse quesito, não há como deixar de destacar o importante serviço prestado pelos hospitais filantrópicos, que ainda respondem por mais de 50% da oferta de saúde no país, ainda que financiados pelo SUS. Infelizmente, como se viu nos noticiários dos últimos anos, o governo tem deixado de repassar os montantes devidos (sem considerar seu valor irrisório), que obriga essas instituições a fechar suas portas ou diminuir seu atendimento público de saúde.

Também é importante citar, de acordo com Gragnolati, Lindelow e Couttolenc (2013, p. 3), que houve um aumento de participação no financiamento por parte dos Estados e Municípios nesse período, contrastando com a diminuição dos investimentos da União. Segundo os autores, na década de 1980, a união respondia por 85% do financiamento público de saúde, chegando a 45% no final da década de 2000. Por sua vez, estados e municípios chegaram a percentuais em torno de 28% dos investimentos totais em saúde no ano de 2009. Isso indica um crescimento do investimento local em saúde, muito positivo e no caminho de construção dessa tese.

Segundo o Banco Mundial (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 4), dados da prestação de serviços também indicam o crescimento da oferta através do SUS, ainda que insuficientes. Nessa linha, de acordo com essa instituição mundial, houve um aumento de 70% no número de consultas entre 1990 e 2009. Ao mesmo tempo, houve um aumento no volume e composição dos serviços de 30% entre 1986 a 2008, além da multiplicação dos tipos oferecidos. Levando-se em conta o próprio crescimento da população e as demandas existentes, considera-se esse aumento muito pequeno diante das necessidades da população.

Duas causas são apontadas como decisivas para que o atendimento do SUS não atinja os níveis adequados. Uma delas é o subfinanciamento, ou seja, os recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS ficam aquém do esperado, não acompanhando o crescimento populacional, a inflação no âmbito da saúde e o desenvolvimento tecnológico. Isso quer dizer que, mesmo aplicando-se os percentuais previstos em lei, estes valores são insuficientes<sup>337</sup>. A outra causa é a gestão insuficiente do SUS, postulado que coaduna com a proposta dessa tese, havendo uma baixa resolutividade dos serviços, em que há uma gestão do cuidado desqualificada, com baixa construção de vínculos com os usuários.

Pelo fato de adotar modelos assistenciais, há pouca flexibilidade no atendimento das necessidades das pessoas e muita dificuldade de acesso aos serviços em seus momentos de maior necessidade. Complementa essa situação caótica, a deficiência na formação dos profissionais de saúde e dos sistemas de gestão inter-regionais. Tais fatores, unidos, causam o que se vê todos os dias, na formação de filas, na demora ao acesso e em longas esperas por atendimento mais especializado (CECÍLIO; ANDREAZZA, 2007, p. 204).

Para garantir a plena efetivação do direito à saúde, no Brasil, são necessários recursos financeiros suficientes para as ações e serviços públicos. No entanto, os direitos sociais, sobretudo nessa seara, dependem, para a sua concreta efetivação, de medidas positivas por parte do Estado, que deve agir por meio de políticas públicas, para a garantia do direito<sup>338</sup> (AITH, 2010, p. 229). Na verdade, a

---

<sup>337</sup> “O aporte perene, e em volume previsível e suficiente, de recursos financeiros para financiar as ações e serviços públicos de saúde é fundamental para que a saúde venha se tornar, de fato, um direito garantido no Brasil”. (AITH, 2010, p. 229).

<sup>338</sup> “Essa obrigação é universal e existe ‘frente a todos’, devendo o Estado ‘desenvolver e executar políticas de bem-estar no vasto campo das necessidades primárias dos homens que se encontram numa situação de hipossuficiência, marginalidade, carência” (KRELL, 2002, p. 23), mormente políticas no campo da saúde.



escassez de recursos e a reserva do possível se apresentam como limitações à realização das políticas públicas (BREUS, 2007, p. 231). “Sem recursos financeiros, fica muito difícil imaginar uma rede de serviços públicos de saúde, organizada em torno do SUS, que dê conta da saúde da população brasileira com respeito aos princípios da universalidade, integralidade e regionalização”. (AITH, 2010, p. 229).

O Banco Mundial (COUTTOLENC; FORGIA; MATSUDA, 2007, p. 01) também entende que muitos dos desafios<sup>339</sup>, que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dizem respeito a uma “governança deficiente”<sup>340</sup>, em especial no que se refere “à falta de incentivos e sistemas de prestação de contas que garantam que os serviços sejam custeados e mantenham uma qualidade razoável”.

Em matéria de saúde, a governança também se refere aos meios pelos quais se atribui responsabilidade a uma organização fornecedora (por exemplo, um hospital), seus administradores e pessoal, por suas ações (tais como administração de recursos, planejamento, supervisão do serviço, gestão financeira, etc.). Em síntese, concluiu o Banco Mundial que “a governança influencia a qualidade da despesa pública, a eficácia da administração dos recursos e, por último, a eficiência e qualidade da prestação dos serviços”.

Essa deficiência da gestão do SUS também é atribuída ao fato de que o texto constitucional brasileiro não estabeleceu a forma de cooperação entre os entes da Federação, tema central dessa tese, em que o parágrafo único do artigo 23, ao disciplinar a competência “comum”, determinou que leis complementares deveriam resolver tal questão, todavia, até o presente momento, nenhuma lei sobreveio a esse respeito na esfera da saúde, o que resultou, em uma certa desorganização e desarticulação do sistema nacional de saúde, em razão de que a Carta Política não definiu, claramente, o papel de cada ente federativo.

Nesse norte, para consolidar o SUS, considera-se necessário mudar a relação que existe entre os entes federados, afirmando-se uma divisão de competências que articule os princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 387). Apesar

---

<sup>339</sup> Aith (2010, p. 221-238) afirma que há uma desarticulação do sistema organizativo da saúde pública brasileira, apontando que, as perspectivas do direito sanitário no cenário nacional, enfrentam desafios de ordem política, administrativa, econômica e jurídica.

<sup>340</sup> Um “grande desafio político que pode trazer importantes avanços ao direito sanitário é o de articular a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde, para que esses entes federativos desenvolvam de forma harmônica e integrada serviços públicos de saúde de qualidade, humanizados e resolutivos”. (AITH, 2010, p. 225).

dos grandes avanços “é necessário romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas”, centrado “em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias”. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 387).

Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde, segundo o Banco Mundial (COUTTOLENC; FORGIA; MATSUDA, 2007, p. 1), o Brasil enfrenta desafios relativos à ineficácia e à baixa qualidade dos serviços, relativos, sobretudo, à dívida pública e às altas cargas tributárias. O custo desses serviços, de acordo com essa entidade, vem sofrendo um aumento crescente e já representa 11% da despesa pública. “Segundo os atuais níveis de ineficiência do sistema de saúde, a despesa total em saúde poderia aumentar de 8 a 12% do PIB até 2025, enquanto a despesa familiar em saúde – com percentagem da renda – poderia elevar-se de 5% a 11%.” Portanto, o maior desafio do SUS é “aumentar a eficiência e a eficácia no uso dos recursos de saúde para deter os custos crescentes”, asseverou o Banco Mundial.

No setor da saúde pública brasileira, “a administração de fornecimentos (por exemplo, da aquisição à utilização de medicamentos), consome uma parcela substancial dos recursos financeiros (aproximadamente 20% do total) e pode ser uma causa importante de ineficácia e perda”. (COUTTOLENC; FORGIA; MATSUDA, 2007, p. 3)<sup>341</sup>.

Segundo dados do Banco Mundial (COUTTOLENC; FORGIA; MATSUDA, 2007, p. 3), no Brasil, aproximadamente 40% dos cancelamentos de cirurgias já programadas decorrem de problemas administrativos internos e ao uso ineficiente dos recursos, oriundo de ausência de pessoal médico auxiliar, falta de materiais, omissão de esterilização do equipamento, etc., o que compromete a qualidade do serviço público de saúde.

O Relatório mundial da saúde (OMS, 2010, p. vi) aponta que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são atualmente desperdiçados por ineficiência, o qual ressalta que “investir esses recursos de modo mais inteligente pode ajudar os países a chegarem mais perto da cobertura universal sem aumentar os gastos”. Nessa linha, segundo estudos da OMS (2010, p. xix), “os países poderiam reduzir as

---

<sup>341</sup> No Brasil, há um aumento crescente de gastos com medicamentos em relação ao orçamento geral do Ministério da Saúde no período compreendido entre 2002-2010, como mostram os dados apresentados: 2002 (5,8%); 2003(7,2%); 2004(9,5%); 2005(9,4%); 2006(10,7%); 2007(11,9%); 2008(13,1%); 2009(13,1%) e 2010(12,5%) (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2012, p. 680).

suas despesas em saúde até cerca de 5%, se reduzissem os gastos supérfluos em medicamentos, os usassem de modo mais adequado e melhorassem o controle de sua qualidade”, os quais constituem uma das maiores causas de ineficiência do sistema, segundo refere a OMS. Por isso, cabe ao Brasil, reduzir esse desperdício e aumentar de modo significativo a capacidade do sistema de saúde, fornecendo serviços de qualidade e melhorando a saúde, em todos os seus campos.

Com efeito, de acordo com o relatório mundial da saúde (OMS, 2010, p. xiii-xx) a via para a cobertura universal exige a superação de alguns obstáculos, quais sejam: 1) Os países devem angariar recursos suficientes para a saúde, aumentando a eficiência da coleta da receita fiscal<sup>342</sup>, assim como redefinir as prioridades dos orçamentos governamentais<sup>343</sup>, financiamento inovador e ajuda ao desenvolvimento para a saúde; 2) remover riscos e barreiras financeiras ao acesso, o que implica reduzir a dependência dos pagamentos diretos para financiar os serviços e, 3) promover a eficiência e eliminar o desperdício, de forma que os recursos sejam usados de modo eficiente.

O SUS, no Brasil, “sofre uma insuficiência crônica de recursos financeiros”, considerando que “os gastos públicos na saúde aumentaram consideravelmente desde o início da década de 80, atingindo um acréscimo de 224% em termos reais, no período, repercutindo no gasto por habitante que, entre a primeira metade da década de 1980 e 2010, aumentou 111% em termos *per capita*”, resultante, sobretudo, das taxas de crescimento econômico do País (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 3)<sup>344</sup>. Desse modo, “a participação dos recursos públicos no gasto total com saúde, menos de 50% do total, não resiste a uma comparação com países que também possuem sistemas públicos de cobertura universal”. Nesses países, “a participação pública nunca é inferior a 70% do total”. Portanto, “aportar maior volume de recursos para o SUS é condição essencial para que o sistema público possa cumprir suas responsabilidades constitucionais”. (IPEA, 2015, p. 171).

---

<sup>342</sup> “Mesmo em alguns países de rendimentos elevados, a evasão fiscal e a colecta ineficiente de impostos e prémios de seguros podem ser problemas sérios”. (OMS, 2010, p. xv).

<sup>343</sup> “Os governos dão por vezes à saúde uma prioridade relativamente baixa nas suas afectações orçamentais”. (OMS, 2010, p. xv).

<sup>344</sup> Segundo o Banco Mundial (GRAGNOLATTI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 12), houve, no Brasil, um aumento significativo dos gastos nos últimos 20 anos. No entanto, “O aumento dos gastos, apesar de crescente, foi mais lento do que se observou em muitos países de renda média e alta, particularmente onde a cobertura foi ampliada (por exemplo, Coreia, África do Sul, Tailândia e Turquia)”.

Como agravamento “da insuficiência crônica de recursos, associada a problemas de gestão e ineficiência, está diminuindo a disponibilidade e adequação de profissionais, instalações e equipamentos para o SUS com reflexos no acesso da população aos seus serviços”. (IPEA, 2015, p. 171). Segundo o IPEA (2015, p. 171), “em setembro de 2014, a disponibilidade de leitos de UTI para o SUS – cerca de 20 mil, para atender toda a população do país -, era quase similar à disponibilidade de leitos para o segmento privado de planos e seguros de saúde, que atende a pouco mais de 25% da população”. Ainda, de acordo com os dados do IPEA (2015, p. 150), o Brasil “precisa de investimentos de R\$7 bilhões para suprir a carência de 14 mil leitos nos hospitais”.

Nessa ordem de ideias, “o principal problema declarado é a falta de leitos em algumas áreas, um problema recorrente no SUS e que não parece de fácil solução”. É possível observar, de acordo com a tabela abaixo que, apesar do “aumento no número de leitos disponíveis para o sistema de saúde como um todo, entre 2010 e 2014 houve um decréscimo no número de leitos disponíveis ao SUS de quase 14 mil unidades”<sup>345</sup>. (IPEA, 2015, p. 135).

Tabela 3.1 – Brasil e regiões: Leitos SUS de UTI por 10 mil habitantes (set. 2014).

Região	Leitor UTI (A)	População (B)	(A)/(B)
Norte	1.024	17.231.027	0,59
Nordeste	4.256	56.186.190	0,76
Sudeste	9.377	85.115.623	1,10
Sul	3.593	29.016.114	1,24
Centro-Oeste	1.476	15.219.608	0,97
<b>Brasil</b>	<b>19.726</b>	<b>202.768.562</b>	<b>0,97</b>

Fonte: IPEA (2015, p. 136)

Tabela 3.2 – Número de leitos por especialidade

Tipo de Leito	Jan/2010			Set/2014		
	Leitos	Sus	Não Sus	Leitos	Sus	Não Sus
Cirúrgico	115.273	75.902	39.371	117.742	75.862	41.880
Obstétrico	60.968	46.614	14.354	56.688	42.213	14.475
Clínico	146.324	105.107	41.217	154.057	108.056	46.001
Complementar	42.388	23.401	18.987	54.176	27.346	26.830
UTI	38.648	19.365	19.283	40.198	19.726	20.472
Pediátrico	64.034	52.360	11.674	56.143	44.567	11.576
Outras Especialidades	66.375	52.907	12.468	57.988	43.849	14.139

<sup>345</sup> “O Plano Nacional de Saúde 2008-2011 tinha como meta habilitar 6.370 novos leitos de terapia intensiva e semi-intensiva até 2011. Nos anos de 2008 e 2009 foram habilitados 1.364 novos leitos e, entre janeiro de 2010 e setembro de 2014, o número de leitos de UTI e de unidades de cuidados intermediários (leitos de terapia semi-intensiva) disponíveis para o SUS aumentou em 3.945 unidades – resultando em 5.309 novos leitos habilitados entre 2008 e setembro de 2014. Portanto, mesmo considerando o período estendido, a meta estipulada para 2011 não foi atingida” (IPEA, 2015, p. 135).

Psiquiatria	51.543	40.903	10.640	41.989	31.257	10.732
Hospital Dia	7.998	361.000	142.260	506.485	347.287	159.198
<b>Total</b>	<b>503.260</b>	<b>361.000</b>	<b>142.260</b>	<b>506.485</b>	<b>347.287</b>	<b>159.198</b>

Fonte: IPEA (2015, p. 135)

A carência de leitos de Unidade de Terapia intensiva (UTI) é outro grande problema a ser enfrentado pelo SUS, que “pode decorrer da inexistência desse recurso físico, da falha de profissionais ou equipamentos e da gestão-regulação inadequada dos leitos existentes”. De acordo com dados do Tribunal de Contas da União em 114 hospitais públicos e dois hospitais filantrópicos, foi constatada “a existência de mais de 1.100 leitos indisponíveis por falta de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e/ou por falta ou manutenção inadequada de equipamentos”. Nos dados desse Tribunal também constaram problemas de gestão, relativos “às dificuldades para referenciar pacientes para outros serviços e liberar os leitos por eles utilizados mesmo após a alta médica e taxas de ocupação fora dos parâmetros recomendados”. (IPEA, 2015, p. 136).

Um estudo nesse sentido, da OMS (2010, p. 72), revela que, em países como o Brasil, a média de ocupação dos leitos é de apenas 55%, quando o recomendado seria em torno de 80-90%. O estudo destacou, ainda, que “a eficiência hospitalar, em média, era cerca de 85%, significando que os hospitais poderiam fazer 15% mais do que actualmente com os mesmos custos, ou atingir o mesmo nível de serviços com menos 15% dos custos”. A pesquisa não identificou diferenças substanciais entre os hospitais dos Estados Unidos, da Europa ou em outras partes do mundo<sup>346</sup>.

Dentro dessa ordem de ideias, o Banco Mundial (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 13) referiu que “a falta de recursos e suprimentos, em muitos casos, não é o obstáculo principal ao aumento do acesso e à melhoria da qualidade dos serviços prestados”.

O sistema de saúde brasileiro “claramente poderia produzir mais serviços de saúde e melhores resultados com o mesmo nível de recursos se enfrentasse alguns fatores de ineficiência”. O Brasil pode obter ganhos significativos se investir “na melhoria da eficiência técnica dos hospitais” (melhorar o alinhamento entre a capacidade hospitalar e a provisão de serviços médicos especializados), na redução

<sup>346</sup> “Aplicando uma taxa de ineficiência mediana de 15% para a proporção das despesas totais em saúde consumidas pelos hospitais em cada região de rendimento a nível mundial, são perdidos anualmente cerca de US\$ 300 mil milhões em ineficiência associadas aos hospitais” (OMS, 2010, p. 72-73).

do desperdício e do uso inadequado de recursos”, com a incorporação e gestão de novas tecnologias.

No entanto, no sistema brasileiro, se destacam os obstáculos estruturais e conjunturais, os quais se manifestam “nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais -, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 387).

Além do financiamento das ações e serviços públicos de saúde, que ainda carece de solução eficiente, o Brasil também enfrenta dificuldades quanto à forma de prestação – diretamente ou por meio da terceirização. Hoje já se verifica uma tendência, no Brasil – União, Estados e Municípios-, de terceirizar a prestação de para fundações privadas, organizações não governamentais, organizações sociais de interesse público e demais instituições privadas<sup>347</sup> (AITH, 2010, p. 224-225).

A título de conclusão do presente item, cabe ressaltar alguns pontos para reflexão e para afirmação dos pressupostos elencados nessa tese. O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de suas dificuldades de implementação, conseguiu dar passos gigantescos na efetivação do direito social à saúde. No entanto, sofre diretamente a influência das decisões políticas e da conjuntura nacional na definição de suas ações.

Primeiramente, é preciso ressaltar que os investimentos em saúde no Brasil cresceram muito, atendendo aos dispositivos constitucionais. União, Estados e municípios aumentaram seus investimentos no setor e, em muitos casos, cumprem com as suas obrigações em termos de percentuais. No entanto, tais ações ainda parecem ser insuficientes diante da demanda reprimida, que gera atendimento lento e ineficaz, posto que desde a marcação de consultas até os procedimentos operatórios e tratamento demoram muito, chegando, em muitos casos, a serem oferecidos após a morte do paciente. É notória a falta de leitos nas unidades de saúde e nem mesmo determinações judiciais têm sido eficientes no seu provimento.

---

<sup>347</sup> “A justificativa dessa tendência é a de que é impossível prestar serviços públicos de saúde com qualidade e eficiência dentro das rígidas estruturas da administração pública, sendo a terceirização o melhor caminho para a prestação célere de serviços. Ideologias à parte, não é esse o sentido da Constituição Federal nem da Lei Orgânica da saúde. Nesses textos normativos, vê-se claramente que os serviços públicos de saúde devem ser prestados pela administração pública e não por terceiros privados” (AITH, 2010, p. 225).

Essa superlotação está relacionada, também, à falta de investimentos públicos em outras áreas dos direitos sociais, o que gera efetivamente uma população doente no seu mais amplo sentido, contrariando a noção de saúde da OMS (2010, p. 14), que preconiza o direito fundamental do ser humano de gozar do maior nível possível, considerando que esse direito é essencial para o desenvolvimento econômico e social sustentável. Um cidadão que não possui saneamento básico, alimentação, educação, habitação, emprego é influenciado, sobremaneira, na sua saúde, pois será um paciente contínuo e recorrente dos serviços, sendo curado paliativamente de seus males e sujeito a retornar dentro de pouco tempo. Por isso, indispensável, se faz, uma articulação entre os diversos órgãos dos entes federativos, também, nesse âmbito, já que “reduzir as desigualdades nessas áreas irá reduzir as desigualdades em saúde” (OMS, 2010, p. xi).

Nessa linha, o sistema nacional de saúde enfrenta como desafios “a articulação entre atenção à saúde e vigilância em saúde e as dificuldades de realização de políticas intersetoriais”. Desse modo, uma das perspectivas de avanço do direito sanitário brasileiro é, assim, “uma nova legislação sobre a vigilância em saúde, que harmonize todas essas “vigilâncias” e preveja a necessária integração entre a vigilância em saúde e os serviços de atenção à saúde, inclusive a rede de laboratórios públicos de saúde”, visto que há um descompasso administrativo também no âmbito da vigilância em saúde (AITH, 2010, p. 226-267). No que tange às dificuldades de realização de políticas intersetoriais, “os desafios encontram-se na necessidade de articulação entre os diversos órgãos estatais, para tratar adequadamente dos chamados fatores determinantes e condicionantes”<sup>348</sup> (AITH, 2010, p. 227). Outro desafio que o sistema nacional de saúde deve enfrentar na busca de melhoria desse importante serviço público.

Além disso, sabe-se que a solução para a diminuição das filas depende também de ações preventivas que evitem que o paciente procure a unidade de saúde. Há que se ressaltar uma cultura hospitalocêntrica predominante no País,

---

<sup>348</sup> O artigo 3º da Lei nº 8.080/90: “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013). (BRASIL, 1990a). A Lei nº 12.864, de “altera o caput do artigo 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde”. (BRASIL, 2013b).

reflexo de que os serviços hospitalares representam quase metade dos gastos públicos em saúde (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 3), também ocasionadora de filas, pois a unidade básica de saúde, considerada a “porta de entrada” do SUS, pela precariedade do seu atendimento, visto que, em sua maioria, carece de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos, etc.), deixa de ser objeto de confiança da população.

Não se pode deixar de analisar os efeitos da crise mundial da economia e da recessão com os serviços públicos de saúde. A perda de poder aquisitivo da população e o aumento do desemprego fizeram com que houvesse uma diminuição da contratação dos planos privados de saúde, cujos usuários migraram para o setor público<sup>349</sup>.

Com relação aos investimentos públicos em saúde, infelizmente os governantes, nos três entes federados, têm optado pelo fisiologismo político e pelo recorrente desvio de verbas para fins particulares. Exemplos disso são a retirada dos recursos do pré-sal para a educação e a saúde, aprovada recentemente, que constituiu um duro golpe no atendimento dessas demandas sociais. Deve-se citar, ainda, a promulgação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC 55) que limita investimentos públicos por 20 anos e que desconsidera a necessidade que a saúde possui de crescimento da verba destinada.

Assim, muitas das verbas disponibilizadas não chegam ao seu destino. E quando chegam, percentuais bastante significativos são desviados dentro das unidades para favorecer interesses particulares. Em muitos municípios, Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS), construídas com recursos federais mas, no entanto, sem a contrapartida dos municípios, não chegaram sequer a ser inauguradas, deixando de prestar importantes serviços à população.

Deve-se considerar, ainda, que os serviços de saúde também são afetados pela corrupção endêmica que toma conta do país, lesando a operacionalidade do sistema. Cotidianamente, são realizadas denúncias de mau uso do dinheiro público (toma-se aqui como exemplo a máfia das próteses e a compra superfaturada de medicamentos) que alijam os já escassos recursos existentes. Segundo relatório

---

<sup>349</sup> Segundo dados recentes do IPEA, (2015, p. 171) “mais de 25% da população é usuária de planos e seguros privados de saúde e de provedores privados autônomos. “Esse modelo traz efeitos perversos: i) parcela da população tem uma ‘dupla’ cobertura subsidiada com recursos públicos, ii) retira do SUS justamente a parcela da população com maior poder de pressão e de maior exigência em relação à qualidade dos serviços; iii) reforça a mercantilização de ações cuja natureza é incompatível com a lógica do mercado”.



mundial da saúde (OMS, 2010, p. 73-74) “cerca de 10-25% da despesa pública em saúde relacionada com provisionamento – a aquisição dos bens e serviços necessários como medicamentos, equipamentos e infraestruturas – é perdida, cada ano, devido a práticas corruptas”.

Ainda refere o estudo que “apenas nos países desenvolvidos, a fraude e outras formas de abuso nos cuidados de saúde podem representar um custo estimado para os respectivos governos tão grande quanto US\$ 12-23 mil milhões por ano”. Destaca a pesquisa que a área de maior abuso diz respeito à aquisição e distribuição de medicamentos, embora o problema da corrupção se estenda a todas as áreas do provisionamento.

Por fim, e como corolário da análise dos problemas que afetam a oferta pública de saúde, tem-se o problema da gestão em dois níveis: primeiro, na incapacidade administrativa e política dos gestores em administrar os recursos existentes; segundo, na desarticulação e na falta de cooperação e de integração entre os entes federados, que provoca excessos e falta de serviços de forma conjunta.

Assim, apesar da organização, das formas de financiamento e da implementação de políticas públicas de saúde, ainda é registrado um alto índice de falhas na promoção e atendimento das demandas da saúde pública no Brasil; seja em aspectos de qualidade ou de necessidades específicas, há até o momento um grande número de situações que acabam sendo levadas à esfera judicial para uma solução, gerando um fenômeno conhecido como judicialização da saúde, o que configura, sem sombra de dúvida, um dos grandes desafios a ser enfrentado pelo sistema nacional de saúde, visto que apresenta reflexos para todo o direito sanitário brasileiro, notadamente no seu aspecto econômico e organizacional. Por isso, analisar-se-á com maior profundidade esse processo, que tem agravado o problema da gestão da saúde pública na medida em que define, através do Poder Judiciário, as prioridades de atendimento à população.

#### 3.4 A relação entre o Direito Fundamental de acesso à saúde e a insuficiente articulação do sistema público: o debate acerca da “judicialização” da saúde

A presente seção debate um fenômeno que está redimensionando as relações entre a sociedade civil e o Estado do ponto de vista jurídico e das

exigências de cumprimento dos direitos fundamentais através de uma via indireta, ou seja, através de ações judiciais que garantem a efetivação do direito à saúde para aqueles que ingressam com pretensões ao Poder Judiciário para que atenda suas demandas específicas, cujo fenômeno é conhecido como “judicialização” do direito à saúde, responsável, também, pelos enormes gastos financeiros gerados aos cofres públicos nesse setor e pela desarticulação do sistema público de saúde brasileiro.

A judicialização<sup>350</sup> se refere a uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou e não um exercício deliberado de vontade política, configurando-se condições jurídicas, políticas e institucionais mais amplas e estruturais que favorecem a transferência do poder decisório legislativo-executivo para o judiciário, significando que algumas questões de enorme repercussão política ou social acabam sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias típicas tradicionais (BARROSO, 2009, p. 3). Esse processo, no Brasil, tem sido resultado de uma progressiva apropriação das inovações da Constituição Federal de 1988 por parte da sociedade e de agentes institucionais (VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p. 47), sobretudo cunhada na sua centralidade e na sua força normativa.

A judicialização da saúde, em outros termos, “procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde” (BARROSO, 2007, p. 3) e, por via de consequência, a efetivação das políticas públicas de saúde. Por isso, ela constitui, ao mesmo tempo, uma ameaça e salvaguarda do sistema único de saúde (FLEURY; FARIA, 2014, p. 108).

A excessiva judicialização da política, numa tentativa de garantir o “mínimo existencial” aos cidadãos através das demandas judiciais, em que se prioriza um direito individual, em detrimento dos direitos sociais, bem na contramão do que seria realizado por políticas públicas, pode culminar na falta de implementação dos preceitos e garantias constitucionais. “É como se, ao invés de haver um financiamento público dos direitos sociais passasse a haver um financiamento público de saúde do indivíduo “X”, por ordem judicial” (SCAFF, 2011, p. 109-110).

---

<sup>350</sup> A judicialização se distingue do ativismo judicial. Este se caracteriza pela “escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance” (BARROSO, 2009, p. 6).

A relação entre direito e política<sup>351</sup> aparece com relevância na questão do controle judicial mormente à saúde. O controle judicial das políticas públicas vai aparecer no cenário político devido à ineficácia do Estado em realizar a prestação de serviços conforme os preceitos constitucionais (BREUS, 2007, p. 241).

Na medida em que o Estado não consegue cumprir com seus deveres para atender a grande demanda prevista na Constituição Federal, os cidadãos recorrem ao Poder Judiciário para garantir sua efetivação. E mesmo com essa intervenção tem sido impossível atender a todos que necessitam de políticas públicas com qualidade. Por conta disso, a judicialização do direito à saúde constitui-se em corolário da falta de concretização desse direito fundamental e, por via, de consequência, inobservância dos preceitos e garantias constitucionais, vindo tal omissão a consolidar-se em “grave comportamento inconstitucional do Poder Público”<sup>352</sup>.

Por isso, “em princípio, o Poder Judiciário não deve intervir em esfera reservada a outro Poder para substituí-lo em juízos de conveniência e oportunidade, querendo controlar as opções legislativas de organização e prestação”, somente, “excepcionalmente, quando haja uma violação evidente e arbitrária, pelo legislador, da incumbência constitucional”. Entretanto, “parece-nos cada vez mais necessária a revisão do vetusto dogma da Separação dos Poderes em relação ao controle dos gastos públicos e da prestação dos serviços básicos no Estado Social”, posto “que os Poderes Legislativo e Executivo no Brasil se mostraram incapazes de garantir um cumprimento racional dos respectivos preceitos constitucionais” (KRELL, 2002, p. 22).

Nessa esteira, “a eficácia dos Direitos Fundamentais Sociais a prestações materiais depende, naturalmente, dos recursos públicos disponíveis; normalmente, há uma delegação constitucional para o legislador concretizar o conteúdo desses direitos”. Por conta disso, “muitos autores entendem que seria ilegítima a conformação desse conteúdo pelo Poder Judiciário, por atentar contra o princípio da

---

<sup>351</sup> Segundo Barroso (2014, p. 252-253), “[...] não há como o direito ser separado da política, na medida em que é produto do processo constituinte ou do processo legislativo, isto é, da vontade das maiorias. O direito é, na verdade, um dos principais produtos da política, o troféu pela qual muitas batalhas são disputadas. Em um Estado de Direito, a Constituição e as leis, a um só tempo, legitimam e limitam o poder político”. Esse autor aprofunda a distinção entre direito e política.

<sup>352</sup> Decidiu o STF que “O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional” (BRASIL, 2007).

Separação dos Poderes [...]”. Inobstante a isso, “em geral, está crescendo o grupo daqueles que consideram os princípios constitucionais e as normas sobre direitos sociais como fonte de direitos e obrigações e admitem a intervenção do Judiciário em caso de omissões inconstitucionais” (KRELL, 2002, p. 23), inclusive, a Suprema Corte do país.

O Supremo Tribunal Federal, em decisão proferida na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 45/DF, Rel. Min. Celso de Mello, asseverou “que não se inclui, ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário - e nas dessa Suprema Corte, em especial - a atribuição de formular e de implementar políticas públicas”, eis que nesse campo “o encargo reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo”. Contudo, assinalou que “a incumbência de fazer implementar políticas públicas fundadas na Constituição poderá atribuir-se, ainda que excepcionalmente, ao Judiciário”, quando ficar evidenciado que “os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem em caráter mandatório, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integridade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional”<sup>353</sup> (BRASIL, 2004).

Posto isso, a intervenção jurisdicional resta totalmente justificada “pela ocorrência de arbitrária recusa governamental em conferir significação real ao direito à saúde”, tornando-se “plenamente legítima (sem qualquer ofensa, portanto, ao postulado da separação de poderes), sempre que se impuser, nesse processo de ponderação de interesses e de valores em conflito”, a necessária prevalência da decisão política fundamental que o legislador constituinte adotou em tema de respeito e de proteção ao direito à saúde”. (BRASIL, 2004).

As decisões judiciais, ainda que justas e amparadas na Constituição, provocam interferência nas políticas públicas, que seriam, de regra, como afirma Bucci (2006, p. 22) responsabilidade do poder executivo, cabendo ao judiciário atuar apenas na sua execução (APPIO, 2005, p. 78). A Constituição ofereceu prerrogativas para que o Judiciário interferisse na garantia e efetivação dos direitos sociais, entendendo como própria e necessária a sua atuação como balizador do exercício do Executivo e do Legislativo, como prevê o artigo 5º, inciso XXXV: “a lei

---

<sup>353</sup> No mesmo sentido, decidiu o STF: “É possível ao Poder Judiciário determinar a implementação pelo Estado, quando inadimplente, de políticas públicas constitucionalmente previstas, sem que haja ingerência em questão que envolve o poder discricionário do Poder Executivo” (BRASIL, 2010)

não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 1988).

Diante da incidência das decisões do Poder Judiciário sobre os demais poderes, Canotilho (2002, p. 451) refere que, para evitar tal invasão de uma seara na outra, a “única vinculação razoável e possível do Estado em sede de direitos sociais reconduz à garantia do mínimo social que resulta do dever indeclinável dos poderes públicos de garantir a dignidade da pessoa humana e não de qualquer densificação jurídico-constitucional de direitos sociais”.

As demandas judiciais vêm crescendo consideravelmente, nos últimos anos, resultante, também, da garantia constitucional de prestação universalizada e igualitária do serviço de saúde (artigo 196, CF/88). Não resta qualquer dúvida que a intervenção do Poder Judiciário se faz necessária quando não há efetivação das políticas públicas ou essas forem insuficientes. Então, em muitos casos, envolvendo direito à saúde, o Judiciário deverá intervir, a fim de garantir o “mínimo existencial” aos cidadãos, porém, Scaff (2011, p. 108) refere que “a tônica das decisões judiciais é a implementação dos direitos sociais, mas na verdade atribuem direitos individuais, fazendo com que as verbas públicas sejam aplicadas como verdadeiros planos de saúde privados”.

A grande dificuldade relativa a essa problemática reside no fato de que a ordem constitucional não definiu de forma clara, em que consiste “o objeto do direito à saúde, limitando-se, no que diz com este ponto, a uma referência genérica”. Não há uma definição mais precisa dessa no texto constitucional, apesar dos dispositivos legais (artigo 196/200, CF/88) (SARLET, 2007, p. 10).

Por essa razão, na seara da judicialização, o direito individual à saúde se sobrepõe ao social. As teses contrárias se devem ao fato de que dependem de recursos (financeiros e humanos), limitados à teoria da reserva do possível e, por conseguinte, à previsão orçamentária (SARLET, 2007, p. 12). Tal tese não pode ser acolhida, tendo em vista que estes individuais também dependem de investimentos, sobretudo, financeiros, para a sua garantia.

Não obstante a isso, Miranda (2008, p. 94) entende que, atualmente, na sociedade moderna, prevalece uma imbricação entre direitos de defesa e direitos a prestações, afastando-se, assim, tal problemática<sup>354</sup> e, nesse sentido, havendo uma

---

<sup>354</sup> “[...] enquanto que a opinião tradicional tendia a estabelecer separação rígida na base do contraste direitos-negativos-direitos positivos, os estudos das últimas décadas apontam para uma

compatibilização com o entendimento do Supremo Tribunal Federal, que acolheu o direito à saúde como subjetivo, quer individual ou social.

Em acolhendo o argumento de que o Estado não consegue dar conta de toda a demanda da população, em razão da falta de recursos públicos (principalmente humanos e financeiros) é possível afirmar que as normas constitucionais sobre a saúde assumem uma feição de caráter meramente programático. Diante da “escassez dos recursos” públicos e da infinidade de intervenções judiciais no campo da saúde, que envolvem a vida e a dignidade humana, a atuação governamental, muitas vezes, realiza “escolhas trágicas”, teoria firmada pela doutrina, o que implica beneficiar algumas demandas judiciais em detrimento de outras, relativa à alocação desses investimentos. Na verdade, aquelas prestações judiciais de caráter emergencial se sobrepõem sobre as menos urgentes.

Por conseguinte, o excesso de judicialização das decisões políticas pode culminar na falta de implementação dos preceitos e garantias constitucionais, posto que, em muitos casos, alguns jurisdicionados são beneficiados em detrimento da maioria, “que continua dependente das políticas universalistas implementadas pelo Poder Executivo” (BARROSO, 2007, p. 4). Na realidade se está diante de um verdadeiro dilema jurisdicional, pois cabe ao julgador decidir a favor do direito fundamental e, por isso, atrelado ao direito à vida e à saúde, assegurado pela Lei Fundamental ou fazer prevalecer a teoria da reserva do possível e, por isso, favorecer o poder estatal, devendo-se recorrer ao princípio da proporcionalidade ou razoabilidade (ALEXY, 2007), em razão da colisão de princípios.

Os processos judiciais acarretam, além de enormes gastos aos cofres públicos<sup>355</sup>, “superposição de esforços envolvendo diferentes entidades federativas e mobilizando grande quantidade de agentes públicos”, assim como “imprevisibilidade e desfuncionalidade da prestação jurisdicional” (BARROSO, 2007, p. 3), o que, muitas vezes, afeta o planejamento dos gastos/orçamento e da administração do sistema de saúde pública ou das políticas públicas.

---

atenuação dessas características e, sobretudo, para uma intercomunicação das duas categorias” (MIRANDA, 2008, p. 94).

<sup>355</sup> Em 2005, o Governo Federal gastou R\$ 2,5 milhões adquirindo medicamentos derivados de ordem judicial. Em 2007 foram R\$ 15 milhões para atender decisões de 3.000 ações. Em 2008, foram R\$ 52 milhões. Só em Minas Gerais, nas mesmas datas, os gastos foram de R\$ 8,5, R\$ 22,8 e R\$ 42,5 milhões, respectivamente, o que comprova que os Estados também sofrem muito com a judicialização, proporcionalmente até mais que a União (MACHADO et al., 2011, p. 591).

Em outros termos, tais decisões provocam verdadeira “desorganização da administração pública”, (BARROSO, 2007, p. 25)<sup>356</sup>, uma vez que fica sem capacidade de se planejar, o que compromete a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Outro elemento que contribui para essa desorganização da gestão da saúde é que, na maioria das vezes, os medicamentos concedidos, via judicial, não constam nas listas elaboradas pelo Ministério da Saúde (Política Nacional de Medicamentos ou do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional)<sup>357</sup>, que seguindo os pressupostos estabelecidos pela jurisprudência não poderia conceder um medicamento que não tivesse sua capacidade comprovada (em fase de testes) ou não houvesse outro medicamento na lista com efeitos análogos<sup>358e359</sup>.

O fornecimento, através de medida judicial, de medicamentos de alto custo e não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além de onerar, sobremaneira, o poder estatal, também, comprometem a qualidade do serviço público de saúde, visto que não incluídos na previsão orçamentária.

Segundo informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, de 24 de agosto de 2016 (PENIDO, 2016), a União teve que providenciar a quantia de R\$ 3,9 bilhões para atender o cumprimento de ações judiciais no período compreendido entre 2010 a julho de 2016, pois essas demandas cresceram em um percentual de 727% desde 2010, todas destinadas à aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de cirurgias e depósitos judiciais. Somente no ano de 2016 foram investidos 730,6 milhões, pelo governo federal, em ações judiciais, as quais poderão causar um impacto de até 7 bilhões ao sistema público de saúde brasileiro, levando

---

<sup>356</sup> Para a CNM (2016, p. 24) “a judicialização da saúde nos patamares atuais torna a gestão da Atenção Básica em Saúde ainda mais deficitária e não equitativa”.

<sup>357</sup> O STJ, em 12 de maio de 2017, em decisão proferida no Recurso Especial nº 1.657.156, que trata da obrigatoriedade de fornecimento, por parte do Estado, de medicamentos não contemplados em listas do SUS (Programa de Medicamentos Excepcionais), suspendeu em todo o país, a tramitação dos processos que versam sobre a mesma demanda.

