

A SAÚDE SUPLEMENTAR COMO DIMENSÃO AUTÔNOMA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DO ARTIGO 197 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A ATUAÇÃO INTEGRADORA DA ANS

SUPPLEMENTARY HEALTH AS AN AUTONOMOUS DIMENSION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: CONSTITUTIONAL FOUNDATIONS OF ARTICLE 197 OF THE FEDERAL CONSTITUTION AND THE INTEGRATING ROLE OF THE ANS

Ana Carolina Jansen Pereira Cirino Prado

Pós-Graduanda em Direito Médico e da Saúde (ED)
Instituição: Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Endereço: Manaus – Amazonas, Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-8625-7299>
E-mail: acjpcp.dpp25@uea.edu.br

Jefferson Ortiz Matias

Doutor em Ciências (FEA/USP)
Instituição: Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-9272-6252>
Email: jmatias@uea.edu.br

RESUMO

Este artigo examina os fundamentos constitucionais que estruturam o sistema de saúde brasileiro como um sistema jurídico uno, ainda que composto por diferentes modalidades de execução pública, complementar e suplementar. Defende-se que a saúde suplementar não constitui um sistema paralelo, mas uma dimensão autônoma que integra o sistema de saúde delineado pela Constituição de 1988, sobretudo à luz do artigo 197, que confere às ações e serviços de saúde, independentemente da natureza do executor, o regime de relevância pública. A análise demonstra que o arranjo constitucional, somado às diretrizes da Lei nº 8.080/1990, da Lei nº 9.656/1998 e da Lei nº 9.961/2000, estabelece uma teia normativa que vincula operadores públicos e privados à mesma finalidade sanitária. Para tanto, dialoga-se com a doutrina contemporânea do Direito Sanitário e das Políticas Públicas, que reconhece a interdependência estrutural entre o SUS e a saúde suplementar. Conclui-se que a atuação da Agência Nacional de Saúde (ANS) especialmente no exercício da regulação assistencial, integração de informações, fiscalização e ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), constitui expressão concreta da unidade sistêmica da saúde no Brasil.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, saúde suplementar, regulação em saúde, ANS; Direito Sanitário.

ABSTRACT

This article examines the constitutional foundations that structure the Brazilian health system as a legally unified system, despite being composed of different modalities of execution—public, complementary, and supplementary. It argues that supplementary health care does not constitute a parallel system, but rather an autonomous dimension that integrates the health system established by the 1988 Federal Constitution, particularly considering Article 197, which classifies health actions and services, regardless of the nature of the provider, as activities of public relevance. The analysis demonstrates that the constitutional framework, combined with the guidelines set forth in Laws No. 8,080/1990, No. 9,656/1998, and No. 9.961/2000, forms a normative structure that binds public and private actors to the same constitutional purpose of the protection of the right to health. The article engages with contemporary doctrine in Health Law and Public Policy, which recognizes the structural interdependence between the Unified Health System (SUS) and supplementary health care. It concludes that the role of the National Supplementary Health Agency (ANS) particularly in regulatory oversight, standard-setting, and the reimbursement mechanism to the Unified Health System

SUS constitutes a concrete institutional expression of the systemic unity of health care in Brazil.

Keywords: Unified Health System; supplementary health care; health regulation; Right to Health; Health Law.

1 INTRODUÇÃO

A interpretação predominante acerca da organização jurídica da saúde no Brasil costuma segmentar o setor em dois blocos: o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, e a saúde suplementar, vinculada ao mercado privado. Contudo, essa leitura dicotômica não se sustenta quando confrontada com a estrutura normativa da Constituição de 1988, que institui a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, estabelecendo, nos arts. 196 a 200, um sistema constitucional único, orientado, composto por ações e serviços de relevância pública, executados tanto diretamente pelo Estado quanto por particulares.

O artigo 197 da Constituição Federal, ao determinar que “as ações e serviços de saúde são de relevância pública” e que sua execução pode ser realizada por pessoas jurídicas públicas ou privadas, rompe com a ideia de que o setor privado constituiria um subsistema apartado. Diversos autores do Direito Sanitário, como Sueli Dallari, Fernando Aith, Lenir Santos e Jairnilson Paim, interpretam que tais dispositivos estruturam um sistema sanitário unitário, cuja execução pode assumir formas distintas, mas que permanece vinculado aos mesmos fundamentos, diretrizes e objetivos constitucionais.

Nesse contexto, a saúde suplementar emerge como uma dimensão autônoma, mas não isolada, do sistema de saúde brasileiro. Sua disciplina infraconstitucional — notadamente a Lei nº 9.656/1998 e a Lei nº 9.961/2000 — evidencia a interdependência entre o setor regulado e o SUS, seja pela integração das informações, pela proteção assistencial mínima, pelo acompanhamento regulatório ou pelo mecanismo de ressarcimento ao SUS.

O presente artigo sustenta a tese de que a saúde suplementar compõe o sistema único de saúde, enquanto forma privada de execução, sujeita a diretrizes públicas e integrada ao arranjo sanitário nacional. Para tanto, examina-se o arcabouço constitucional e infraconstitucional, bem como a doutrina especializada, demonstrando que a atuação integradora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) confirma essa unidade sistêmica. Ademais, o artigo dialoga com a jurisprudência constitucional do Supremo Tribunal Federal, notadamente com precedentes que afirmam a força normativa do direito à saúde e a impossibilidade de sua fragmentação em sistemas estanques, reforçando a compreensão da saúde como um sistema juridicamente uno.

Metodologicamente, o trabalho adota abordagem dogmático-constitucional, com análise sistemática da Constituição Federal, da legislação infraconstitucional pertinente e da doutrina especializada do Direito Sanitário e das Políticas Públicas, complementada por exame crítico da jurisprudência constitucional do Supremo Tribunal Federal, especialmente no que se refere à interpretação dos arts. 196 e 197 da Constituição de 1988.

2 FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DA UNIDADE SISTÊMICA DA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 (CRFB/88) promoveu uma ruptura paradigmática na forma de compreensão e organização da saúde no Brasil ao erigi-la à condição de direito fundamental social e de dever do Estado, conforme dispõe o artigo 196.

Ao fazê-lo, o constituinte não apenas reconheceu a centralidade da saúde na ordem social, mas também instituiu um modelo sistêmico de proteção sanitária, estruturado a partir de princípios, objetivos e diretrizes comuns, aplicáveis a todas as ações e serviços de saúde, independentemente da natureza jurídica do ente executor.

A noção de sistema, empregada expressamente pela Constituição ao instituir o Sistema Único de Saúde, não se limita a uma rede administrativa estatal, mas traduz uma concepção jurídico-organizacional abrangente, orientada por finalidades constitucionais comuns.

A leitura conjugada dos arts. 196 a 200 da Constituição revela que a saúde foi concebida como um campo normativo integrado, no qual coexistem diferentes formas de execução, submetidas, contudo, a um mesmo núcleo axiológico e a uma mesma direção pública.

Nesse sentido, o artigo 196 estabelece que a saúde será garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Trata-se de comando normativo de caráter abrangente, que não distingue entre serviços públicos ou privados, mas fixa objetivos sistêmicos que devem orientar toda a política sanitária nacional.

A doutrina Dallari (1988), afirma que a Constituição de 1988 instituiu um sistema de saúde uno do ponto de vista jurídico, ainda que plural quanto aos meios de execução. Para a autora, a unidade do sistema reside na finalidade constitucional e na direção estatal, e não na exclusividade da prestação pública. Assim, mesmo quando executados por particulares, os serviços de saúde permanecem integrados ao sistema constitucional, submetendo-se a seus princípios estruturantes.

Essa compreensão é reforçada pelo artigo 198 da Constituição, que define as diretrizes organizativas do SUS, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade — como fundamentos do sistema. Tais diretrizes não se destinam apenas à organização administrativa do setor público, mas expressam valores e princípios que informam todo o sistema de saúde, inclusive as atividades desenvolvidas pelo setor privado sob o regime de relevância pública.