<sup>358</sup> O STF também firmou entendimento no sentido que o SUS, não está obrigado a fornecer tratamento ou medicamento “em que inexistem evidências científicas suficientes para autorizar sua inclusão” (BRASIL, 2010), como é o caso da pílula do câncer -fosfoetanolamina sintética – em que o Plenário do STF, em 19 de maio de 2016, na medida liminar da Ação Direta de Inconstitucionalidade, (ADI) 5501, suspendeu a eficácia da Lei nº 13.269/2016, que autorizava o uso do referido medicamento por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna.

<sup>359</sup> “a) O Judiciário só pode determinar a inclusão, em lista, de medicamento de eficácia comprovada, excluindo-se os experimentais e os alternativos”, cuja “alteração das listas somente pode ser objeto de discussão no âmbito de ações coletivas; b) O Judiciário deverá optar por substância disponível no Brasil; c) O Judiciário deverá optar por medicamento genérico, de menor custo; d) O Judiciário deverá considerar se o medicamento é indispensável para a manutenção da vida” (BARROSO, 2007, p. 30-34).

em conta a judicialização nos Estados, municípios e União, em 2016, revelou o Ministro da Saúde<sup>360</sup>.

Percebe-se que as intervenções judiciais afetam, sobremaneira, os investimentos nessa área, visto que consomem um custo muito alto do orçamento em todas as instâncias federativas. Esses excessivos gastos, advindos com a judicialização, “[...] põem em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos” (BARROSO, 2007, p. 4), razão pela qual o sistema de saúde exige “reconfigurações orçamentárias e estratégicas no âmbito governamental” (ASENSI, 2013, p. 96), rumo pelo qual caminha a proposta da presente pesquisa.

Em segundo lugar, interfere na própria dinâmica do Poder Judiciário, que se encontra no limite de sua capacidade de atendimento, pois a judicialização é um fenômeno que “inflaciona” sobremaneira o número de processos, impedindo que outras ações sejam julgadas e exigindo recursos ainda maiores desse poder. O “custo” da judicialização, que já era alto ao Estado de forma direta, no pronto atendimento das demandas, fica maior ainda quando torna necessário ampliar a estrutura do Poder Judiciário, com a criação de novas varas de trabalho e tribunais para julgar essas ações em todas as instâncias.

O Brasil lidera o ranking de ações em todos os campos de atuação da justiça e, no tocante à saúde, o fenômeno tem crescido de forma assustadora, em que o Estado do Rio Grande do Sul desponta com o maior número de ações nessa área. Porém, é preciso observar o lado do juiz, que, diante do pedido, não tem muito o que fazer. Recebe um pleito processualmente adequado, com base em atestados médicos, afirmando que sem aquela medicação, sem a prótese, o paciente morrerá e não quer arcar, em sua consciência, com o custo de uma vida (NALINI, 2014, p. 8).

A capacidade exígua do Estado em atender a demanda de saúde pública foi resolvida, em um primeiro plano, pela judicialização, que alterou a ordem cronológica de atendimento e colocou o ingressante do pedido nos primeiros lugares da fila. Porém, como o fenômeno cresceu em número de processos, agora está

---

<sup>360</sup> Segundo o Ministro da Saúde, a previsão é que em 2016 sejam investidos dois bilhões a mais que em 2015, que atingiu o importe de 5 bilhões em demandas judiciais. “O atendimento à população tem que ser feito, mas sem que isso afete toda a programação orçamentária dos órgãos ligados à saúde”, referiu o Ministro da Saúde (PENIDO, 2016).



havendo a disputa pela efetivação dos serviços públicos entre os próprios judicializando. O Estado, que antes dava preferência em um leito ao executor da ação, agora terá que escolher entre duas decisões judiciais de natureza similar, mas proferidas por juízes diferentes. E quem irá julgar a prioridade, neste caso? Talvez um tribunal de segunda instância, onerando ainda mais o já atribulado Poder Judiciário.

Quanto ao exagerado papel dedicado à Justiça para resolver demandas entre as partes, acredita-se que processos de mediação e conciliação podem evitar que muitas ações sejam executadas. Entende-se que deve haver também uma mudança de mentalidade entre a população, uma espécie de renovação cultural, para que as pessoas e as instituições procurem o entendimento antes de acessar a justiça, pois muitas demandas poderiam ser resolvidas/evitadas sem a necessidade de ações judiciais, inclusive no atendimento à saúde.

Por fim, não há como deixar de mencionar que a própria judicialização tem sido utilizada para fins não tão nobres, como o cumprimento de ações que favorecem o desvio de verbas públicas, a compra de medicamentos superfaturados, a execução de procedimentos desnecessários (como ocorreu com a chamada máfia das próteses, que realiza a colocação das mesmas sem que haja necessidade do paciente, apenas para vender o produto e o serviço de implante).

Diante desse contexto, percebe-se que o SUS sofre com as intervenções judiciais (o que não afasta, todavia, o reconhecimento, muitas vezes, de sua premente necessidade), as quais causam certa desorganização na gestão no país, mas ao mesmo tempo denunciam falhas na prestação do direito fundamental social à saúde, elemento este relevante do ponto de vista de criação de novas propostas para área, conforme pretendido por este trabalho e que será demonstrada na sequência. Dito isso, aprofunda-se na etapa subsequente as questões no âmbito local, entendido como plano privilegiado de participação do cidadão, bem como se busca traçar um novo modelo de gestão para saúde pública local no Brasil, em que o usuário do sistema passe a desempenhar um papel “ativo” na administração, gestão e controle da política de saúde, em sede dos municípios do Brasil.

#### 4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ESPAÇO LOCAL E O FORTALECIMENTO DA COOPERAÇÃO/PARTICIPAÇÃO SOCIAL DEMOCRÁTICA

La participation directe de la totalité aux rapports juridiques, fondés sur le droit social qu'elle engendre, se manifeste. d'une façon extérieure en un *pouvoir social* que le tout exerce sur ses membres. Le pouvoir institué par le droit social, étant une des marques essentielles de ce droit, doit cependant être soigneusement distingué d'autres espèces du pouvoir. [...] Aussi les communautés inorganisées et qui n'admettent d'ailleurs jamais une personnification entière dans des organisations, exercent-elles également un pouvoir social sur leurs membres<sup>361</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 23). [grifos do autor].

Após explanado sobre o direito social como marco teórico para a compreensão de um novo modelo de organização das normas sociais, a partir dos pressupostos de Gurvitch, e entender que essa técnica passa, necessariamente, pelo fortalecimento do poder local através do princípio da subsidiariedade, que engendra uma nova relação entre sociedade e Estado, e delineadas as principais configurações da política pública de saúde no contexto nacional, demonstrando os seus notórios avanços, desafios e deficiências, é chegada a hora de entender como são executadas as políticas públicas de saúde no nível mais básico de administração estatal, o município.

O poder local, de forma autônoma ou dependente dos entes maiores, em um claro processo de centralização das decisões políticas, administrativas e econômicas, não tem conseguido oferecer saúde de modo eficiente que atenda às necessidades do cidadão preconizadas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e de acordo com as demais legislações pertinentes ao sistema público de saúde.

A presente investigação de estudo chega a um momento decisivo de sua formulação, aquele em que é preciso olhar com maior profundidade para a situação do município, compreender as razões de sua ineficácia enquanto prestador de serviços públicos de qualidade, notadamente na área da saúde, e formular novos

---

<sup>361</sup> “A participação direta da totalidade nas relações jurídicas, fundadas no direito social que ela origina, manifesta-se de um modo exterior em um *poder social* que o todo exerce sobre seus membros. O poder é instituído pelo direito social, sendo uma das marcas essenciais desse direito, devendo, no entanto, ser cuidadosamente distinto de outras espécies de poder. [...] Também as comunidades desorganizadas que não admitem nunca uma personificação inteira das organizações exercem igualmente um poder social sobre seus membros”. (Tradução) [grifos do autor].

preceitos de organização, com a conseqüente solidificação da cooperação e participação social - bem como aumento das ações democráticas - em nível local, como condição para se ter um novo modelo de gestão.

Nessa perspectiva, em um primeiro momento, analisar-se-á a incapacidade atual dos municípios de oferecer políticas públicas de saúde com qualidade e na quantidade necessária, como fruto de uma lógica centralizadora e de um ambiente no qual inexistente, claramente, uma atuação federativa no seu sentido original e, por conta disso, a necessidade de rearticulação desse Pacto Federativo.

Em um segundo momento, o objeto de estudo se concentra na saúde em esfera municipal, enquanto espaço que, por estar mais próximo do cidadão, possibilita sua maior participação e conseqüente inserção nas decisões públicas. Em um terceiro momento, a investigação recai sobre o Conselho Municipal de Saúde como espaço favorável de controle e participação no âmbito da saúde pública.

E, por fim, serão abordados a comunidade local e o federalismo cooperativo, enquanto novos marcos paradigmáticos na prestação e gestão das políticas públicas de saúde em sede de governo local.

#### 4.1 As insuficiências da atual política pública municipal de saúde e as rearticulações federativas necessárias à prestação satisfatória do direito social à saúde.

Nessa seção do trabalho, pretende-se mostrar como a política de centralização administrativa por parte da União e das esferas estaduais e sua conseqüente retenção de recursos tem impedido que o município, como poder local, pudesse oferecer uma prestação satisfatória do direito social à saúde. Certamente que não se pode entender que a falta de descentralização dessa política, condição considerada como necessária para essa rearticulação do pacto federativo, seja a única explicação para o insucesso das políticas públicas em âmbito do município.

A política de descentralização na área da saúde iniciou em meados da década de 80, no contexto do Estado Democrático de Direito, priorizando-se a universalização, a descentralização e a participação da comunidade nas ações da saúde (SOUZA; MONNERAT; SENNA, 2001, p. 70)<sup>362</sup>. Neste contexto, diversos

---

<sup>362</sup> O Ministério da Saúde normatizou o processo de descentralização da saúde através das Normas Operacionais Básicas (NOBs) em 1991, 1993 e 1996. Em 2001/2002, foram editadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). E, em 2006, o SUS instituiu o Pacto pela Saúde,

mecanismos legais já estipulam que deve haver essa descentralização, como o artigo 198, inciso I, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1998 e a Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que estabelece a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com a ênfase “dos serviços para os municípios” (artigo 7º, inciso IX, alínea “a”). Isso implica, necessariamente, que além da gestão dos serviços públicos de saúde para os municípios, deve haver a transferência de poder decisório e de responsabilidade sobre o conjunto de serviços e de recursos financeiros.

É preciso entender que não basta, porém, a simples transferência do poder decisório, mas a adoção de novos conceitos e práticas inovadoras, com amplo suporte técnico-jurídico, para que as mudanças de fato aconteçam (CUNHA; CUNHA, 2003, p. 17).

A defesa da descentralização<sup>363</sup> não ocorre somente por conta de parâmetros legais, mas pelo entendimento - este sim que gerou a criação de normas a seu favor-, de que a realidade local é que concentra os problemas da população, devendo ser instituída essa prática como forma de promover a justiça social através do acesso aos serviços públicos (SOUZA; MONNERAT; SENNA, 2001, p. 70-1). Além disso, ela serve para corrigir os defeitos históricos do federalismo brasileiro, resolvendo os principais dilemas que o formato inverso causou ao longo da história (ABRUCIO, 2006, p. 77-78).

Essa descentralização limitada<sup>364</sup> é caracterizada pela incapacidade de se alcançar progressos consistentes que fomentem a capacidade de articulação local e regional dos municípios, pois, houve uma transferência na responsabilidade de decisões locais sem a devida contrapartida de sua autonomia. Mesmo o Pacto pela Saúde, instituído em 2006, foi insuficiente para romper com a fragmentação no financiamento (DUARTE; CONTEL; BALBIM, 2013, p. 155-157), já que a norma constitucional e a Lei nº 8.080/90 deram ao governo federal a prerrogativa das funções de financiamento, formulação das políticas nacionais de saúde e a

---

através do Decreto nº 7.508/11, estabelecendo novas diretrizes para a descentralização e a regionalização através do COAP enquanto instrumento de articulação interfederativa.

<sup>363</sup> Descentralização para Arretche (2000, p. 16) significa a “institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais”.

<sup>364</sup> Arretche (1997, p. 144) defende que a descentralização constitui “um mito como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas”, porque dependente do nível central de governo.

coordenação das ações<sup>365</sup> (ARRETCHE; MARQUES, 2007, p. 178). O que se verificou foi uma descentralização parcial<sup>366</sup>, visto que o governo federal manteve o controle da política nacional de saúde, resultado do modelo de federalismo implantado no sistema brasileiro<sup>367</sup>. Além do que, a maioria das grandes políticas de saúde continuam a ser decididas na esfera da União.

Os municípios, de um modo geral, possuem autonomia financeira limitada para realizar investimentos necessários na área da saúde, visto que são dependentes do governo central tanto nos repasses constitucionais quanto nas emendas parlamentares, “o que viola tanto os elementos caracterizadores da subsidiariedade quanto o princípio da igualdade” (HERMANY, 2012, p. 46). Carecem, portanto, de uma autonomia efetiva, tanto administrativa, quanto financeira, pois sempre estão dependentes dos entes federados maiores. Afora isso, impende salientar que municípios de pequeno porte, (86,95%), (IBGE, 2010), não possuem condições de implantar uma Gestão Plena de Sistema Municipal, que suporte demandas de atenção básica, assistência ambulatorial especializada e hospitalar, justamente porque não dispõem de recursos de toda ordem (humanos, econômicos, tecnológicos e estruturais).

Por conseguinte, os poucos municípios que conseguiram implantar uma gestão eficaz são assolados pela visita permanente da população daqueles que não o fizeram ou não o puderam. Em vez de se constituir consórcios intermunicipais<sup>368</sup>, entes, que não possuem uma política pública eficiente de saúde, têm se limitado ao custeio de compras de ambulâncias e transportes de pacientes, atendendo, na esfera local, em sua maioria, os casos de baixa complexidade (ou seja, apenas a atenção básica).

De acordo com o Banco Mundial (COUTTOLENC; FORGIA; MATSUDA, 2007, p. 1), a estrutura federal do Sistema Único de Saúde (demasiadamente formalizado e complexo) impede uma eficaz supervisão e o acompanhamento dos fluxos financeiros, dificultando sobremaneira a atribuição de responsabilidades e seu funcionamento como uma ferramenta administrativa eficaz. Além disso, Estados e

---

<sup>365</sup> A partir da Carta Política de 1988 o governo federal assumiu prioritariamente a coordenação das políticas sociais (CUNHA; CUNHA, 2003, p. 15-16).

<sup>366</sup> Um bom exemplo do controle da política de saúde por parte da União se refere ao sistema de vacinas para a população.

<sup>367</sup> Para Arretche (2012, p. 17), no Brasil, existe uma combinação do modelo descentralizado de serviços públicos com centralização da autoridade, a qual é uma tendência entre as federações.

<sup>368</sup> Alguns municípios brasileiros implantaram os consórcios intermunicipais de saúde; no entanto, acredita-se que, por falta de regulamentação efetiva, tal proposta não teve êxito.

Municípios, segundo análise desse órgão, carecem de capacidade técnica que os orientem no desenvolvimento de boas práticas de saúde.

Ademais disso, a realidade brasileira demonstra as enormes deficiências para a consolidação do Sistema Único de Saúde neste viés democrático, universal e integral ao que o mesmo se propõe, pois há uma diversidade muito grande de municípios em relação ao seu tamanho, estrutura de saúde, condições epidemiológicas, capacidade de gerar renda que impede que as políticas públicas sejam uniformes e eficazes. O Brasil é caracterizado por “expressivas desigualdades regionais e um grande número de municípios – para os quais se pretende transferir atribuições de gestão – fiscal e administrativamente frágeis” (ARRETCHE, 2000, p.18).

Os municípios brasileiros, de um modo geral, figuram como responsáveis pela atenção primária à saúde (APS), a qual constitui um conjunto de práticas integrais, voltadas a atender as necessidades individuais e coletivas, que, no sistema brasileiro, durante a implantação do SUS, passou a ser chamada de atenção básica à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 493), cujo grande marco histórico mundial se encontra na Declaração de Alma-Ata, de 1948 (OMS, 1978, p. 1-3). Constituiu as bases para a implantação dos serviços municipais de saúde no Brasil, a partir da década de 1970 e no início da de 1980 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 538), cujos cuidados primários foram, por sua vez, incorporados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2011).

No sistema de saúde brasileiro, o modelo de redes regionais de atenção<sup>369</sup>, instituído pelo Pacto pela Saúde (artigo 2º, inciso VI do Decreto nº 7.508/11), se constitui em mecanismo para a regionalização, a partir do entendimento da atenção primária de saúde como porta de entrada do sistema<sup>370</sup>. Este processo de regionalização tem sido muito contestado por não contemplar um acesso integral a estes serviços<sup>371</sup>.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, prevê, que o município instale serviços

---

<sup>369</sup> A Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção Básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

<sup>370</sup> O inciso III, do artigo II do Decreto nº 7.508/11 define portas de entrada como “serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS”. (BRASIL, 2011).

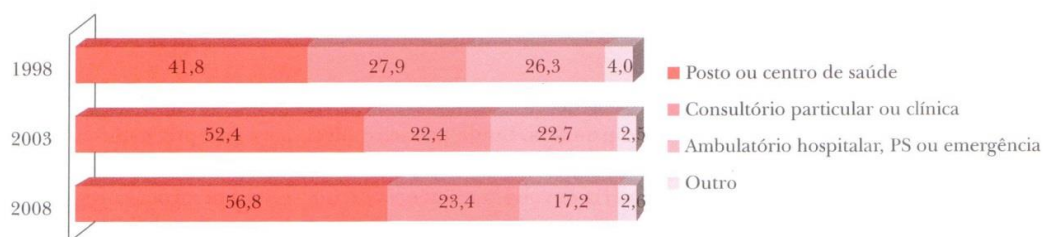
<sup>371</sup> Refere o IPEA (2015, p.170) que é necessário repensar “a estruturação e organização das redes e regiões de saúde e as necessidades de investimentos a elas relacionados”.

ambulatoriais de primeiro nível, que podem ser as unidades básicas de saúde (UBS), as Unidades de Saúde da Família (USF) e as unidades de pronto atendimento (UPA), além da prestação de serviços particulares, incluindo também o Programa Saúde da Família (PSF)<sup>372</sup>, como também a Estratégia de Agentes Comunitários (EAC). Estes serviços, que devem estar instalados perto de onde as pessoas moram, estudam e trabalham devem garantir o acesso à saúde de qualidade para a população.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) “garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde”, constitui responsabilidade comum a todas as esferas de governo, assim “como contribuir com o financiamento tripartite da atenção básica”, estabelecendo, os respectivos planos, prioridades, estratégias e metas para a sua organização, como também apoio e estímulo à adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais como consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012, p. 27).

No Brasil, em média 74% da população dispõe de um serviço que regularmente procura, em caso de necessidade de saúde, considerado como “porta de entrada” ou de utilização preferencial, o que significa que o SUS está facilitando o acesso, cujo percentual aumentou entre 1998 e 2003, após a implantação do serviço de atenção Básica. Em 1998, constatou-se que 71% da população brasileira fazia uso regular de algum tipo de serviço de saúde, percentual que aumentou para 79% em 2003 e reduziu-se para 74% em 2008. Constata-se do gráfico abaixo que os serviços públicos mais procurados no município, dentre os de atenção básica, são: posto ou centro de saúde, consultórios particulares e ambulatórios hospitalares (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 531).

Gráfico 4.1 – Tipo de serviço referido como local regularmente procurado quando as pessoas necessitam de atendimento à saúde. Brasil – 1998, 2003, 2008.



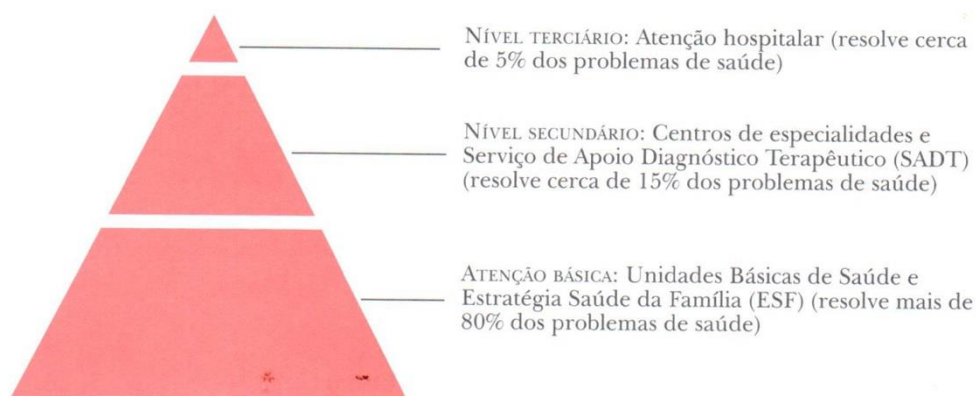
Fonte: Giovanella e Mendonça (2012, p. 531).

<sup>372</sup> Segundo relatório do Tribunal de Contas da União houve um “aumento de cerca de 11% no número de Equipes de Saúde da Família (passou de 31.153 em dezembro de 2009 para 34.679 em julho de 2013) (TCU, 2014, p. 212).

Segundo o gráfico das autoras, “em 2008, o posto ou centro de saúde era a modalidade mais procurada, constituindo serviço de procura regular para 56,8% da população, seguido dos consultórios particulares com 23,4% e do ambulatório hospitalar com 17,2%”. O posto de saúde foi o local de maior procura “principalmente pelas pessoas pertencentes às classes de rendimento mensal domiciliar per capita mais baixas”. As demais categorias – farmácia, ambulatório de clínica ou de empresa, pronto-socorro e agente comunitário entre outros – contabilizaram 2,6% dos locais procurados (IBGE, 2010, p. 43).

Essa procura condiz com o que se preconiza para o bom funcionamento do sistema de saúde, de acordo com o que mostra a Figura 4.1, abaixo, conforme foi originalmente concebido pelo modelo de hierarquização e regionalização do SUS (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 547).

Figura 4.1 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS



Fonte: Solla e Chioro (2012, p. 548).

A pirâmide acima mostra que a atenção básica é capaz de resolver 80% dos serviços de saúde, evitando que o cidadão procure serviços ambulatoriais especializados e hospitalares de maior complexidade tecnológica. Neste sentido, deve-se inverter a lógica centralizadora e apostar neste tipo de serviço, ainda que seja “difícil romper com o modelo hegemônico e redirecionar o enfoque, ainda nitidamente hospitalocêntrico, para a consecução de um sistema “redebasicocêntrico”, ou melhor, centrado nas necessidades dos sujeitos/usuários individuais e coletivos”. (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 547-548).



Por conta disso, a construção de alternativas ao tradicional sistema de saúde pública do país busca priorizar a atenção básica enquanto estratégia eficaz de reorganização do sistema, razão por que se propõe a organização e coordenação para o ente municipal, o que vai em direção ao princípio da subsidiariedade, em especial, de ordem vertical – “(re)distribuição de competências entre a comunidade maior e a comunidade menor” (HERMANY, 2012, p. 26), que no caso em discussão se estabelece entre a União, os Estados e os municípios. Isso ocorre também, na ordem horizontal – participação da comunidade local na administração da saúde -, e, ainda, tendo como norte o direito social de natureza condensada de Gurvitch, que prioriza, essencialmente, as coletividades menores, os indivíduos e os grupos sociais, o que guarda estreita relação, em última instância, entre a sociedade civil e o Estado.

Nessa mesma direção, apontam os estudos do Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2008, p. 43) em que identifica a importância de se conceber sistemas de atenção à saúde com foco na Atenção Primária de Saúde (APS), cujo principal papel é “dar prioridade às pessoas”. Para essa entidade “[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efectiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da

Desde a instituição do SUS, houve avanço considerável em relação à estratégia de Saúde da Família (ESF), mas ainda é preciso reconhecer que se fazem necessários avanços do modelo de atenção primária de saúde diante da diversidade de necessidades e de condições territoriais.

Desse modo, “pensar a atenção básica tendo um modelo geral para todo o território nacional implica não reconhecer as diferentes capacidades municipais, a diversidade territorial de necessidades de saúde, de capacidade de gestão e organização dos sistemas próprios” (IPEA, 2015, p. 172). Por isso, o modelo único de atenção básica que persiste no país deve sofrer reorientações, sendo necessários modelos diversificados de acordo com a realidade dos municípios sendo, por sua vez, mais efetivos e resolutivos, caminho da presente proposta dessa tese, com o fim de se obter uma atenção primária de saúde de boa qualidade. Os serviços de atenção básica buscam, sobretudo, a diminuição dos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, com redução de custos, também.

Desde a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) – “renomeado para estratégia Saúde da Família no começo dos anos 2000” – na década de 1990, “um dos grandes desafios para o governo federal tem sido aumentar a cobertura da ESF nas cidades com mais de 100 mil habitantes e metrópoles”. Nota-se, que, “apesar de o aumento de cobertura pela ESF nos grandes centros ter sido significativo nos últimos anos, ainda há uma grande diferença de cobertura entre estes municípios e os demais” (IPEA, 2015, p. 125).

Paira, ainda, como grande desafio para o SUS, o acesso à atenção especializada ou de média e alta complexidade, devendo-se “reconhecer que é a atenção básica que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária” (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 549). “Houve significativa expansão da rede de atenção básica, mas ainda existem dificuldades para garantir acesso à atenção de média e alta complexidade”, cujas dificuldades vão desde “a viabilidade e/ou as diferentes capacidades dos municípios de manterem serviços mais complexos” (IPEA, 2013, p. 94-95).

Quanto aos procedimentos especializados ambulatoriais disponibilizados pelo SUS constata-se que houve um aumento da oferta entre 2000 e 2007 na ordem de 69%, apenas o procedimento traumato-ortopédico (menos 32%) reduziu a sua oferta. Já na alta complexidade o aumento foi na ordem de 128%. Ainda, “em 2010, foram registrados mais de um bilhão de procedimentos de média complexidade e outros 650 milhões de alta complexidade pelo SUS, sendo 620 milhões referentes a medicamentos de alto custo e 30 milhões de procedimentos de diagnóstico e tratamento especializado” (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 564).

Relativamente, “a produção de serviços de média complexidade vem tendo a participação da oferta sob gestão municipal ampliada: de 46% em 2002 para 52% em 2005, chegando a 66% em 2010”. No que se refere “à alta complexidade constata-se ao contrário, atingindo a 97% a gestão estadual em 2010”. Resta demonstrado que “mais de 60% da oferta de procedimentos diagnósticos, clínicos, cirúrgicos e transplantes de alta complexidade se encontram sob a gestão municipal” (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 564-565).

Assim sendo, “o aumento do número de serviços ambulatoriais foi quase inteiramente em nível municipal e, em 2009, praticamente não existiam unidades ambulatoriais sob administração estadual ou federal”. Ainda, segundo o Banco Mundial (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 32), “a percentagem

de leitos hospitalares sob controle municipal aumentou de 11% para quase 50% em 2009, mas uma quota significativa de leitos públicos ainda está sob administração estadual e federal”.

Nesse norte, refere a entidade mundial que “a porcentagem de leitos hospitalares geridos por estados e municípios oscila entre 60% e 100%”. Isso quer dizer que Estados e municípios administram a maior parte dos leitos hospitalares e, um número crescente é administrado, unicamente, pelos municípios. Deve ser dito que “os serviços hospitalares continuam representando quase metade da despesa governamental e o gasto com o setor hospitalar subiu continuamente”, resultado de investimentos em serviços de elevada complexidade (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 43).

No campo do setor ambulatorial, “identificado como uma das grandes deficiências do SUS”, “uma grande parte do crescimento foi no setor público, mas houve também um rápido aumento no setor privado, que, em 2009, era responsável por 30% de todos os serviços ambulatoriais” (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 43).

De acordo com o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016, p. 6), o Brasil possui atualmente 5.570 municípios (data de referência 1º de julho de 2016), dos quais cerca de 92% de pequeno e médio porte (5.119 municípios) (IBGE, 2010)<sup>373</sup>, sendo que a maioria apresenta sérias dificuldades para atender as demandas de saúde dos cidadãos da maneira como essas são disciplinadas pelo texto constitucional. Desses municípios, 88,9% possuem secretarias exclusivas de saúde e 99,7% possuem Conselhos Municipais de Saúde, o que representa um bom índice de organização (IBGE, 2014). Deve-se pontuar, no entanto, que a existência de um Conselho Municipal de Saúde é uma exigência para receber verbas federais (artigo 4º, inciso II da Lei nº 8.142/90), e que não se sabe, por outro lado, se estes conselhos são atuantes ou meramente figurativos na definição das políticas públicas de saúde.

---

<sup>373</sup> São considerados municípios de pequeno porte aqueles com até 100.000 habitantes e os de médio porte entre 100.000 e 500.000 habitantes (IBGE, 2014).

Tabela 4.1 – Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios. Brasil – 2010

Classes de tamanho dos municípios/habitantes	Municípios		População 2010	
	nº	%	nº	%
Até 5.000	1.247	87	4.374.345	2,29
De 5.001 a 10.000	1.227	21,8	8.541.935	4,47
De 10.001 a 20.000	1.378	25,2	19.743.967	10,35
De 20.001 a 50.000	1.080	18,7	31.344.671	16,43
De 50.001 a 100.000	339	5,8	22.314.204	11,69
De 100.001 a 500.000	260	4,4	48.565.171	25,45
Mais de 500.000 hab	39	0,7	55.871.506	29,8
<b>Total</b>	<b>5.570</b>	<b>100,0</b>	<b>190.755.799</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE (Censo 2010)

Percebe-se, através da tabela acima, que a maior quantidade de municípios se encontra na faixa que vai até 50.000 (mil) habitantes, cuja soma chega a 4.932 municípios (86,95% do total de municípios). Ao mesmo tempo, a população desses municípios, se somada, chega a 64.004.918 pessoas (apenas 33,55% da população brasileira da época). Ou seja, há uma concentração populacional de 66,36% da população em apenas 638 municípios com mais de 50.000 habitantes (apenas 11,45% deles), o que interfere diretamente na produção de renda desses pequenos municípios e no retorno proveniente dos Estados e da União.

Salienta-se que houve um crescimento acelerado do número de municípios nas últimas décadas que levou em conta, muito mais, interesses políticos, e não a capacidade financeira e gerencial dos mesmos. Assim, em uma localidade com até 5.000 habitantes (22,38% do total) as possibilidades de implantar um sistema municipal de saúde vão além da vontade política, mas esbarram na falta de recursos financeiros, humanos, técnicos e estruturais, gerando apenas uma corrida aos grandes centros.

Os fatos destacados acima levam em conta uma suposta correta devolução dos repasses devidos pelos Estados e pela União. Mas essa não tem sido a realidade enfrentada pelo municipalismo brasileiro, nos últimos anos, diante dos constantes atrasos para os programas municipais de saúde, o que dificulta ainda a sua eficiência.

Dados da Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS, 2016) mostram que o governo estadual do Rio Grande Sul deixou de repassar aos municípios mais de R\$ 281.794.381,84 (duzentos e oitenta e um milhões, setecentos e noventa e quatro mil, trezentos e oitenta e um reais e oitenta e

quatro centavos) apenas nos últimos três anos (2014 a 2016). Somente o Município de Agudo/RS, cuja população é de 16.729 habitantes (Censo de 2010), considerado de pequeno porte, deixou de receber, neste período, R\$ 345.780,49 (trezentos e quarenta e cinco mil, setecentos e oitenta reais e quarenta e nove centavos), limitando ainda mais a sua capacidade de oferecer assistência em saúde com qualidade.

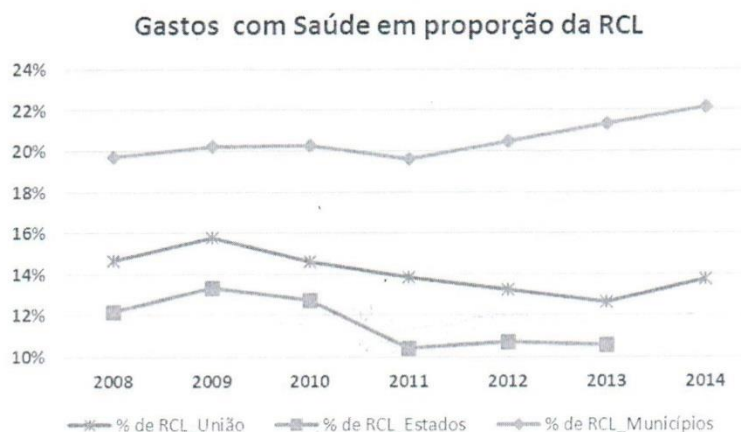
É preciso dizer, ainda, que estes valores, quando aplicados no município e não apenas no deslocamento de pacientes, muitas vezes são destinados aos hospitais filantrópicos e Santas Casas, cuja prática consiste em uma tendência no Sistema Único de Saúde, desde sua criação. Os hospitais filantrópicos ou Santas Casas são entidades privadas ou comunitárias, sem fins lucrativos, que absorvem a demanda de saúde pública mediante convênios que se efetivam com repasses municipais, estaduais ou federais. Porém, estes repasses também estão atrasados e muitas dessas instituições estão fechando as portas ou reduzindo e eliminando serviços gratuitos de saúde, deixando a população ainda mais desassistida.

Constata-se, assim, que os municípios de menor porte, em geral, não possuem condições administrativas e financeiras, principalmente, de criar uma política pública de saúde, com gerenciamento próprio dos recursos financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais e, por conta disso, se veem obrigados a transferir a responsabilidade para a iniciativa privada (entidades filantrópicas ou Santas Casas) ou para centros maiores.

Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/00, a qual restou regulamentada através da LC nº 141/12 e do Decreto nº 7.827/12, o município deve investir no mínimo, 15% das receitas correntes líquidas (RCL) em ações e serviços de saúde e os Estados devem investir 12% de sua receita corrente líquida em saúde. A União, por sua vez, de acordo com a EC nº 86/15, deve investir 15% da receita corrente líquida (RCL), de forma gradual, no período de cinco anos e, não, imediatamente.

Assim, o gráfico abaixo demonstra que os municípios estão investindo, em média, 22% de suas receitas na área da saúde, portanto, bem acima dos 15% previstos na legislação. A situação preocupa quando se constata que o município “não é o principal arrecadador de tributos e taxas, mas resulta ser aquele que, proporcionalmente ao que arrecada, mais compromete suas receitas com as ações de cuidado e promoção da saúde”. (CNM, 2016, p.13).

Gráfico 4.2 – Gastos proporcionais à Receita Corrente Líquida (RCL) com saúde por ente federativo



Fonte: CNM (2016, p. 13)

Pelo gráfico acima, percebe-se que o município, ainda que carente de recursos, tem sido o ente federado que mais tem investido em saúde, a despeito da contrapartida da União que tem diminuído seus investimentos. Essa é uma decorrência direta da Emenda Constitucional nº 29/00<sup>374</sup>, que aumentou a participação dos Estados e municípios nos recursos da saúde pública, em decorrência “do papel mais ativo exercido pelos municípios” neste cenário (UGÁ; PORTO, 2011, p. 489 e 491).

Segundo um estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2015, p. 13) “sobre a evolução do total dos gastos públicos em saúde no Brasil, por esfera de governo, demonstra que em 1993 a União aplicava, 72%, os estados 12% e os municípios 16%; em 2013, em cenário diferente, a União aplicava 42,59%, os estados 26,67% e os municípios 30,74%”.

No quadro abaixo, elaborado pela OMS (2010, p. 67), apresenta-se um resumo das dez causas da ineficiência do sistema público de saúde, que afeta principalmente os municípios, pois é no espaço local que a precariedade se faz sentir de maneira mais intensa.

<sup>374</sup> Na década de 1980, a União era responsável por 75% do financiamento do sistema público de saúde, passando a assumir, após a Emenda Constitucional nº 29/00, apenas 51% do financiamento do SUS (UGÁ; PORTO, 2011, p. 489 e 491).

Quadro 4.1 – Dez causas principais de ineficiência

Causa da ineficiência	Razões	Soluções
1. Medicamentos: subutilização de genéricos e preços superfaturados	Controle inadequado da oferta, pouca supervisão na prescrição, sistemas ineficientes de aprovisionamento e impostos excessivos.	Melhorar a formação e o sistema de prescrição e distribuição. Incentivar o uso de genéricos. Assegurar a transparência no uso de recursos. Monitorar preços e reduzir impostos.
2. Medicamentos: utilização de medicamentos errados ou de qualidade inferior	Estrutura de regulação farmacêutica inadequada e sistema de aprovisionamento indevido.	Reforçar padrões de qualidade, qualificar fornecedores e melhorar o sistema de armazenamento.
3. Medicamentos: utilização inapropriada e ineficiente.	Prescrição inapropriadas e de conteúdo ético duvidoso, conhecimento limitado sobre seus efeitos.	Qualificação do sistema de prescrição e maior formação prática profissional.
4. Produtos e serviços de saúde: sobre-utilização ou excesso de oferta de equipamentos, meios de diagnóstico e procedimentos.	Oferta induzida pela procura, mecanismos de pagamento por serviço, receio de litígio	Reformar as estruturas de serviços oferecidos e implementar novas orientações clínicas.
5. Profissionais de saúde: estrutura de pessoal inapropriada ou dispendiosa, profissionais desmotivados	Conformidade com procedimentos culturalmente instituídos, resistência da classe médica, contratos inflexíveis, salários inapropriados, favoritismos	Fazer levantamentos com base nas necessidades, adequar competências às necessidades, flexibilizar e melhorar formas de pagamentos
6. Serviços de saúde: admissões hospitalares e duração dos internamentos	Inexistência de tratamentos alternativos, conhecimento limitado de melhores práticas, inexistência de incentivos para diminuir as admissões	Disponibilizar alternativas de tratamento, aumentar o conhecimento sobre práticas de admissão e aumentar incentivos para hospitais
7. Serviços de saúde: dimensão hospitalar inapropriada com baixa utilização das infra-estruturas.	Gestão inapropriada dos recursos, de coordenação e controle, falta de planificação de infraestrutura e controle	Administrar de forma mais eficaz para equilibrar oferta e procura, aumentar as taxas de ocupação e controlar melhor a duração dos internamentos
8. Serviços de saúde: erros médicos e qualidade dos cuidados.	Insuficiente conhecimento ou aplicação dos protocolos e padrões clínicos, falta de orientação e supervisão adequada	Melhorar a higiene, proporcionar continuidade nos cuidados, realizar auditorias e monitorar o desempenho
9. Fugas do sistema de saúde: desperdício, corrupção e fraude	Fracos mecanismos de responsabilidade e governança, pouca orientação sobre destinação de recursos e baixos salários	Melhorar a regulamentação e a governança, estabelecendo mecanismos para evitar corrupção e gastos inadequados
10. Intervenções em saúde: estratégias inapropriadas e ineficientes	Financiamentos com custos elevados e baixos resultados, equilíbrio inadequado entre níveis de cuidados, e/ou entre prevenção e tratamento	Avaliação contínua sobre o custo das intervenções, tecnologias, medicamentos e opções políticas.

Fonte: Adaptado de OMS (2010, p.67)

O quadro acima constitui uma sinopse do que a proposta desse estudo pretende enfrentar para melhorar o quadro da gestão de saúde pública no Brasil.

Cabe ressaltar que todas as ineficiências apontadas, embora não estejam citadas de forma clara, resultam, em sua maioria, da falta de controle da população sobre o exercício das atividades relacionadas à saúde, pois se essa tivesse poder de decisão - legislativo e administrativo -, e, por via de consequência, maior controle sobre o serviço público de saúde, poderia reduzir ou sanar muitos dos problemas relatados. Neste norte, caminha a teoria da integração gurvitchiana – sociedade civil e Estado - e a nova articulação federativa – integrada, cooperada e democrática -, em âmbito comunitário, proposta da presente abordagem de pesquisa.

Os estudos do Banco Mundial (COUTTOLENC; FORGIA; MATSUDA, 2007, p. 1) colaboram para que a situação da saúde melhore em nível municipal, como se pode verificar no quadro abaixo, sendo necessário “aumentar a eficiência e eficácia” do sistema de saúde público no Brasil, investindo em gestores que qualifiquem a esfera pública.

Quadro 4.2 – Principais desafios e recomendações

<b>Desafios</b>	<b>Recomendações</b>
Sincronizar e alinhar os processos de planejamento, execução e informação e orientá-los para o desempenho	- O planejamento deve ser a base para o desempenho. - Os planos devem conter um número limitado de objetivos que poderão ser facilmente executados. - Os custos devem ser melhor monitorados.
Consolidar a transferência de fundos, recurso por recurso e vincular um maior financiamento a um melhor desempenho	- Alocar os recursos por setor (atenção primária, média e alta complexidade, de acordo com critérios, como a eliminação das desigualdades regionais, melhorar o nível de desempenho e a qualidade dos serviços.
Oferecer maior autonomia às unidades para tomar decisões e administrar recursos	- A autonomia deve estar condicionada à capacidade da unidade em gerenciá-la e do órgão central de realizar a devida supervisão.
Fortalecer e profissionalizar a capacidade de gestão	- Adotar técnicas modernas de gestão, renovando os recursos humanos e estruturando melhor as carreiras administrativas.
Aplicar mecanismos que reforcem a prestação de contas	- Criar metas de desempenho
Informações administrativas inadequadas	- Estabelecer sistemas sólidos de supervisão para melhorar o desempenho organizacional.

Fonte: Adaptado de Banco Mundial (COUTTOLENC; FORGIA; MATSUDA, 2007, p. 1-4 ).

Diante da realidade constatada, apresentam-se, de forma resumida, os principais entraves a serem superados para se criar estratégias políticas nas esferas locais, notadamente, as de pequeno porte, de forma eficiente:

a) Desinteresse da gestão pela resolução do problema em nível local: transferência da responsabilidade pela saúde a entidades privadas ou aos municípios maiores, gerando despesas que superam as exigências da lei, mas efetivamente não atendem às demandas do cidadão;



b) administração pública direcionada para favorecer interesses privados, envolvendo a compra de produtos e serviços superfaturados ou até mesmo desnecessários, dilapidando o patrimônio público, como se o patrimonialismo e a corrupção fossem endêmicos e naturalizados na cultura brasileira;

c) administração pública ineficiente e despreparada tecnicamente para gerenciar o complexo sistema de saúde, sem condições de atender a baixa, média e alta complexidade da rede de saúde, havendo necessidade de um novo modelo de gestão entre as três instâncias federativas para haver maior eficiência e eficácia;

d) inexistência de uma estratégia de cooperação entre os entes federados na definição de políticas públicas municipais de saúde, inviabilizando ações conjuntas para atender problemas comuns, gerando, em alguns casos, sobreposição de ações e de disponibilização de recursos;

e) manutenção da tendência centralizadora dos entes federativos maiores na definição das políticas públicas de saúde, criando formas genéricas que não atendem às particularidades de cada região ou de cada município.

f) incapacidade do município e da própria sociedade civil em compreenderem seu papel na administração das políticas públicas municipais, no sentido de planejar e executar demandas específicas, o que torna o município ainda mais dependente, não estimulando o empoderamento do poder local.

Nessa esteira de ineficiências, a indefinição das competências comuns, especificamente à saúde, prevista no artigo 23, inciso II, da CF/88, debate central da presente pesquisa, tem causado impactos negativos em vários aspectos da gestão pública como “a superposição de comandos e de recursos, a falta de responsabilização das entidades governamentais pela inexistência ou inadequação dessas atividades e os conflitos interinstitucionais”, reflexo sentido, também, no âmbito municipal (KRELL, 2008, p. 51).

Nesse cenário, necessário se faz uma rearticulação do Pacto Federativo brasileiro, no sentido de que o planejamento, a gestão e a coordenação do sistema público de saúde seja transferido aos municípios brasileiros, visando à melhoria da prestação desse importante direito fundamental social. Conforme propõe Gurvitch a partir da ideia de integração e colaboração entre sociedade civil organizada e poder público, aliado, ainda, a cooperação dos demais entes federativos. Assim, o município se apresenta como o espaço privilegiado de participação e empoderamento do cidadão no sistema público municipal de saúde.

#### 4.2 Saúde no âmbito local: o município como *locus* privilegiado de participação e empoderamento do cidadão

Após serem analisadas as principais causas que tornam o serviço de saúde pública ineficiente por parte da maioria dos municípios brasileiros, entende-se que é preciso avançar neste contexto, criando-se, nos poderes locais, estruturas que sejam eficazes no atendimento às demandas dos cidadãos, a partir da estreita colaboração com o ente estatal estadual e a União e, ainda, com a sociedade civil.

Na prática, os municípios é que são os verdadeiros executores da política pública de saúde, dado o seu caráter de proximidade com a população, apesar de haver uma previsão constitucional de que a competência é comum (artigo 23, inciso II da CF/88). Essa indefinição tem causado problemas e proporcionado dificuldades à aplicação de um federalismo cooperativo, estratégia de descentralização que remete para o município o controle dos serviços de saúde, temática que será aprofundada, em seguida, neste capítulo. Nesse sentido, a gestão e organização centralizada não têm atendido de forma adequada os anseios da população, pois, da maneira como está estruturado o Sistema Único de Saúde, ainda há uma extrema dependência para com o Estado e a União.

Assim, é necessário modificar esse sistema e concentrar todos os recursos no município para que o atendimento em saúde seja mais efetivo (HERMANY, 2007, p. 290-291), de forma que, transferindo o poder para mais perto da população, ele tende a ser mais eficiente, pois "o poder é tanto mais visível quanto mais próximo está" (BOBBIO, 2000, p. 102), ou seja, "El poder, en un Estado Democrático de Derecho, no es un poder de dominación, sino de integración en la comunidad política subyacente; está fundado sobre el derecho social que se desprende de esa comunidad y no sobre un derecho de subordinación" (GURVITCH, 2005, p. 32).

O poder local, também denominado espaço local, constitui uma forma de "organização comunitária" (DOWBOR, 1999, p. 24), ou seja, um município com autogestão econômica e social, nos moldes preconizados por Gurvitch, faria com que o município passasse a figurar como o produtor do direito social no âmbito da saúde pública, além do cidadão participar, diretamente, das deliberações de ordem administrativa neste setor, conferindo, assim, uma maior relevância ao cidadão, muitas vezes relegado em razão do poder centralizante.

A essência do poder local<sup>375</sup> repousa no fato de ele ser a autoridade que está mais próxima das necessidades e das reivindicações dos cidadãos, sobretudo à saúde, sedimentada nos processos de desburocratização, descentralização e participação de atores sociais como forma de consolidação do espaço público local.

Um elemento importante para o funcionamento dos serviços públicos em nível local é a autonomia, que precisa ser efetivada por via democrática através da aceitação do controle do Estado neste espaço, atribuindo-se competências e tarefas para o Município, como ente federado. Essa autonomia é fundamental para fortalecer as relações com a sociedade, uma vez que é no âmbito local que ocorre a descentralização dos serviços públicos, possibilitando, assim, um amplo processo democrático (BARACHO, 1996, p. 124-125) e, por via de consequência, o empoderamento do cidadão.

Interesse local e autonomia constituem, então, duas vertentes do tripé que redimensiona a atuação em âmbito local. A terceira vertente surge necessariamente da participação do cidadão nas decisões públicas (legislativas e administrativas), que implica em maior democratização e na própria redefinição do papel da União e dos Estados, que passam de agente executor e fiscalizador a repassador de recursos e fomentador das ações executadas no âmbito local e em conjunto com a sociedade civil (HERINGER, 2002, p.77-78).

A descentralização dos serviços de saúde, portanto, exerce papel fundamental na concepção de autonomia local<sup>376</sup>, posto que se realiza mediante a transferência de poderes e atribuições para as comunidades menores e autônomas, que, no entender de Baracho (1986, p. 123), “é a forma mais completa de descentralização democrática”.

É a partir da descentralização que pode ser concretizado o princípio da subsidiariedade, sendo necessário afastar-se da tradicional política de governo e dar-se às comunidades o poder de se regular por elas próprias os seus negócios, consistindo assim na transferência de poderes para as autoridades locais (BARACHO, 1996, p. 30-31).

---

<sup>375</sup> Para Oliveira (2005, p. 18), o poder local “salienta a existência, ao nível das comunidades locais, de um poder que se afirma e limita o poder central, chamando a atenção para outros centros de poder a nível territorial. É, neste sentido, uma manifestação moderna do princípio da separação dos poderes em sentido vertical”.

<sup>376</sup> Segundo Oliveira (2005, p. 18) a autonomia local se relaciona com “a possibilidade de as comunidades locais poderem gerir, sem interferência do poder central, os assuntos que são da sua competência”.

Assim, se impõe a substituição da ordem coordenativa (ou subordinativa) em que o individualismo de modelo liberal-burguês prevalecia, para que a ordem jurídica de integração, centrada no coletivo e nas relações horizontais descentralizadas e, assim, na perspectiva da ideia de subsidiariedade (de natureza vertical e horizontal), assuma o principal papel entre os órgãos do Estado e as organizações civis, de forma a trilhar um novo caminho em direção à sociabilidade e a solidariedade social, assim como preconiza Gurvitch, no âmbito da política de saúde, visto que poder social e poder estatal não visam interesses incompatíveis, mas, constituem, por sua vez, em uma ordem social de estrutura democrática – direito social condensado -, na visão de Gurvitch.

A subsidiariedade, sob o seu viés vertical (competências/atribuições), também, assume relevância em esfera local, visto que favorece a articulação e cooperação entre as instâncias federativas (central, regional e local), no sentido de tornar efetiva a centralização dos serviços de saúde (atenção básica, atenção ambulatorial especializada e hospitalar), a partir de estratégias locais de rearticulação federativa e de controle social no municipalismo brasileiro, ou no sistema regionalizado, mediante a figura dos consórcios intermunicipais, com a atuação conjunta do “cidadão-gestor”, que participará do processo de planejamento, mecanismos de administração e da gestão, assim como das estratégias locais de cooperação de saúde, com capacidade para deliberar no campo legislativo e administrativo desse setor.

Isso se deve ao fato, principalmente, de que os cidadãos deixem de figurar apenas como meros destinatários das políticas de saúde, mas passem a desempenhar um papel de protagonistas no cenário da saúde municipal, isto é, cidadãos dotados de poder político em âmbito administrativo e legislativo

Nessa perspectiva, “o municipalismo no Brasil passa a ser redefinido sob o enfoque de princípio democrático e como princípio de engenharia administrativa, com vistas à construção da eficiência na prestação do setor público” (HERMANY; PEREIRA, 2011, p. 221) que, no caso da saúde pública, consiste na centralização de todos os serviços (atenção básica, atenção ambulatorial especializada e hospitalar).

Nesse cenário, a política de saúde, em esfera local, portanto, consistiria na centralização dos serviços de saúde, em uma única unidade de atendimento, assim como também de todos os entes federativos e agentes individuais e coletivos

atuantes neste processo, em estreita sistemática de cooperação e comunhão entre sociedade civil e poder público.

Dessa forma, o que se debate aqui são maneiras de mudar a realidade da saúde pública, em nível local de governo, na medida em que se entende ser necessário fortalecer a autonomia local como condição *sine qua non* para que o município tenha condições de oferecer um sistema eficiente de saúde, em razão da deficiência de outras instâncias de poder, o que justifica a proposta de rearticulação do Pacto federativo.

Ao lado disso, a autonomia dos cidadãos também é relevante, aliás, temática central na teoria do direito social de Gurvitch, porque a sua participação nas instâncias deliberativas de saúde gera o seu empoderamento, e, por conseguinte, contribui para a garantia do direito social à saúde. Além de tudo isso, o poder municipal favorece a produção do sistema normativo e a participação dos indivíduos e grupos nas deliberações administrativas, na perspectiva delineada por Gurvitch quanto às políticas públicas de saúde de prevenção, de assistência, dentre outras.

Por conseguinte, o fortalecimento e empoderamento do poder local<sup>377</sup> é uma decorrência da (re)definição de competências constitucionais, o qual, para consolidar-se, necessita de autonomia e da participação cidadã nas decisões públicas (legislativas e administrativas). Essa autonomia, a partir dos serviços públicos descentralizados e do “autogoverno local” (“*self-government local*”) também encontra fundamento na teoria sociológica de Gurvitch, visto que prioriza as coletividades menores, a partir do direito social autônomo dos indivíduos e dos agrupamentos sociais. “El sentimiento de pertenencia es imprescindible para la autonomía y significa, a la vez, un acceso directo a las relaciones sociales [...]” (GÓMEZ, 2006, p. 16). Mais uma vez se constata que a teoria do direito social de Gurvitch guarda estrita relação com o princípio da subsidiariedade.

Neste cenário, “los gobiernos locales disponen de dos importantes ventajas comparativas con respecto a sus tutores nacionales<sup>378</sup>”. Por outro ângulo, “gozan de una mayor capacidad de representación y de legitimidad con relación a sus

---

<sup>377</sup> “O empoderamento local implica a participação efetiva dos mais diferentes agentes na busca de soluções para os problemas sociais, percebendo-se que somente se pode falar de cidadania se houver aumento do espaço discursivo, permitindo aos indivíduos e aos grupos participarem na constituição de transformações sociais” (HERMANY; PEREIRA, 2011, p. 222).

<sup>378</sup> “os governos locais dispõem de duas importantes vantagens comparativas em relação a seus tutores nacionais”. (Tradução)

representados: son agentes institucionales de integración social y cultural de comunidades territoriales<sup>379</sup>". Ainda, "gozan de mucha más flexibilidad, adaptabilidad y capacidad de manobra en un mundo de flujos entrelazados, demandas y ofertas cambiantes y sistemas tecnológicos descentralizados e interactivos<sup>380</sup>". (BORJA; CASTELLS, 1997, p. 20). Assim, é o município que pode realizar o grande trabalho de erigir a justiça social, proporcionando desenvolvimento econômico e social. É no nível local, por conseguinte, que se podem realmente identificar as principais ações a serem realizadas na área da saúde.

Para Etzioni (2001, p. 39), as políticas públicas devem realizar-se nas "unidades sociais menores", uma vez que o caráter de proximidade com o cidadão facilita a solução dos problemas nas comunidades locais, ficando a cargo das instituições maiores os serviços que não podem ser atendidos pelas menores. A política pública pressupõe a existência "de una esfera o ámbito de la vida que no es privada o puramente individual, sino colectiva. Lo público comprende aquella dimensión de la actividad humana que se cree que requiere la regulación o intervención gubernamental o social, o por lo menos la adopción de medidas comunes<sup>381</sup>". (PARSONS, 2007, p. 37).

Por isso, a atuação na política de saúde requer medidas compartilhadas entre a sociedade civil e o poder público, já que toda política pública interfere nas relações sociais. No caso, em especial, do direito à saúde, a formulação de ações em conjunto da sociedade e do Estado, sem dúvida, é uma alternativa viável para o fortalecimento do poder municipal.

Além de estimular a participação social, o espaço local também contribui para uma maior efetivação do controle social, pois a tomada de decisões de caráter público é acompanhada de perto pela população, que assume seu papel de co-partícipe das decisões (HERMANY, 2007, p. 297-298), contribuindo para a democratização da relação entre sociedade e Estado.

---

<sup>379</sup> "gozam de uma maior capacidade de representação e de legitimidade em relação a seus representados: são agentes institucionais de integração social e cultural de comunidades territoriais". (Tradução)

<sup>380</sup> "gozam de muito mais flexibilidade, adaptação e capacidade de manobra em um mundo de fluxos entrelaçados, demandas e ofertas inconstantes e sistemas tecnológicos descentralizados e interativos". (Tradução)

<sup>381</sup> "de uma esfera ou âmbito da vida que não é privada ou puramente individual, mas sim coletiva. A esfera pública compreende aquela dimensão da atividade humana que, acredita-se, requer a regulamentação ou intervenção governamental ou social ou, pelo menos, a adoção de medidas comuns". (Tradução)

Este é o sentido dado pela subsidiariedade, o fortalecimento do poder local com o conseqüente empoderamento da cidadania e da democracia, que se efetiva no plano do município (BARACHO, 1996, p. 51). Ou seja, é necessário envolver os atores sociais na definição, realização e controle das políticas públicas de saúde, notadamente no âmbito municipal e, assim, auxiliando na implementação dos direitos sociais acolhidos pelo texto constitucional e, por conseqüência, na busca de melhores condições de vida para toda a população.

Este envolvimento cria condições para empoderar o cidadão, diminuir a desigualdade, a exclusão e consolidar direitos, como no caso do presente estudo, à saúde, configurando-se a noção de capital social<sup>382</sup> e das redes sociais dentro da comunidade<sup>383</sup>.

Diante dessas redes é possível vislumbrar o empoderamento dos cidadãos na comunidade como estratégia de mudança social, uma vez que permite aos indivíduos e às “subjetividades coletivas” participarem ativamente das decisões políticas, constituindo um processo pelo qual o sujeito ganha poder interior para tomar decisões na comunidade. Dessa forma, há uma estreita relação entre empoderamento e participação, pois há necessidade de se passar por um processo de construção da autonomia que permita que se tome decisões para defender os direitos e conseguir atuar nos espaços de tomada de decisões e influenciar políticas e programas destinados à população.

A teoria do empoderamento representa “uma visão compreensiva do comportamento individual e coletivo que envolve a ativa participação dos indivíduos e grupos na modificação do contexto social”. O “empowerment” pode ser entendido como um processo de ação coletiva, que se dá pela interação dos indivíduos entre si, favorecendo, assim, a construção da capacidade pessoal e social e possibilitando a transformação das relações sociais de poder. “Configura-se, dessa forma, como

---

<sup>382</sup> Para entender melhor o que é capital social, recomenda-se a leitura das obras de Putnam (1996 e 2002), que o considera como resultado de uma mobilização da capacidade cooperativa das pessoas que possibilita que as habilidades econômicas sejam desenvolvidas, centradas na valorização da confiança interpessoal e na confiança social, pois “quanto mais elevado o nível de confiança numa comunidade, maior é a probabilidade de haver cooperação”. Como contribuição ao debate, em sua obra “Capital Social”, Maria Celina Soares D’ Araújo (2003) enfatiza que o capital social define-se por três fatores interrelacionados: confiança, normas e cadeias de reciprocidade e sistemas de participação cívica, que permitem que as pessoas cooperem, ajudem-se mutuamente, zelem pelo bem público e promovam a prosperidade.

<sup>383</sup> “Nos últimos anos, surgiram inúmeras organizações sociais, as quais, ao mesmo tempo, podem exercer o papel de cobrar atitudes do poder público e trabalhar em conjunto para ampliar o espaço local. Aos poucos, os administradores vão percebendo que a parceria com entidades sociais pode contribuir para atender às demandas”. (COSTA; HERMANY, 2009, p. 31).

um movimento a caminho da libertação de estruturas, conjunturas, práticas culturais e sociais, que se revelam injustas, opressivas e discriminatórias”. (KEIL; BAQUERO, 2007, p. 219). Este termo, portanto, consagra a ideia de conquista dos direitos fundamentais sociais, sobretudo, à saúde, por isso se encontra relacionado à emancipação do cidadão e da sua própria comunidade.

A participação social e, por sua vez, a democracia, estão intrinsecamente relacionadas, já que a “participação dos cidadãos na vida política constitui, por sua vez, um instrumento, um princípio, um requisito e uma manifestação de democracia, que a legitima; e também um meio para um maior debate e uma melhor tomada de decisões políticas”. (GORCZEVSKI, 2012, p. 82)<sup>384</sup>.

Na verdade, a participação da sociedade na política pública de saúde acontece com a descentralização do sistema, enquanto uma de suas diretrizes, de acordo com o preceito constitucional (artigo 198, inciso III, da CF/88). Nos anos 1990 surgiram os Conselhos de políticas públicas e os orçamentos participativos, instrumentos de decisão e de influência dessas no Brasil (AVRITZER, 2010, p. 34), que constituem formas mais organizadas e flexíveis de se estimular e possibilitar o contato entre sociedade e Estado, legitimando decisões de forma democrática.

A partir disso, a democracia, na sociedade contemporânea, deve ser entendida como a instituição que permite a participação dos interessados nas deliberações da esfera política (legislativas e administrativas), constituindo, por sua vez, em novos espaços, isto é, de espaços até então dominados por organizações de tipo hierárquico ou burocrático (BOBBIO, 2001, p. 155-156). Na verdade, “la souveraineté populaire, étant donc visiblement distincte de la ‘souveraineté politique’ de l’Etat (monopole de contrainte inconditionnée), se présente comme une espèce particulière de la ‘souveraineté juridique’”<sup>385</sup>(GURVITCH, 1932, p. 88).

Também é no espaço das mobilizações da comunidade local que se afirmam e se consolidam as identidades coletivas, reforçando o sentimento de pertencimento (SCHERER- WARREN, 2006, p. 127), de responsabilidade social, de solidariedade e, de cooperação dos cidadãos em prol dos interesses de saúde, enquanto sujeitos co-gestores da política de saúde.

---

<sup>384</sup> “A participação política é uma ação de um estado ou de uma classe, em vista a conservar ou modificar a estrutura do sistema de interesses dominantes”. (GOHN, 2001, p. 25).

<sup>385</sup> “A soberania popular, sendo então, visivelmente distinta da soberania política do Estado (monopólio de coerção incondicionada), apresenta-se como uma espécie particular da “soberania jurídica””. (Tradução)



Nessa perspectiva, faz-se necessário reconhecer, pelo princípio da subsidiariedade, que, é na comunidade local, portanto, através da ordem social de integração de Gurvitch, isto é, redimensionando as relações entre a sociedade civil e o Estado, que se deve garantir a formação da cidadania e do empoderamento local, enquanto instrumento indispensável para a consolidação das políticas públicas de saúde, concretizando, assim, a democracia<sup>386</sup>, com a finalidade de fortalecer o ente municipal. Importante considerar que é na esfera local que há a possibilidade de aprofundar mais a democracia, dada à proximidade dos cidadãos em relação aos órgãos do poder. Em relação à saúde, a participação é possibilitada através dos Conselhos Municipais, instituições que controlam a saúde em nível municipal.

#### 4.3 O Conselho Municipal da Saúde como espaço de controle e de participação social na área da saúde pública

Após dissertar sobre a importância do município como espaço privilegiado para o cidadão empoderado participar das decisões políticas mais importantes que envolvem a formulação e execução das políticas públicas, que no caso do objeto de pesquisa, dizem respeito aos recursos destinados à saúde, a presente seção analisa o papel da instituição existente no modelo atual que mais se aproxima de um modelo gurvitchiano de decisões comunitárias, o Conselho Municipal de Saúde, o qual está previsto nas Leis nºs 8.142/90 e 8.080/90 e na Resolução nº 453/12, enquanto “espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde” (BRASIL, 2012).

Este conselho, dentro dos limites da democracia representativa, possui a função de coordenar e gerenciar a política pública de saúde no espaço local e é composto, em sua organização, por representantes do poder executivo, da sociedade civil organizada e por membros escolhidos dentre as instituições acadêmicas e profissionais que possuem relação com a saúde e os movimentos sociais (artigo 1º, § 2º da Lei nº 8.142/90), “sendo paritária a representação dos usuários (50%) em relação aos demais segmentos (50%)” (IBGE, 2014).

---

<sup>386</sup>Entende-se por democracia local “o direito dos cidadãos eleitores das comunidades locais (organizadas em autarquias locais, no âmbito do Estado de direito democrático) **de deliberar diretamente** ou através de órgãos por eles eleitos e perante eles responsáveis, sobre os assuntos relativos às respectivas comunidades (de acordo com o princípio da subsidiariedade)”. (OLIVEIRA, 2005, p. 14). (grifo nosso)

A ideia de haver mecanismos no sentido de controlar as ações do poder público é conhecida como controle social, um termo que tem sido usado pela sociologia clássica para designar como a sociedade ou a coletividade controla os indivíduos (CARVALHO, 1995, p. 9) a partir da ingerência do coletivo sobre o individual. Do ponto de vista da ação coletiva, “o controle social representa o fato principal e o problema central da sociologia”<sup>387</sup> (GURVITCH, 1997, p. 47), cujo estudo do respectivo mecanismo de controle enquanto ramo particular da sociologia, teve origem no início do século XX, a partir dos fatos sociais (GURVITCH, 1947, p. 290).

Para Gurvitch (1997, p. 30), as bases históricas do controle social<sup>388</sup>, decorrem dos estudos europeus e americanos, por tal razão, duas são as principais concepções do termo: “Se em inglês o sentido corrente do termo “controle” é aquele de poder, potência, domínio, autoridade, em todas as outras línguas europeias “controle” significa vigilância, inspeção, verificação, isto é, unicamente a atividade de controlar”.

Diante de todo o exposto, se observa que Gurvitch (1997, p. 73) deu atenção especial ao tema do controle social, tornando-se, inclusive, o grande teórico social, o qual o define “[...] come l’insieme sia di modelli culturali, di simboli sociali, di significati collettivi, di valori, di idee e di ideali, sia di atti e di processi che li prendono e li applicano” e por meio dos quais “ogni società globale, ogni gruppo particolare, ogni forma di società e ogni membro (individuo) participante supera delle autonomie, delle tensioni e dei conflitti che sono loro propri, attraverso equilibri temporanei e instabili, trovando così dei punti di riferimento per dei nuovi sforzi di creazione coletiva”<sup>389</sup>.

---

<sup>387</sup> Gurvitch também se dedicou ao estudo do controle social no âmbito da sociologia na sua obra em italiano *Il controllo sociale* (1997). Igualmente, *Le controle social* é abordado em seu livro em francês: *La sociologie au XX siècle* (1947, p. 271-301).

<sup>388</sup> Gurvitch (1947, p. 300) distingue quatro formas principais de controle social que se entrelaçam com seis principais espécies”: 1) O controle social organizado (que pode ser tanto autocrático como democrático, dependendo de suas relações com as formas espontâneas de controle; 2) O controle social que se efetua com a ajuda de práticas e usos culturais como os símbolos não codificados em superestruturas organizadas e que em níveis diferentes são mais ou menos flexíveis [...]; 3) O controle social espontâneo realizado pelos valores, ideais e ideais coletivos; 4) O controle social ainda mais espontâneo realizado pelas experiências coletivas, pelas aspirações e pelas criações coletivas inclusive as revoltas e as revoluções”.

<sup>389</sup> “[...] como conjunto tanto dos modelos culturais, de símbolos sociais, de significados coletivos, de valores, de ideias e de ideais, como de atos e de processos que os apreendem, os aplicam” e por meio dos quais “toda sociedade global, todo grupo particular, toda forma de sociedade e todo membro participante supera as autonomias, as tensões e os conflitos que são deles próprios,

Logo, se observa que o controle social possui intrínseca relação com a ordem social de integração de Gurvitch, visto que dá predominância ao direito social autônomo dos indivíduos, dos grupos e da comunidade. “O pluralismo é, simultaneamente, resultado da liberdade e garantia da liberdade política” (MIRANDA, 1996, p. 83). Gurvitch, enquanto grande defensor da liberdade humana (individual e coletiva) possibilita, através da participação, alcançar a igualdade política, e a inclusão dos sujeitos na defesa do direito à saúde e, por conseguinte, a expansão da cidadania. Por conseguinte, se acreditamos “en la democracia como un objetivo o ideal, entonces de manera implícita debemos considerar la igualdad política como objetivo o ideal<sup>390</sup>” (DAHL, 2008, p. 15).

O controle social em saúde, de acordo com o Ministério da Saúde, seria “o controle sobre o Estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais [...] resultante da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade”, com caráter universal e permanente, de controle efetivo e legítimo (NUNES, 2012, p. 163).

O termo controle social possui estreita relação com a forma de participação da comunidade na elaboração e fiscalização das políticas públicas, mormente à saúde. Sua concepção está inscrita na Constituição Federal de 1988 como sendo a sociedade participando e interferindo nas decisões do Estado (CARVALHO, 1995, p. 78). É uma conotação de participação que supõe uma mudança de paradigma da pessoa do cidadão, na medida em que este se dispõe a sair de uma posição cômoda para uma de mobilização, assumindo o compromisso público de ser atuante perante sua comunidade e de interferir nas decisões (legislativas e administrativas) que importam à coletividade, isto é, um cidadão nos moldes preconizados por Gurvitch e Aristóteles, dentre outros.

Na Constituição Federal, o termo conselho aparece de forma diferente, através de vocábulos como participação, controle, gestão democrática, fiscalização, mas podem ser entendidos conselhos de políticas públicas, pois em relação à saúde, o artigo 198, inciso III, promulgou a participação da comunidade como uma de suas diretrizes.

---

através de equilíbrios temporários e instáveis, encontrando, assim, pontos de referência para novos esforços de criação coletiva” (Tradução)

<sup>390</sup>“na democracia como um objetivo ou ideal, então de maneira implícita devemos considerar a igualdade política como objetivo ou ideal”. (Tradução)

Nessa perspectiva, os Conselhos de políticas públicas, surgem, na década de 90, porém, se tornam efetivos canais de participação e inovadoras formas de gestão a partir da Carta Política de 1988, procurando tornar as decisões mais democráticas e mais eficazes dentro do contexto da administração. Eles possibilitam e estimulam a participação da sociedade civil na cogestão do Estado e no controle social. Estes conselhos constituem uma esfera de organização mista da sociedade e do Estado, formados por representantes de entidades, organizações, associações, movimentos sociais, etc., cuja natureza é política e em defesa de interesses sociais, nos quais são debatidos problemas coletivos da sociedade, diferenciado do debate no espaço estatal propriamente dito (GOHN, 2001, p. 36).

O termo controle social está intrinsecamente articulado à democracia participativa, que assegura mecanismos de participação da população na formulação, deliberação e fiscalização das políticas públicas, destacando-se as Conferências e os Conselhos, como formas de participação e mecanismos para exercer o controle, os quais têm adquirido significados distintos na luta pela concretização dos direitos de cidadania (SOUZA, 2004, p.77).

O controle sobre a ação estatal democratiza os processos decisórios com vistas à construção da cidadania, já que implica em amplos espaços de participação da sociedade na transformação da realidade, oportunizando a deliberação dos cidadãos através dos conselhos gestores de políticas públicas. Ao participar do controle social, a sociedade civil estabelece laços de identificação gerando “solidariedade”, “virtude cívica” e “engajamento” (DOMINGUES, 2002, p. 213).

Nessa perspectiva, os mecanismos de controle social da saúde, enquadrados na diretriz constitucional de “participação da comunidade” no sistema público de saúde, estabelecidos pelas Leis nºs 8.142/90 e 8.080/90 (IBGE, 2014) constituem as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. A Conferência de Saúde (artigo 1º, § 1º da Lei nº 8.142/90), composta pela participação dos vários setores da saúde, desempenha papel importante na formulação das políticas de saúde, contribuindo, em especial, para a formação de uma “opinião pública em saúde”, isto é, como a sociedade vê o sistema, devendo ter atuação nas três esferas de governo.

Já os Conselhos de Saúde (artigo 1º, § 2º da Lei nº 8.142/90), de caráter permanente e deliberativo, também organizados em cada esfera de governo, devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde

em cada instância federativa (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 94-95). “Cabem aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde” (IBGE, 2014).

Os Conselhos de Políticas Públicas devem ser constituídos no âmbito da União, Estados e Municípios, servindo como importante canal de comunicação entre poder público e sociedade para a democratização da elaboração e gestão das políticas públicas, contribuindo, também, nesse sentido, o processo de descentralização da gestão pública.

Para que essa prática se consolide, deve haver o envolvimento dos cidadãos em uma participação política ativa na gestão e elaboração das políticas públicas, favorecendo uma democracia deliberativa (GOHN, 2001, p. 42), conforme preconizado por Gurvitch e, também, por Habermas. Os conselhos gestores, portanto, constituem, atualmente, um verdadeiro “sistema descentralizado e participativo (conselhos e conferências com caráter deliberativo) que escapa aos tradicionais mecanismos políticos de decisão e legitimação (democracia representativa ou direta)” (MORONI, 2009, p. 287-8), uma vez que esses “canais de participação articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos” (GOHN, 2001, p. 83).

O potencial dos conselhos municipais de saúde, portanto, favorece a democratização da gestão das políticas públicas e o condiciona ao aumento da sua eficiência por meio do controle social, ou seja, de constituírem efetivo espaço deliberativo e democrático, nos moldes propostos por Gurvitch (GURVITCH, 1932, p. 78).

A participação da sociedade nos assuntos públicos constitui, assim, uma nova exigência no processo de democratização da gestão pública, visto que, hodiernamente, é indispensável à nova interface entre a sociedade civil e a sociedade política, através do direito de integração social gurvitchiano, a fim de superar a grande dicotomia público-privado e servir de instrumento para a concretização das políticas públicas de saúde, em âmbito local.

Os conselhos municipais de saúde têm se constituído em um importante mecanismo de atuação das comunidades na formulação, gestão e no controle da execução das políticas públicas de saúde, como um órgão permanente e de

espaços deliberativos, representado por usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e do governo (artigo 1º, parágrafo 2º da Lei nº 8.142/90), inclusive com ingerência econômica e financeira. A escolha dos participantes é realizada na mobilização social das entidades que possuem representantes.

A partir disso, em 2003 o governo federal instituiu a Secretaria de Gestão Participativa (SGP), a qual foi transformada, em 2005, em Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (AGEP), com o objetivo de “apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de participação popular e controle social”, em especial os conselhos e as conferências de saúde. Possui também a finalidade de “ouvir, analisar e encaminhar as demandas dos usuários, por meio da ouvidoria Geral do SUS” (ESCOREL; MOREIRA, 2012, p. 872).

A instituição da respectiva Secretaria serviu de base para a criação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS-, advinda com a Portaria sob nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, e tem como importante missão a de regular a gestão da participação na saúde e o controle social (BRASIL, 2007).

Um estudo realizado (Pesquisa de Pesquisa de Informações Básicas Municipais - Munic) procurou identificar as características dos Conselhos Municipais de Saúde, evidenciando que “no Brasil, em 2013, 5.553 (99,7%) municípios possuíam Conselho Municipal de Saúde”, entretanto, “em 2009, eram 97,3% dos municípios. Nesse período, 136 municípios implementaram o Conselho Municipal de Saúde, permanecendo 13 municípios que informaram não possuir esse Conselho” (IBGE, 2014).

A Munic, ainda, realizou um estudo a respeito das atividades, composição e caráter deliberativo do referido Conselho. No que tange às atividades, os dados “apontam para o fato de que 98,8% dos municípios que declararam possuir esse tipo de Conselho realizaram reuniões nos últimos 12 meses, ficando 69 (1,2%) sem a realização de reuniões nesse período”. Somente “198 (3,6%) informaram não possuir uma composição de caráter paritário, e 536 (9,7%) não foram considerados deliberativos”. Ainda, em 292 (5,2%) localidades foi constatada a ausência do Plano Municipal de Saúde (IBGE, 2014), cuja aprovação e controle cabem ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, assim como os Fundos de Saúde.

De acordo com os dados da Munic (2013), “entre os municípios com estrutura de gestão da saúde, nove não dispunham de Fundo Municipal de Saúde”.

Dentre aqueles que informaram positivamente “em 4.676 municípios (84,1%), o Fundo estava sob responsabilidade das secretarias municipais de saúde”. Já, “em 553 municípios (10,0%), sua gestão era exercida diretamente pelo gabinete do prefeito; em 70 municípios (1,3%), essa gestão estava sob a responsabilidade de outras secretarias; e, em 102 (1,8%), sob a administração de outra estrutura administrativa”. E, “em 127 municípios (2,3%), sua administração era autônoma, e 29 não souberam informar” (IBGE, 2014).

Neste sentido, seria necessário que essas instâncias fossem dotadas de regimento próprio e autonomia política (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 95). Todavia, ainda representam uma das melhores formas de possibilitar o contato entre a sociedade e o Estado, funcionando como mecanismos legitimadores dos processos de tomada de decisão democrática.

Isso nem sempre acontece, pois em muitos casos, essas entidades são constituídas por obrigatoriedade da lei, como exigência a ser cumprida pelo poder público local para que haja o recebimento de verbas públicas (artigo 4º, inciso II, da Lei nº 8.142/90). Nestes casos, o Conselho Municipal de Saúde passa a ser apenas um órgão deliberativo institucionalizado das políticas públicas de saúde definidas pelo poder executivo.

O verdadeiro papel do Conselho Municipal de Saúde seria o de formulador e gestor da política pública local de saúde, a partir da contribuição que seus membros podem oferecer, pois sua composição múltipla e representativa do poder público, das instituições que promovem a saúde no município e dos movimentos sociais o qualifica para propor soluções às demandas da população, delineando as principais ações no sentido de prevenir doenças e situações endêmicas ou estabelecer medidas de atendimento para à população. Em municípios nos quais estes conselhos são atuantes, percebe-se uma política pública de saúde mais eficiente e eficaz, pois são tomadas decisões que favorecem a população, ocorrendo, inclusive, decisões que contrariam as diretrizes do poder executivo.

Desse modo, se verifica que a tendência moderna é valorizar o espaço público local que, em razão do caráter de proximidade do poder decisório, favorece a produção do direito social, assim como as decisões administrativas e, por conseguinte, o controle social, no modelo proposto por Gurvitch. Por conta disso, o fortalecimento e a eficiência dos governos (central, regional e local) relativos à

saúde, deverá acontecer na comunidade local, a partir do federalismo cooperativo, enquanto novo paradigma na prestação e gestão da saúde em sede municipal.

#### 4.4 A comunidade local e o federalismo cooperativo: a construção de um novo marco na prestação e gestão das políticas públicas de saúde municipais

Segundo os pressupostos do direito social de Gurvitch e do princípio da subsidiariedade propostos para essa abordagem de investigação, ganha força a noção de comunidade local como articuladora dos movimentos sociais e das associações, que, ao lado do federalismo cooperativo, procuram gerenciar políticas públicas de saúde em seu âmbito local, construindo alternativas legais e organizacionais para garantir este direito fundamental.

O ser humano é gregário e tem na comunidade local a sua forma elementar de organização social que garante a sua sobrevivência e a satisfação de suas necessidades. Comunidade é um termo que possui sua origem no latim *communis*, que referia-se ao que é comum ou aos interesses comuns que uniam as pessoas (ARNAUD, 1999, p. 122). Seu surgimento está vinculado às cidades-estado gregas, as quais se tornaram ponto de encontro de interação em termos políticos, culturais, morais, econômicos e religiosos (KALINA; KOVADLOFF, 1978, p.30-31). Já no século XIX, o tema esteve no centro dos mais importantes debates sociais e políticos (SCHMIDT, 2012, p. 160).

Nessa perspectiva, a ideia de comunidade, por sua vez, exigiria relações de companheirismo, compartilhamento, identidade e vida em comum, ou seja, solidariedade. Em um sistema individualista, essas relações são facilmente destruídas (BUBER, 2008, p. 66-8).

Bauman é um defensor da comunidade, mesmo que os indivíduos que a compõem não sejam tão solidários assim. Essa, para este autor, é uma coisa boa, pois é positivo estar em grupo “é um lugar cálido, um lugar confortável e aconchegante. É como um teto sob o qual nos abrigamos da chuva pesada, como uma lareira diante da qual esquentamos as mãos num dia gelado.” Nela, as pessoas se sentem seguras, se identificam, criam uma sensação de pertencimento e há uma confiança recíproca, pois uns podem contar com a boa vontade dos outros (BAUMAN, 2007, p. 7).