Ao admitir expressamente a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, nos termos do artigo 199, a Constituição afasta qualquer interpretação que pretenda restringir o sistema de saúde à atuação estatal direta. Ao contrário, o texto constitucional reconhece que a execução das ações e serviços pode ocorrer por diferentes agentes, sem que isso implique fragmentação do sistema. Conforme observa Aith (2009), a Constituição construiu um sistema de saúde aberto e plural, no qual a multiplicidade de prestadores não compromete a unidade normativa e finalística da política sanitária.

A ideia de unidade sistêmica também encontra respaldo na concepção de saúde adotada pelo constituinte, que ultrapassa a noção estritamente assistencial ou curativa. A Constituição incorpora uma visão ampliada de saúde, que engloba ações de promoção, prevenção e recuperação, integrando políticas públicas de diferentes naturezas. Essa concepção foi

posteriormente detalhada pela Lei nº 8.080/1990, mas já se encontrava implícita no desenho constitucional do sistema.

Sob essa perspectiva, Santos (2017), sustenta que o Sistema Único de Saúde deve ser compreendido como um complexo sanitário nacional, no qual se articulam diferentes níveis de atenção, distintos modelos de financiamento e múltiplos prestadores, públicos e privados. Para a autora, a unidade do sistema não é comprometida pela diversidade de arranjos institucionais, mas, ao contrário, depende de sua capacidade de integrar essas diferentes dimensões sob uma mesma política pública.

A contribuição da Saúde Coletiva também é relevante para a compreensão dos fundamentos constitucionais da unidade sistêmica. Paim (2009), destaca que o SUS foi concebido como um sistema nacional de saúde, orientado por princípios e objetivos comuns, cuja implementação envolve uma complexa rede de atores e instituições. Segundo o autor, a fragmentação observada na prática decorre de fatores históricos e estruturais, mas não encontra respaldo no projeto constitucional, que aponta para a integração e a coordenação sistêmica.

Do ponto de vista jurídico-constitucional, portanto, a unidade do sistema de saúde brasileiro decorre de três elementos centrais, a finalidade constitucional comum, consistente na garantia do direito fundamental à saúde; a direção pública do sistema, exercida pelo Estado por meio da formulação, coordenação e regulação das políticas de saúde e a submissão de todas as ações e serviços de saúde ao regime de relevância pública, independentemente de sua execução direta ou indireta.

Esses fundamentos permitem afirmar que a Constituição de 1988 não instituiu sistemas estanques ou paralelos de saúde, mas um sistema único, caracterizado pela integração normativa, pela pluralidade de executores e pela centralidade da proteção sanitária como valor constitucional.

A saúde suplementar, assim como a saúde complementar e a prestação estatal direta, insere-se nesse mesmo marco constitucional, como dimensão específica de execução, sem romper a unidade sistêmica do modelo instituído pelo constituinte.

Essa leitura constitucional é indispensável para a correta compreensão do papel da saúde suplementar, da atuação regulatória do Estado e da própria dinâmica de interação entre os setores público e privado, temas que serão aprofundados nos tópicos subsequentes.

3 O ARTIGO 197 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL COMO EIXO UNIFICADOR DO SISTEMA DE SAÚDE

O artigo 197 da Constituição Federal de 1988 ocupa posição central na arquitetura normativa do sistema de saúde brasileiro, constituindo verdadeiro eixo unificador das ações e serviços de saúde, independentemente da natureza jurídica do agente executor. Ao estabelecer que tais ações e serviços são de relevância pública e que sua execução pode ser realizada diretamente pelo Estado ou por terceiros, inclusive por pessoas jurídicas de direito privado, o dispositivo rompe com uma leitura dicotômica entre público e privado e inaugura um modelo constitucional integrador e funcional.

A noção de “relevância pública”, empregada pelo constituinte, não se confunde com a qualificação formal de serviço público tradicional. Trata-se de categoria jurídica própria, destinada a submeter determinadas atividades essenciais, como a saúde, a um regime especial de tutela estatal, ainda que executadas no âmbito privado. Conforme assinala Dallari (1988), o reconhecimento da relevância pública das ações e serviços de saúde implica a submissão de todos os prestadores, públicos ou privados, a um mesmo núcleo de deveres jurídicos, orientados pela proteção do direito fundamental à saúde.

Essa leitura é reforçada pelo encadeamento sistemático dos arts. 196 a 200 da Constituição. O artigo 196 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser assegurado por meio de políticas sociais e econômicas; o artigo 197 estabelece o regime jurídico dessas ações; e o artigo 199 admite expressamente a participação da iniciativa privada na assistência à saúde. A interpretação conjunta desses dispositivos revela que a Constituição não instituiu sistemas paralelos, mas um único sistema de saúde, sob direção pública, com pluralidade de executores.

Nesse sentido, Fernando Aith sustenta que o artigo 197 deve ser compreendido como norma de integração sistêmica, pois submete toda a atividade sanitária a um mesmo regime constitucional, independentemente da forma de organização do prestador. Para o autor, a execução privada não descaracteriza a natureza pública da função sanitária, uma vez que o núcleo do direito à saúde permanece vinculado à responsabilidade estatal e à finalidade constitucional de promoção da saúde coletiva.

A doutrina administrativista também contribui para essa compreensão. Odete Medauar destaca que, nos serviços sociais essenciais, a execução por particulares não afasta a incidência

de um regime jurídico público setorial, especialmente quando a Constituição atribui ao Estado o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar a atividade. No campo da saúde, essa lógica é expressamente positivada no artigo 197, que confere ao Poder Público a responsabilidade pela ordenação do sistema, ainda que a prestação seja descentralizada.

Na mesma linha, Emerson Gabardo enfatiza que a qualificação da saúde como serviço de relevância pública impõe uma leitura unitária do sistema, na qual a atuação privada não representa exceção, mas instrumento de concretização da política pública. Para o autor, a relevância pública funciona como elemento de homogeneização normativa, integrando diferentes modalidades de execução sob um mesmo regime jurídico-finalístico.

A centralidade do artigo 197 como eixo unificador também se projeta sobre a legislação infraconstitucional. A Lei nº 8.080/1990, ao estruturar o Sistema Único de Saúde, reafirma a possibilidade de participação da iniciativa privada e submete essa atuação às diretrizes da política pública de saúde. Posteriormente, a Lei nº 9.656/1998, ao disciplinar os planos e seguros privados de assistência à saúde, incorpora conceitos e princípios assistenciais compatíveis com o sistema constitucional, demonstrando a continuidade normativa entre o SUS e a saúde suplementar.

Do ponto de vista doutrinário, Lenir Santos observa que o artigo. 197 é o dispositivo que permite compreender o SUS como sistema aberto, capaz de integrar diferentes formas de provisão sem perder sua unidade estrutural. Para a autora, a distinção entre saúde pública, complementar e suplementar refere-se à forma de organização e financiamento, e não à existência de sistemas jurídicos autônomos.

A contribuição da Saúde Coletiva também é relevante nesse debate. Jairnilson Paim argumenta que a Constituição de 1988 instituiu um sistema de saúde com base em princípios e objetivos comuns, admitindo múltiplos arranjos institucionais para sua execução. Segundo o autor, a fragmentação observada na prática decorre de fatores históricos, econômicos e políticos, mas não encontra respaldo no texto constitucional, que aponta para a unidade do sistema.

Dessa forma, o artigo 197 da Constituição Federal pode ser compreendido como norma-síntese do modelo sanitário brasileiro. Ao unificar todas as ações e serviços de saúde sob o regime da relevância pública, o dispositivo confere coerência ao sistema e legitima a atuação regulatória do Estado sobre todos os agentes que nele operam.

A saúde suplementar, nesse contexto, não se coloca fora ou ao lado do Sistema Único de Saúde, mas integra o mesmo sistema constitucional, como forma privada de execução, sujeita à direção pública e aos fins coletivos da política de saúde.