Seguindo essa ordem de ideias, “a nova comunidade tem como finalidade a própria comunidade” (BUBER, 2008, p. 33), isto é, o grupo e não o indivíduo isoladamente. Essa visão comunitarista, no entender de Gurvitch, contrapõe-se ao individualismo excessivo, do modelo liberal burguês, ao passo que deve dar importância à autonomia coligada à ordem social.

Um termo relacionado com o estudo é o comunitarismo, que surgiu apenas em 1941, através de Barmby, fundador da Associação Comunitária Universal, designando, em um primeiro momento, os membros que lutavam pela implementação de práticas comunistas ou socialistas. O termo evoluiu e se popularizou, a partir de 1970, adquirindo o significado que possui atualmente, ou seja, de algo que pertence ou é característico de uma comunidade (SCHMIDT, 2013, p. 15-16).

O pensamento comunitarista envolve alguns pressupostos ou condições para que se torne viável na prática:

a) a comunidade é condição ontológica do ser humano: o homem não vive nem sobrevive se não for em grupo, dependendo dela para ter proteção, afeto e poder se desenvolver como pessoa;

b) oposição ao individualismo e ao coletivismo: nada pode ser dado para o indivíduo se não for pela ótica do bem comum. Ao mesmo tempo, não basta simplesmente se associar, pois essa comunhão é mais do que apenas a soma dos indivíduos.

c) oposição ao gigantismo e centralismo estatal: valorização das comunas e de suas organizações solidárias com ênfase na cooperação e reciprocidade, ao contrário da coerção exercida pelo Estado, que em sistemas totalitários, cerca e controla toda a vida das pessoas.

d) primazia dos valores pessoais sobre os valores do mercado: as pessoas devem estar em primeiro lugar e as relações de mercado devem estar subordinadas a essa lógica, fomentando a dignidade humana em detrimento do lucro;

e) subsidiariedade, poder local, cooperação, associativismo e autogestão: incentivo ao que pode ser desenvolvido na e pela comunidade, a partir da livre organização e cooperação entre seus membros.

f) fraternidade, igualdade e liberdade: construção de relações solidárias que respeitem as diferenças entre as pessoas e garantam sua liberdade de movimento e expressão (SCHMIDT, 2012, p. 175-186).

Entre os pensadores que se dedicam a estudar o comunitarismo, destaca-se a figura de Amitai Etzioni como representante do movimento comunitarista norte-americano, o qual destaca a comunidade na construção da boa sociedade, visto como novo paradigma político alternativo ao estatismo e ao privatismo, celebrando a relação que existe entre comunidade, Estado e mercado como necessária para o equilíbrio social e a necessidade do indivíduo participar dos assuntos públicos (ETZIONI, 2001, p. 17).

Entende-se que as comunidades locais podem colaborar no controle e implementação de políticas públicas de saúde, reduzindo a necessidade de serviços sociais através do financiamento público. Para que isso seja possível, as comunidades necessitam de condições mínimas, o que pode ser consolidado através da disponibilidade de instituições e equipamentos públicos locais, espaços públicos adequados, participação e deliberação nas decisões públicas (legislativas e administrativas), etc.

Considera-se igualmente importante diferenciar comunidade de sociedade ou associações, como o fez, inicialmente, Tönnies (2009, p. 14)<sup>391</sup>, indicando que são conceitos diferentes. Enquanto a comunidade se baseia nas tradições e costumes, as sociedades ou associações são estipuladas por meio de relações contratuais, anônimas e impessoais, pois sua finalidade é o lucro. Por este motivo, reintroduzir nas sociedades contemporâneas elementos comunitários e solidários constitui um fator imprescindível para seu funcionamento, pois há uma inexorável relação entre as partes e o todo no conjunto da teia social, perspectiva também defendida por Gurvitch.

Também é preciso diferenciar comunidade de sociedade civil, embora alguns autores entendam estes dois termos como sinônimo. A sociedade civil é um termo utilizado em diferentes acepções<sup>392</sup>, tendo sido revalorizado na literatura em face dos processos de redemocratização na América Latina e no Leste Europeu, bem como resultado dos novos movimentos sociais no mundo ocidental (CANO; SIMON, 2007, p. 78).

---

<sup>391</sup> O conceito de comunidade elaborado por Tönnies (2009, p. 14) em sua clássica obra *Comunidad Y Asociación* tornou-se referência no debate sobre o assunto.

<sup>392</sup> Para Hobbes e Kant, a sociedade civil é sinônimo de Estado; enquanto para Hegel ela situa-se entre a família e o Estado. Já para Marx ela é vista como todo o conjunto das relações econômicas entre os indivíduos, ao passo que para Gramsci compreende a reunião de organismos sociais, responsáveis pela hegemonia que o grupo dominante exerce (BOBBIO, 1982).

Para os comunitários, a sociedade civil constitui um espaço de ação para os indivíduos privados e para as associações voluntárias e reguladas nas quais estes desejam filiar-se, isto é, uma zona de interação e de união social (BARBER, 2000, p. 33). A sociedade civil constitui, portanto, “uma esfera de interação social entre a economia e o Estado, composta, antes de mais nada, pela esfera íntima (em especial a família), a esfera das associações (em especial as associações voluntárias), os movimentos sociais e as formas de comunicação pública”. (COHEN; ARATO, 2001, p. 8).

Nessa nova esteira, o espaço comunitário diz respeito àquilo que é coletivo, ou seja, de todos, constituindo, portanto, uma figura do público não estatal, por isso alcança uma dimensão maior do que instituído em nível governamental. O espaço público, por outro vértice, “é mais amplo do que o estatal, já que pode ser estatal e não estatal”. Nesses termos, “é público o espaço que é de todos e para todos. É estatal uma forma específica de espaço ou de propriedade pública: aquela que faz parte do Estado. É privada a propriedade que se volta para o lucro ou para o consumo dos indivíduos ou dos grupos”. (BRESSER PEREIRA, 1999, p. 26).

A ingerência do cidadão nos negócios públicos constitui uma forma avançada de cidadania e entendimento do que vem a ser a comunidade, posto que as decisões tomadas nessa esfera afetam a todos, os quais, justamente por serem membros interessados e afetados, possuem o direito de exercer influência sobre o governo na tomada de decisões (ARAÚJO, 2010, p. 63).

A participação comunitária, portanto, também promove a solidariedade, ou seja, refere-se “a processos sociais específicos, por meio dos quais os indivíduos e as coletividades são reconhecidos socialmente em seus direitos e deveres perante outros indivíduos e coletividades;” isto é, a solidariedade define, através de diversas formas, “o pertencimento de tais indivíduos e coletividades a um todo mais inclusivo”. (DOMINGUES, 2002, p. 186).

O termo solidariedade possui diversas acepções, sendo compreendido em seu campo ético, jurídico, político e sociológico (ARNAUD, 1999, p. 766), todavia, no presente trabalho, a respectiva expressão possui estreita relação com a concretização dos direitos sociais à saúde. Compreende, desse modo, “[...] un ordre de paix, d’union, de travail en commun [...]”<sup>393</sup> (GURVITCH, 1932, p. 19), entre

---

<sup>393</sup> [...] uma ordem de paz, de união, de trabalho em comum [...] (Tradução)

sociedade civil e espaço público municipal, juntamente com as demais esferas de governo.

Por sua vez, a solidariedade social constitui um componente da cidadania, uma vez que essa se apresenta como uma nova solução às demandas oriundas da sociedade complexa moderna, além de garantir a “igualdade” e a “liberdade igualitária” no contexto das instituições, no mundo contemporâneo (DOMINGUES, 2002, p. 169).

A cidadania representa, neste contexto, “[...] uma espécie de igualdade humana básica associada com o conceito de participação integral na comunidade” (MARSHALL, 1977, p. 62), ainda que se leve em conta as desigualdades econômicas da sociedade. A cidadania gera, portanto, igualdade e busca a garantia do direito à saúde na comunidade local. É essa igualdade que garante o pertencimento integral e participativo na comunidade.

Nesse contexto, “[...] a municipalização das políticas públicas de saúde auxiliaria a administração a atuar com mais celeridade, com maior eficácia e, possivelmente, com racionalização de custos”. Desse modo “pode-se perceber que a solução de um problema de saúde, focalizado em uma determinada localidade, irá ocasionar um benefício sistêmico para toda a população”. (HERMANY; PEREIRA, 2011, p.224).

Conforme restou demonstrado acima, a comunidade local favorece a produção normativa do direito social, de ordem integrativa e democrática – sociedade e Estado -, nos moldes preconizados por Gurvitch, assim como a administração e a coordenação da política pública de saúde, já que é a nível local que é possível aprofundar mais a democracia, “dada a proximidade dos cidadãos em relação aos órgãos do poder”. (OLIVEIRA, 2005, p. 15).

Essa nova configuração da execução das políticas públicas de saúde no municipalismo brasileiro, entre sociedade e governo local, requer um federalismo cooperativo. Este emergiu a partir da década de 30 sendo, desde então, a forma dominante nas organizações estatais federativas. Todavia, ainda se apresenta confuso quando se trata de definir as competências dentre os níveis autônomos de poder, visto que, na prática, sempre representou um federalismo de subordinação e não de coordenação, não havendo, de fato, uma participação e cooperação nas sociedades democráticas (ZIMMERMANN, 2014, p. 57).

A cooperação, segundo Sennett (2012, p. 15), compreende um processo de troca em que as partes se beneficiam. No cenário da saúde, pode-se entender que a este federalismo cooperativo, seria uma política de atuação conjunta em que cada ente “colabora” ou “partilha” seu *know how* para aperfeiçoar o sistema.

Nessa ordem de ideias, Zimmermann (2014, p. 58), distingue o federalismo cooperativo autoritário e o democrático. O primeiro “estruturado exclusivamente pelo poder central”; o segundo, por outro lado, se dá em virtude “do consentimento legitimamente edificado pelas partes formadoras do pacto federativo”, em que o cidadão pode executar o seu direito de participação e controle do poder político.

Partindo-se dos postulados constitucionais, sob o primado democrático, “os princípios do federalismo e da divisão dos poderes são complementares, pois servem para a resolução do equilíbrio das forças sociais e a diversidade funcional da atividade do Estado”, ou seja, é indispensável à conjugação do “critério funcional” com o “critério espacial” nas atribuições específicas de competências (KRELL, 2008, p. 40 e 41).

Para Krell (2008, p. 47), o federalismo cooperativo busca “compartilhar tarefas de forma que há uma mistura entre as atividades dos níveis de governo; nele tornam-se necessários mecanismos que viabilizem ações conjuntas nas políticas, garantindo-se a representação e participação de todos os atores federativos”.

Assim, a possibilidade de aplicação do federalismo cooperativo se justifica em razão do artigo 23, inciso II da Constituição Federal estabelecer a competência “comum” para as ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo, o que significa que o legislador constituinte quis imprimir a cooperação em tal hipótese, no entanto, não definiu nenhuma hierarquia dentro da Federação (KRELL, 2008, p. 52). O parágrafo único do referido artigo prevê a possibilidade de “leis complementares” estabelecerem normas para a união de esforços entre os entes federados no que toca à saúde; todavia, nenhuma legislação específica sobreveio para regulamentar essa matéria.

Somente a Lei Complementar nº 140 de 8 de dezembro de 2011, fixa normas relativas à cooperação entre os entes federativos no que tange à proteção do meio ambiente, ao combate da poluição e à preservação das florestas, da fauna e da flora, no entanto, sem fazer qualquer referência específica como essa se opera no âmbito da saúde pública brasileira (BRASIL, 2011a).

A finalidade da cooperação, referida pelo texto constitucional “é evitar choques e dispersão de recursos e esforços, coordenando-se as ações das pessoas políticas, com vistas à obtenção de resultados mais satisfatórios”. (MENDES, 2011, p. 852). No entanto, no tocante à saúde, no cenário brasileiro, a realidade tem demonstrado alguns desajustes, isto é, “conflitos de competências”.

Na verdade a regra é a cooperação entre todas as entidades federativas. Entretanto, “pode também ocorrer conflito entre esses entes, no instante de desempenharem as atribuições comuns”. Nesse caso, “se o critério da colaboração não vingar, há de se cogitar o critério da preponderância de interesses”, isto é, “mesmo não havendo hierarquia entre os entes que compõem a Federação, pode-se falar em hierarquia de interesses, em que os mais amplos (da União) devem preferir aos mais restritos (dos Estados)”. (MENDES, 2011, p. 852).

Observa-se que a competência comum, no âmbito da saúde, pode dar origem a um “conflito positivo de competências”, que se traduz no dever de todos os entes federativos prestarem, de forma concorrente, os serviços e assistência à saúde. Por isso, a solução para tal controvérsia se encontra no “federalismo cooperativo” e no direito social de integração de Gurvitch, teorias inafastáveis para o presente objeto de estudo.

Por conseguinte, a indefinição de competências e atribuições, advinda do inciso II, do artigo 23 do texto constitucional, gerou, na prática, a ineficiência e, por via de consequência, a desarticulação do sistema de saúde brasileiro, conforme restou demonstrado nos capítulos anteriores, razão que justifica a proposta de um federalismo cooperativo, a partir do espaço público municipal.

Esse modelo federativo se apresenta como alternativa para resolver as deficiências de gestão da saúde no município e promover uma atuação cooperada e integrada dos entes federados e a sociedade civil para compartilhar soluções na definição de políticas públicas eficazes.

Ao lado do artigo 23, a adoção do federalismo cooperativo também se adapta ao artigo 241 da Constituição Federal de 1988, segundo o qual os entes federados disciplinarão, por meio de lei, os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre estes acerca dos serviços públicos. Portanto, os consórcios intermunicipais na área da saúde, constituem-se em instrumentos de cooperação a ensejar uma atuação conjunta e articulada do governo local, estadual e central.

A Carta Política de 1988 ao estabelecer a competência comum dos três níveis de governo (artigo 23, inciso II, CF/88), consolidou a solidariedade entre os entes federativos em relação à saúde pública. Os Tribunais brasileiros, por sua vez, têm defendido que o referido dispositivo estabeleceu a solidariedade entre os entes estatais, cuja decisão veio a consolidar-se em 2009, pelo Supremo Tribunal Federal, todavia, também, não dispôs a respeito da forma de cooperação entre as instâncias federativas (BRASIL, Supremo Tribunal Federal, 2010)<sup>394</sup>.

Por outro lado, a “solidariedade” defendida pelos Tribunais pátrios é aquela prevista no Direito Civil brasileiro, de natureza obrigacional, a qual está prevista no artigo 264 do Código Civil, isto é, é solidária a obrigação, “pelo lado passivo, quando o credor pode exigir a prestação integral de qualquer dos devedores e a prestação efectuada por um desses os libera a todos perante o credor comum”. Já na obrigação ativa, “qualquer dos credores tem a faculdade de exigir do devedor a prestação por inteiro, e a prestação efectuada pelo devedor a qualquer deles libera-o em face de todos os outros credores”. (VARELA, 2005, p. 751). Assim, a obrigação solidária se caracteriza pela pluralidade de sujeitos e unicidade da prestação, ou seja, pode ser exigida de apenas um ou vários obrigados.

Por conseguinte, a ideia de solidariedade no viés aqui abordado assume outra conotação, não aquela noção civilista, defendida pelo Supremo Tribunal Federal na esfera das decisões judiciais, qual seja, de ajuda mútua, na qual os entes federados trabalhem em conjunto para alcançar um objetivo comum que é a melhoria do serviço público de saúde, no âmbito municipal, visando impedir o desperdício de recursos públicos e a superposição de funções com a consequente eficiência administrativa.

A distribuição de competências, portanto, não pode mais ser vista como instrumento de disputas entre poder central e as autonomias locais, mas é necessário um verdadeiro compromisso de solidariedade e de união de esforços entre todos os entes federativos para se garantir interesses da comunidade (KRELL, 2008, p. 42), notadamente o direito social à saúde.

Em se tratando de política pública de saúde, em nível local, é possível que haja uma atuação conjunta, ou melhor, compartilhamento de atribuições, no qual

---

<sup>394</sup> “Venho refutando a solidariedade defendida pelo Poder Judiciário no tocante à plena responsabilidade de cada ente frente ao cidadão que demanda provimento em saúde”. (SANTOS, 2013, p. 87).

cada ente federado colabora com os seus recursos disponíveis para melhorar o Sistema Único de Saúde, de forma que, todos se beneficiam numa espécie de federalismo “colaborativo”<sup>395</sup>. Nesse contexto, importa referir que o inciso VII, do artigo 30 da Constituição Federal prevê que compete aos municípios, a prestação dos serviços de saúde, com a devida cooperação técnica e financeira da União e do Estado.

Por conseguinte, o princípio da subsidiariedade aplica-se ao caso brasileiro. Nesse sentido, o federalismo cooperativo, se consolida através de uma cooperação subsidiária entre os entes para fornecer “uma ajuda ao ente menor quanto às tarefas que ele não consegue realizar por si com eficácia” (ABRUCIO; SOARES, 2001, p. 42) fortalecendo-o para atender plenamente às demandas dos serviços públicos, notadamente, o da saúde.

Ademais, o princípio da subsidiariedade também se justifica, porque, conforme aduz Martins (2003, p. 498), “na hipótese de que várias entidades [...] disponham de atribuições comuns”, como é o caso em discussão, devem ser executadas pelo ente que estiver em melhores condições de realizá-las, *in casu*, o ente municipal. A descentralização possui estreita vinculação com a subsidiariedade (vertical e horizontal), em seu aspecto legislativo e administrativo, o que favorece a (re)distribuição de competências entre as instâncias maiores e menores (União, Estados e municípios). Do mesmo modo, a produção normativa da ordem de integração social de Gurvitch e, em última instância, o controle das decisões públicas pela coletividade local, por via de consequência, redimensiona as relações entre sociedade e espaço público, além das demais instâncias federativas, com a finalidade de fortalecer o poder municipal.

A regra geral, para o primado da subsidiariedade, deve ser o caráter de proximidade, em que as atribuições de competências devem começar pelas esferas mais próximas do cidadão e, excepcionalmente, em função de critérios de eficácia e economia, serão exercidos por espaços mais centrais da administração (HERMANY, 2012, p.43). Observa-se, assim, que o referido princípio “é incompatível com a administração centralizada”, uma vez que o poder central repudia a autonomia (MARTINS, 2003, p. 443-444). No tocante à saúde pública, deve ser dito, que se

---

<sup>395</sup> Abrucio e Soares (2001, p. 48) defendem a consolidação de um “federalismo colaborativo” e definem a constituição de redes federativas como a “criação de instituições, políticas e práticas intergovernamentais que reforcem os laços entre os entes, sem que se percam o pluralismo e a autonomia característicos da estrutura federativa”.



faz necessária à rearticulação entre as instâncias federativas (União, Estados e municípios) a partir da esfera local de poder, o que não significa apenas descentralizar os serviços, mas, em condições excepcionais de eficiência e economicidade, valer-se do auxílio das esferas mais distantes e, assim, dar-se “preferência ao nível estatal local”. (BARACHO, 1996, p. 52).

Nesse norte, se verifica a intrínseca relação entre o primado da subsidiariedade e o federalismo cooperativo no tocante à saúde pública, isto é, “as decisões político-administrativas devem ser tomadas no mais baixo nível de governo possível, o que implica ajuda e cooperação, sem que haja uma interpretação eminentemente técnica, que não valorize a preservação dos entes menores”. No cenário do “federalismo cooperativo”, “que visa estabelecer parâmetros à atuação conjunta da entidade maior e menor em um mesmo nível de execução, o princípio da subsidiariedade promove a cooperação e o inter-relacionamento entre elas”. (KRELL, 2008, p. 45).

Nesse contexto, “a colaboração do Estado, com as comunidades secundárias e organismos particulares, é um fenômeno inerente à aplicabilidade do princípio de subsidiariedade”. (BARACHO, 1996, p 40). Por conseguinte, na visão de Baracho (1996, p. 46) o federalismo se constitui na aplicação do princípio de subsidiariedade.

A cooperação entre os entes federados, no tocante à saúde, nos municípios brasileiros, busca contribuir, essencialmente, para uma maior eficiência administrativa e, também, possibilita uma maior racionalidade e efetividade na destinação dos recursos e prestação dos serviços de saúde pública. Pretende-se, em síntese, com esta nova dinâmica organizacional, evitar o desperdício de recursos públicos, um dos grandes problemas de ineficiência nesse setor, e a sobreposição de funções, também grande deficiência gerada pela indefinição de competências.

Por todos os motivos expostos, a administração e a coordenação do sistema de saúde devem estar centralizadas nos municípios, para que a política pública de saúde seja mais eficaz, constituindo, assim, o federalismo cooperativo, um novo paradigma na prestação e gestão das políticas públicas de saúde no municipalismo brasileiro, no sentido de resolver o grande problema advindo com a competência “comum”, prevista no artigo 23, inciso II do texto constitucional, ao tempo em que estabelece a forma de cooperação entre as instâncias federativas (parágrafo único, do artigo 23, da CF/88).

Há necessidade de centralizar os serviços de saúde de atenção básica, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), através da atuação conjunta e integrada das três instâncias federativas, sob controle do município, além da participação da sociedade civil neste processo, o que justifica o federalismo cooperativo sob o enfoque do princípio da subsidiariedade de perspectiva vertical, em que se deve priorizar as entidades coletivas menores, a partir da ótica solidária. Essa gestão compartilhada da saúde pública, entre sociedade civil e espaço público municipal, em conjunto, com as demais instâncias federativas, deve acontecer em âmbito local, como se verá na sequência.

## **CAPÍTULO 5: A GESTÃO INTEGRADA E COOPERADA COMO PRESSUPOSTO DA PRESTAÇÃO EFICIENTE DA SAÚDE PARA A REARTICULAÇÃO FEDERATIVA A PARTIR DE ESTRATÉGIAS LOCAIS**

“La démocratisation des services publics est le triomphe du droit social correspondant à la communauté objective sous-jacente au service et le transformant en une association égalitaire de collaboration, rattachée à son infrastructure et pénétrée par son droit”<sup>396</sup> (GURVITCH, 1932, p. 22).

Após delineados os contornos da comunidade local e do federalismo enquanto novos marcos paradigmáticos na prestação dos serviços de saúde, essa etapa procura apontar uma estratégia eficaz, como parte final do objeto de pesquisa, para o problema da saúde pública em nível local, a partir dos pressupostos do direito social de Gurvitch, do princípio da subsidiariedade e, aliado, ainda, ao que vem sendo discutido no campo da comunidade política de saúde, em especial, em termos de experiências comunitárias de cooperação/ integração entre os entes federativos e a sociedade e, ao mesmo tempo de reordenação do sistema público de saúde, em nível nacional e internacional. Apresenta-se, portanto, a ideia da gestão integrada e cooperada no espaço público local, entre os entes federativos e, articulada, ainda, com a sociedade civil.

Toda a compreensão a respeito do direito social de Gurvitch, do princípio da subsidiariedade e da política de saúde teve como objeto, dentro dessa abordagem de estudo, a preocupação com a situação atual da saúde nos municípios brasileiros e a possibilidade de encontrar soluções para essas demandas, cuja base legal está na Constituição Federal de 1988 e nas leis infraconstitucionais, que garantem ao cidadão o acesso a políticas públicas de promoção, de prevenção e ao tratamento em condições ideais.

Entende-se que a fragilidade do sistema de saúde na rede municipal demonstra um componente de desconexão com a atual política pública de atendimento a este direito social, principalmente em razão da indefinição das atribuições de cada ente federado, conforme disposto no artigo 23, inciso II da Constituição Federal de 1988 e no artigo 15 da Lei nº 8.080/90, que estabeleceu a competência comum e não definiu a forma de cooperação entre as respectivas

---

<sup>396</sup> “A democratização dos serviços públicos é o triunfo do direito social correspondendo à comunidade objetiva subjacente ao serviço e transformando-o em uma associação igualitária de colaboração, relacionada com a sua infraestrutura e penetrada por seu direito”. (Tradução)

instâncias federativas. Por conta disso, a administração do sistema e dos seus recursos não tem sido eficaz no sentido de oferecer um serviço público de qualidade.

Nessa perspectiva, a presente seção tem como objetivo apresentar um novo modelo de gestão, em que estabelece uma estratégia compartilhada e democrática entre sociedade civil e entes federativos, enquanto alternativa para a reorganização e integração do Sistema Único de Saúde (SUS) e como instrumento de rearticulação do Pacto Federativo no municipalismo brasileiro, indicando uma proposta municipal ou intermunicipal desse modelo de gestão, sob a coordenação do espaço estatal local.

Portanto, no primeiro momento desse estudo, se discute a gestão compartilhada e democrática no espaço público local - cooperada e integrada – como medida de concretização das políticas públicas de saúde. No segundo momento, apresentam-se experiências de integração/cooperação entre os entes federados e a sociedade civil, em nível nacional e internacional, para melhoria do direito social à saúde em sede comunitário.

No terceiro momento, levando-se em conta as práticas já existentes no Brasil e no mundo, e somado, ainda, ao direito social gurvitchiano, enquanto uma decorrência das comunidades empoderadas, a primeira tarefa na instituição de qualquer organismo municipal pressupõe o debate entre os cidadãos que entendem ser necessária a participação política nas decisões de caráter público e nas políticas públicas municipais, notadamente a da saúde. E, por fim, o estudo aponta indicativos para uma proposta municipal compartilhada, democrática e integrada entre sociedade civil e entes federados de melhoria da saúde no municipalismo brasileiro.

## 5.1 Gestão integrada e cooperação no espaço público local: uma proposta de gestão compartilhada e democrática na efetivação das políticas públicas de saúde

Apresenta-se, nessa seção, um novo mecanismo de gestão no espaço público local, integrado e cooperado, entre os entes federativos e, somado, ainda, com a sociedade civil, proposta que tende a uma maior racionalização dos recursos existentes e a uma maior eficácia na prestação dos serviços de saúde.

O Primeiro Relatório Mundial sobre a descentralização e a democracia local (DELANOË, 2008, p. 9) no mundo salienta que “[...] les gouvernements locaux sont au coeur des solutions de tous les grands enjeux contemporains [...]”<sup>397</sup>, por isso entende-se que a política pública de saúde deve ser planejada, formulada, executada, administrada e coordenada pelo poder municipal, no Brasil, de forma articulada entre as três instâncias federativas, juntamente com a sociedade civil.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008, p. 91) é necessário urgente reinventar a capacidade de governação, incluindo, principalmente, a participação e a negociação. “Os interesses das autoridades públicas, do setor da saúde e do público estão estreitamente entrelaçados”. Cabe à gestão pública mediar os esforços na área da saúde para se chegar a um consenso que evidencie a necessidade e a participação de todos os interessados.

A expressão “gestão pública”, apesar de construção mais recente, surgiu em substituição à administração pública e, por conta da sua acentuada utilização, passou a assumir diversas conotações (LEVY; DRAGO, 2005). De um modo geral, essa concepção moderna consiste em inovadas práticas organizativas relativas à forma de estruturação e controle da função pública, consistente em “un estilo empírico de organización de la función pública<sup>398</sup>”, como é o setor da saúde, da educação, que envolve um amplo aspecto dos sistemas governamentais, tais como, de gestão financeira, gestão de pessoal, contratação e auditoria (BARZELAY, 2003, p. 9).

---

<sup>397</sup> “[...] os governantes locais estão no coração das soluções de todas as grandes questões contemporâneas [...]”. (Tradução)

<sup>398</sup> “um estilo empírico de organização da função pública.” (Tradução)

Neste contexto, “las administraciones públicas son organizaciones a las que corresponde, satisfacer los intereses generales de sus respectivas comunidades. Então, “cualquier administración pública es una organización pero también las entidades que forman parte de la misma, sean éstas formalmente independientes (agencias organismos autónomos o empresas públicas) o no (departamento centrales), pueden considerarse organizaciones a efectos analíticos”<sup>399</sup>. (RAMIÓ, 2010, p. 17).

No sistema organizativo de saúde, a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 diferenciou gerência e gestão entendendo a primeira como “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema”. Por sua vez, gestão é a “atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”. (ANDRADE; BARRETO, 2007, p. 81).

A gestão pública de saúde, portanto, “é a função de conduzir e dirigir os sistemas de saúde”, a qual “inclui formular políticas, planejar, financiar e contratar serviços, organizar e estruturar a rede de serviços em seus distintos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações”. Nesse processo, “os gestores têm o papel cada vez mais relevante nos sistemas, porque é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, sejam profissionais ou empresas”. (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 111-112).

A sociedade moderna reclama pela “introdução de novas formas de gestão nas organizações estatais”, sobretudo na saúde, “de forma a dotá-las de maior agilidade, eficiência, e efetividade superando a rigidez derivada da burocratização de procedimentos e da hierarquização excessiva dos processos decisórios” (FARAH, 2001, p. 129-130), razão que fundamenta a nova estrutura de gestão cooperada e integrada no municipalismo brasileiro.

Em decorrência do modelo assistencial fragmentado, a integração dos serviços e ações de saúde se apresenta como qualidade intrínseca necessária para

---

<sup>399</sup> “As administrações públicas são organizações criadas para satisfazer os interesses gerais de suas respectivas comunidades.” Então “qualquer administração pública é uma organização, assim como as entidades que fazem parte da mesma, sejam essas formalmente independentes (agências organismos autónomos ou empresas públicas) ou não (departamentos centrais), podem ser consideradas organizações para efeitos de análise.” (Tradução)

as mudanças ocorridas nas políticas públicas baseadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Na teoria, “a integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde; porém, na prática, essa mudança ainda não se concretizou e poucas são as iniciativas eficazes no monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos”. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 331).

A integralidade da atenção constitui uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, o qual foi introduzido no texto constitucional (artigo 198, II, da CF/88), na Lei Orgânica da Saúde (artigo 7º, da Lei nº 8.080/90) e nos princípios e regras que orientam o sistema público de saúde, em que se buscava um novo modelo, voltado para a atenção primária e a promoção da saúde, de ordem coletiva, e não meramente da atenção individual hospitalocêntrica.

Essa perspectiva foi adotada pelas organizações internacionais (OMS e OPAS) na forma de Sistemas Locais de Saúde (Silos) (PAIM, 2012, p. 461), que no Brasil assumiu a denominação de distrito sanitário, apresentado em duas versões, uma que combinava as tecnologias existentes para combater os problemas de saúde e a outra que centrava a solução na organização e gerência de serviços, que deveria acontecer em rede.

A integralidade da atenção encontra-se relacionada a uma conotação afirmativa da saúde, “entendida como um processo de produção social influenciado por fatores de diversas naturezas, e que se expressa num nível de qualidade de vida de uma dada população”. Nestes termos, a integralidade, refere-se a um sistema que garanta de forma articulada, ações sanitárias de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta complexidade), conforme as necessidades de indivíduos e coletividades. Nessa concepção, “toma o ser humano como sujeito e centro da atenção envolvendo uma abordagem holística da saúde dos indivíduos em suas dimensões biopsicossociais” (GIOVANELLA et al, 2002, p. 44 e 46).

A concepção de integralidade da atenção à saúde “remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações”, em razão da demonstração “de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida”. Desse modo, torna-se “indispensável

desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S331).

A integração entre os três níveis de governo é indispensável, uma vez que o Sistema Único de Saúde não pode ser visto de forma desarticulada e fragmentada, no âmbito municipal de atuação, posto que “é necessária uma alteração do padrão das políticas públicas, que precisam atuar de forma mais agregada e integrada, com vistas a promover o desenvolvimento social” (BREUS, 2007, p. 208).

Gurvitch entende que para configurar a integração entre os Estados membros não basta a simples participação direta da maioria, mas é necessário o consentimento unânime de todos os entes da federação. A integração consiste em um processo realizado pela maioria dos indivíduos de um grupo, para estabelecer, coordenar e unificar suas ações (ARNAUD, 1999, p. 769).

Portanto, integração e unificação significam uma ação única em função de objetivos concretos como a prestação de serviços de saúde. Nesse sentido, a atuação e a execução integrada da política pública no âmbito local, entre o Município, o Estado e a União, constitui uma exigência para cumprir o princípio da eficiência, previsto no *caput*, artigo 37 da Constituição Federal, visto que permitirá unificar as ações e os serviços de saúde.

Na acepção de Gurvitch, a ideia de integração diz respeito à participação social nas decisões públicas (legislativas e administrativas), ao tempo que constrói relações de comunhão, de colaboração com o Estado (ou seja, com o poder municipal e com os demais entes federativos) na consecução de objetivos comuns, como é o caso da saúde pública.

Nessa diretriz democrática, “lo local y lo global son complementários, no antagônicos. Esa integración social requiere mecanismos políticos democratizados, basados en la descentralización administrativa y en la participación ciudadana en la gestión municipal<sup>400</sup>”. (BORJA; CASTELLS, 1997, p. 78). Nas relações entre os entes federados, o que interessa ao município também interessa ao Estado e à União,

---

<sup>400</sup>“o local e o global são complementares e não antagônicos. Essa integração social requer mecanismos políticos democratizados, baseados na descentralização administrativa e na participação cidadã na gestão municipal”. (Tradução)



respectivamente, mas a descentralização impõe que estes interesses estejam correlacionados de baixo para cima.

A partir das noções de integração de Gurvitch, a participação da sociedade nos processos decisórios públicos (legislativos e administrativos) é de fundamental importância, de modo que a atuação dos sujeitos e grupos sociais no gerenciamento e decisão da política pública de saúde, no municipalismo brasileiro, configura verdadeira integração com o Estado (ou melhor, com os entes federativos), visando enaltecer o papel da sociedade e sua co-responsabilidade na conquista dos direitos sociais à saúde, possibilitando, ainda, uma gestão mais democrática e inclusiva. O cidadão assume, nesse caso, a figura de um “cidadão-gestor”, em que o próprio usuário do sistema de saúde participará das deliberações administrativas.

Portanto, a ideia consiste em privilegiar os espaços locais de ação, através da gestão compartilhada de saúde entre sociedade civil e poder municipal e, ainda, entre os três níveis governamentais, através da atuação conjunta e articulada. Nesse viés, o indivíduo enquanto “participante ativo de empreendimentos comunitários – tendo consciência da responsabilidade compartilhada e da cooperação – é o agente político democrático”. A democracia é local, no sentido de que constitui um projeto comunitário, pautado pela prática cooperativa das pessoas que atuam coletivamente em prol de objetivos comuns através de relações horizontais entre iguais (DEWEY, 2008, p. 18-23). A cooperação, na ótica gurvitchiana, significa, portanto, “[...] un ordre de collaboration positive, de soutien, d’aide, de conformité [...]”<sup>401</sup>. (GURVITCH, 1932, p. 19).

O município constitui, portanto, o espaço que oferece o maior potencial de democracia participativa-deliberativa, de acordo com o modelo proposto por Gurvitch, pelo fato de os atores sociais se encontrarem mais próximos e de que as decisões estão mais ao alcance da sociedade. Assim, o espaço local transforma-se não apenas em um mecanismo de controle e fiscalização das políticas públicas de saúde, mas, sobretudo, em um instrumento de cidadania, em que, os cidadãos locais, efetivamente, participam das soluções e decisões relativas à essa política, os quais, são os principais envolvidos e conhecedores da sua realidade. A sociedade,

---

<sup>401</sup> “[...] uma ordem de colaboração positiva, de sustentação, de ajuda, de conformidade [...]”  
(Tradução)

portanto, se transforma em autogestora da saúde em sede local<sup>402</sup>, já que, nessa nova proposta de gestão, se exige a centralidade do “sujeito-usuário” nas práticas de saúde.

Por conta disso, a organização dos serviços de saúde passa a ser compartilhada pelos indivíduos da comunidade, em que o cidadão se torna parte ativa do processo, verdadeiro gestor das políticas públicas de saúde e não mais seu mero destinatário. Dessa forma a cidadania é construída de forma efetiva e emancipatória, a partir da interação entre o espaço público estatal e sociedade civil, agregando as ideias de pertencimento, solidariedade e cooperação no espaço local (HERMANY, 2007, p. 297).

Nesse contexto, ganha destaque a noção de comunidade cívica que, no dizer de Putnam (1996, p. 102) “implica direitos e deveres iguais para todos”, no qual “os cidadãos interagem como iguais, e não como patronos e clientes ou como governantes e requerentes”, mas “cidadãos virtuosos, prestativos, respeitosos e confiantes uns nos outros, mesmo quando divergem em relação a assuntos importantes”.

O compartilhamento das políticas públicas locais de saúde promoverá ações solidárias e cooperativas através da criação de mecanismos de interlocução entre diversos atores sociais, bem como o surgimento de parcerias. As comunidades assumem um importante papel de destaque através da interação com atores governamentais e não governamentais (FARAH, 2001, p. 28), visto que a atuação se dará de acordo com as necessidades específicas da população.

Por conseguinte, a solidariedade, enquanto estratégia do novo modelo de gestão decorre da necessidade da sociedade criar formas de união, de cooperação para concretizar e fortalecer o seu capital social, compartilhando as experiências de construção dessa nova realidade, o que se dá através das chamadas redes associativas, que unem centros de decisões mais distantes em sociedades mais complexas, gerando formas de coordenação e solidariedade que são capazes de criar uma “relação social colaborativa”. (DOMINGUES, 2002, p. 234-235).

Uma gestão integrada e cooperada, com predominância no município, privilegiando o espaço local, constitui um espaço de diálogo entre o Município (ou os

---

<sup>402</sup> Gurvitch (1946, p. 92) foi um dos pioneiros da auto gestão, na década de 1930, na França, em que defendia a participação dos indivíduos e grupos sociais nos conselhos de gestão das empresas e indústrias, relativas, portanto, a uma representação operária da comunidade subjacente dos trabalhadores que, neste caso, produzia um direito social organizado autônomo.

Municípios, no caso dos consórcios), o Estado e a União e, inclusive, com a sociedade civil, para que se possa administrar conjuntamente as demandas existentes. As ações conjuntas entre os três níveis de governo, além da sociedade, podem contribuir para a efetividade de todo o sistema de saúde, no sentido de garantir este direito fundamental aos cidadãos, colaborando, inclusive, para reduzir a judicialização e a corrupção.

Além disso, a gestão cooperada e integrada estará em consonância com os pressupostos elencados na Constituição da República Federativa do Brasil e os mecanismos de descentralização nela inscritos (artigo 198, I, da CF/88), cujo entendimento é o de que o Sistema Único de Saúde possui maior eficácia quando é administrado pelos entes locais. Isso ocorre devido ao caráter de proximidade da população, pois apresenta melhores condições de avaliar e resolver as demandas envolvendo a assistência à saúde, tanto no que se refere a sua prevenção quanto ao seu tratamento.

Já houve propostas de articulação entre os três níveis de governo (articulação interfederativa), prevista na legislação (artigos 30, 31 e 32 do Decreto nº 7.508/11), que se realizaria mediante as comissões intergestores cuja finalidade consiste na organização e financiamento integrado das ações e serviços de saúde. Na prática, a realidade mudou muito pouco, visto que a desarticulação do sistema persiste e os Estados e Municípios continuam dependentes da União nos repasses financeiros.

Esse sistema integrado das ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei nº 8.080/90 e o Decreto nº 7.508/11, constituem um modelo bem distinto da proposta desse estudo, uma vez que não há uma legítima cooperação dos recursos e integração das ações e serviços de saúde em âmbito local, como propõe a presente pesquisa. Também nesse novo modelo, a ideia é priorizar a participação da sociedade nas decisões públicas e as demandas dos cidadãos, até, então, praticamente, excluídos.