Assim, reconhecer o artigo 197 como eixo unificador significa afirmar que a unidade do sistema de saúde brasileiro não reside na exclusividade da prestação estatal, mas na comunhão de finalidade constitucional, na submissão ao regime de relevância pública e na coordenação estatal das diferentes dimensões de execução. Essa interpretação reforça a tese de que a saúde suplementar constitui dimensão autônoma, porém integrada, do sistema único de saúde, fundamento indispensável para uma compreensão sistêmica, coerente e constitucionalmente adequada da organização sanitária no Brasil.

3.1 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS ESTRUTURANTES DA UNIDADE SISTÊMICA DA SAÚDE

A unidade sistêmica da saúde no ordenamento constitucional brasileiro não decorre apenas de uma opção organizacional do legislador constituinte, mas encontra fundamento em um conjunto articulado de princípios constitucionais que estruturam o direito à saúde como política pública integrada, solidária e orientada à efetividade. Esses princípios operam como vetores interpretativos indispensáveis para a compreensão do Sistema Único de Saúde como um sistema jurídico uno, ainda que executado por múltiplos atores públicos e privados.

O primeiro desses vetores é o princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado no artigo 1º, inciso III, da CRFB/88. A saúde, enquanto condição essencial para o exercício pleno da dignidade, não pode ser fragmentada em regimes estanques de proteção, sob pena de relativização do próprio direito fundamental. A unidade sistêmica da saúde decorre, assim, da necessidade de assegurar proteção contínua e coerente ao indivíduo, independentemente do canal institucional por meio do qual o cuidado seja prestado.

Associado a esse fundamento, o artigo 196 da Constituição estabelece os princípios da universalidade e da igualdade no acesso às ações e serviços de saúde, determinando que a proteção sanitária seja garantida a todos, sem discriminações arbitrárias. Esses princípios não se limitam à organização do SUS em sentido estrito, mas irradiam efeitos sobre todo o sistema de saúde, inclusive sobre a atuação da iniciativa privada. A existência da saúde suplementar não afasta o dever estatal de assegurar igualdade material, tampouco autoriza a criação de circuitos assistenciais completamente dissociados da política pública de saúde.

O princípio da integralidade da atenção, previsto no artigo 198, II, da Constituição, reforça essa leitura sistêmica ao exigir que a proteção à saúde abarque ações de promoção, prevenção e recuperação, de forma articulada e contínua. A integralidade não se compatibiliza com uma lógica de compartimentalização rígida entre setores, pois pressupõe coordenação entre diferentes níveis de atenção, prestadores e formas de financiamento. Nesse sentido, a saúde suplementar, ao oferecer cobertura assistencial que reproduz essa lógica ampliada de cuidado, revela-se funcionalmente integrada ao sistema constitucional de saúde.

Outro elemento principiológico relevante é o da solidariedade social, implícito no modelo constitucional de financiamento e organização da saúde. Tanto o SUS quanto a saúde suplementar operam, ainda que por mecanismos distintos, com base em estruturas solidárias de repartição de riscos e custos. No sistema público, essa solidariedade se expressa por meio do financiamento coletivo via orçamento; no sistema suplementar, manifesta-se pela lógica mutualista dos contratos. A interdependência entre essas formas de solidariedade evidencia que o colapso ou desequilíbrio de uma dimensão repercute inevitavelmente sobre a outra, reforçando a necessidade de leitura unitária do sistema.

A unidade sistêmica da saúde também se ancora no princípio da eficiência das políticas públicas, extraído do artigo 37 da Constituição e aplicado ao campo sanitário. A eficiência, nesse contexto, não se resume à contenção de custos, mas envolve a capacidade do sistema de produzir resultados socialmente adequados de forma sustentável. A fragmentação interpretativa entre saúde pública e suplementar compromete essa eficiência, ao gerar sobreposições, lacunas assistenciais e decisões descoordenadas, especialmente no âmbito da regulação e da judicialização da saúde.