No entanto, chama-se a atenção para o fato de que há um outro nível de cooperação que precisa ser articulado, no caso dos municípios de pequeno porte, que constituem a maior parte dos poderes locais no Brasil. Na maioria deles, não haveria condições de se estabelecer uma proposta de gestão integrada e cooperada somente com o Estado e a União, devido ao seu porte e estrutura de recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos), pelo fato desse não ter condições de

prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus municípios. Tais características indicam a necessidade de “se fortalecerem as instâncias de pactuação de interesses e compartilhamento da gestão pública no SUS, em diferentes escalas territoriais e abrangências, que permitam o desenvolvimento de ações coordenadas”. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 387-388).

Assim, em locais menores, a gestão integrada e cooperada seria formalizada através de consórcios intermunicipais em parceria com o Estado e a União. Os municípios consorciados poderiam juntos, ter uma estrutura de atendimento que fosse semelhante a um município de porte médio, agrupados por áreas de interesse comum historicamente. Essa proposta não é nova e já foi colocada em prática através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) que existiram no Brasil, mas pretende-se atribuir um novo formato, com a inclusão da sociedade civil na gerência do sistema.

Trata-se de aplicar o que na ciência administrativa é conhecido como inovação gerencial através da qual novas ideias se apresentam como solução para problemas há muito tempo existentes e que possam ser operacionalizadas na forma de produtos e processos, instrumentalizando e direcionando os esforços para que as dificuldades do sistema implantado não sejam mais proeminentes do que as soluções oferecidas.

Quando a inovação entra em cena, há uma reconstrução das relações sociais e a estrutura de regras e recursos que reproduzem o antigo sistema precisam ser renovados. É vista como “um processo de transformação social”, em que envolve novos atores, novos papéis e novos valores”. (FLEURY, 2014, p. 62). Na perspectiva gurvitchiana, ganham importância os sujeitos coletivos complexos, os quais dão origem aos fatos normativos, enquanto “fonte da validade do direito” (GURVITCH, 1977, p. 651), que obrigam todo conjunto social, seja no seu aspecto organizacional ou legislativo.

Esse novo formato organizativo entre sociedade civil e poder municipal (além dos demais entes da federação), forma uma “unidade social organizativa”, enquanto gestão compartilhada e democrática na efetivação da política pública de saúde, no municipalismo brasileiro que tem como norte “priorizar as pessoas”, como elemento central desse novo modelo organizacional, em consonância com o Relatório Mundial da Saúde (2008, p. 46) e Organização Panamericana da Saúde (2007), no sentido de introduzir um novo padrão de atendimento na saúde pública.

A inovação administrativa reside, também, na possibilidade da população opinar sobre a política de saúde do seu bairro, da sua vila, do seu município ou região, através de um canal de comunicação, especificamente para essa finalidade, auxiliando, ainda, na promoção e prevenção de doenças, o que, de certa forma, contribuirá, para diminuir os investimentos econômicos nesse setor.

A prática inovadora deve seguir uma mudança de comportamento também na forma de atender as pessoas, pois é para elas, ou deveria ser, que o sistema de saúde foi criado. Porém, nos termos da burocracia instalada<sup>403</sup>, o paciente deixa de ser uma pessoa, alguém com sentimentos e pensamentos, para ser enquadrado como mais um número dentro das estatísticas, ao qual deve ser aplicado uma técnica ou medicamento e espera-se que reaja dentro do previsto.

A solução dos problemas da saúde envolve múltiplos fatores, mas um deles, a capacidade de gestão, pode ser melhorada se houver a criação de uma organização descentralizada com foco no município que possa responder de forma efetiva aos desafios da região em pauta. Essa organização compreende um equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia em uma gestão compartilhada no contexto da redefinição da relação entre os entes federados, ou seja, uma rearticulação e recomposição do pacto federativo (LUCCHESI, 2013, p. 4).

Felizmente, dentro das organizações de saúde está havendo um caminho para a mudança de atitudes denominada pelo Ministério da Saúde de Humanização do SUS (BRASIL, 2005), o chamado Humaniza SUS, que, seguindo orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008, p. 46), orienta o atendimento para uma maior compreensividade, integração e continuidade dos cuidados, para que se possa construir uma relação de confiança entre as pessoas e os prestadores de serviços em saúde, caminho que também trilha o presente trabalho.

Em síntese, o que se propõe como alternativa para resolver as deficiências de gestão da saúde no município é uma atuação cooperada e integrada dos entes federados e sociedade civil para compartilhar soluções na definição de políticas públicas eficazes. Um primeiro princípio a ser aplicado na definição de uma atuação que envolva os entes federados é a solidariedade, norteando a relação entre os

---

<sup>403</sup> A burocracia, como afirma Weber (1999), é um mal necessário para que a estrutura do Estado funcione, mas ela não pode se tornar um subsistema dentro do sistema que crie normas próprias de funcionamento e organização para atender seus próprios interesses.

entes federados no sentido de haver uma redefinição do pacto federativo então vigente. A solidariedade entre as três esferas de governo gerará um compromisso em prol de um bem comum, no caso a saúde, promovendo o equilíbrio necessário a se ter uma eficiente gestão (WARAT, 2004, p. 388).

Um segundo ponto a ser destacado é a cooperação entre os entes federados no sentido de propiciar uma união dos esforços que têm sido dispendidos em saúde, criando-se uma malha de serviços que funciona de maneira a oferecer ao cidadão atendimento às suas demandas de saúde, através de uma estrutura de rede que assegure a capacidade de interlocução, consenso, associação técnica e responsabilização dos diversos níveis assistenciais, garantindo que os recursos disponíveis sejam maximizados em sua utilização (SILVA JÚNIOR; ALVES; ALVES, 2005, p. 85).

A cooperação exige dos entes federados uma atuação conjunta em que cada um coloca à disposição da eficácia do atendimento em saúde os recursos que possui para aperfeiçoar o sistema (KRELL, 2008, p. 40-42), ou seja, União, Estado e Município, através de um acordo de cooperação, participarão da oferta de serviços de saúde com os recursos disponíveis em cada município ou região, sejam eles técnicos, financeiros, humanos ou de gestão, de modo a reorganizar o sistema de saúde, a partir do municipalismo brasileiro, em prol da melhoria da saúde pública.

Não se pode esquecer, todavia, que a participação social é condição inerente à cooperação, pois a sociedade civil é a beneficiária de ações efetivas em saúde, devendo estar na linha de frente na definição das políticas públicas coordenadas pelo município e com a participação dos demais entes federados.

Por tudo isso, a ideia de gestão compartilhada e democrática e o consequente fortalecimento do poder local, constituem novo paradigma na efetivação das políticas públicas de saúde, já que o princípio da subsidiariedade realiza-se no município, no qual o indivíduo é considerado “participante direto na condução e fiscalização das atividades do corpo político, administrativo e prestacional”. (BARACHO, 1996, p. 51).

Trata-se de pensar a solução para o espaço local com vistas à sua inserção no global<sup>404</sup>, atento ao desafio da complexidade sem perder a noção das partes que compõem o todo, postulando um novo paradigma, mais holístico, no qual é preciso

---

<sup>404</sup> Domingues (2002, p. 204) também compartilha desse entendimento: “[...] pensar globalmente e agir localmente [...]”.

relacionar o conjunto de fatores que afeta uma determinada circunstância para entendê-la em sua dinâmica maior, compreendendo a realidade em todas as suas dimensões, que abarcam situações solidárias e conflituosas ao mesmo tempo, reconhecendo tanto a diferença como a unidade de cada situação (MORIN, 2001, p. 204).

A municipalidade é o local privilegiado para a construção de decisões públicas (legislativas e administrativas) de acordo com a teoria social de Gurvitch, a instância de governo que melhor conhece a realidade de saúde, devido ao caráter de proximidade do cidadão, além de atribuir-se em medida necessária para a constituição de uma gestão integrada e cooperada entre a sociedade civil e os entes da Federação, enquanto requisito para a melhoria do sistema de saúde, conforme se verifica nas experiências nacionais e internacionais.

## 5.2 Experiências de integração/cooperação dos entes federativos e sociedade civil para melhoria da política de saúde em nível local no Brasil e no mundo

Essa seção tem como objetivo analisar as teorias e as experiências que estão sendo realizadas no planeta ou no país no sentido de prover mudanças na assistência ao direito social à saúde, como subsídio importante para que se possam elaborar alternativas ao modelo vigente, ressaltando que o grau de comparação sempre será efetuado a partir dos pressupostos de Gurvitch e do princípio da subsidiariedade.

Em países modernos e fundados no constitucionalismo, o Estado deve cumprir o papel de fornecer a assistência em saúde necessária à população, sempre estimulando a sua participação nas decisões, no sentido de proteger os cidadãos e oferecer este caráter retributivo ao indivíduo que contribui com seus impostos e espera a devida prestação de serviços. Reconstruir os serviços de saúde é um dos pilares de uma sociedade que se diz democrática (OMS, 2008, p. 88).

Nessa perspectiva, os governos têm a responsabilidade de formatar os sistemas nacionais de saúde, mas, a reforma desse setor tem de ser partilhada com os políticos nacionais e os governos locais, as profissões da saúde, a comunidade científica, o setor privado e organizações da sociedade civil, assim como a comunidade de saúde global (OMS, 2008, p. 88).

Toda prática de oferta de saúde pressupõe a existência de princípios, da mesma forma que o direito constitucional se ancora neles para formular leis concretas. Um desses princípios consagrados em saúde é a integralidade (artigo 198, II, da CF/88), que pressupõe que as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e suas famílias deve compreender o sujeito como um todo, exigindo, portanto, uma integração dos serviços por meio de redes assistenciais, ou, como tem sido praxe no Sistema Único de Saúde (SUS), a formação de equipes multiprofissionais, pois se entende que sistemas isolados não dispõem da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população nas diferentes fases de desenvolvimento (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 331).

Na literatura brasileira, os estudos relativos à integralidade da atenção iniciam-se na década de 90, no entanto, foi, somente, a partir da década seguinte, que houve uma acentuada produção sobre o assunto (GIOVANELLA et al, 2002; CONILL, 2004). Já no cenário internacional, o referido princípio ganhou destaque a partir das reformas na atenção primária à saúde, em especial, nos sistemas da Inglaterra e do Canadá (CONILL, 2004, p.1418-1419). A integralidade da atenção, enquanto diretriz do sistema de saúde, não pode ser compreendida de forma isolada de uma prática integrada ou das estratégias municipais de integração e de cooperação.

Para a Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2011, p. 17), a superação dos sistemas fragmentados deve ser buscada através da criação da organização de redes de atenção coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS), experiência já comprovada em alguns países,<sup>405e406</sup> as quais, a partir da

---

<sup>405</sup> Essas redes de saúde possuem nomenclaturas diferentes em cada país: sistemas integrados de saúde, no Canadá; sistemas organizados de serviços de saúde, nos EUA; sistemas clinicamente integrados, no Reino Unido; e organizações sanitárias integradas, na Espanha. Sua existência está condicionada a uma série de atributos que leva em conta o modelo assistencial, governança e estratégia, organização, gestão, alocação de recursos financeiros e incentivos (OPAS, 2011, p. 17).

<sup>406</sup> No Canadá, o sistema de saúde é conhecido como Medicare e garante acesso a uma cobertura universal abrangente de serviços médico-hospitalares e clínicos, cujo objetivo consiste em "proteger, promover e ressaurar o bem-estar físico e mental dos residentes do Canadá e possibilitar acesso de qualidade e serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outro tipo. Na Espanha, cada comunidade autônoma conta com um serviço de saúde que deve garantir equidade, qualidade no atendimento e participação do cidadão. No Reino Unido, o sistema possui três princípios basilares: vai ao encontro da necessidade de todos, é gratuito e se baseia na necessidade de saúde da população (OPAS, 2011, p.17). Na Alemanha, houve o fortalecimento do papel do generalista na condução e coordenação de serviços especializados, hospitalares e sociais bem como a integração dos sistemas de saúde e a coordenação da atenção, na forma de redes de consultórios médicos, programas de gestão clínica para agravos específicos e assistência integrada (GIOVANELLA, 2011).



década de 90, foram revisitadas, em razão da deficiência do sistema nos países desenvolvidos<sup>407</sup>. Essas redes, segundo a OPAS, consistem em organizações eficientes para prestar serviços de saúde em nível equitativo e integral a uma população definida a partir da constatação de que o trabalho isolado não produz efeitos desejados.

A proposta de instituição de redes de atenção à saúde promovida pela Organização Panamericana da Saúde foi adotada nos Estados Unidos através dos programas Medicare e Medicaid, além do sistema Kaiser, em que há o acesso a um médico generalista que conduz para profissionais especializados, além de ser mais rígido nos protocolos clínicos. No Brasil, por outro lado, se evidenciam nas redes regionalizadas dos sistemas de saúde<sup>408</sup> (PAIM, 2012, p. 486).

Nessa perspectiva, tanto a Organização Mundial da Saúde quanto a Organização Panamericana da Saúde tem direcionado esforços no sentido de renovar a atenção primária de saúde, defendendo a necessidade de se alcançar um atendimento universal e abrangente por meio de abordagens integrais e horizontais com ênfase na promoção, prevenção, intersectorialidade e participação social. Na mesma esteira, o Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, deu novo formato à revitalização desse modelo de atenção, com condição intrínseca de uma resposta integral em todos os níveis de complexidade (básica, média e alta complexidade) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 500).

A renovação da atenção primária em saúde deverá envolver os aspectos estruturais e operacionais, tais como acesso, financiamento, sustentabilidade, desenvolvimento de sistemas e outras melhorias que assegurem cuidados com qualidade. Deve oferecer serviços abrangentes, integrados e com foco na prevenção, envolvendo as famílias e a comunidade no processo (OPAS, 2007, p. iii).

É possível extrair do exposto acima que, a renovação da atenção primária na forma de redes integradas de atenção à saúde está presente nos ensinamentos da teoria de Gurvitch e do primado da subsidiariedade, que buscam estabelecer uma associação igualitária de colaboração e cooperação no campo da saúde entre a

---

<sup>407</sup> As redes integradas foram sugeridas como contraponto aos serviços fragmentados de saúde em documento denominado Resolução CD49.R22, que foi aprovado pelo Conselho Diretivo da Organização Panamericana da Saúde e que deverão ser seguidas por todos os países-membros (OPAS, 2011, p. 17).

<sup>408</sup> “As redes regionalizadas nos sistemas nacionais de saúde, inspiraram-se no Relatório Dawson publicado no Reino Unido em 1920, embora só considerado em 1948, quando foi criado o National Health Service (NHS) britânico” (PAIM, 2012, p. 486).

sociedade civil e as instâncias de governo, no sentido de reorganizar o sistema público e promover a rearticulação federativa em âmbito do poder municipal.

Um sistema que se pretenda como integral na assistência à saúde deve atender a quatro princípios básicos: primazia das ações de promoção e prevenção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade de assistência médica (básica, média e alta complexidade), articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral de indivíduos e famílias. Por integração de serviços entende-se a reunião de funções comuns de uma mesma organização ou de várias organizações associadas para resolver problemas que afetam a todos, no sentido de estreitar e compartilhar metas e soluções. Envolve a articulação de tarefas assistenciais nos diversos campos de atuação e gestão bem como dos serviços de apoio necessários (GIOVANELLA et al., 2002, p. 47).

A atenção em saúde funciona de maneira mais eficaz quando ocorre de modo integrado e cooperativo, cuja governança comum de atores e organizações autônomas conduz a uma atuação com interdependência, permitindo, dessa forma, uma atuação única, mas que respeite as múltiplas dimensões dos grupos que atende e aos diversos subsistemas que compõem a oferta de serviços em saúde, cuja cooperação visa a atender um projeto coletivo (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332).

A própria Organização Panamericana da Saúde elenca diversos outros princípios<sup>409</sup> que devem nortear a atenção em saúde na oferta de serviços de assistência. Estes princípios servem de orientação basilar para que haja o comprometimento das redes de atenção, pois, segundo a referida entidade, a construção de um sistema em rede requer uma sólida fundamentação legal, institucional, organizacional e a disponibilização de recursos, humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis, no sentido de alcançar qualidade, eficiência e efetividade. Ainda, a plena implementação da atenção primária em saúde exige a adoção de estratégias gerenciais relativas à cooperação.

---

<sup>409</sup> São princípios norteadores da atenção primária em saúde, segundo a Organização Panamericana da Saúde: a) capacidade de responder às necessidades de saúde das pessoas de forma mais abrangente possível; b) serviços orientados pela qualidade, tratando as pessoas com dignidade e respeito; c) responsabilização dos governos, através de políticas públicas, que garantam a efetivação dos direitos sociais; d) sustentabilidade, que requer planejamento estratégico e compromissos de longo prazo; e) participação, que transforma pessoas em parceiros ativos nas decisões; e) intersetorialidade, envolvendo outros setores e atores (OPAS, 2007, p. 10).

Em termos de renovação da Atenção Primária em Saúde (APS), a Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2011, p.18), aborda, dentre seus atributos, a) uma rede de estabelecimentos de saúde pública; que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento; b) um nível primário de atenção multidisciplinar, considerado a porta de entrada do sistema; c) atenção à saúde com foco no indivíduo, na família e na comunidade; d) um sistema de governo único para toda a rede; e) participação da sociedade de forma ampla; f) intersetorialidade; g) gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico; h) recursos humanos suficientes, competentes e valorizados pela rede; e i) sistema de informação integrado

Observa-se que a proposta de rede de atenção apresentada pela Organização Panamericana em muito se assemelha com o modelo de gestão cooperado e integrado desse estudo, enquanto estratégia de reordenação do sistema de saúde e rearticulação federativa no municipalismo brasileiro, uma vez que inclui a sociedade civil neste processo, além das instâncias de governo, a partir de um organismo municipal.

No âmbito latino-americano, tem havido pouca articulação no interior dos sistemas de saúde, cuja característica principal é a de segmentação e fragmentação, apesar de haver o reconhecimento e a defesa da atenção primária em seu sentido abrangente e integrador. Porém, em alguns sistemas implantados e melhor consolidados o caráter multidisciplinar das equipes de saúde tem sido uma característica importante de ações que favorecem o desenvolvimento de ações intersetoriais e de promoção da saúde (CONILL; FAUSTO, 2009, p. 28).

A situação parece melhor na União Europeia, pois há um padrão de proteção social que garante uma cobertura praticamente universal através de seguros públicos e serviços nacionais de saúde. Mesmo assim, estes sistemas também apresentam problemas de fragmentação que impedem uma atenção integral e a formação de redes de saúde.

Outra questão que permeia o atendimento na atenção básica de saúde é a forma com que o paciente é atendido. Estudos sugerem que o paciente receba um tratamento mais adequado, ou seja, que seja acolhido pelo sistema de saúde como uma pessoa, com ideias, sentimentos e problemas específicos, evidenciando a necessidade de maior diálogo dentro da equipe em seus diversos níveis de hierarquia e a construção de ferramentas que contribuam para uma maior escuta e

análise das necessidades dos pacientes, no sentido de identificar as melhores soluções possíveis e adequadas às demandas apresentadas (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p. 31).

Essa nova forma de atender, através do acolhimento, implica a incorporação de novos profissionais de saúde aptos e qualificados para estas funções, as alterações no processo de trabalho, para que haja mudanças no modo como os serviços são organizados. O acolhimento é visto como um conjunto de atitudes que valorizam a pessoa do paciente, ao mesmo tempo em que amplia e qualifica o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a organização das redes de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p. 31-32). Esse novo modelo de atendimento tem melhores chances de execução nas comunidades locais, valorizando as pessoas e os grupos sociais, em consoância com os postulados de Gurvitch e da ideia de subsidiariedade.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Panamericana da Saúde e com a Organização Mundial da Saúde em quatro cidades brasileiras revelou os obstáculos e os pontos fortes de atuação da saúde nestes municípios (Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis).

O estudo partiu do princípio de que é necessário inovar na gestão das unidades de saúde, no sentido de aumentar a oferta para atender a demanda, e introduzir mudanças que resultam em uma melhora concreta e mensurável, envolvendo diferentes áreas, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários. Segundo o documento, para o gestor em saúde, inovar é uma função fundamental e necessita de competências para administrar o processo da melhor forma possível, minimizar os riscos e maximizar o impacto para melhorar a atenção em saúde (OPAS, 2011a, p. 32).

O conjunto de dificuldades apontadas pelo documento revela uma série de insuficiências para prover a assistência em saúde, tais como a incapacidade da rede municipal de atrair profissionais médicos em determinadas especialidades, a dificuldade em consolidar arranjos institucionais na compra de serviços de diagnósticos ou terapêuticos ou de demais prestadores de serviços privados ou fora do município, principalmente quando não são de alta complexidade. A análise mostrou que em todos os municípios analisados, há dificuldade de implantação de

um serviço de referência e contrarreferência<sup>410</sup> com trânsito adequado de informações, que constitui um pressuposto essencial para a efetivação de uma coordenação assistencial<sup>411</sup> (OPAS, 2011a, p. 33).

O documento ainda sugere que deve haver mecanismos sistemáticos e formais de coordenação assistencial que garantam o funcionamento de uma rede integrada de atenção à saúde, cuja importância aumenta diante da realidade epidemiológica atual, com grande prevalência de doenças crônicas e múltiplas patologias no mesmo indivíduo, fruto de uma população doente em vários sentidos, o que exige intervenções de equipes multiprofissionais, além de serviços de apoio, diagnóstico e reabilitação<sup>412</sup> (OPAS, 2011a, p.33).

Uma questão levantada no estudo diz respeito à criação de condições para o compartilhamento de responsabilidades dentro de estruturas de redes de atenção à saúde, que é entendida como sendo possível quando os profissionais tiverem conhecimento concreto de suas atribuições, responsabilidade e capacidade de resolução de problemas em cada um dos níveis assistenciais, o que exigirá a implantação de mecanismos de comunicação entre estes níveis assistenciais e a criação de espaço de convivência profissional para troca de experiências.

Na Inglaterra, é evidenciado o sistema integrado, através de estruturas administrativas conhecidas por *Primary Care Trusts* - PCTs, que respondem pela administração dos Distritos de Saúde, a qual se realiza mediante a integração a

---

<sup>410</sup> Referência e contrarreferência são conceitos utilizados em sistemas de saúde para medir a qualidade dos serviços oferecidos. A atenção básica é considerada a porta de entrada do sistema de saúde, mas se o paciente necessita de serviços de maior complexidade, terá que ir para uma unidade de referência. Após o seu atendimento, ele é encaminhado para a unidade básica de saúde novamente, processo conhecido como contrarreferência (SERRA; RODRIGUES, 2010).

<sup>411</sup> O estudo ainda apontou as seguintes dificuldades: a) a rotatividade de profissionais (Aracaju, Belo Horizonte) e suas implicações frente à longitudinalidade; b) a dificuldade de acesso, principalmente frente à demanda espontânea da população (Aracaju, Florianópolis); b) a desvalorização do papel do médico generalista (ou Médico de Família e Comunidade) com incorporação de outros especialistas (ginecologistas, pediatras, clínicos) nos serviços de APS (Aracaju, BH) com prejuízo à integralidade devido à fragmentação do cuidado; c) o difícil estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência que impede a APS de incorporar o papel de centro de comunicação da rede integrada de atenção (Aracaju, BH, Curitiba e, em menor escala, Florianópolis); d) a ausência de mecanismos formais e sistemáticos que reforcem a abordagem familiar (uso de genograma, prontuário familiar, etc. – todos os municípios); e) o uso ainda restrito de estratégias de identificação das necessidades e expectativas em saúde da população (OPAS, 2011a, p. 32).

<sup>412</sup> O documento sugere alguns mecanismos de coordenação assistencial para unificar a atenção em saúde: a) prontuário clínico unificado para todos os níveis assistenciais; b) uso de trajetórias clínicas c) protocolos clínicos e linhas-guia d) sistemas de referência e contrarreferência efetivos; e) realização de interconsultas; f) relatórios de alta hospitalar; g) sessões clínicas integradas entre níveis assistenciais; h) rotatividade de pessoal entre diferentes níveis assistenciais; i) uso de ferramentas da gestão da clínica, como gestão de casos e gestão de patologias; j) além de estratégias de telemedicina e telessaúde.

entre a saúde pública e os generalistas, e pela aquisição dos demais tipos de serviços. Em pesquisa realizada sobre a qualidade dos serviços de atenção primária, realizada pelo PCT do bairro de Islington em Londres, foi constatada a integralidade em âmbito local, de acordo com a opinião de 649 usuários complementada com entrevistas junto à equipe de gestão e análise de documentos (CONILL, 2004, p. 1418-1419).

Outro país que apresenta sistema integrado é Québec, no Canadá. Um estudo realizado naquele país analisou os serviços prestados nos *Centres Locaux de Services Communautaires* (CLSC), considerado a porta de entrada do sistema de saúde. O modelo reformulado passou a compreender cinco dimensões: “a dimensão pessoal e familiar do cuidado, seu caráter completo (gama de serviços), contínuo (seguimento no tempo, no domicílio e no sistema) e coordenado (relações entre os serviços)”. O estudo constatou que a maior inovação advinda da reforma do sistema de saúde resultou no fornecimento de serviços integrais provenientes dos referidos centros comunitários (CONILL, 2004, p. 1419).

Segundo estudos dos organismos internacionais de saúde (OPAS, 2011, p. 94) os cuidados primários de saúde, administrado pelas redes de atenção à saúde, exigem modelos abertos e colaborativos de todos os agentes envolvidos na área (trabalhadores da saúde, as organizações da sociedade e o público). Esses processos envolvem a sociedade a nível local e a nacional ou a combinação de estruturas governamentais e atores sociais, criando expectativas de mudanças que são essenciais para aumentar o compromisso político.

No Chile, por exemplo, a reestruturação do sistema, exigiu mudanças no modelo organizacional, com foco no diálogo, colaboração, inclusão de todos os interessados e em todos os níveis de saúde. Passou-se a reclamar a institucionalização de mecanismos de diálogo político, cuja mobilização ocorreu a partir do poder local, fortalecendo vínculos sociais e ações de colaboração entre grupos a partir da comunidade (OMS, 2008, p. 102).

O Relatório Mundial de Saúde da OMS (OMS, 2008, p. 99) destaca que o processo de reformas do sistema de saúde deve ser compartilhado dentro do próprio país e entre estes, uma vez que a partilha e as experiências de terceiros reforça a auto-confiança. Nessa perspectiva, Portugal, por exemplo, realizou um grande debate social, referente ao seu Plano de Saúde 2004-2010, que envolveu a participação dos níveis local, ao regional e ao nacional, além de 108 contribuições

escritas, provenientes da sociedade civil, de organizações profissionais, dos governos locais e da academia. Também realizaram-se painéis internacionais com peritos de outros países que contribuíram com o debate sobre a política de saúde e a formação de todos os envolvidos.

Assim, segundo a OMS (2008, p. 117-118), as soluções inovadoras passam pela ajuda e cooperação com as autoridades locais e os próprios usuários do sistema para oferecer cuidados primários que funcione de forma efetiva e orientados para as pessoas, as famílias e a comunidade. A inserção de instituições nacionais em redes regionais ou locais que colaboram com a política dos cuidados primários de saúde, possibilita congregar competências e informação técnica. Ainda mais relevante, pode contribuir com a distribuição dos recursos humanos, financeiros, estruturais, etc.

A história política dos cuidados primários de saúde demonstra que, nos países bem sucedidos com os avanços advindos das reformas neste setor, o maior apoio e contribuição tiveram origem na sociedade civil. Existem muitos exemplos relativos a essa experiência (OMS, 2008, p. 120).

Na Tailândia, foi o Ministério da Saúde que iniciou os esforços para mobilizar a sociedade civil e os governantes no sentido de se criar uma agenda de serviços para a atenção primária. A partir disso, a sociedade civil se mobilizou e conseguiu expandir a cobertura, melhorando o acesso aos serviços primários de saúde.

No Mali, em meados de 90, ocorreu uma situação bem semelhante, com a união do Ministério da Saúde e parte da comunidade local, sendo que essa pressionou as autoridades para garantir seu compromisso político com os cuidados primários em saúde.

Na Europa Ocidental, os consumidores e a sociedade civil assumiram o papel decisivo sobre as políticas públicas de saúde e os cuidados em saúde. No restante do mundo, como no Chile, na Índia, Bangladesh, a questão da saúde tem ingressado nas agendas dos processos de democratização, em que a sociedade civil pressiona para obter políticas públicas no setor.

A sociedade civil exerce papel importante na definição das políticas públicas de saúde, notadamente, em âmbito local. Todavia, isso não implica dizer que as reformas e inovações devem se impulsionadas somente em decorrência das mobilizações da sociedade civil. As autoridades sanitárias, além de principais

estudiosas do assunto, e incentivadoras dos cuidados em saúde, devem coordenar o processo oriundo das pressões da sociedade para a mudança mediante um debate político apoiado em evidência e informação, sobretudo, com base em experiências nacionais e internacionais (OMS, 2008, p. 120).

A presente pesquisa também entende que a instituição de qualquer estratégia local de cooperação que vise a reordenação do sistema de saúde deve possibilitar o debate com a sociedade civil, em especial porque segue as orientações internacionais da Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde, e ainda, se identifica com a doutrina de integração social de Gurvitch e do princípio da subsidiariedade, que priorizam as comunidades menores e os seus cidadãos.

### 5.3 O debate com a sociedade civil como pressuposto que antecede a instituição de uma estratégia de saúde e o fortalecimento do poder local

Neste espaço, pretende-se mostrar que o pressuposto indispensável para a instituição de qualquer estratégia municipal ou intermunicipal constitui-se no debate com a sociedade civil sobre a realidade da saúde no(s) município(s), que conduzam ao fortalecimento do poder municipal no cenário da saúde pública, demonstrando a articulação inseparável do direito social gurvitchiano e da subsidiariedade - que conferem centralidade às instituições menores e seus cidadãos -, e, ainda, da teoria política nacional e internacional de saúde, em direção à participação social e à integração dos serviços, enquanto princípios da Atenção Primária da Saúde (APS), entendida como a porta de entrada do sistema.

Nessa perspectiva, é possível afirmar que, de acordo com os estudos sobre as teorias de Gurvitch e de Habermas e, com fundamento, ainda, no princípio da subsidiariedade e nas agências internacionais de saúde – OMS e OPAS -, a criação de qualquer estratégia local de cooperação e integração entre sociedade civil e entes da Federação, deve conter dois pressupostos básicos: a de discussão e a agenda de deliberação pública com a sociedade civil e, o consequente empoderamento da comunidade local para que essa assuma o seu papel de protagonista na definição das políticas públicas de saúde.

O termo deliberação, em seu sentido etimológico, compreende dois significados: deliberar pode significar tanto “ponderar, refletir”, quanto “decidir,



resolver”. (AVRITZER, 2000, p. 25). Habermas e Rousseau, dentre outros autores clássicos, se dedicaram ao tema. Para Habermas (2012a, p. 142) o mais importante é a comunicação entre os envolvidos, resultando na teoria do discurso, que fundamenta a política da deliberação. Segundo o referido princípio “são válidas as normas de ação às quais todos os possíveis atingidos poderiam dar o seu assentimento, na qualidade de participantes de discursos racionais” (HABERMAS, 2012a, p. 142). Para este autor, a declaração da “opinião” e da “vontade” de modo desinteressado e informal pode transformar-se em regra decisória (legislativa e administrativa) estatal.

Para Rousseau (2008, p. 39), o que importa é a opinião de cada cidadão na produção da vontade geral. Segundo este autor “se os cidadãos não tivessem alguma comunicação entre si, quando o povo delibera suficientemente informado, sempre a vontade geral resultaria do grande número de pequenos debates e seria sempre boa a deliberação”. No entanto, “Para que haja pois a exata declaração da vontade geral, importa não haver no Estado sociedade parcial e que cada cidadão manifeste o seu parecer”.

Nesse aspecto, importa esclarecer que as ideias de Gurvitch, Habermas e de Rousseau, resultam compatíveis para o presente estudo, visto que enquanto o primeiro trata de “fatos normativos”, os dois últimos fazem referência à “deliberação pública”, cujas expressões se aproximam, qual seja, decisão coletiva autônoma, cujas normas deliberadas em comunhão nos espaços públicos, pelos atores sociais, obrigam todo o conjunto social. Entretanto, a presente pesquisa vai além da perspectiva habermasiana ou rousseana, uma vez que a democracia deliberativa é aplicada em consonância com o princípio da subsidiariedade, desse modo, em âmbito local.

A descentralização integra o governo e a sociedade local, criando laços comunicativos e promovendo o diálogo sobre o atendimento à saúde, suas ações e serviços, de forma a possibilitar a sua melhoria no municipalismo brasileiro.

A proposta de debates ou discussões se baseia no princípio de autonomia e liberdade de Gurvitch, que permite que cada cidadão emita sua opinião ou argumento sobre a situação da saúde no(s) município(s) ou no tocante a constituição de alguma estratégia local de cooperação visando a reordenação do sistema de saúde, podendo, inclusive, realizar questionamentos a esse respeito, no formato de audiências públicas.

Os debates e deliberações públicas deverão ser amplamente divulgados nos meios de comunicação para que todos os interessados, incluindo representantes da sociedade civil e dos entes federados, na questão das políticas públicas de saúde possam participar. Os debates devem ser subsidiados pela oferta de textos sobre as temáticas a serem discutidas, de forma simples e descomplicada, para que possam atingir a todos, utilizando-se de gráficos, tabelas e exemplos de sucesso para que o debate seja mais eficaz do ponto de vista da formulação de propostas.

“Os cidadãos, devidamente informados sobre os problemas das comunidades locais, estão em condições de os debater”, o que revela-se “da maior importância quer a discussão organizada a partir dos órgãos de poder, quer a que decorre através dos meios de comunicação social”, como “as discussões mais ou menos informais levadas a cabo por partidos, associações cívicas ou cidadãos”. (OLIVEIRA, 2005, p. 40-41).

“A discussão sobre assuntos relevantes das autarquias locais é a sequência natural de uma informação dos cidadãos bem sucedida e uma boa preparação para decisões devidamente fundamentadas”. Essa “discussão deve, aliás, ser fomentada pelos órgãos das autarquias locais, como recomenda o Conselho da Europa”. (OLIVEIRA, 2005, p. 41)<sup>413</sup>.

Entende-se que o debate com a sociedade civil constitui a via mais democrática de discussão e deliberação pública sobre o assunto em pauta, pois “a participação em organizações cívicas desenvolve o espírito de cooperação e o senso de responsabilidade comum para com os empreendimentos coletivos”. (PUTNAM, 1996, p. 104).

Logo, se observa que é necessária uma mediação efetiva na área da saúde, no sentido de substituir a gestão fundamentada em modelos simplistas do passado e privilegiar as novas estratégias de diálogo político pluralista, a fim de se chegar a um consenso sobre os mecanismos inovadores para o sistema público de saúde. “No centro do diálogo político está a possibilidade de participação de todos os interessados”. (OMS, 2008, p. 89).

A necessidade de envolver toda a sociedade civil no debate social sobre as políticas públicas de saúde deve-se ao fato de uma maior participação nas decisões relativas à sua comunidade e ao que acontece no seu ambiente de trabalho, e

---

<sup>413</sup> “Recomendação Rec (2001) 19 do Comité de Ministros, aprovada em 6 de Dezembro de 2001”. (OLIVEIRA, 2005, p. 41).

principalmente, nas decisões mais relevantes que envolvem o governo, o que acaba afetando, a vida de cada um, em particular (OMS, 2008, p. 92)<sup>414e415</sup>.

Para que o diálogo e a participação social sejam bem sucedidos em um processo de reformas do sistema de saúde é indispensável uma nova prática de informação em saúde<sup>416</sup>. “As comunidades e as organizações da sociedade civil precisam de melhor informação para proteger a saúde dos seus membros, reduzir a exclusão e promover a equidade”. Igualmente, “os profissionais de saúde necessitam de melhor informação para melhorar a qualidade de seu trabalho e para aperfeiçoar a coordenação e integração dos serviços”. Da mesma forma, “os políticos precisam de informação sobre como o sistema da saúde está ou não a cumprir os objetivos da sociedade e como o dinheiro público está a ser usado”. (OPAS, 2007, p. 97).

Deve-se salientar que a responsabilidade pela saúde não é somente do Estado, mas, igualmente, de toda sociedade, nos termos constitucionais<sup>417</sup> e em consonância com a teoria da integração social de Gurvitch, a qual é, antes de tudo, um direito de colaboração, que se consolidada entre sociedade civil e poder estatal, neste estudo.

Nessa perspectiva, importa ressaltar que “o Estado de Direito é o Estado dos cidadãos” (BOBBIO, 1992, p. 61), o que significa dizer que “a figura do direito tem como correlato a figura da obrigação”, de forma que “não existe direito sem obrigação e vice-versa” (BOBBIO, 1992, p. 80), o que justifica que a organização

---

<sup>414</sup> “Sem um diálogo político estruturado e participativo, as escolhas de políticas ficam vulneráveis à apropriação por grupos de interesses, às mudanças das individualidades políticas ou à inconstância dos doadores. Sem um contrato social, é igualmente muito mais difícil conseguir-se uma articulação efectiva com todos os envolvidos cujos interesses divergem das ações assumidas pelas reformas do sistema de saúde, incluindo outros setores que competem, também, pelos recursos da sociedade” (OMS, 2008, p. 92).

<sup>415</sup> “A experiência dos países que conseguiram acelerar as reformas dos cuidados primários de saúde sugere três elementos comuns nos diálogos políticos efectivos: a) a importância de instrumentalizar os sistemas de informação de forma a colocá-los ao serviço das reformas; b) sistematicamente aproveitar e fazer convergir as inovações; e c) partilhar ensinamentos sobre o que funciona” (OPAS, 2011, p. 87).

<sup>416</sup> “Os dados de rotina dos sistemas de informação em saúde mais tradicionais não conseguem responder à exigência crescente para informação em saúde de uma multiplicidade de constituintes. Os cidadãos precisam de um acesso mais fácil aos seus próprios registros de saúde, que os devem informar sobre o progresso que está a ser feito nos seus planos de tratamento e que lhes permitam uma maior participação nas decisões relativas à sua própria saúde e à das suas famílias e comunidades”. (OMS, 2008, p. 93).

<sup>417</sup> A Constituição brasileira, em seus artigos 227, 229 e 230, estabelece que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar o direito à vida, à saúde. A Lei nº 8.080/90, no seu art. 2º, § 2º dispõe: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”.

social deve pautar-se também pelos deveres<sup>418</sup> no âmbito da saúde, notadamente, em sede local.

Desde Aristóteles (2008, p. 57), o conceito de cidadão tem sido aprimorado para estimular a participação nas decisões públicas, tomando parte na administração deliberativa ou judicial da cidade (GORCZEVSKI; MARTIN, 2011, p. 21), tal como demonstrou a experiência italiana e a norteamericana através das comunidades cívicas (PUTNAM, 1996, p. 102 e 2002), em que os cidadãos se mostraram sensíveis aos problemas da comunidade e estabeleceram relações não hierárquicas de reciprocidade e cooperação para resolver suas demandas.

Segundo os ensinamentos de Gurvitch, na sociedade moderna, não deve prevalecer, nem o poder público, nem o poder privado, mas sim o “poder social”, o qual pertence aos indivíduos e aos grupos autônomos. É o que se vislumbra no campo da saúde, de acordo com o entendimento da Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2007, p. 11). Para essa entidade, a participação social é um dos princípios inerentes à renovação da atenção primária em saúde.

Ela transforma pessoas em verdadeiros parceiros ativos na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridades e garantia de responsabilidades. Em sede individual, as pessoas devem estar aptas a tomar decisões livres, após estarem suficientemente informadas sobre sua saúde e de sua família. Em nível de sociedade, a participação na área da saúde se revela um dever cívico; garantindo valores sociais e gerando mecanismos de controle social e fiscalização por ações de natureza social.