Por fim, o próprio artigo 197 da Constituição Federal sintetiza esses princípios ao qualificar todas as ações e serviços de saúde como de relevância pública e ao atribuir ao Estado a função de regulamentar, fiscalizar e controlar sua execução, ainda que realizada por entes privados. Esse dispositivo opera como verdadeiro elo normativo entre os princípios constitucionais da saúde e a organização concreta do sistema, conferindo unidade jurídica a um modelo que admite pluralidade de executores, mas não pluralidade de sistemas.

Dessa forma, os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da universalidade, da igualdade, da integralidade, da solidariedade e da eficiência não apenas legitimam, mas exigem a compreensão da saúde como um sistema único e integrado. A saúde

suplementar, nesse cenário, não se coloca como exceção ou alternativa ao sistema constitucional, mas como dimensão funcional inserida em um mesmo projeto normativo de proteção à saúde, cuja coerência e sustentabilidade dependem da observância desses princípios estruturantes.

4 A SAÚDE SUPLEMENTAR COMO DIMENSÃO AUTÔNOMA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde suplementar ocupa posição singular na organização constitucional do sistema de saúde brasileiro, não podendo ser compreendida como um sistema paralelo ou dissociado do Sistema Único de Saúde. Embora possua regime jurídico próprio, lógica contratual específica e financiamento distinto, sua atuação se insere no mesmo campo normativo da política sanitária nacional, submetendo-se aos princípios constitucionais que estruturam o direito fundamental à saúde.

A Constituição Federal de 1988 não instituiu sistemas estanques de proteção sanitária, mas um sistema único, estruturado sob direção pública e orientado por finalidades comuns. Ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, o constituinte admitiu a pluralidade de formas de execução das ações e serviços de saúde, inclusive pela iniciativa privada, sem que isso implicasse fragmentação sistêmica.

Nesse sentido, França (2022), sustenta que o Sistema Único de Saúde deve ser compreendido como um sistema abrangente e integrador, no qual coexistem diferentes modalidades de prestação, todas voltadas à tutela da saúde humana como bem jurídico fundamental.

A autonomia da saúde suplementar deve, portanto, ser compreendida em sentido funcional, e não como autonomia sistêmica plena. Trata-se de segmento que atua segundo regras próprias, especialmente quanto ao equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e à lógica mutualista de custeio, mas que permanece integrado ao sistema constitucional de saúde. Conforme observa Aith (2007), a execução privada das ações de saúde não desnatura sua natureza pública, uma vez que a finalidade constitucional e o regime de relevância pública permanecem preservados.

Sob o prisma histórico e institucional, a própria formação da saúde suplementar no Brasil evidencia sua vinculação estrutural ao sistema público. Ligia Bahia destaca que a conformação histórica da saúde suplementar sempre ocorreu em estreita relação com o sistema

público, seja pela complementariedade assistencial, seja pela transferência indireta de riscos, custos e demandas entre os setores, o que reforça a inadequação de compreendê-la como um sistema isolado ou paralelo ao SUS.

Essa compreensão é reforçada pela doutrina médico-jurídica de Genival Veloso de França, para quem a distinção entre saúde pública e privada não implica a existência de sistemas autônomos, mas apenas diferentes formas de organização e financiamento dentro de um mesmo sistema de proteção à saúde. Para o autor, a unidade do sistema decorre da finalidade comum de promoção, prevenção e recuperação da saúde, independentemente de quem execute o serviço ou suporte o custo.

A legislação infraconstitucional corrobora essa leitura integrada. A Lei nº 9.656/1998, ao disciplinar os planos e seguros privados de assistência à saúde, incorporou princípios assistenciais compatíveis com aqueles previstos na Lei nº 8.080/1990, evidenciando a continuidade normativa entre o SUS e a saúde suplementar. Essa aproximação normativa demonstra que o legislador infraconstitucional operou dentro da lógica de um sistema único, e não de sistemas paralelos.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar pela Lei nº 9.961/2000 reforça, no plano institucional, essa integração sistêmica. As competências atribuídas à ANS, notadamente a regulação assistencial, a fiscalização do setor e o mecanismo de ressarcimento ao SUS, somente se justificam à luz da concepção de que a saúde suplementar integra o sistema constitucional de saúde, exigindo coordenação e harmonização com as demais dimensões de execução.

Dessa forma, a saúde suplementar deve ser compreendida como dimensão autônoma, porém integrada, do Sistema Único de Saúde. Sua autonomia funcional convive com a interdependência estrutural que caracteriza o sistema de saúde brasileiro, no qual decisões regulatórias, judiciais e políticas que incidem sobre um segmento repercutem sobre os demais.

Essa leitura sistêmica é fundamental para a adequada interpretação do regime jurídico da saúde suplementar e para a preservação da coerência e sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

5 A ATUAÇÃO INTEGRADORA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR COMO EXPRESSÃO DA UNIDADE SISTÊMICA DA SAÚDE

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961/2000, representa marco institucional relevante na consolidação da saúde suplementar como dimensão integrada do sistema de saúde brasileiro. A opção do legislador por instituir uma autarquia sob regime especial, dotada de competências regulatórias amplas, evidencia que a saúde suplementar não foi concebida como um setor dissociado do Sistema Único de Saúde, mas como parte de um arranjo sanitário nacional que demanda coordenação, integração e coerência sistêmica.

A própria lei de criação da ANS explicita, em seu artigo 4º, que compete à agência não apenas regular e fiscalizar as operadoras de planos de saúde, mas também promover a integração entre o sistema de saúde suplementar e o Sistema Único de Saúde, inclusive no tocante ao intercâmbio de informações, ao acompanhamento da prestação assistencial e à recomposição de custos suportados pelo setor público. Tal diretriz normativa afasta qualquer interpretação segundo a qual a saúde suplementar se estruturaria como um sistema paralelo ou autossuficiente.

Sob a perspectiva do Direito Sanitário, Dallari (1988), sustenta que a regulação estatal em saúde tem como pressuposto a existência de um sistema único, no qual o Poder Público exerce função de direção, ainda que a execução das ações e serviços seja descentralizada ou delegada a particulares. Para a autora, a atuação regulatória não se limita à prestação estatal direta, mas alcança todos os agentes que integram o campo sanitário, precisamente porque as ações e serviços de saúde possuem relevância pública, nos termos do artigo 197 da Constituição Federal.

Nesse mesmo sentido, Aith (2007), observa que a criação de agências reguladoras no setor da saúde não fragmenta o sistema, mas o reforça, ao estabelecer mecanismos institucionais de coordenação entre diferentes formas de provisão. Para o autor, a ANS opera como instrumento de governança sanitária, responsável por assegurar que a atuação privada permaneça alinhada aos objetivos constitucionais da política de saúde, especialmente no que diz respeito à integralidade da atenção, à continuidade do cuidado e à proteção do usuário.

A atuação integradora da ANS também se manifesta de forma concreta por meio do instituto do ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e operacionalizado sob a supervisão da agência. Esse mecanismo revela, de maneira inequívoca, a interdependência estrutural entre a saúde suplementar e o sistema público, pois parte da premissa de que o atendimento prestado pelo SUS a beneficiários de planos privados gera impacto financeiro que deve ser recomposto no âmbito do mesmo sistema sanitário. Conforme aponta Daniel Wang, o ressarcimento ao SUS só se justifica em um contexto de unidade sistêmica, no qual os fluxos assistenciais e financeiros transitam entre o setor público e o privado, exigindo mecanismos de equilíbrio e coordenação.

Além disso, a ANS exerce papel central na definição de padrões assistenciais mínimos, por meio da regulação da cobertura obrigatória, da fiscalização da rede prestadora e da imposição de critérios técnicos que dialogam diretamente com as diretrizes da política pública de saúde. Ainda que a saúde suplementar atue sob lógica contratual e econômica própria, a regulação imposta pela ANS reproduz categorias assistenciais e sanitárias típicas do SUS, reforçando a ideia de que ambos compartilham a mesma matriz normativa.