A participação do cidadão nas decisões que geram efeitos sobre a sua própria vida e da sua comunidade ocorre por meio do empoderamento<sup>419</sup>, traduzido como a consciência da força da comunidade, que vê nela mesma uma capacidade de auto-organização e autolegislação, no sentido de construção de alternativas para afirmação de seus direitos, sobretudo à saúde, ressaltando a ideia de força que deu origem ao termo, mas que na prerrogativa liberal é atribuída ao indivíduo, possibilitando, sobretudo, a emancipação individual, assim como da coletividade local.

---

<sup>418</sup> Aith (2010, p. 189-193) aborda os deveres dos indivíduos, da sociedade e do Estado para a proteção do direito à saúde.

<sup>419</sup> Segundo Keil e Baquero (2007, p. 214 e 217) “empoderar-se é livrar-se da submissão. “Ter paixão pela liberdade”. Defendem ainda que o empoderamento “só pode ocorrer quando o sujeito entende o discurso como uma arma de poder, de controle, de sujeição, de qualificação e desqualificação”. O discurso é uma batalha que se constitui como resistência contra a dominação.

Nesses termos, e levando-se em conta a ordem social de integração na perspectiva de Gurvitch, entende-se que, nessas relações, não há um órgão regulador ou de dominação, o que possibilita a promoção de autonomia democrática da sociedade e a cidadania ativa, na busca de uma “emancipação comunitária local”<sup>420</sup>.

Deve-se “dar preferência à unidade social menor, em lugar da maior” (BARACHO, 1986, p. 49), na solução das demandas sociais, em razão do seu caráter de proximidade com os cidadãos, e, por isso, apresenta melhores condições de prestar serviços eficientes de saúde, uma vez que conhece a realidade da comunidade local, motivo pelo qual a subsidiariedade fortalece o poder municipal (BARACHO, 1996, p. 51).

Tal prática, igualmente, é uma condição necessária para o funcionamento integrado das atividades sociais, como é o caso da saúde (DOWBOR, 1998, p. 386), proporcionado mediante a integração dos entes federados, atores sociais e da respectiva da cooperação desses em prol desse importante interesse comum – a saúde. E, conclui Baracho (1996, p. 51): “O município é tido como a forma de integração intermediária entre o indivíduo e a sociedade”, o que facilita a inserção dos cidadãos no processo decisório, em especial na produção de normas e procedimentos administrativos relativos à saúde.

Essa autonomia do poder local, que se fundamenta nos ensinamentos de Gurvitch, permite a consolidação do fortalecimento da instância local de poder e do seu próprio desenvolvimento, posto que “são justamente os governos locais os responsáveis pela execução de políticas públicas adequadas para o fortalecimento da qualidade de vida, seja em função da (re)definição de competências constitucionais” e, até mesmo “em virtude da crise de financiamento do Estado Nacional, que o incapacita de atender com efetividade às demandas da população”.

Por conta disso, se justifica “a importância do poder local para o desenvolvimento econômico na sociedade globalizada, vinculado ao conceito de qualidade de vida como fator de produtividade e, por conseguinte, de eficiência do sistema produtivo”. (HERMANY, 2007, p. 263).

Essa congregação deixa livre de dúvidas que a ausência ou mesmo a falta de autonomia é problema grave na operacionalização constitucional do federalismo, e,

---

<sup>420</sup> Para aprofundar o tema do empoderamento social local conferir Hermany e Rodembusch (2010). Igualmente, o tema pode ser conferido em Hermany e Costa (2009, p. 2891-2914).

também, que as noções da subsidiariedade impõem uma nova relação entre sociedade civil e Estado. Disso emerge a necessidade de participação dos atores sociais, a depender de um envolvimento dos cidadãos na tomada de decisões públicas que ultrapasse a mera democracia representativa, visto que a participação nas decisões locais, pela sua proximidade, mostra que a democracia local<sup>421e422</sup> constitui-se efetivamente através da presença dos cidadãos na vida da comunidade local.

A participação dos cidadãos nas responsabilidades cívicas e no comprometimento da vida política constitui uma legitimidade do processo de decisão, pois estes estão conscientes de suas responsabilidades cívicas e se comprometem a participar da vida política, constituindo-se uma força viva necessária a qualquer ideal democrático (OLIVEIRA, 2005, p. 31-32).

Logo, não apenas é uma necessidade jurídica, mas também política e social a conjugação dos dois mundos envolvidos na construção dos direitos sociais – a sociedade civil e o Estado – que devem permanecer separados (atuação externa, participativa e fiscalizadora da sociedade nas atividades públicas) e igualmente ligados um ao outro pela representatividade dos dirigentes políticos. Essas três dimensões da democracia – respeito pelos direitos fundamentais, cidadania e representatividade dos dirigentes – completam-se; aliás, é sua interdependência que constitui a democracia (TOURAINÉ, 1996, p. 43).

Para Gurvitch (1935, p. 258), é a ideia de “democracia política”<sup>423</sup>, portanto, “que representa os interesses dos membros de uma totalidade nacional e, com efeito, intimamente ligada à noção do cidadão como tal [...]”, que deve imperar na sociedade moderna, como incremento da garantia dos direitos sociais – à saúde.

Para este jurista, como se observa, existe uma interdependência entre democracia e sua teoria do direito social, no âmbito de uma organização social, para quem “a organização do poder e a garantia dos direitos se realizam a partir de um fundamento democrático”<sup>424</sup>. (GURVITCH, 1935, p. 252). Este poder político, cuja

---

<sup>421</sup> Uma visão da descentralização e da “democracia local” no mundo pode ser conferida em Marcou (2008).

<sup>422</sup> A democracia local pode ser melhor analisada em Oliveira (2005).

<sup>423</sup> Gurvitch (1935, p. 258) distingue a democracia econômica da democracia política, afirmando que a primeira “[...] se constitui à base de representação por grupos, industriais e profissionais”, e que a segunda “fica organizada exclusivamente à base da representação universal dos cidadãos”.

<sup>424</sup> “Um poder não democrático é um poder instituído fora e acima do direito. É um domínio de relações onde não penetra a regulamentação pelo direito e onde reina a arbitrariedade” (GURVITCH, 1935, 253).

finalidade é a melhoria da prestação do direito à saúde, em âmbito local, passa a ser exercido pelo “cidadão-comunitário”.

Nesse sentido, “a cidadania ativa é pressuposto básico para a efetivação do princípio da subsidiariedade. Na sua efetivação, as instâncias privadas precisam trabalhar para a coletividade, pelo que devem realizar tarefas de interesse geral, operando-se de modo e por razões conjugadas”, de forma que “a solidariedade é necessária, sendo que a própria participação do Estado ocorrerá para a efetivação da solidariedade entre os componentes da sociedade”. (BARACHO, 1996, p. 64).

Nesse contexto de comunidade local, a noção de cidadania vem sendo ressignificada na reconstrução das relações entre sociedade civil e Estado, porque “enquanto a dinâmica do espaço da cidadania é organizada pela obrigação política vertical (relação Estado/cidadão), a dinâmica do espaço da comunidade organiza-se quase sempre a partir de obrigações políticas horizontais (relação cidadão/cidadão, família/família, clã/clã, crente/crente)” (SANTOS, 2002, p. 283), o que favorece a formação de organizações menos hierárquicas, na direção de uma sociedade moderna horizontal (TAYLOR, 2010, p. 156).

Sob esse fundamento participativo, Gurvitch (1932, p. 86) destaca o princípio da soberania popular, fundamentado em assembleias democráticas abertas, as quais influenciam a comunidade política subjacente, já que oriundas da participação de base e fundadas em processos de descentralização, o que permite que se estabeleça uma estratégia de integração entre sociedade civil e poder público municipal na defesa e garantia do direito à saúde.

Por tais razões, a participação social, a partir do poder local, favorece o controle público das decisões estatais<sup>425e426</sup>, enquanto condição da cidadania, ao tempo em que fortalece as relações na comunidade, quando se propõe, neste estudo, valorizar o papel dos agentes sociais na condução da política pública de saúde nos municípios do Brasil, priorizando, sobretudo, as potencialidades dessas comunidades locais, em detrimento do poder público estatal.

É, por isso, que o espaço local se revela favorável para a consolidação do sentimento de pertencimento, de solidariedade e de responsabilidade social,

---

<sup>425</sup> “A verdade é que, quanto mais centralizada a decisão, mais técnicos existem, porém menor é o controle por parte da população”. (DOWBOR, 1999, p. 34).

<sup>426</sup> A comunidade local consiste em um espaço privilegiado de manifestação dos interesses da sociedade e, também, de produção de mecanismos de regulação de controle social legitimados através da participação da população (HERMANY, 2007, p. 253).

essencial para a construção do direito social, já que estimula, “dada a proximidade do processo decisório, a ativa participação da sociedade, o que acarreta inúmeros benefícios”. No entanto, “o fator que se constata em todas as estratégias bem-sucedidas de poder local reside no maior grau de abertura dos processos decisórios para a população”. (HERMANY, 2005, p. 1.406-1407).

Para Gurvitch, a principal virtude da democracia se encontra na participação dos grupos e seus membros no interior de uma organização social, no que tange à produção do processo legislativo e o controle das decisões públicas, consistente em um direito social autônomo de integração, originado pelo fato normativo de uma totalidade social, especialmente a partir das comunidades locais.

A partir desses postulados é possível afirmar que se está inaugurando uma nova fase do direito à saúde no Brasil, a partir dos municípios, isto é, “direito social de integração sanitária”, que, busca, essencialmente, a melhoria da prestação à saúde, com a colaboração da própria sociedade na produção de sua normatividade e na sua administração.

Entende-se como necessário defender as instituições, os indivíduos, os grupos sociais e os espaços comunitários locais, de forma a superar o paradigma normativista liberal-individualista em que o cidadão e a sociedade civil eram excluídos de participar das decisões públicas (legislativas e administrativas), de forma a reinventar o Estado Democrático de Direito no âmbito da saúde pública brasileira a partir dos municípios. Essas ideias conduzem a uma renovada “democracia sanitária” no Brasil.

Este sistema de promoção da participação favorece a inclusão social e reduz a pobreza<sup>427</sup>, ao mesmo tempo em que proporciona o desenvolvimento social<sup>428</sup> e ampliação do poder local, uma vez que a atuação da sociedade e do município beneficia o enfrentamento das demandas da própria comunidade local, eis que melhor conhecem a realidade social e as suas necessidades.

A partir dessas premissas, é possível dizer que está surgindo um novo cidadão na instância menor de poder, aquele que tem consciência não apenas dos

---

<sup>427</sup> Romano e Antunes (2003) enfrentam a temática do empoderamento no combate à pobreza com maiores detalhes. Conferir ainda sobre o empoderamento popular, Cechin (2010).

<sup>428</sup> A respeito da participação na comunidade como forma de desenvolvimento conferir Marchioni (2001 e 2007).



seus direitos, mas também dos seus deveres<sup>429</sup>, que possui responsabilidades junto à comunidade local no que se refere ao direito à saúde.

O surgimento e empoderamento de novos atores sociais permite, ainda, uma redução da esfera estatal e uma ampliação da compreensão conceitual do pluralismo jurídico, “tendo em vista que os agentes sociais (individuais e coletivos) são igualmente responsáveis pela produção normativa, pela produção de bens e serviços públicos e pela efetiva participação política [...]”, bem como pela adoção de medidas redutoras das desigualdades sociais (ALVES, 2013, p. 302-303), fazendo com que, a partir da combinação desses fatores, a democracia participativa, se fortaleça.

Neste pluralismo jurídico comunitário, de caráter emancipatório, o espaço público deve ser reordenado através do incentivo à criação de políticas democráticas, comunitárias, descentralizadas e participativas, baseada em uma ética de alteridade e de uma racionalidade emancipadora (WOLKMER, 2001, p. 222), estratégia eficaz na concretização do direito social à saúde, visto que fortalece o poder local, verificando-se, ainda, a sua estreita relação com o princípio da subsidiariedade e com o direito social de Gurvitch (1946, p. 79), e ainda, com as experiências nacionais e internacionais no campo da saúde, e em especial, com as orientações das instituições internacionais – OMS e OPAS -, que primam pela participação social nos sistemas públicos de saúde.

Cumpre destacar que toda essa lógica vai ao encontro da ideia de direito social de Gurvitch, cuja noção de integração social constrói-se, justamente, a partir da base da solidariedade social, contrapondo-se ao individualismo jurídico. O direito social que tem sido argumentado ao longo de todo o trabalho, tem por pressuposto que o ser humano está sujeito a vínculos sociais, ou seja, está socialmente situado. A esse indivíduo Gurvitch reivindica autonomia, “porque una sociedad democrática exige la constitución de individuos autónomos, esto es, reflexivos y con capacidad de ser plenamente conscientes de sus propias significaciones y proyectos imaginarios”<sup>430</sup>. (PÉREZ; PRIETO, 2005, p. XXV).

---

<sup>429</sup> “[...] para que a Declaração dos Direitos do Homem não seja, como disseram tantas vezes, um elenco de desejos pios, deve existir uma correspondente declaração dos deveres e das responsabilidades daqueles que devem fazer valer estes direitos”. (BOBBIO, VIROLLI, 2007, p. 42).

<sup>430</sup> “porque una sociedad democrática exige a constituição de indivíduos autônomos, ou seja, reflexivos e com capacidade de serem plenamente conscientes de seus próprios significados e projetos imaginários”. (Tradução)

Essa participação social, e a conseqüente autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais no âmbito da saúde pública, são indispensáveis quando se pensa na construção de alguma estratégia local de cooperação e de integração entre a sociedade civil e os entes da Federação, na busca da reordenação do sistema e na rearticulação federativa, de modo a torná-lo mais eficiente.

#### 5.4 Indicativos a uma proposta de uma estratégia local da gestão integrada e de cooperação democrática de melhoria da política de saúde no municipalismo brasileiro

Os debates, seguindo a diretriz acima citada, indicarão os caminhos necessários para a resolução dos problemas de saúde em nível municipal com o apoio dos demais entes federados. Sua legitimidade será resultante do processo de discussões e deliberações públicas a que estará submetida à proposta.

Pelos estudos anteriormente apresentados, sugere-se que a indicação de uma proposta englobe um acordo de cooperação entre o(s) município(s)<sup>431</sup>, o Estado e a União, através do qual estes se comprometerão a participar de um órgão (central) estabelecido no poder municipal, oferecendo seus recursos disponíveis (financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais) para fortalecer a saúde em nível local. Por isso, a primeira questão diz respeito à competência.

Em relação à autonomia do município para legislar sobre o direito à saúde, importa referir que o artigo 30 da Carta Política dispõe que “Compete aos Municípios: I- legislar sobre assuntos de interesse local [...]”(BRASIL, 1988). Ademais disso, os municípios podem “suplementar a legislação federal e a estadual no que couber” (artigo 30, inciso II, da CF/88), isto é, complementar as respectivas legislações da União e do Estado, quando envolver o interesse municipal.

Na mesma direção, o artigo 24, inciso XII, da Constituição Federal de 1988, estabelece a competência legislativa concorrente entre a União, os Estados e o Distrito Federal, no tocante à proteção e defesa à saúde, “sendo válido entender que

---

<sup>431</sup> Em municípios de pequeno porte se efetivará por meio dos consórcios intermunicipais, os quais se encontram previstos na Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005 e no Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Neste caso, é firmado um protocolo de intenções entre os entes federados que será assinado pelo executivo de cada município participante, sendo posteriormente enviado para cada um dos poderes legislativo. Após sua aprovação, deve ser publicado para conhecimento público da população envolvida, sendo denominado então Contrato de Consórcio Público. Novamente, os executivos de cada município que aprovou a sua participação no Consórcio ratificarão o acordo, proclamando o mesmo como constituído (CNM, 2014).

aos Municípios também se conferiu participação na produção normativa concorrente, em virtude do disposto no artigo 30, II, que lhes dá competência para complementar a legislação federal e a estadual no que couber”. (ALMEIDA, 2013a, p. 751). Portanto, se conclui que o Município tem competência para legislar sobre a questão relativa à saúde.

A proposição deve resultar em um sistema integrado de saúde, em consonância com a Organização Mundial da Saúde (2008) e Organização Panamericana da Saúde (2011, p.17), que reorganizará os serviços e ações de saúde em âmbito municipal, sob a responsabilidade conjunta e integrada das três esferas de governo e sociedade civil, através da cooperação democrática na consecução da promoção, proteção e recuperação da saúde, além de centralizar os três níveis de complexidade (baixa, média e alta) em um único centro de atendimento.

Essa reorientação se fundamenta em um dos princípios do SUS que prima pela “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população” (artigo 7º, inciso XI, da Lei n 8.080/90). Igualmente, os serviços públicos de saúde devem ser organizados “de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (artigo 7º, inciso XIII).

A indicação da proposta aqui delineada encontra-se alinhada com o disposto na Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, que instituiu a gestão plena municipal, conferindo aos municípios a possibilidade de administrar todo o atendimento em saúde no seu território. Na mesma direção encontram-se os consórcios intermunicipais de serviços públicos, cuja criação deve-se a integração dos municípios na instituição cooperada e articulada dos serviços e ações de saúde, objetivando uma melhoria de todo o sistema, uma vez que também permite o atendimento próximo da localidade do cidadão.

Isso se justifica, ainda, porque, a partir de 2011, o Decreto nº 7.508/11, que regulamentou a Lei Orgânica do SUS, estabeleceu como portas de entrada das redes de atenção do sistema público, além dos serviços de atenção primária, aqueles da atenção especializada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 530).

Nessa perspectiva, os serviços de atenção primária devem estar centralizados na comunidade. Para constituir-se como porta de entrada, o primeiro atributo é que sejam acessíveis à população, eliminando-se barreiras financeiras,

geográficas, organizacionais e culturais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 502-503).

A renovação da atenção primária à saúde (OPAS, 2007, p. 10 e 14) ressalta que “níveis diferentes de governo (por exemplo, local, estadual, regional, nacional) precisam de linhas de responsabilidade definidas e dos mecanismos de responsabilização correspondentes”. Os cidadãos e a sociedade civil, por seu turno, também, “desempenham um papel importante na garantia de responsabilização”.

Este sistema de saúde, com apoio em valores compartilhados e envolvendo mecanismos participativos, deve permitir a “capacidade das comunidades de tornarem-se parceiras ativas no estabelecimento de prioridades, na gestão, na avaliação e na regulação do setor de saúde”. “Profissionais e gestores de saúde devem coletar e usar dados para auxiliar na tomada de decisões e no planejamento”, inclusive, desenvolvendo planos e projetos para ajudar na deficiência do sistema.

Esse novo modelo organizacional de integração e de cooperação no campo da saúde, também se encontra em conformidade com alguns estudos relativos ao assunto. As práticas e as políticas sobre a integração na área da saúde fundamentam-se, sob três dimensões: “a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificação nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação de acordos entre atores e organizações)”.

Portanto, para efeitos práticos, compreende “em estratégias de gestão, do financiamento e da informação, que assegurem uma coordenação comum, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros”, resultante do poder local e demais níveis e instâncias políticas, além de profissionais de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 333).

Neste sentido, as novas formas de gestão, segundo Relatório Mundial de Saúde da OMS (OMS, 2008, p. 102 e 117), para causar uma maior equidade na área da saúde, deve empreender um esforço de toda a sociedade e integrar todos os interessados. E, prossegue: “O centro de poder está a escapar dos governos nacionais, para entidades subnacionais, incluindo um conjunto de governos locais e regionais e instituições não governamentais”.

Assim, a reordenação da saúde na forma de sistema integrado abrange os recursos e ações de todos os entes da Federação, para o qual devem concorrer com

serviços e recursos, para atingir os “elevados objetivos que lhe foram atribuídos pela Constituição Federal”.

A perspectiva é que, “esse traço cooperativo é dos mais relevantes, pois, sem ele, certamente a ideia de sistema cairia por terra. Ademais, as repercussões práticas são proeminentes”. (DALLARI, NUNES JÚNIOR, 2010, p. 80). Além disso, este sistema integrado atende ao princípio da eficiência, que deve funcionar com a devida presteza, perfeição e rendimento para o atendimento da comunidade e de seus membros (MEIRELLES, 1996, p. 90-91).

A noção de eficiência está “vinculada à redução de custos, à diminuição do tempo nas operações e a uma maior produtividade”; a eficácia, por seu turno, “ligada à consecução dos objetivos pretendidos e à obtenção de resultados desejados”. Já a efetividade, está “centrada em aspectos éticos, de responsabilidade pública e social”. (CARAVANTES; CARAVANTES; KLOECKNER, 2005, p. 385).

De acordo com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2007, p. 10 e 87), a responsabilização dos governos garante que os direitos sociais sejam preservados, o que exige “monitoramento e a melhora contínua do desempenho do sistema de saúde, de forma transparente, e que esteja sujeito ao controle social”. Também, segundo essa entidade, o fato de ser exercido “através de modelos colaborativos de diálogo político”, com todos os envolvidos, se torna mais efetivo.

Na verdade, a central, enquanto espaço estratégico municipal, funcionaria como um mecanismo coletivo descentralizado de saúde, cuja associação de colaboração se estabeleceria entre União, Estado e município(s), em conjunto com a sociedade civil, procurando prestar serviços de saúde de forma integral, em uma determinada comunidade, de acordo com o direito de comunhão e de integração de Gurvitch e do princípio da subsidiariedade, e, ainda, levando em conta as orientações da comunidade política de saúde.

Importa salientar que esse novo modelo integrado de saúde, cuja função principal consiste em oferecer uma prestação eficiente de saúde, deve procurar, ao mesmo tempo, maximizar os recursos existentes, de forma a atender toda demanda populacional, quando o traço predominante na área da saúde pública municipal é “el federalismo funcional de los servicios públicos descentralizados, administrándose a si mismos bajo el control del gobierno”<sup>432</sup>, em que as entidades federadas se

---

<sup>432</sup> “o federalismo funcional dos serviços públicos descentralizados, que administra a si próprio sob o controle do governo”. (Tradução)

integram a um “federalismo cooperativo”<sup>433</sup> (GURVITCH, 1945, p. 142), juntamente com a sociedade civil.

Entende-se que essa gestão compartilhada e democrática, portanto, seria capaz de resolver o problema advindo da “competência comum” no campo da saúde pública e promover a rearticulação do Federalismo brasileiro, a partir do governo local, já que composta de atores sociais e governamentais. Nessa nova reordenação, se busca uma cooperação e não uma simples modificação da base normativa com a determinação de competências. Por isso, deve ser preservada a competência específica de cada ente federativo.

A instituição de um mecanismo estratégico da gestão integrada e democrática decorre da análise de que os serviços de saúde são oferecidos de forma autônoma nos municípios pelos entes federados, em decorrência das necessidades existentes em cada um. É como se houvesse três sistemas e não um Sistema Único de Saúde que funcionassem ao mesmo tempo, sem haver um “levantamento” dos serviços oferecidos nem dos recursos disponíveis em um âmbito total.

Entende-se que essa gestão integrada é mais eficiente por compartilhar decisões, incentivar a participação, gerar soluções coletivas e melhorar a qualidade de vida da população, na medida em que cria novos sujeitos políticos e modifica a relação entre sociedade e Estado, combatendo igualmente os excessos de regulação (SANTOS, 2001, p. 276), contribuindo para a efetivação de políticas públicas de saúde no âmbito local (PEROBELLI; SCHMIDT, 2011, p 161).

Através desse novo paradigma gerencial - cooperado e integrado - haverá uma reconstrução do espaço público local, contemplando procedimentos que irão atender às demandas existentes, provenientes de diversas fontes (atendimento individual, comunitária, ouvidoria, etc.), revalorizando o primado da participação da sociedade e promovendo a solidariedade (VIEIRA, 2001, p. 64), o que dá origem ao “espaço-cidadão”.

O acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade e a prioridade a alguns valores, também é defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS,

---

<sup>433</sup> No Estado Democrático de Direito, portanto, a nova estrutura organizacional de saúde, consiste em uma “cooperação dos serviços públicos descentralizados, organizados e controlados pelos governantes”, composta, inclusive, pelos próprios usuários do sistema (GURVITCH, 1932, p. 78).

2008, p. 121), que reclama pelo caráter solidário, a centralidade do cidadão e o direito de participação nas decisões que afetam à sua saúde.

A gestão integrada se realizaria entre as entidades federativas, através da intersectorialidade dos serviços e ações, no plano municipal. Do mesmo modo, restaria configurada entre entes federados e sociedade civil a gestão da política pública de saúde no âmbito municipal. Ao mesmo tempo, aconteceria entre esferas de governo e sociedade civil. Ainda se vislumbraria entre estratégia municipal, entes federados e sociedade civil.

A integração entre central e entes federados se verificaria no sentido de que é ela que administraria os recursos dos entes federados de forma integrada. Na central, a gestão integrada se realizaria entre os profissionais de saúde, entre o setor operacional, administrativo, entre unidades e serviços de saúde (por ex.: postos de saúde, hospitais, etc.). Igualmente, a integração entre central e sociedade se concretizaria por constituir um canal de comunicação direto entre cidadão e serviço de saúde.

Dessa forma, acredita-se que pode estar havendo uma não utilização de todos os recursos disponíveis ou até mesmo uma oferta exagerada de alguns serviços, pois a falta de um sistema integrado não permite identificar que setores estão deficitários e qual o alcance dessas deficiências. Além disso, o cidadão, verdadeiro destinatário dos serviços de saúde, não sabe para onde deslocar-se em caso de necessidade, pois não há informação qualificada que o faça dirigir-se ao destino correto. O que geralmente acontece é que ele se dirige ao hospital de maior referência na região, quando poderia ser orientado a procurar outra solução, de acordo com sua complexidade, ou prefere o caminho da judicialização, incluindo o Judiciário na administração do sistema de saúde.

Ao mesmo tempo, a ineficiência de um sistema integrado, em sede local, faz com que não existam políticas públicas efetivas para combater o problema, visto que a solução pode estar em diferentes âmbitos, não somente no assistencial. Assim, o papel de uma estratégia local seria o de atender o cidadão em suas múltiplas necessidades promovendo a sistematização<sup>434</sup>, consenso e encaminhamento das demandas da população, prestando orientações de saúde e fiscalizando as relações entre o cidadão e o Estado, além de promover políticas públicas integradas e

---

<sup>434</sup> Sistematizar consiste em “registrar, ordenar, interpretar, analisar e coordenar” (SOUZA, 2000, p. 33).

cooperadas de promoção, proteção e recuperação de saúde entre a sociedade e os entes federados.

A implantação de uma estratégia local, cuja sugestão de nome é CACIS - Central de Atendimento Cooperado e Integrado à Saúde - deve modificar a forma de prestação dos serviços de saúde nos municípios brasileiros, pois ela será o órgão centralizador dessas atividades em nível local. A partir de sua criação e da divulgação de seus propósitos, os cidadãos passarão a procurar a central para o seu primeiro atendimento, sendo posteriormente encaminhados para outros serviços, caso seja necessário.

Dessa forma, as ações da CACIS estariam divididas nas seguintes atividades: a) atendimento ao público para diagnóstico do problema e encaminhamento; b) coleta de dados importantes, realizada junto ao atendimento, para detectar demandas e sugerir políticas públicas de saúde. c) elaboração de ações de saúde pública junto à população, nos níveis de prevenção, promoção e recuperação da saúde, inclusive, atendimentos de emergências, epidemias e doenças crônicas. Essa estratégia municipal também pode ter uma ouvidoria, para recolher, do cidadão, sugestões, atender reclamações a respeito dos serviços oferecidos ou solicitar providências de saúde.

A partir desses pressupostos, é possível afirmar que as práticas de saúde funcionam melhor com a participação direta e autônoma dos destinatários do sistema, não apenas nas aspirações individuais, mas coletivas, em estreita relação com a sociedade, isto é, “onde a saúde de cada um seja levada em consideração ao mesmo tempo que aquela do grupo”.

Também, “uma sociedade em que cada indivíduo seja responsável por sua própria saúde e pela dos demais, na qual os esforços sejam levados a cabo não somente para a gestão dos riscos que sobrevenham, mas também, sobretudo, para a prevenção, para a antecipação dos riscos”. (CASAUX-LABRUNÉE, 2006, p. 784). Esse esforço, em âmbito local, se expressa nas ações oriundas da gestão compartilhada e democrática, através da instituição da central (CACIS).

A Central de Atendimento Cooperado e Integrado à Saúde (CACIS) estaria dividida em três níveis de atuação:

a) nível administrativo: atuando na organização administrativa e financeira da instituição. É formado por profissionais das áreas administrativas, contábeis e financeiras.



b) nível operacional: atuando no atendimento ao cidadão, sendo responsável por receber as demandas em saúde, fazer a sistematização, realizar o contato com as unidades de saúde dos órgãos federados e fazer o devido encaminhamento do paciente. Também seria responsável por informar o cidadão de seus direitos, de sua condição de saúde e dos trâmites legais com o paciente e suas famílias. Além disso, realizaria pesquisas e coleta de dados para subsidiar os debates no conselho administrativo. É formado por profissionais das áreas da saúde e assistência social.

c) nível político: atuando na gestão das políticas públicas, seria responsável pelas decisões relativas à política de saúde nos municípios, funcionando com um conselho administrativo, que se reuniria periodicamente para analisar os dados colhidos no nível operacional e tomar decisões em relação às demandas geradas pelo atendimento. Este órgão, chamado de conselho administrativo, seria formado por representantes do setor de saúde dos entes federados (Municípios, Estado e União), por representantes da sociedade civil (sindicatos, associações, organizações, movimentos sociais), por profissionais de gestão pública, por especialistas em saúde, podendo, ainda, ser auxiliado por peritos convocados para dar pareceres.

Essa ideia encontra fundamento na Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2011, p. 18) que defende uma organização e gestão integrada dos sistemas com suporte clínico, administrativo e logístico.

Entende-se que a Central de Atendimento Cooperado e Integrado à Saúde (CACIS) constituiria, a partir de sua criação, o espaço estratégico de saúde mais importante para o(s) município(s) envolvido(s), cuja implantação e atuação deve se dar de forma conjunta e integrada entre os três níveis de governo (local, estadual e central) e os agentes sociais.

Nessa proposta, serão mantidos todos os organismos já existentes na prestação de serviços de saúde, preservando-se a estrutura do SUS como está, mas aperfeiçoando a cooperação entre os entes federados e a integração das ações e serviços de saúde, com a inserção da sociedade civil nessa prática a partir do municipalismo brasileiro, sob a perspectiva gurvitchiana, do princípio da subsidiariedade, além das experiências e estudos nacionais e internacionais na área da saúde.

Essa estratégia municipal possui a grande missão de estabelecer um novo modelo de organização da saúde pública, através da gestão cooperada e integrada

entre os entes federativos e sociedade civil e, assim, promover a rearticulação do Federalismo brasileiro, a partir do governo local, de modo a resolver os problemas advindos com as indefinições da “competência comum” (artigo 23, inciso II, CF/88) e integrar os serviços de saúde (atenção básica, atenção ambulatorial especializada e hospitalar), na rede municipalista do Brasil, a partir da perspectiva da ordem de integração social de Gurvitch, do primado da subsidiariedade e dos princípios inerentes à política de saúde, em especial, as orientações internacionais neste setor.

No caso, em especial, do direito à saúde, a formulação de ações em conjunto das três esferas de governo, com a sociedade civil, é, sem dúvida, uma alternativa viável para a melhoria do sistema.

A atuação da sociedade na política municipal de saúde é de fundamental importância, uma vez que os “[...] programmes de l’action de l’Etat”, se referem somente “de ses devoirs et de ses droits, n’attribuant aux intéressés, groupes et individus, aucun droit social propre, aucune autonomie juridique, aucune capacité même de revendiquer et de contrôler, aucune garantie de leur liberté positive et de leur rôle actif, aucune faculté de se gouverner eux-mêmes et de défendre effectivement leurs droits”<sup>435</sup>. (GURVITCH, 1946, p. 74).

Por conseguinte, a CACIS, buscaria, sobretudo, “[...] proclamer le droit des individus, des groupes et de leurs ensembles, à une organisation pluraliste de la société, seule capable de garantir la liberté humaine dans les conditions actuelles”<sup>436</sup> (GURVITCH, 1946, p.80).

Nesse sentido, se por um ângulo, “o direito social se manifesta na tomada de decisões públicas a partir de uma construção compartilhada”, também, “assume destaque o controle e acompanhamento da execução das políticas públicas definidas em parceria com a sociedade”. (HERMANY, 2007, p.297-298).

Dessa forma, “o caminho é mais democracia na sociedade, mais participação cooperativa dos cidadãos”, o que, segundo Dewey (2008, p. 19), só é possível, na comunidade local. Assim, a democracia cooperativa, “enquanto forma de organização política e apta a tomar o lugar do Estado e de suas instituições”,

<sup>435</sup> “[...] programas da ação do Estado, se referem somente aos seus deveres e direitos, não atribuindo aos interesses, grupos e indivíduos, nenhum direito social próprio, nenhuma autonomia jurídica, nenhuma capacidade mesma de reivindicar e de controlar, nenhuma garantia de sua liberdade e de seu papel ativo, nenhuma faculdade de se governar elas mesmas e de defender efetivamente seus direitos”. (Tradução)

<sup>436</sup> “[...] proclamar o direito dos indivíduos, dos grupos e seus conjuntos, para uma organização pluralista da sociedade, a única maneira de garantir a liberdade humana nas condições atuais”. (Tradução)

constitui um modo de vida cooperativo, no sentido de compartilhar as atribuições relativas à saúde entre sociedade civil e entes federativos na construção de um sistema eficaz.

Por todos os argumentos expostos, as ações e os serviços da gestão compartilhada e democrática, instrumentalizados por meio da central, têm maiores chances de se efetivar e tornar o sistema de saúde mais eficiente no espaço público estatal local, já que a ideia de integração e de apropriação da esfera local pela sociedade civil se constitui em forte estratégia.

A eficiência administrativa na seara da saúde, portanto, não pode estar limitada ao seu sentido econômico; devendo basear-se, “principalmente, de acordo com os imperativos da realização efetiva das diretrizes constitucionais que devem orientar toda e qualquer ação ou política pública”. (KOSSMANN, 2015, p. 148). Impõe-se “que esse cumprimento da lei seja concretizado com um mínimo de ônus social, buscando o puro objetivo do atingimento do interesse público de forma ideal, sempre em benefício do cidadão”. (GABARDO, 2002, p. 24). Nessa diretriz, o princípio da eficiência deve se apresentar como instrumento garantidor da igualdade material (PEREZ, 2007, p. 85-107).

Quando o serviço público torna-se um benefício partilhado por todos, como o entendia Gurvitch, e os membros da comunidade têm acesso não somente ao que é oferecido, mas também às decisões que gerenciam seu funcionamento, há um sentimento de colaboração e pertencimento que perpetua na sua utilização, ou seja, há uma percepção de que o público realmente pertence a todos que ajudaram a construí-lo e o mantém.

Por isso a palavra-chave no âmbito da central é o consenso. E na colaboração e na comunhão de Gurvitch encontram-se os fundamentos para a participação e deliberação através do diálogo que promove o consenso das partes envolvidas, gerando a emancipação dos cidadãos. A comunicação é que vai permitir a criação de laços entre os atores sociais e o espaço público municipal, além das demais esferas de governo, na construção de normatividade e soluções relativas às demandas de saúde, no espaço local.

Tal desiderato será possível, a partir da ideia de integração de uma totalidade, a qual constitui a principal função do direito social, segundo Gurvitch (1932, p. 16), cujo “todo social”, no âmbito desse estudo, está representado pela sociedade civil e Estado (União, estados e municípios), numa espécie de

comunhão/colaboração. Para que a integração e a cooperação das ações e serviços de saúde se concretizem é imprescindível que haja “um equilíbrio entre os direitos e deveres” de cada cidadão (MARSHALL, 1977, p. 109)<sup>437</sup>.

Esse novo formato de gestão, portanto, favorece a liberdade humana individual e coletiva, enquanto expressão máxima da teoria de Guvitch, além da proteção da igualdade e da dignidade da pessoa humana e, beneficia, ainda, a inclusão de todo o tecido social no sistema de produção de normas e na defesa do direito à saúde, posto que cada um desses princípios pressupõe e implica os outros dois e servem de fundamento, por sua vez, ao sistema democrático<sup>438</sup>.

Este novo paradigma administrativo que será instalado com a central está em consonância com os postulados de Gurvitch, com a subsidiariedade, e com as teorias de saúde, e implica em uma reordenação tanto da ordem das decisões, que se realizarão do âmbito das entidades menores para as maiores, como da relação da sociedade com o Estado, cujo protagonismo acontece no interior das relações sociais.

Pelo que foi exposto, considera-se que a proposta de implantação da central (CACIS) poderá, de forma efetiva, contribuir no sentido de maximizar os recursos disponíveis para a saúde nas localidades em que for implementada, pois sua estrutura de funcionamento envolve a cooperação dos entes federados que atualmente atuam de forma difusa.

Além disso, ela se reveste de legitimidade por envolver a sociedade civil em sua criação e gerenciamento, tendo ainda o condão de ser uma estratégia de cooperação, com fortalecimento do poder local. Ainda, ela poderá potencializar as ações de saúde, em especial de promoção e de prevenção, melhorando a qualidade de vida da população e o desenvolvimento local. Também colabora para a democratização nas instituições e nas relações dos serviços públicos de saúde. Afora isso, o poder local e os seus cidadãos é o que melhor conhecem a realidade

---

<sup>437</sup> “Direitos civis equivalem, portanto, a assumir responsabilidade política, e o livre contrato equivale a agir como o instrumento da política nacional. [...] O incentivo que corresponde aos direitos sociais é aquele do dever público. [...] Insiste-se em que o cidadão responda ao chamado do dever dando lugar à motivação do seu próprio interesse” (MARSHALL, 1977, p. 109).

<sup>438</sup> “Liberdade e igualdade são os valores que servem de fundamento à democracia. [...] A maior ou menor democraticidade de um regime se mede precisamente pela maior ou menor liberdade que existe entre eles de que desfrutam os cidadãos e pela maior ou menor igualdade que existe entre eles” (BOBBIO, 1996, p. 8).

de saúde da sua população. Por isso, se encontra em melhores condições de atender as demandas.

Essa articulação com a sociedade e com os entes federados será uma prova da consistência que a teoria da integração social de Gurvitch, os defensores da subsidiariedade e todos os outros teóricos citados neste estudo possuem, notadamente, os da saúde, pois a presente tese incorpora suas ideias, e sugere que sejam colocadas em prática através da implantação da central por meio do novo paradigma administrativo da saúde nos municípios brasileiros – gestão cooperada e integrada.

## CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou a proposta de criação de estratégias locais de cooperação, rearticulação federativa e de controle social, antecedida de debates e de deliberação pública com a sociedade civil, os quais servem de instrumento para a concretização da gestão cooperada e integrada, através de uma central de atendimento, capaz de viabilizar melhorias na prestação do direito social à saúde.

No primeiro capítulo, apresentou-se a teoria do direito social de Gurvitch e sua relação com os direitos sociais fundamentais previstos no constitucionalismo brasileiro. Partiu-se do pressuposto de que a teoria do direito social de Gurvitch pode servir de marco teórico para um maior aprofundamento das relações de poder entre sociedade e estado, redesenhando o Estado Democrático de Direito através de uma superação do modelo representativo e criação de uma democracia participativa, na qual a voz do cidadão seja asseguradora de seus direitos.

Para que essa nova concepção seja viável e de forma prática, a teoria do direito social de Gurvitch, que também possui em seu interior a defesa de muitos direitos sociais, deveria incorporar a defesa dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988, propondo que estes direitos fossem debatidos com a sociedade, rompendo, assim, com a dogmática jurídica que oferece ao Estado a primazia de elaborar normas.

O direito social de Gurvitch e o constitucionalismo brasileiro confluem, pois pressupõe que os serviços públicos, incluindo os direitos sociais, devem servir ao cidadão, que deve decidir de que forma quer ser atendido pelas políticas públicas que garantam a eficácia desses direitos. Ainda no primeiro capítulo, foi possível estabelecer uma conexão das teorias pluralistas de Gurvitch com a realidade atual do Brasil, mostrando que existe uma diversidade de pessoas e situações para as quais deve haver soluções particulares, assim como existem diferentes regiões que apresentam problemas específicos de saúde em um país de dimensões continentais como o Brasil.

O segundo capítulo analisou o princípio da subsidiariedade e sua contribuição para a tese como pressuposto de que deve haver uma inversão no federalismo brasileiro, privilegiando-se o município como ente federado onde realmente os problemas acontecem e são solucionados, pois é no âmbito local que as pessoas vivem, trabalham, estudam, praticam atividades de lazer e de convivência social. É

no município que toda sorte de desafios assolam o cidadão, como necessidades vitais, como a saúde, que necessitam de políticas públicas eficientes de cunho local. Nesse novo modelo, chamado de federalismo cooperativo, as ações de saúde públicas seriam desenvolvidas prioritariamente no município, com auxílio do Estado e da União.

Um grande marco desse capítulo foi à associação do princípio da subsidiariedade com o direito social de Gurvitch, formando uma matriz teórica única, visto que ambos defendem a defesa dos direitos sociais que necessita ser formulada em nível local, para ter efetividade, sendo essas normas, posteriormente, incorporadas pelo direito estatal de entes maiores. Direito social e federalismo cooperativo são propostas que caminham na mesma direção.

O terceiro capítulo analisou o sistema de saúde público no Brasil a partir das normativas emanadas pela Constituição que originou na criação do Sistema Único de Saúde, a grande política pública nacional de saúde. Evidenciou-se que o Estado brasileiro procurou ampliar a oferta de saúde pública em todos os níveis e procedimentos, alcançando êxito em muitos setores e multiplicando em muito a capacidade de atendimento.

No entanto, devido à grandeza do país e a problemas de ordem financeira, administrativa, de desvios de recursos, a oferta nunca chegou a alcançar a demanda e os problemas de saúde proliferam em todo país, exigindo soluções rápidas e efetivas. O levantamento da realidade apontou que existe uma falta de conexão entre os entes federados e que isso prejudica o atendimento, uma vez que impede a correta utilização dos recursos disponíveis. O estudo demonstrou também que o excesso de judicialização causa reflexos na saúde pública, na medida em que aqueles que são beneficiados por medidas cautelares obtêm um direito individual que onera o Estado e também impede o correto uso dos recursos.

O quarto capítulo debruçou-se sobre o objeto de estudo, o poder local, procurando entender como este, em meio à centralização excessiva de recursos nos demais entes federados, executa a política pública municipal de saúde e procura contemplar as demandas dos cidadãos. Restou provado que há uma insuficiência generalizada na prestação de serviços e que a solução estaria na mudança do modelo existente, passando-se a adotar um federalismo cooperativo que invertesse a lógica centralizadora, fazendo com que o município obtivesse maior autonomia na destinação e gerência de recursos, pois assim faria uma melhor aplicação desses,

além de contar com o efetivo apoio da sociedade, que seria a principal beneficiada desse novo pacto federativo, visto que estaria na linha de frente da criação e efetivação de políticas públicas de saúde.

O quinto capítulo estabeleceu as bases de uma proposta de gestão integrada e cooperada no município, apresentando também estudos de autores na área da saúde que propõem a formação de redes de atenção integral formadas por equipes multiprofissionais como solução para os complexos problemas de saúde. Neste espaço de estudo também foi abordada a importância do debate com a sociedade e sugeridos alguns pontos que servem de norte na criação de estratégias locais de cooperação e de integração no sentido de gerar uma rearticulação federativa e maior controle social, o que gera empoderamento para decidir sobre questões de saúde em âmbito municipal.

Ficou evidenciado, ao longo do estudo, a atualidade e a contemporaneidade dos escritos de Georges Gurvitch a respeito da produção de normas e da participação da comunidade nas decisões de interesse público, aliado ao sentimento pluralista que vigora em todas as suas obras. Neste limiar do século XXI, em torno de 80 anos após a criação de sua teoria do direito social, o mundo e a sociedade brasileira experimentam a possibilidade de renovação do Estado Monista, criando-se, no Estado Democrático de Direito, as condições de uma maior interrelação entre sociedade civil e poder público, na qual as decisões e a implementação de políticas públicas devem servir ao cidadão e não apenas àqueles que dominam o aparato do Estado.

Para Gurvitch, deve prevalecer a força dos grupos sociais e indivíduos autônomos, no sentido de que os direitos sociais e a liberdade humana, expressão máxima de sua teoria, sejam garantidos, ao mesmo tempo em que servem para limitar o papel do Estado e, em última instância, dar primazia para a unidade social.

Essa nova era prescinde de uma mudança de comportamento do cidadão, sendo necessário o seu empoderamento e a consciência de que pode e deve legislar a seu favor, tornando-se, como foi dito, um “cidadão-legislador”, apoderando-se dos mecanismos existentes e criando outros ainda por vir, cada vez mais democráticos e participativos, que expressem a sua vontade e os desejos de sua rua, seu bairro e sua comunidade. É o resgate da cidadania que já estava presente nos tempos de Aristóteles, mas que agora pode ser estendida a todos, de forma universal, solidária, inclusa e participativa, para que as decisões sejam cada vez



mais favoráveis à sua qualidade de vida e, em especial, em defesa do direito à saúde.

Redimensiona-se, dessa forma, a tradicional relação entre sociedade civil e Estado, criando-se alternativas ao sistema representativo atual, que transfere a responsabilidade do cidadão para os governantes, para que estes possam fazer aquilo que está de acordo com seus interesses e com os grupos aos quais estão ligados. Postula-se a emergência de um cidadão participativo, consciente de seus direitos e deveres e de uma sociedade civil que assuma o seu dever de gerir os interesses públicos de saúde, conceituado neste trabalho como “cidadão comunitário-cívico”.

Por todas essas considerações citadas aqui é que se reafirma o caráter inovador e atual das formulações de Gurvitch e sua teoria do direito social. De comunidade em comunidade, a partir dos objetivos e interesses comuns dos indivíduos e grupos sociais, respeitando a sua identidade e os diferentes modos de pensar e agir, é possível tomar decisões públicas e produzir normas que favoreçam aqueles que trabalham, que constituem famílias, que promovem o desenvolvimento econômico e social, para que as novas gerações aproveitem ao máximo aquilo que somente a condição humana é capaz de fazer, transformar o meio ambiente e adaptá-lo aos seus propósitos.

Ressalta-se que a ordem de integração social de Gurvitch também é atual no sentido de considerar a multiplicidade de condições existentes em uma sociedade complexa e global como a que se vive atualmente, respeitando a presença do Estado e das organizações democráticas existentes. É por isso que seu direito social puro, criado nas comunidades, se tornará condensado ao ser exposto à tutela legal, para que se possa modificar a estrutura do Estado a partir dos desígnios da sociedade.

Os estudos da teoria do direito social de Gurvitch encontraram identidade e complementaridade na teoria da subsidiariedade e por este motivo ela foi incorporada neste estudo. Se há o desejo de redimensionar as relações entre sociedade e Estado, não exigindo sobremaneira a dissolução desse, posto que não há como gerenciar o interesse público sem a sua presença, é possível pensar em uma inversão da lógica existente, que privilegia o maior em detrimento do menor. Desde que surgiu o Estado Moderno, a centralização tem sido uma de suas características dominantes, impondo ao cidadão local mais deveres do que direitos,

devendo este trabalhar e organizar sua vida para atender interesses maiores e alheios à sua vontade e necessidade.

Através do princípio da subsidiariedade, é possível pensar em um novo modelo de organização do Estado, privilegiando o poder local e favorecendo o município como ente federado mais apropriado para a tomada de decisões e implementação de políticas públicas de saúde destinadas a favorecer o cidadão, pois é na comunidade onde as pessoas moram que a vida realmente acontece, que os desafios surgem e que as soluções podem ser melhores encontradas, pois há que se entender as particularidades regionais na configuração da realidade existente, ainda mais em um país com dimensões continentais como é o caso do Brasil, em que os problemas de saúde se apresentam de maneira específica em cada localidade e precisam ser enfrentados com soluções adequadas a cada situação.

Quando as decisões relativas à saúde, seja no tocante à produção de normas, seja referente às ações administrativas, se tornarem essencialmente locais, haverá maior participação da sociedade na definição das políticas públicas e maior fiscalização em sua implementação, o que favorecerá o controle social e evitará os abusos atuais, que geram ineficiência, corrupção e apropriação indébita daquilo que é público. Neste sentido, subsidiariedade significa retorno do poder à comuna, ao que é local, para favorecer o cidadão que nele reside e diariamente gera riquezas. Do ponto de vista desse estudo, direito social de Gurvitch e subsidiariedade formam uma única teoria, destinada a reverter à lógica atual das decisões e reinventar a relação da sociedade com o poder público.

Porém, isso não significa desprezar o conjunto de doutrinadores que também contribuíram, à sua maneira, para que se chegasse a este consenso sobre a participação do cidadão local na definição e produção legislativa que o favoreçam. Foi por este motivo que a presente pesquisa fez questão de estabelecer o diálogo com importantes pensadores e compreender que, em muitos casos e com terminologias diferentes, há uma simbiose de ideias que podem ser conectadas, respeitando-se as suas diferenças epistemológicas. Assim, encontra-se eco na democracia deliberativa de Habermas, no conceito de cidadania em Rousseau e em tantos outros citados nessa tese. Adotar a teoria de direito social de Gurvitch e da subsidiariedade significa que só foi possível chegar a este estágio de compreensão

do conhecimento através da sabedoria e experiência acumulada pela humanidade em sua história.

A matriz teórica dessa tese, fundada em Gurvitch e no princípio da subsidiariedade, forneceu os instrumentos para que se debatesse o problema em tela sugerido para o estudo, qual seja, a ineficiência da saúde pública nos municípios do Brasil.

Os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, diante do crescimento da demanda pós-Constituição de 1988 e a indefinição pragmática sobre a competência comum na área da saúde entre os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) (artigo 23, inciso II, da CF/88 e artigo 15 da Lei nº 8.080/90 e a ausência de lei complementar que definisse a forma de cooperação entre as respectivas instâncias federativas (parágrafo único do artigo 23, da CF/88) foram entendidos como possíveis de serem superados através de uma reordenação do pacto federativo, oferecendo ao município a capacidade de gerir com autonomia a política pública de saúde, através da gestão compartilhada entre atores sociais e entes federativos. No entanto, devem ser respeitadas as competências específicas de cada ente federativo.

Os estudos realizados mostraram que o caos na saúde pública possui várias origens, entre elas a centralização das decisões e recursos, a falta de uma gestão competente e eficaz, a inexistência de uma integração entre as unidades de saúde dos entes federados, uma discrepância entre as responsabilidades e as possibilidades que os municípios têm de gerir a sua saúde, pois este ente federado assume a maior parte das obrigações sem a devida contrapartida.

Isso não significa, é claro que o Sistema Único de Saúde é inoperante. Pelo contrário, os dados mostraram que houve um significativo avanço no atendimento ao cidadão, com aumento das políticas de prevenção e promoção à saúde, maior distribuição de medicamentos, ampliação de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, desde os mais simples até os mais complexos, configurando o SUS como um grande plano de saúde público organizado em nível nacional, servindo, inclusive, de modelo para organismos internacionais.

No entanto, há muitos desafios a serem enfrentados, como a falta de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais) ou a sua má administração, a excessiva judicialização da saúde, mas acredita-se no potencial da saúde pública, pois essa tem o condão de estar livre dos preceitos do mercado, visto que sua ótica

passa pelo atendimento das necessidades do cidadão e não pelo lucro que possa vir a gerar. A condição de cidadão que almejava Gurvitch e que está sintetizada nessa pesquisa passa, necessariamente, por uma saúde de qualidade à disposição das comunidades.

O que se propõe, então, é um salto de qualidade que deve redimensionar o próprio SUS, trazendo as decisões para o município, criando situações de favorecimento do poder local nessa reordenação do Pacto Federativo. Este estudo sugere a criação de estratégias locais de cooperação, rearticulação federativa e de controle social, antecedida de debates e de deliberação pública com a sociedade civil, os quais servem de instrumento para a concretização da gestão cooperada e integrada.

A central (CACIS), enquanto estratégia local de saúde pretende aproximar o cidadão do Estado, organizando sua gestão de forma a centralizar e integrar todos os serviços e ações de saúde (atenção básica, atenção ambulatorial especializada e hospitalar) no sentido de maximizar os recursos disponíveis (financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais), de modo que se tenha uma prestação mais eficiente.

Essa é uma proposta que tem como objetivo a rearticulação do pacto federativo, em sede municipal, mas, visa, sobretudo, promover políticas públicas de saúde para realizar a sistematização, consenso e encaminhamento das demandas da população, prestar orientações de saúde e fiscalizar as relações entre o cidadão e Estado, criando estratégias integradas e cooperadas de promoção, proteção e recuperação da saúde entre a sociedade e os entes federados.

Respeitando as premissas de Gurvitch que norteiam essa pesquisa, entende-se que a CACIS deve ser originada no seio de uma ampla discussão com a comunidade, que possibilite o empoderamento do cidadão e a sua consequente decisão de criar essa instituição. O envolvimento da sociedade na formulação e administração da CACIS é condição *sine qua non* para que essa seja eficaz e atenda aos anseios da comunidade.

Por todo o exposto, resta saber se o problema de pesquisa formulado foi respondido no contexto da tese, qual seja, se diante da inexistência de lei complementar que define a forma de cooperação entre os níveis de governo para atender as demandas de saúde e diante da ineficiência dos serviços oferecidos, se foram apresentadas estratégias eficientes que reorganizassem os serviços de forma cooperada, integrada e democrática entre os atores sociais e entes federados, de

modo a maximizar os recursos (financeiros, humanos, tecnológicos e estruturais) existentes para atender as demandas da população no plano municipal.

Diante do proplema proposto, a hipótese se voltava para a propositura de uma gestão cooperada e integrada entre os atores sociais e entes federativos, a partir do poder local, tendo como pressuposto o debate e a deliberação pública com a sociedade civil, como forma de reorientação do sistema e de rearticulação do pacto federativo.

A hipótese restou confirmada, uma vez que são necessárias mudanças na operacionalização do sistema, em especial na forma de atendimento por parte do Sistema Único de Saúde, e que essas reformas passam pela rearticulação do pacto federativo, apresentado na respectiva hipótese e que foi desenvolvida ao longo da pesquisa, evidenciando a ideia de que, para viabilizar a melhoria na prestação do direito social à saúde no âmbito do município, de modo a reordenar os serviços, deve-se promover uma gestão cooperada e integrada da saúde pública, incluindo os atores sociais e entes federativos, de forma a potencializar os recursos existentes, a partir do poder local.

Ademais, acredita-se que o problema da ausência de lei complementar, que não estabeleceu o modo de cooperação entre os três níveis de governo, estaria solucionado no que toca à competência comum, a partir do novo formato de gestão apresentado nessa pesquisa – cooperado e integrado -, em sede de municipalismo brasileiro, já que os três entes federados iriam trabalhar em conjunto na administração do sistema de saúde, o que não seria possível, uma vez mantido o modelo atual de organização e operacionalização do SUS.

A principal mudança do sistema de gestão ora apresentado consiste em integrar todas as ações e serviços de saúde (atenção básica, ambulatorial especializada e hospitalar) a partir de um único local de atendimento (na verdade, manteria o controle dos serviços e ações), de acordo com a sugestão apresentada, de forma a realizar-se uma verdadeira reordenação do sistema, em sede de município, o que também não seria permitido se mantido o SUS nas condições atuais de funcionamento. A ineficiência quanto à operacionalização persistiria.

A pesar da Constituição Brasileira prever expressamente a descentralização e a regionalização do SUS, ainda se revelam deficientes, visto as inúmeras ineficiências apresentadas no estudo no âmbito dos municípios, que exigem mudanças urgentes, principalmente, no que toca a gestão.

Por isso, para alcançar a proposta desse estudo, sugere-se a proposição de debates e de uma agenda de deliberação pública com a sociedade e entes federativos para a criação de estratégias locais de cooperação, de forma a colocar em prática a gestão cooperada e integrada.

Ademais, a tese respondeu ao problema de pesquisa com base na matriz teórica, que unia o direito social de Gurvitch com o princípio da subsidiariedade, além dos estudos nacionais e internacionais existentes no campo da saúde, defendendo o pressuposto de que qualquer mudança a ser efetuada deve estar fundada em debates e deliberações públicas dentro da comunidade, a qual deve estar empoderada para sugerir e produzir suas próprias decisões e normas, a fim de garantir que a saúde, objeto de estudo, seja oferecida de modo público, universal e integral a todos os seus membros.

A presente tese teve como fator limitante o fato de ser apenas um trabalho bibliográfico. Neste sentido, sugere-se, para futuras pesquisas, realizar um estudo de caso em um município que tenha assumido a responsabilidade de gerir a saúde no espaço local, procurando identificar as razões que o levaram a optar por este caminho, os desafios enfrentados, a nova relação que se estabeleceu com a Sociedade, o Estado e a União, os resultados esperados e alcançados, bem como o depoimento de profissionais de saúde e da população atendida no novo modelo.

Várias contribuições foram alcançadas com essa tese. A primeira delas foi à compreensão mais aprimorada das ideias de Gurvitch, visto que houve a leitura completa das obras disponíveis, podendo-se, dessa maneira, entender o quanto sua proposta é coerente e atual e serve de paradigma em um mundo pluralista e complexo. A segunda foi o diálogo estabelecido com outros pensadores, em que se analisaram questões divergentes e estabeleceram-se pontos comuns, no sentido de entender que havia muitas propostas em comum, todas caminhando no sentido de valorizar as comunidades e as decisões por elas tomadas, ainda que houvesse terminologias diferentes, referentes a cada época e lugar nas quais foram produzidas.

A terceira contribuição oferecida foi um aprofundamento da situação da saúde no Brasil, evidenciando os avanços, os desafios do SUS e sua execução em âmbito municipal, mostrando, com dados estatísticos e considerações de autores renomados, a grande tarefa que ainda deve ser realizada se o objetivo de oferecer uma saúde pública de qualidade para toda a população quiser ser alcançado. Por

tudo isso, entende-se que a maior contribuição oferecida foi a de apontar caminhos para uma reordenação do pacto federativo através de uma gestão cooperada e integrada que deve ser criada e implantada nos moldes mais democráticos possíveis, com a participação da sociedade, em meio a uma agenda de debates e deliberações públicas.

Espera-se que o estudo aqui apresentado consiga incentivar gestores e pesquisadores da área da saúde, também preocupados em resolver o grave quadro em que se encontra a saúde pública brasileira, principalmente em âmbito municipal, a formular e encontrar soluções específicas para cada poder local dentro desse país continental, ensejando, juntamente com a participação da sociedade e com todos os órgãos governamentais incumbidos de assegurar a saúde, para que se evitem ou minimizem problemas de gestão, de desvio de verbas, de desperdício de recursos, de falta de humanização no tratamento para com os cidadãos, no sentido de garantir, cada vez mais, atendimento de qualidade em saúde, que nada mais é do que o direito do cidadão previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. La sociologie de la liberté. **Revue de métaphisique et de morale**, 1, January, 1956, v. 61 (1), p. 74-86.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 78-125.

ABRUCIO, Fernando Luiz; SOARES, Márcia Miranda. **Redes federativas no Brasil**: cooperação intermunicipal no grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

AGAMBEN, Giorgio. **Che cos'è il contemporaneo?** Roma: Nottetempo, 2008.

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS**: Sistema Único de Saúde; antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

\_\_\_\_\_. A descentralização do SUS: o financiamento e as normas operacionais básicas. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **SUS**: Sistema Único de Saúde; antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. p. 69-94.

AITH, Fernando. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. In: SANTOS, Lenir (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. São Paulo: Saberes Editora, 2010, p. 183-238.

ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. Tradução de Carlos Bernal Pulido. 2. ed. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007.

\_\_\_\_\_. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

ALMEIDA, Almiro Eduardo de; RECK, Janriê Rodrigues. **Direito & ação comunicativa**: apresentação e fundamentação teórica da matriz lingüístico-pragmática de Jürgen Habermas e suas repercussões na compreensão do direito. Porto Alegre: HS Editora, 2013.

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes. **Competências na Constituição de 1988**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

\_\_\_\_\_. Repartição de competências. In: CANOTILHO, José Joaquim Gomes et al. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2013a. p. 724-760.

ALVES, Elizete Lanzoni. A administração pública e a revitalização social sob a ótica do pluralismo jurídico. In: WOLKMER, Antonio Carlos; NETO, Francisco Q. Veras; LIXA, Ivone M. (Orgs.). **Pluralismo jurídico**: os novos caminhos da contemporaneidade. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 299-309.



AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez & escolha**: critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. São Paulo: Renovar, 2001.

ANDERSEN, Robert; DEÓN, Diane. **Droit administratif et subsidiarité**. Brylest: Bruxelles, 2000.

ANDRADE, José Carlos Vieira de. **Os direitos fundamentais na Constituição portuguesa de 1976**. 4. ed. Coimbra: Almedina, SA, 2009.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. **SUS passo a passo**: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo: Hucitec, 2007.

APPIO, Eduardo. **Controle judicial das políticas públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2005.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. Teorias pluralistas das fontes do direito: Lex mercatória, ordenamentos setoriais, subsistemas, microssistemas jurídicos e redes normativas. **Revista trimestral de direito civil – RTDC**, Rio de Janeiro, v. 36. p. 3-36, out./dez., 2008.

ARANA, Jaime Rodríguez. La participación en la nueva ley de medidas para la modernización del gobierno local. In: LEAL, Rogério Gesta (Org.). **Administração pública e participação social na América Latina**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005. p. 186-220.

ARAÚJO, Cícero. República, participação e democracia. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 55-69.

ARENA, Francesco Gregori. Sussidiarietà, la piattaforma costituzionale di una nuova cittadinanza. **Lilibertà civili**, v. II, p. 136-138, 2011.

ARISTÓTELES. **Política**. 4. ed. São Paulo: Martin Claret. 2008.

ARNAUD, André-Jean. **Critique de la raison juridique**. Paris: Librairie General de droit et de jurisprudence, 1981.

\_\_\_\_\_. **Dicionário enciclopédico de teoria e de sociologia do direito**. Tradução de Vicente de Paulo Barreto. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

\_\_\_\_\_. Introduction. In: CLAM, Jean; MARTIN, Gilles (Org.). **Les transformations de la régulation juridique**. Paris: LGDJ, 1998.

ARNAUD, André-Jean; DULCE, Maria José Farinas. **Introduction à l'analyse sociologique des systèmes juridiques**. Bruxelas: Bruylant, 1998.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 127-152.

\_\_\_\_\_. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

\_\_\_\_\_. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia (debate). **Ciência e saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

\_\_\_\_\_. Princípios, implantação e desafios do SUS: a política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 285-306.

\_\_\_\_\_. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 173-204.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização da saúde e Conselho Nacional de Justiça: perspectivas e desafios. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coords.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2013. p. 85-110.

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Coords.). **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

ÁVILA, Humberto Bergmann. **Teoria dos princípios: da definição à aplicação dos princípios jurídicos**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

AVRITZER, Leonardo. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua nova**, n. 49, p. 25-46, 2000,

\_\_\_\_\_. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 27-54.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do federalismo**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

\_\_\_\_\_. **Teoria geral da cidadania: a plenitude da cidadania e as garantias constitucionais e processuais**. São Paulo: Saraiva, 1995.

\_\_\_\_\_. **O princípio da subsidiariedade**: conceito e evolução. Rio de Janeiro: Forense, 1996.

BARBER, Benjamin. **Un lugar para todos**: como fortalecer la democracia y la sociedad civil. Madrid: Ed. Paidós, 2000.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARRETO, Vicente de Paulo (Coord.). **Dicionário de filosofia do direito**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

BARROSO, Luís Roberto. **Direito constitucional brasileiro**: o problema da federação. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

\_\_\_\_\_. **A nova interpretação constitucional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

\_\_\_\_\_. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil. **Revista de direito administrativo**, Rio de Janeiro, ano 240, p. 1-42, abr./jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo direito constitucional brasileiro (pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo). In: BARROSO, Luís Roberto. **A nova interpretação constitucional**: ponderação, direitos fundamentais e relações privadas. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 01-48.

\_\_\_\_\_. **Interpretação e aplicação da Constituição**: fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 7. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2009.

\_\_\_\_\_. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista bimestral de direito público**, São Paulo, v. 46, p. 31-63, 2007..

\_\_\_\_\_. O Estado contemporâneo, os direitos fundamentais e a redefinição da supremacia do interesse público. In: SARMENTO, Daniel (Org.). **Interesses públicos versus interesses privados**: desconstruindo o princípio de supremacia do interesse público. 3. tir. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. VII-XVIII.

\_\_\_\_\_. **O novo direito constitucional brasileiro**: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

\_\_\_\_\_. **Interpretação e aplicação da Constituição**: fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 7. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2014.

BARZELAY, Michael. **La nueva gestión pública**: un acercamiento a la investigación y al debate de las políticas. Trad. Ariel Dilón. México: FCE, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização**: as consequências humanas. Tradução de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. **Modernidade líquida.** Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

\_\_\_\_\_. **Amor líquido:** sobre a fragilidade dos laços humanos. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

\_\_\_\_\_. **Comunidade:** a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BENEVIDES, Maria Vitória de Mesquita. **A cidadania ativa:** referendo, plebiscito e iniciativa popular. São Paulo: Ática, 1991.

BENTO XVI. **Carta encíclica caritas in veritate**, 2009. Disponível em: <[http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/pt/encyclicals/documents/hf\\_ben-xvi\\_enc\\_20090629\\_caritas-in-veritate.html](http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/pt/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate.html)> Acesso em: 04 jul.2016.

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado federal brasileiro.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BERGALLI, Robert. **Soberania, un principio que se derrumba:** aspectos metodológicos y jurídico-políticos. Barcelona: Paidós Iberica, 1996.

BERMUDEZ, Jorge A. Z; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lucia. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Política e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 657-685.

BEZERRA, Helga Maria Saboia. Subsidiariedade: de noção aristotélica a princípio da união europeia e seu reflexo na ordem econômica brasileira. **Direitos fundamentais e justiça**, Porto Alegre, ano 5, n. 17, out./dez, 2011.

BITENCOURT, Caroline Müller. **Controle jurisdicional de políticas públicas.** Porto Alegre: Núria Fabris, 2013.

BOBBIO, Norberto. Istituzione e diritto sociale (Renard e Gurvitch). **Rivista internazionale di filosofia del diritto**, Roma, Anno XVI, fasc. IV-V, 1936.

\_\_\_\_\_. **El problema del positivismo jurídico.** Buenos Aires: EUDEBA, 1965.

\_\_\_\_\_. **O conceito de sociedade civil.** Rio de Janeiro: Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. **Teoría general del derecho.** Colômbia: Editorial Temis, 1987.

\_\_\_\_\_. **A era dos direitos.** Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

\_\_\_\_\_. **Liberalismo e democracia.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

\_\_\_\_\_. **Igualdade e liberdade.** Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

\_\_\_\_\_. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil.** Tradução de Marco Aurélio Nogueira e Carlos Nelson Coutinho, São Paulo: Paz e Terra, 1999.

\_\_\_\_\_. **O futuro da democracia.** Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

\_\_\_\_\_. **Estado, governo e sociedade:** para uma teoria geral da política. Tradução de Marco Aurélio Nogueira, São Paulo: Paz e Terra, 2001.

\_\_\_\_\_. **O positivismo jurídico:** lições da filosofia do direito. São Paulo: Ícone, 2006.

\_\_\_\_\_. **Da estrutura à função:** novos estudos da teoria do direito. Tradução de Daniela Beccaccia Versiani. São Paulo: Manole, 2007.

\_\_\_\_\_. **Teoria da norma jurídica.** Tradução de Ariani Bueno Sudatti e Fernando Pavan Baptista. 5. ed. São Paulo: EDIPRO, 2014.

BOBBIO, Norberto; BOVERO, Michelangelo. **Sociedade e Estado na filosofia política moderna.** Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política.** Tradução Carmem C. Varriale et al. 4. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. v. 1 e 2.

BOBBIO, Norberto; VIROLLI, Maurizio. **Direitos e deveres na República:** os grandes temas da política e da cidadania. Tradução de Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

BOLESINA, Iuri; LEAL, Mônia Clarissa Henning Leal. **O mínimo existencial e o controle jurisdicional de políticas públicas:** análise de sua operacionalidade na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e Superior Tribunal de Justiça. Curitiba: Multideia, 2013.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional.** 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

\_\_\_\_\_. **Ciência política.** 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BORDONI, Carlo; BAUMAN, Zygmunt. **Estado de crisis.** Madri: Paidós Iberica, 2016.

BORJA, Jordi.; CASTELLS, Manuel. **Local y global:** la gestión de las ciudades em la era de la información. Madrid: Santillana Ediciones, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**: estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 453, de 10 de maio de 2012**: dispõe sobre a instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **ADPF nº 45/DF**. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Rel. Min. Celso de Mello, Julgamento em 29/04/2004. Publicação no DJ em 04/05/2004. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/inteiroTeor/pesquisarInteiroTeor.asp>>. Acesso em: 04 dez.2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **RE 393175 Agr/RS**. Rel. Min. Celso de Mello. Segunda Turma, Julgamento em 12/12/2006. Publicação no DJ 02/02/2007. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/inteiroTeor/pesquisarInteiroTeor.asp>>. Acesso em: 04 dez.2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **STA 175 – Agr/CE**. Rel. Min. Gilmar Mendes (Presidente). Tribunal Pleno. Julgamento em 17/03/2010. Publicação no DJE nº 54, em 24/03/2010. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/inteiroTeor/pesquisarInteiroTeor.asp>>. Acesso em: 04 dez.2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à saúde, 1990. v. 1.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dez 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993:** 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. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 20 mai. 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996:** aprovar, nos termos do texto anexo a essa Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 5 nov. 1996.

\_\_\_\_\_. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000: altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 14 set. 2000.

\_\_\_\_\_. Lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000a: estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 05 mai. 2000.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007:** aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Brasília, DF, 26 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 29 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei complementar nº 140, de 8 de dezembro de 2011a: fixa normas, nos termos dos incisos III, VI e VII do caput e do parágrafo único do art. 23 da Constituição Federal, para a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas ações administrativas decorrentes do exercício da competência comum relativas à proteção das paisagens naturais notáveis, à proteção do meio ambiente, ao combate à poluição em qualquer de suas formas e à preservação das florestas, da fauna e da flora; e altera a Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 8 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012: regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial de União.** Brasília, DF, 16 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.858, de 09 de setembro de 2013: dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do caput do art. 214 e no art. 196 da Constituição Federal; altera a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013a: Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013b: altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013c**: institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 30 dezembro 2013.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015: altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União (TCU). **Saúde**. Brasília: TCU, 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Intervenção judicial na saúde pública**. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 10 nov.2016.

\_\_\_\_\_. **Portal da saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gestao>>. Acesso em: 11 set.2015.

\_\_\_\_\_. Tesouro Nacional. **Gasto social do governo central 2002 a 2015**. Disponível em: <<http://www.tesourotransparente.gov.br/ckan/dataset/gastos-sociais-do-governo-central-dados-anuais>>. Acesso em: 12 dez.2016.

\_\_\_\_\_. Tesouro Nacional. **STN divulga estudo sobre gasto social do governo central: 2002 a 2015**. Disponível em: <[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/stn-divulga-estudo-sobre-gasto-social-do-governo-central-2002-a-2015?redirect=http%3A%2F%2Fwww.tesouro.fazenda.gov.br%2Fmodelo-artigo-siafi%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dmaximized%26p\\_p\\_mode%3Dview%26\\_3\\_keywords%3Dgastos%2Bdo%2Bminist%25C3%25A9rio%2B](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/stn-divulga-estudo-sobre-gasto-social-do-governo-central-2002-a-2015?redirect=http%3A%2F%2Fwww.tesouro.fazenda.gov.br%2Fmodelo-artigo-siafi%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_3_keywords%3Dgastos%2Bdo%2Bminist%25C3%25A9rio%2B)>



da%2Bsa%25C3%25BAde%2Bem%2B2015%26\_3\_struts\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\_3\_redirect%3D%252Fimportacao-e-exportacao-de-dados%26\_3\_y%3D8%26\_3\_x%3D39>. Acesso em: 12 dez.2016a.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei e outras proposições**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=589775>>. Acesso em: 13 dez.2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria do Tesouro Nacional. **Dívida pública federal**: Relatório Anual 2015. 1/Ministério da Fazenda, Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Janeiro, 2016, número 13.

BRESSER PEREIRA, Luis. (Org.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

BREUS, Thiago Lima. **Políticas públicas no Estado constitucional**: problemática da concretização dos direitos fundamentais pela administração pública brasileira contemporânea. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2007.

BUBER, Martin. **Sobre comunidade**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-49.

CANO, José María Saucó; SIMON, María Isabel Wences (Ed.). **Lecturas de la sociedad civil**: un mapa contemporáneo de sus teorías. Madrid: Editorial Trotta, S. A., 2007.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição dirigente e vinculação do legislador**: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas. 5. ed. Coimbra: Almedina, 1994.

\_\_\_\_\_. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 5. ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1999.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Coimbra: Almedina, 2002.

\_\_\_\_\_. Metodologia “fuzzy” e “camaleões normativos” na problemática actual dos direitos económicos, sociais e culturais. In: CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre direitos fundamentais**. Coimbra: 2008a. p. 97-113.

\_\_\_\_\_. O direito constitucional como ciência de direção: o núcleo essencial de prestações sociais ou a localização incerta da socialidade (contributo para a reabilitação da força normativa da “constituição social”). In: CANOTILHO, José Joaquim Gomes; CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Direitos fundamentais sociais**. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 11-31.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República portuguesa anotada**. 4. ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2010. v. II.

CARAVANTES, Geraldo R.; CARAVANTES, Cláudia B.; KLOECKNER, Mônica C. **Administração: teorias e processos**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

CARBONNIER, Jean. **Derecho flexible**. Madrid: Tecnos, 1974.

\_\_\_\_\_. **Sociologia jurídica**. Coimbra: Almedina, 1979.

CARTA EUROPEIA DA AUTONOMIA LOCAL. Disponível em: <[https://www.google.com.br/#q=www.autarnet.pt%2Ffiles.php%3F...Carta\\_Europeia.Autonomia\\_Local...pdf](https://www.google.com.br/#q=www.autarnet.pt%2Ffiles.php%3F...Carta_Europeia.Autonomia_Local...pdf)>. Acesso em: 04 jun.2016.

CARVAJAL, Jose María de Areilza. El principio de subsidiariedad en la construccion de la union europea. **Revista española de derecho constitucional**, año 15, n. 45, p. 53-93, sep./dic., 1995.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

CARVALHO, Lucas Borges de. Caminhos (e descaminhos) do pluralismo jurídico no Brasil. In: WOLKMER, Antonio Carlos; VERAS NETO, Francisco Q; LIXA, Ivone M. (Orgs.). **Pluralismo jurídico: os novos caminhos da contemporaneidade**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CASAUX-LABRUNÉE, Lise. Le droit à la santé. In: CABRILLAC, Rémy; FRISON´ROCHE, Marie-Anne; REVET, Thierry (Orgs.). **Libertés et droits fondamentaux**. 12. ed. Paris: Dalloz, 2006, p. 759-788.

CASTAÑO, Sergio Raúl. Nota sobre la Integración como fundamento de la realidade social en la sociologia fenomenológica de Georges Gurvitch. **Revista Crítica de História de las Relaciones Laborales y de la Política Social**, Universidad de Málaga, n. 08, p. 107-114. mayo 2014.

CASTELLS, Manuel. The new public sphere: global civil society, communication networks, and global governance. In: **The annals of the american academy of political and social science**, v. 616, n. 1, p. 78-93, 2008.

CASTRO, Jorge Abrahão; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; CHAVES, José Valente; DUARTE, Bruno Carvalho. **Gasto social federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010**. Brasília: Ipea, set. 2012 (Nota Técnica, n. 11).

CAVALCANTI, Thais Novaes. **Direitos fundamentais e o princípio da subsidiariedade**. Osasco: Edifio, 2015.

CECHIN, Antônio. **Empoderamento popular: uma pedagogia de libertação**. Porto Alegre: Estef, 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; ANDREAZZA, Rosemarie. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS**, Revista Eletrônica de comunicação & inovação em saúde, v. 1, p. 200-207, 2007,

CHITI, M. P. Principio di sussidiarietà, pubblica amministrazione e diritto amministrativo. **Diritto pubblico**, n. 2, 1995, p. 55-76.

COELHO, Vera Schattan P.; NOBRE, Marcos (Orgs.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

COHEN, Jean L.; ARATO, Andrew. **Sociedad civil y teoría política**. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

COIMBRA, Marcos Antônio. Abordagens técnicas ao estudo das políticas sociais. In: ABRANCHES, Sérgio Henrique; SANTOS, Wanderley Guilherme dos; COIMBRA, Marcos Antônio. **Política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. p. 65-104.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Saúde na gestão municipal**. Brasília: CNM, 2013.

\_\_\_\_\_. **Recursos financeiros do sistema único de saúde**. Brasília: CNM, 2014.

\_\_\_\_\_. **Judicialização da saúde: estratégias efetivas à diminuição por meio de ações locais**. Brasília: CNM, 2016.

\_\_\_\_\_. **Saúde: promulgação da PEC do Teto causa incerteza em profissionais da Saúde**. Disponível em: <  
<http://www.cnm.org.br/areastecnicas/noticias/saude/promulgacao-da-pec-do-teto-causa-incerteza-em-profissionais-da-saude>> Acesso em: 15 dez.2016a.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Análisis de la integración de la atención primaria em la salud en la red de servicios en Europa y América latina**. Brasil, 2009.

CORDEIRO, Karine da Silva. **Direitos fundamentais sociais: dignidade da pessoa humana e mínimo existencial; o papel do poder judiciário**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

CORRALO, Giovani da Silva. **Município: autonomia na federação brasileira**. Curitiba: Juruá, 2009.

\_\_\_\_\_. O poder municipal na elaboração e execução de políticas públicas. **Revista do direito UNISC**, n. 37, jan./jun, 2012.

CORTINA, Adela. **Ciudadanos del mundo**: hacia una teoría de la ciudadanía. Madrid: Alianza Editorial, S. A., 1998.

COSTA, Marli; HERMANY, Ricardo. O empoderamento social local como pressuposto para o exercício da cidadania. In: \_\_\_\_\_. **Reflexões sobre o poder local**: o mundo da cidade e a cidade do mundo. Santa Cruz do Sul: Editora IPR, 2009.

COSTA, Nelson Nery. **Direito municipal brasileiro**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

COTTA, Rosângela Minardi Milte; MENDES, Fábio Faria; MUNIZ, José Norberto. **Descentralização das políticas públicas de saúde**: do imaginário ao real. Viçosa: UFV, 1998.

COUTTOLENC, Bernard; FORGIA, Gerard A.; MATSUDA, Yasuhiko. BRASIL: Iniciativas para melhorar a qualidade da despesa pública e a administração de recursos no setor da saúde. **Em breve: banco mundial**, n. 111, p. 1-4, set. 2007.

CROISAT, Maurice. **El federalismo en las democracias contemporâneas**. Barcelona: Editorial Hacer, 1995.

CUNHA, Edite da Penha; CUNHA, Eleonora Schettini M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, Alysson; SALLES, Fátima; GUIMARÃES, Marília; UDE, Walter (Orgs.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: UFMG, 2003. p. 11-25.

CUNHA, Eleonora Schettini. O potencial dos conselhos de políticas e orçamentos participativos para o aprofundamento democrático. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana. **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007. p. 25-44.

CUSTÓDIO, André Viana; MENDES, Susiane Formentin. Movimentos sociais, novos direitos e democracia. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta. **Direitos sociais e políticas públicas**: desafios contemporâneos. Tomo 10. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010. p. 2951-2984.

CUSTÓDIO, André Viana. Avanços e obstáculos à concretização das políticas públicas sociais no Brasil. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; LEAL, Mônia Clarissa Hennig. **Direitos sociais e políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013. p. 7-20.

DAHL, Robert A. **La igualdad política**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado federal**. São Paulo: Ática, 1986.

\_\_\_\_\_. **Direitos humanos e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

\_\_\_\_\_. **Elementos de teoria geral do Estado**. 25. ed., São Paulo: Saraiva, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1.. p.39-58.

\_\_\_\_\_. A participação popular e o direito à saúde no sistema nacional de saúde brasileiro. **Revista de direito sanitário**, São Paulo, v. 6, n. 1/2/3, p. 9-24, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.

D'ARAÚJO, Maria Celina. **Capital social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

DEL CABO, Antonio; PISARRELLO, Gerardo. **Constitucionalismo, mundialización y crisis del concepto de soberanía**: algunos efectos en América Latina y en Europa. España: Universidad de Alicante, 2000.

DELANOË, Bertrand. Préface. In: MARCOU, Gérard. **La décentralisation et la démocratie locale dans le monde**: Premier Rapport mondial de Cités et Gouvernements Locaux Unis. Barcelona, 2008, p. 9-10.

DEROSIER, Jean-Philippe. La Dialectique centralisation/décentralisation: Recherches sur le caractère dynamique du principe de subsidiarité. **Révue internationale de droit comparé**, n. 1, 2007, p. 107-142.

DEWEY, John. **Democracia cooperativa**: escritos políticos escolhidos de John Dewey: 1927-1939. Augusto de Franco, Thamy Pogrebinschi (Orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 3. ed. rev. atual e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

DOMINGUES, José Maurício. **Interpretando a modernidade**: imaginário e instituições. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

DOWBOR, Ladislau. **O que é poder local**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

\_\_\_\_\_. **A reprodução social**. Descentralização e participação: as novas tendências. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. v. III.

\_\_\_\_\_. **Democracia econômica**: alternativas de gestão social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DUARTE, Lígia Schiavon; CONTEL, Fábio Betioli; BALBIM, Renato. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Brasil em desenvolvimento 2013**: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2013. p. 147-172.

DUGUIT, Léon. **Traité de droit constitutionnel**. V. I, França: Ascienne Librairie Fontemoing et cie Éditeurs, 1924.

\_\_\_\_\_. **Las transformaciones del derecho público y privado**. Granada: Comares, 2007.

DURKHEIM, Émile. **De la division du travail social**. 3. ed. Paris: PUF, 1937.

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Levando os direitos a sério**. Tradução de Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Virtud soberana: la teoría y la práctica de la igualdad**. Barcelona: Paidós, 2003.

DRAGO, Guillaume. Le principe de la subsidiarité comme principe de droit constitutionnel. **Revue internationale de droit compare**, n. 2, v. 46, p. 583-592, 1994.

EHRlich, Eugen. O estudo do direito vivo. In: SOUTO, Cláudio; FALCÃO, Joaquim (Orgs). **Sociologia e direito: textos básicos para a disciplina da sociologia jurídica**. São Paulo: Pioneira, 1999, p. 131-137.

ELSTER, Jon. **La democracia deliberativa**. Barcelona: Gedisa, 2001.

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. p. 853-883.

ETZIONI, Amitai. **La tercera via hacia una buena sociedad**: Propuestas desde el comunitarismo. Madrid: Mínima Trotta, 2001.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 18. p. 1-31. abr. 2000.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-44, jan./fev. 2001.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL (FAMURS). **Planilha com valores pendentes de repasse para a saúde**. Disponível em:

<[http://www.famurs.com.br/areasdocumentos/areas\\_saude/area\\_saude\\_doc/28122016-planilhaacomvalorespendentesderepasseparaasaude](http://www.famurs.com.br/areasdocumentos/areas_saude/area_saude_doc/28122016-planilhaacomvalorespendentesderepasseparaasaude)> Acesso em 03 dez.2016.

FERRAJOLI, Luigi. O direito como sistema de garantias. In: OLIVEIRA JÚNIOR, José Alcebíades (Org.). **O novo em direito e política**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

\_\_\_\_\_. **Derechos y garantias**: la ley del más débil. Tradução de Perfecto André Ibáñez e Andrea Greppi. Madrid: Editorial Trotta, 1999.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiber. **Direito fundamental à saúde**: parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

FLEURY, Sônia. Democracia, poder local e Inovação. FLEURY, Sonia (Aut.). **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/Editora FIOCRUZ, 2014. p. 25-79.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 25-57.

FLEURY, Sonia; FARIA, Mariana. A Judicialização como ameaça e salvaguarda do SUS! In: SANTOS, Lenir; TERRAZAS, Fernanda (Orgs.). **Judicialização da saúde no Brasil**. São Paulo: Saberes Editora, 2014. p. 99- 123.

FROSINI, Tommaso Edoardo. Subsidiariedad y constitución. **Revista estudios políticos** (nueva época), n. 115, p.01-30, jan./mar. 2002.

GABARDO, Emerson. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. São Paulo: Dialética, 2002.

\_\_\_\_\_. **Interesse público e subsidiariedade**. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos**: direitos não nasceram em árvores. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

GARCIA-PELAYO, Manuel. **Las transformaciones del Estado contemporáneo**. 2. ed. Madrid: Alianza Editorial, 1985.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov./dez., 2004.

GILISSEN, John. **Le pluralisme juridique**. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles, 1971.

GIOVANELLA, Lígia. Redes integradas, programa de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes no setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & saúde coletiva**, n. 16 (supl. 01), p. 1081-1096, 2011.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-546.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, Antônio Ivo de; CONILL, Eleonor Minho; CUNHA, Elenice Machado da. Sistemas municipais de saúde e a diretriz de integralidade de atenção: critérios para avaliação. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 1997.

\_\_\_\_\_. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GÓMEZ, Julio Alguacil. **Poder local y participación democrática**. España: El viejo topo, 2006.

GORCZEVSKI, Clovis. A participação política como exigência intrínseca para o reconhecimento da cidadania. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta. **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010, p. 3010-3029.

GORCZEVSKI, Clovis; BITENCOURT, Caroline Müller. Marcos teórico-fundacionais dos direitos humanos e fundamentais no Brasil. In: REIS, Jorge Renato dos Reis; LEAL, Rogério Gesta (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC. 2011, p. 25-47.

GORCZEVSKI, Clovis. A fundamentação da democracia: participação política e autocondução como exercício de um direito natural. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; LEAL, Mônia Clarissa Henning (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012. p. 79-101.

GORCZEVSKI, Clóvis; DIAS, Felipe da Veiga. A Imprescindível contribuição dos tratados e cortes internacionais para os direitos humanos e fundamentais. **Sequência**, n. 65, p. 241-272, dez. 2012.

GORCZEVSKI, Clovis. MARTIN, Nuria Belloso. **A necessária revisão do conceito de cidadania [recurso eletrônico]: movimentos sociais e novos protagonistas na esfera pública democrática**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

GRAU, Nuria Cunill. **Repensando o público através da sociedade: novas formas de gestão pública e representação social**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.



GRAGNOLATTI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde**. Washington: Banco Mundial, 2013.

GURVITCH, Georges. Le principe démocratique et La démocratie future. **Revue de métaphysique et de morale**, v. 36, n. 3, p. 403-431, 1929.

\_\_\_\_\_. **Le temps présent et l'idée du droit social**. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin. 1931.

\_\_\_\_\_. **L'idée du droit social: notion e système du droit social. histoire doctrinal e depuis le XVIII ème. Siècle jusqu'à la Fin du XIX eme Siècle**. Paris: Recueil Sirey, 1932.

\_\_\_\_\_. **L'expérience juridique et la philosophie pluraliste du droit**. Paris: Editions A. Pedone, 1935.

\_\_\_\_\_. **Essais de sociologie**. Paris: Librairie du recueil sirey, 1938.

\_\_\_\_\_. **Las formas de la sociabilidad: ensayos de sociologia**. Buenos Aires: Editorial Losada, 1941.

\_\_\_\_\_. **Sociology of law**. New York: Philosophical Library and Alliance Book Corporation, 1942.

\_\_\_\_\_. **Sociologia del derecho**. Tradução de Angela Romera Vera. Argentina: Editorial Rosário, 1945.

\_\_\_\_\_. **La déclaration des droits sociaux**. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 1946.

\_\_\_\_\_. **Sociologia jurídica**. Tradução de Djacir Menezes. Rio de Janeiro: Livraria Kosmos Editora, 1946a.

\_\_\_\_\_. **La sociologia au xx siècle: Les grands problèmes de la sociologie**. Paris: Presses Universitaires de France, 1947.

\_\_\_\_\_. **Morale théorique et science des moeurs: leurs possibilités – leurs conditions**. Paris: Presses Universitaires de France, 1948.

\_\_\_\_\_. **La vocación actual de la sociologia: hacia una sociologia diferencial**. Tradução de Pablo González Casanova, Max Aub e Sindulfo de Lafuente. México: Fondo de cultura econômica, 1953.

\_\_\_\_\_. **Les fondateurs français de la sociologie contemporaine: Saint-Simon et P.J. Proudhon**. Paris: Centre de Documentation Universitaire, 1955.

\_\_\_\_\_. **Déterminismes sociaux et liberté humaine: vers l'étude sociologique des cheminements de la liberté**. Paris: Presses universitaires de France, 1955a.

\_\_\_\_\_. Théories de l'expérience intégrale de l'immédiat. **Les cahiers internationaux de sociologie**, v. xxvi, Janvier-juin, 1959. Disponível em: <<http://sociologies.revues.org/index1333.html>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Determinismos sociais e liberdade humana**. Rio de Janeiro, Forense, 1968.

\_\_\_\_\_. **Tres capítulos de historia de la sociología**: Comte, Marx, Spencer. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1970.

\_\_\_\_\_. Objecto e método da sociologia. Tradução de Ana Guerra. In: GURVITCH, Georges. **Tratado de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1977, p. 15-50. v. I

\_\_\_\_\_. Breve esboço da história da sociologia. Tradução de Rui Cabeçadas. In: GURVITCH, Georges. **Tratado de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1977a. v. I. p. 51-144.

\_\_\_\_\_. Problemas de sociologia do direito. Tradução de Ana Maria Rabaça. In: GURVITCH, Georges. **Tratado de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1977. v. II. p. 239-284.

\_\_\_\_\_. O meu itinerário intelectual ou o excluído da horda. Tradução de A. C. Almeida Santos. In: GURVITCH, Georges. **Tratado de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1977b. v. II. p. 645-656.

\_\_\_\_\_. **Il controllo sociale**: a cura di Alberto Giasanti. Roma: Armando, 1997.

\_\_\_\_\_. Sociologia do direito: Resumo histórico-crítico. In: SOUTO, Cláudio; FALCÃO, Joaquim. **Sociologia e direito**: leituras básicas de sociologia jurídica. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1980. p. 21-33.

\_\_\_\_\_. **Elementos da sociologia jurídica**. Granada: Editorial Comares, 2001.

\_\_\_\_\_. **La idea del derecho social**; noción y sistema del derecho. Historia doctrinal desde el siglo XVII hasta el fin del siglo XIX. Granada: Editorial Comares, 2005.

HABERMAS, Jürgen. **A crise de legitimação no capitalismo tardio**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.

\_\_\_\_\_. Três modelos normativos de democracia. **Lua nova**, n. 36, p. 39-198, 1995.

\_\_\_\_\_. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Tradução de Fávio R. Kothe, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **A inclusão do outro**. 3. ed. Tradução de George Sperber, Paulo Astor Soethe e Milton Camargo Mota. São Paulo: Loyola, 2007.

\_\_\_\_\_. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasiliense, 2011, v. 2.

\_\_\_\_\_. **Teoria do agir comunicativo:** racionalidade da ação e racionalidade social. Tradução de Paulo Soethe. São Paulo: Martins Fontes, 2012. v. 2.

\_\_\_\_\_. **Direito e democracia:** entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasiliense, 2012b. v.1.

\_\_\_\_\_. **Teoria do agir comunicativo:** racionalidade da ação e racionalidade social. Tradução de Paulo Soethe. São Paulo: Martins Fontes, 2012a. v.1.

HÄBERLE, Peter. **Libertad, igualdad, fraternidad:** 1789 como historia, actualidad y futuro del Estado Constitucional. Madrid: Trotta, 1998.

\_\_\_\_\_. **Hermenêutica constitucional:** a sociedade aberta dos intérpretes da constituição – contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da constituição. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pluralismo y constitución:** estudios de teoria constitucional de la sociedad abierta. 2. ed. Tradução de Emilio Mikunda Franco. Madrid: Editorial Tecnos, 2013.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, sup 2, p. 331-336, 2004.

HAURIUO, Maurice. **Teoria de la institución y de la fundación.** Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 1968.

HELD, David. **Modelos de democracia.** Belo Horizonte: Paideia. 1995.

\_\_\_\_\_. **La democracia y el orden global.** Buenos Aires: Paidós, 1997.

HERINGER, Rosana Rodrigues. Estratégias de descentralização e políticas públicas. In: MUNIZ, José Norberto; GOMES, Elaine Cavalcante. **Participação social e gestão pública:** as armadilhas da política de descentralização. Belo Horizonte, 2002. p. 75-82.

HERMANY, Ricardo. O princípio da subsidiariedade e o direito social de Gurvitch: a ampliação das competências municipais e a interface com a sociedade. In: LEAL, Rogério Gesta; REIS, Jorge Renato dos (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas:** desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005. Tomo 05. p. 1403-1424.

\_\_\_\_\_. **(Re) Discutindo o espaço local:** uma abordagem a partir do direito social de Gurvitch. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.

\_\_\_\_\_. **Município na Constituição:** poder local no constitucionalismo luso-brasileiro. Curitiba, Juruá, 2012.

\_\_\_\_\_. O princípio da igualdade como critério (re)orientador da aplicação da subsidiariedade administrativa interna no espaço local. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; LEAL, Mônia Clarissa Hennig (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013. Tomo 13. p. 264-283.

\_\_\_\_\_. Aproximações teóricas no espaço local: o princípio democrático e a atribuição de sentido à subsidiariedade horizontal da subsidiariedade. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; LEAL, Mônia Clarissa Hennig (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2015. Tomo 15. p. 247-273.

HERMANY, Ricardo; COSTA, Dartagnan, Limberger. Elementos de emancipação social local: a perspectiva do programa de governança solidária local como indutor da emancipação social dos cidadãos. REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. p. 2891-2914.

HERMANY, Ricardo; PEREIRA, Henrique Miorana Koppe. Políticas públicas locais de saúde: uma análise a partir do princípio da subsidiariedade administrativa. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios Contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2011. Tomo 11. p. 214-231.

HERMANY, Ricardo; Frantz, Diogo. (RE) definindo o pacto federativo: uma proposta a partir da subsidiariedade e do municipalismo. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; RODRIGUES, Hugo Thamiir. (Orgs.). **Direito & políticas públicas**. Curitiba: Multideia, 2012. v. VII.

HERMANY, Ricardo; RECK, Janriê Rodrigues; COSTA, Dartagnan Limberger. Reflexões sobre o papel dos municípios dentro do federalismo brasileiro a partir da ideia da governança local. In: COSTA, Marli Marlene da; TERRA, Rosane M. de R. Barcelos; RICHTER, Daniele. **Direito, cidadania e políticas públicas III: direito do cidadão e dever do Estado**. Porto Alegre: UFRGS, 2008. p. 49-70.

HERMANY, Ricardo; COSTA, Marli M. M. da. O empoderamento como pressuposto para o exercício da cidadania. In: CARVALHO, Ana Luísa Soares de et al (Org.). **O mundo da cidade e a cidade do mundo**. Santa Cruz do Sul, Editora IPR, 2009. p. 17-36.

HERMANY, Ricardo; RODEMBUSCH, Claudine Freire. O empoderamento dos setores da sociedade brasileira no plano local na busca de implementação de políticas públicas sociais. In: HERMANY, Ricardo. (Org.). **Empoderamento social local**. Santa Cruz do Sul: IPR, 2010. p.77-92.

HERMANY, Ricardo; PEREIRA, Henrique Mioranza Koppe. Políticas públicas locais de saúde uma análise a partir do princípio da subsidiariedade administrativa. In: REIS, Jorge Renato dos; Leal, Rogério Gesta (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011. Tomo 11. p. 214-231.

HERRARTE, Iñaki Lasagabaster. **La carta europea de la autonomía local**. Madrid: Portal Derecho S.A, 2007.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1991.

HOBBS, Thomas. **Leviatã: ou a matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil**. Tradução de Rosina D'Angina. São Paulo: Ícone, 2000.

IHERING, Rudolf Von. **A luta pelo direito**. São Paulo: Martin Claret, 2009.

INNERARITY, Daniel. **El nuevo espacio público**. Espanha: Espasa Calpe, S.A, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. **Perfil dos municípios brasileiros (2013)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA, 2013.

\_\_\_\_\_. **Políticas sociais: acompanhamento e análise nº 23**. Brasília: IPEA, 2015.

JEAN-GUY, Belly. Georges Gurvitch et les profession nels de la pensée juridique. **Droit et société**, v. 4, n. 1, p. 353-371, 1986.

JELLINEK, Georg. **Teoria general del Estado**. Buenos Aires: Albatros, 1981.

JORNOD, Rodhlann. "La «democratie future» de Gurvitch". **Revista Crítica de Historia de las Relaciones Laborales y de la Política Social**, Málaga, n. 8, p. 99-196, may. 2014. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/historia>>. Acesso em: 01 mai. 2016.

JULIUS-CAMPUZANO, Alfonso de. **La transición paradigmática de la teoría jurídica: el derecho ante la globalización**. Madrid: Dykinson, 2009.

KALINA, Eduardo; KOVADLOFF, Santiago. **As ciladas da cidade**. São Paulo: Brasiliense, 1978.

KANT, Imanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Coimbra: Edição Atlântica, 1960.

KEIL, Ivete; BAQUERO, Rute. É possível a emancipação social? Poder e empoderamento em Michel Foucault e Paulo Freire. In: BAQUERO, Marcello (Org.). **Capital social, desenvolvimento sustentável e democracia na América latina**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.195-221.

KOSELLECK, Reinhart. **Crítica y crisis: un estudio de la patogénesis del mundo burgués**. Madrid: Trotta, 2007.

KOSSMANN, Edson Luís. **A constitucionalização do princípio da eficiência na administração pública**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2015.

KRELL, Andreas. **Leis de normas gerais, regulamentação do poder executivo e cooperação intergovernamental em tempos de reforma administrativa**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

\_\_\_\_\_. **Direitos sociais e controle social no Brasil e na Alemanha: os (des) caminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 2002.

\_\_\_\_\_. **O município no Brasil e na Alemanha: direito e administração pública comparados**. São Paulo: Oficina Municipal, 2003.

LEAL, Rogério Gesta. **Perspectivas hermenêuticas dos direitos humanos e fundamentais no Brasil**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

\_\_\_\_\_. Os pressupostos epistemológicos e filosóficos da gestão de políticas públicas no Estado Democrático de Direito: uma perspectiva habermasiana. In: LEAL, Rogério Gesta (Org.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. p. 819-865.

\_\_\_\_\_. **Estado, administração pública e sociedade: novos paradigmas**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

\_\_\_\_\_. Esfera pública e participação social: possíveis dimensões jurídico-políticas dos direitos civis de participação social no âmbito da gestão dos interesses públicos no Brasil. In: LEAL, Rogério Gesta (Org.). **A administração pública compartilhada no Brasil e na Itália: reflexões preliminares**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. p.177-227.

\_\_\_\_\_. **Condições e possibilidades eficácias dos direitos fundamentais sociais: os desafios do Poder Judiciário no Brasil**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

\_\_\_\_\_. Demarcações conceituais preliminares da democracia deliberativa: matrizes habermasianas. In: LEAL, Rogério Gesta (Organizador) **A democracia deliberativa como nova matriz na gestão pública: alguns estudos de casos**. E-book. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011. p. 10-98.

\_\_\_\_\_. **Patologias corruptivas nas relações entre Estado, administração pública e sociedade: causas, consequências e tratamentos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013.

LEAL, Mônia Clarissa Henning. **A Constituição como princípio: os limites da jurisdição constitucional brasileira**. Barueri: SP: Manole, 2003.

\_\_\_\_\_. **Jurisdição constitucional aberta:** reflexões sobre a legitimidade e os limites da jurisdição constitucional na ordem democrática – uma abordagem a partir das teorias constitucionais alemã e norte-americana. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.

LE GOFF, Jacques (Coord.). L'actualité de la pensée de Georges Gurvitch sur le droit. **Droit & société:** théorie et sciences sociales du droit, n. 94, 2016/3.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **Teoria dos direitos fundamentais sociais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

LEVY, Evelyn; DRAGO, Pedro Anibal (Orgs.). **Gestão pública no Brasil contemporâneo.** São Paulo: FUNDAP: Casa Civil, 2005.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas públicas no Estado constitucional:** a gestão das políticas públicas no estado constitucional – gestão das ações públicas: a administração e a execução das políticas públicas pelo estado, como base imprescindível para a garantia dos direitos fundamentais. São Paulo: Editora Atlas, 2013.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Política e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Política e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 89-120.

LUCCHESI, Patrícia. **Políticas públicas de saúde.** Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/lucchese-2004.pdf>> Acesso em: 15 jan.2017.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila; ACURCIO, Francisco de Assis; BRANDÃO, Cristina Mariano Ruas; FALEIROS, Daniel Resende; GUERRA JR, Augusto Afonso; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 590-598, abr. 2011.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. O pacto federal: descentralização e democracia. In: MAGALHÃES, José Luiz Quadros de (Coord.). **Pacto federativo.** Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O príncipe.** São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2010.

MARCHIONI, Marco (Coord.). **Comunidad y cambio social**: teoría y praxis de la acción comunitaria. 2. ed. Madrid: Editorial Popular, 2001.

MARCHIONI, Marco. **Comunidad, participación y desarrollo**: Teoría y metodología de la intervención comunitaria. 3. ed. Madrid: Editorial Popular, 2007.

MARCOU, Gérard. **La décentralisation et la démocratie locale dans le monde**. França: Gralé, 2008.

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, classe social e status**. Tradução de Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MARTINS, Margarida Salema D'Oliveira. **O princípio da subsidiariedade em perspectiva jurídico-política**. Coimbra: Coimbra editora, 2003.

MARTÍN, Nuria Belloso. **Os novos desafios da cidadania**. Tradução de Clovis Gorczewski. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 1996.

\_\_\_\_\_. **Direito municipal brasileiro**. 12. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

MENDES, Gilmar Ferreira. Direitos sociais. In: MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 667-725.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

MIRANDA, Jorge. **Ciência política**: formas de governo. Lisboa: Ed. Pedro Ferreira, 1996.

\_\_\_\_\_. **Teoria do Estado e da Constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

\_\_\_\_\_. **Manual de direito constitucional**: Direitos fundamentais. 4. ed. Coimbra: Coimbra editora, 2008. Tomo IV.

MIRANDA, Jorge; MEDEIROS, Rui. **Constituição portuguesa anotada**. Coimbra: Coimbra Editora, 2007. Tomo III.

MONEREO, Manolo. **De la crisis a la revolución democrática**. Espanha: El Viejo Topo, D.L. 2013.

MORAIS, José Luiz Bolzan de. **A ideia de direito social**: o pluralismo de Georges Gurvitch. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

\_\_\_\_\_. **O Estado e suas crises**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.



MORAIS, José Luís Bolzan de; HERMANY, Ricardo. O direito social como estratégia de integração entre sociedade e espaço público estatal: uma abordagem a partir de Georges Gurvitch. In: LEAL, Rogério Gesta (Org.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. Tomo III. p. 867-888.

MORALES, Ángel Garrorena. **Escritos sobre la democracia: la democracia y la crisis de la democracia representativa**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2014.

MORCHÓN, Robles. **Ley y derecho vivo**. Madrid: CEPC, 2002.

MORETTO, Marcos Aurélio. **A política e a prática de saúde: suas consonâncias e dissonâncias**. Erechim: EdiFAPES, 2002.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NABAIS, José Casalta. **A autonomia financeira das autarquias locais**. Coimbra: Almedina, 2007.

NALINI, José Renato. Prefácio: Justiça & saúde: um diálogo possível. In: CARLINI, Angélica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014. p. 7-8.

NINO, Carlos Santiago. **La constitución de la democracia deliberativa**. Barcelona, Espanha: Gedisa, 1999.

NORONHA, José Carlos de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiana Vieira. O sistema único de saúde: SUS. In: GIOVANELLA, Lígia, ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

\_\_\_\_\_. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 365-394.

NUNES, Francisco Pizzette. **Direito à saúde: pluralismo e participação popular na tutela do SUS e da saúde suplementar**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012.

OLIVEIRA, Antônio Cândido de. **A democracia local: aspectos jurídicos**. Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

\_\_\_\_\_. **Direito das autarquias locais**. 2. ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração universal dos direitos humanos**. 1948. Disponível em:

<[http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf)> Acesso em: 10 ago.2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 dez.2016.

\_\_\_\_\_. **Cuidado de saúde primários**: agora mais do que nunca - Relatório Mundial de Saúde. Genebra: OMS, 2008.

\_\_\_\_\_. **Manual para a monitorização e avaliação de recursos humanos de saúde com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio**. OMS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal. Brasília: OMS, 2010.

\_\_\_\_\_. **Estadísticas sanitárias mundiales**. 2012. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1) > Acesso em: 15 ago.2016.

\_\_\_\_\_. **Brasil**: datos estadísticos. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/bra/es/>> Acesso em: 03 out.2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Documento de posicionamento da organização panamericana de saúde**: renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Brasília: OPAS, 2007.

\_\_\_\_\_. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: OPAS, 2007.

\_\_\_\_\_. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS – Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. / Organização Panamericana da Saúde. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.

PAPA PIO XI. **Encíclica quadregésimo ano**. Disponível em: <[https://w2.vatican.va/content/pius-xi/pt/encyclicals/documents/hf\\_p-xi\\_enc\\_19310515\\_quadregesimo-anno.html](https://w2.vatican.va/content/pius-xi/pt/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_19310515_quadregesimo-anno.html)> Acesso em: 04 jun.2016.

PARSONS, Wayne. **Políticas públicas**: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de política públicas. México: Flacso, 2007.

PARDO, Ignácio de Otto. **Derecho constitucional**: sistemas de fuentes. Espanha: Ariel, 1987.

PELLIZZARI, Silvia. Il principio di sussidiarietà orizzontale nella giurisprudenza del giudice amministrativo: problemi di giustiziabilità e prospettive di attuazione. Istituzioni del federalismo: **Rivista di studi giuridici e politici**, n. 3, p. 593-621, 2011.

PENIDO, Alexandre. **Judicialização**: ações judiciais impactam em até R\$ 7 bilhões no SUS", diz ministro. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25275-ministro-da-saude-fala-sobre-impacto-de-acoes-judiciais-no-sus>>  
Acesso em: 12 nov.2016.

PEREZ, Miriam Azevedo Hernandez. A eficácia do princípio da eficiência no Brasil como instrumento garantidor da igualdade material. CARVALHO FILHO, Carlos Henrique de (Dir). São Paulo: **Revista dos tribunais**, ano 96, v. 865, nov.2007.

PÉREZ, José Luis Monereo; PRIETO, Antonio Márquez. La «idea del derecho social» en la teoría general de los derechos: el pensamiento de Gurvitch. In: GURVITCH, Georges. **La idea del derecho social**. Noción y sistema del derecho social. Historia doctrinal desde el siglo XVII hasta el fin del siglo XIX. Granada: Comares, S.L., 2005. p. VII-LV.

PERLINGIERI, Pietro. **O direito civil na legalidade constitucional**. Trad. Maria Cristina de Cicco. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

PEROBELLI, Matheus P; SCHMIDT, João Pedro. Superando a dicotomia público/privado: o comunitário e o público não estatal no Brasil. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta (Orgs). **Direitos sociais e políticas públicas**: Desafios Contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNIS, 2011. p. 147-173.

PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

PINTO FILHO, Francisco Bilac M. **A intervenção federal e o federalismo brasileiro**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e globalização. In: SUNDFLD, Carlos Ari; VIEIRA, Oscar Vilhena (Coord.). **Direito global**. São Paulo: Max Limonad, 1998.

PISARELLO, Gerardo. **Los derechos sociales y sus garantías**. Madrid: Editorial Trotta, 2007.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

\_\_\_\_\_. **Solo en la bolera: colapso y resurgimiento de la comunidad norteamericana.** Barcelona: Galaxia Gutenberg, 2002.

PRAT, Cesáreo Rodríguez-Aguilera de. **El déficit democrático europeo.** Madrid: Catarata, 2015.

QUADROS, Fausto. **Princípio da subsidiariedade no direito comunitário após o tratado da união europeia.** Coimbra: Almedina, 1995.

QUIROGA, Hugo. Déficit de ciudadanía y transformaciones del espacio público. In: CHERESKY, Isidoro. **Ciudadanía, sociedad civil y participación política.** Buenos Aires: Mino y Dávila, 2006. p. 1109-1141.

RAMIÓ, Carles. **Teoría de la organización y administración pública.** Madrid: Editorial Tecnos, 2010.

RAWLS, John. **Justiça como equidade: uma reformulação.** Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

REALE, Miguel. **Pluralismo e liberdade.** São Paulo: Saraiva, 1963.

RECK, Janriê. Elementos teórico-reflexivos acerca da interpretação de competências públicas federativas no direito brasileiro. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; LEAL, Mônia Clarissa Hennig (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013. Tomo 13. p. 115-129.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde no Brasil: Sus e pactos pela saúde.** Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidad\\_e\\_4.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_4.pdf)>. Acesso em: 10 set.2014.

REIS, Jorge Renato dos; FONTANA, Eliane. Direitos fundamentais sociais e a solidariedade: notas introdutórias. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta. **Direitos sociais e políticas públicas.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011. p. 113-146.

ROBERT, Cinthia; MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. **Teoria do Estado, democracia e poder local.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.

ROMANO, Jorge; ANTUNES Marta. **Empoderamento e direitos no combate à pobreza.** Rio de Janeiro: Action Aid, 2003.

ROMANO, Santi. **L'ordinamento giuridico.** Firenze: Sansoni, 1951.

\_\_\_\_\_. **Lo Stato moderno e la sua crisi: saggi di diritto costituzionale.** Milano: Giuffrè Editore, 1969.

ROUSSEAU, Jean-Jaques. **Do contrato social**: ou princípios do direito político. Tradução de Pietro Nasetti. 3. ed. São Paulo: Martin Claret, 2008.

RUBIO, David Sánchez; FRUTOS, Juan Antonio Senen de. **Teoria crítica del derecho**: nuevos horizontes. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis de Pososí, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Reivindicar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: OLIVEIRA, Francisco de; PAOLI, Maria Célia. **Os sentidos da democracia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Para um novo senso comum**: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. Tradução de Mouzar Benedito. São Paulo, Boitempo Editorial, 2007.

\_\_\_\_\_. **Reinventar la democracia reinventar el Estado**. Madrid: Ediciones Sequitur, 2008.

\_\_\_\_\_. **Sociología jurídica crítica**: para nuevo sentido común en el derecho. Bogotá: Editorial Trotta, 2009.

\_\_\_\_\_. **El milênio hérfano**: ensayos para una nueva cultura política. Madrid: Ilsa editorial Trotta, 2011.

SANTOS, Lenir. **Sistema único de saúde**: os desafios da gestão interfederativa. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, Marília Lourido dos. **Interpretação constitucional no controle judicial das políticas públicas**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. Proibição de retrocesso, dignidade da pessoa humana e direitos sociais. **Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra**, Coimbra Editora, 2006. v. LXXXII.

SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

\_\_\_\_\_. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Bahia, Salvador, n. 11, p. 1-17, set./out./nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Direitos fundamentais e processo: O direito à proteção e promoção da saúde entre tutela individual e transindividual. **Revista de processo (RePro)**, ano 36, v. 199, set. p. 13-39, 2011.

\_\_\_\_\_. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Dimensões da dignidade**: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

\_\_\_\_\_. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

\_\_\_\_\_. Da saúde. In: CANOTILHO, José Joaquim Gomes et al. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 1925-1941.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

\_\_\_\_\_. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas considerações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELLOS, Ana Paula. (Orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. 2. ed. rev. e ampl. 2 tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2013. p.13-50.

SARLET, Ingo Wolfgang; LINERA, Miguel Ángel Presno. **Los derechos sociales como instrumento de emancipación**. Espanha: Editorial Azanzadi, AS, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2013.

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

\_\_\_\_\_. **Livres e iguais**: estudos de direito constitucional. 2, Tiragem. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde e os Tribunais. In: NUNES, António Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Direito à saúde e os tribunais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2011, p. 73- 135.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Redes de movimentos sociais**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **Cidadania sem fronteiras**: ações coletivas na era da globalização. São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. Das Mobilizações às redes de movimentos sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 109-130, jan./abr. 2006.

SCHMIDT, João Pedro. Exclusão, inclusão e capital Social. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta. **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. p. 1755-1786.

\_\_\_\_\_. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta. (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. p. 2307-2333.

\_\_\_\_\_. Comunidade e comunitarismo: considerações sobre a inovação da ordem sociopolítica. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; LEAL, Mônia Clarissa Hennig (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012. p. 160-193.

\_\_\_\_\_. Raízes do comunitarismo: concepções sobre a comunidade no pensamento ocidental. In: SCHMIDT, João Pedro; HELFER, Inácio; BORBA, Ana Paula de Almeida de. **Comunidade e comunitarismo: Temas em Debate**. Curitiba: Multideia, 2013.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SENNETT, Richard. **Juntos: os rituais, os prazeres e a política de cooperação**. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde de Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil.). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl. 3), nov. 2010.

SILVA, José Afonso da. **O município na Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

\_\_\_\_\_. **Curso de direito constitucional positivo**. 23. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

\_\_\_\_\_. **Direito constitucional positivo**. 23. ed. rev. ampl. São Paulo: Malheiros, 2004.

SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **Direito fundamental à saúde: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Márcia Guimarães de Mello. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: MATTO, Ruben Araújo de; PINHEIRO, Roseni. **Construção social da demanda: direito à**

saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: GEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

SOLLA Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lúcia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 547-576.

SOUZA, João Francisco de. Sistematização. In: FUMAGALLI, Dirceu; SANTOS, João Marcelo Pereira dos; BASUALDO, Maria Esther. **O que é sistematização?** uma pergunta; diversas respostas. São Paulo: Garage Digital, 2000.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Participação e controle social. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro; LEAL, Maria Cristina (Org.). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004. p. 167-187.

SOUZA, R.; MONNERAT, G.; SENNA, M. Tendências atuais da descentralização e o desafio da descentralização na gestão da saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. Pereira (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

SOUZA, Tatiana Riberio de. O papel do município no federalismo brasileiro. In: MAGALHÃES, José Luiz Quadros de; ROCHA, Carlos Alberto Vasconcelos (Coord.). **O município e a construção da democracia participativa**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2006. p. 61-82.

TAYLOR, Charles. **Imaginários sociais modernos**. Trad. Arthur Morão. Lisboa: Texto e Grafia. 2010.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TITMUSS, Richard Morris. **Política social**. Editorial Ariel: España, 1981.

TOCQUEVILLE, Alexis de. **A democracia na América**. 2. ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1987.

\_\_\_\_\_. **Igualdade social e liberdade política**: uma introdução à obra de Alexis de Tocqueville. Tradução de Cícero Araújo. São Paulo: Nerman, 1988.

TÖNNIES, Ferdinand. **Comunidad y asociación**. Granada: Comares, 2009.

TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TORRES, Silvia Faber. **O princípio da subsidiariedade no direito público contemporâneo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.



TOURAINÉ, Alain. **O que é a democracia?** Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. **Um novo paradigma:** para compreender o mundo de hoje. Tradução de Gentil Avelino Tilton, Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

TREVES, Renato. **Introducción a la sociología del derecho.** Madrid: Taurus, 1985.

UGÁ, Maria Alicia; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Mauel (Orgs.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

UGÁ, Maria Alicia D; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúcia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 395-425.

UNIVERSIDADE NÓMADE. **Democracia distribuída:** miradas de la universidad Nómada al 15M. Madrid, 2011. Disponível em: <<https://www.trasversales.net/ddun15m.pdf>>. Acesso em: 10 out.2015.

VAIRO, Adele. **“La sussidiarietà orizzontale e verticale”.** Roma: Pegaso: Università Telematica, 2006, p. 01-16. Disponível em: <<https://www.google.com.br/#q=www.unipegaso.it%2Fmateriali%2F...%2FSussidiarieta.pdf>>. Acesso em: 04 jul.2016.

VALE, André Rufino do. **Estrutura das normas de direitos fundamentais:** repensando a distinção entre regras, princípios e valores. São Paulo: IDP/saraiva, 2009.

VARELA, João de Matos Antunes. **Das obrigações em geral.** 10. ed. rev. e act. Coimbra: Livraria Almedina, 2005. v. I.

VÁZQUEZ, Rodolfo. **Entre la libertad y la igualdad:** introducción a la filosofía del derecho. Madrid, Trotta, 2009.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezessete anos de judicialização da política. Tempo Social. **Revista de sociologia da USP**, v. 19, n. 2, p. 39-85, nov. 2007,

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2016.

VIEIRA, Liszt. **Os argonautas da cidadania:** a sociedade civil na globalização. São Paulo: Record, 2001.

- VILHENA, Maria do Rosário. **O princípio da subsidiariedade no direito comunitário**. Coimbra: Almedina, 2002.
- WARAT, Luis Alberto. **Epistemologia e ensino do direito**: o sonho acabou. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004, v. II.
- WEBER, M. **Economia e sociedade**. Brasília: Unb, 1999. v. 2.
- WEICHERT, Marlon Alberto. O direito à saúde e o princípio da integralidade. In: SANTOS, Lenir (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. São Paulo: Saberes Editora, 2010. p. 101-142.
- WOLKMER, Antonio Carlos. **Elementos para uma crítica do Estado**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1990.
- \_\_\_\_\_. Teoria crítica e pluralismo Jurídico. **Anais do seminário nacional de direito alternativo**. Rio de Janeiro: COAD-ADV, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Pluralismo jurídico**: fundamentos de uma nova cultura no Direito. 2. ed. São Paulo: Alfa-Omega, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento jurídico crítico**. 6. ed. Revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Pluralismo jurídico**: novo paradigma de legitimação. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/pluralismo-juridico-novo-paradigma-de-legitimacao.html>>. Acesso em: 16 mai,2016.
- \_\_\_\_\_. **Pluralismo jurídico**: fundamentos de uma nova cultura no Direito. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Alfa Omega, 2001.
- ZIMMERMANN, Augusto. **Teoria geral do federalismo democrático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.