Do ponto de vista do Direito Administrativo, Medauar (2018); Gabardo (2017), contribuem para a compreensão da ANS como órgão responsável por garantir a coerência de um sistema jurídico setorial. Para esses autores, a regulação de serviços essenciais prestados por particulares não configura exceção ao sistema público, mas instrumento de sua própria efetivação. A atuação regulatória, nesse contexto, é expressão da responsabilidade estatal pela organização e funcionamento do sistema como um todo, independentemente da natureza do executor do serviço.

Também no campo da Saúde Coletiva, Jairnilson Paim destaca que a coexistência entre SUS e saúde suplementar exige mecanismos institucionais capazes de mitigar assimetrias, evitar sobreposições e promover maior racionalidade sistêmica. A ANS, ao regular o setor suplementar, cumpre papel estratégico nesse processo, funcionando como elo entre diferentes dimensões de provisão da atenção à saúde.

Dessa forma, a atuação da ANS não pode ser compreendida como mera regulação de um mercado privado, mas como expressão institucional da unidade sistêmica da saúde no Brasil. Suas competências legais pressupõem a existência de um sistema único, no qual a saúde suplementar opera como dimensão autônoma, porém integrada, sujeita à direção pública e

orientada pelos mesmos objetivos constitucionais de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, a ANS materializa, no plano institucional e regulatório, a concepção de que a saúde suplementar não se desenvolve à margem do Sistema Único de Saúde, mas como parte integrante de um sistema sanitário nacional, cuja efetividade depende da articulação entre seus diversos componentes.

6 A UNIDADE SISTÊMICA DA SAÚDE E SUAS CONSEQUÊNCIAS JURÍDICO-INSTITUCIONAIS

O reconhecimento da saúde como um sistema jurídico uno, ainda que composto por distintas dimensões de execução, não constitui mera construção teórica, mas produz relevantes consequências jurídico-institucionais para a formulação de políticas públicas, para a atuação regulatória do Estado e para a própria interpretação judicial do direito à saúde. A leitura fragmentada do sistema — que separa rigidamente o SUS da saúde suplementar — revela-se incompatível com o desenho constitucional e gera distorções práticas que comprometem a coerência normativa e a sustentabilidade do modelo sanitário brasileiro.

A concepção de unidade sistêmica impõe a compreensão da saúde como um campo normativo integrado, no qual decisões, regulações e políticas que incidem sobre uma de suas dimensões repercutem, direta ou indiretamente, sobre as demais. Trata-se de característica própria de sistemas complexos de proteção social, nos quais a autonomia funcional dos subsistemas não afasta a interdependência estrutural entre seus componentes.

6.1 A FRAGMENTAÇÃO INTERPRETATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE E SEUS EFEITOS REGULATÓRIOS

A interpretação que concebe a saúde suplementar como sistema paralelo ao SUS tem produzido efeitos adversos no plano regulatório e institucional. Ao dissociar a atuação privada do sistema constitucional de saúde, essa leitura enfraquece a capacidade do Estado de exercer coordenação sistêmica, reduzindo a regulação a uma lógica meramente mercadológica, desvinculada dos objetivos constitucionais da política sanitária.

Autores como Dallari (1988) e Aith (2007), alertam que a fragmentação interpretativa compromete a própria racionalidade do sistema, na medida em que esvazia o sentido da

relevância pública das ações e serviços de saúde. Se a saúde suplementar fosse concebida como campo externo ao sistema, não se justificaria a intensa intervenção regulatória do Estado, tampouco a existência de mecanismos de articulação institucional, como aqueles atribuídos à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Do ponto de vista do Direito Administrativo, a leitura fragmentada também enfraquece a noção de serviço essencial submetido a regime jurídico especial.

Conforme observa Gabardo (2017), a regulação de serviços sociais essenciais pressupõe a existência de um sistema jurídico setorial, no qual a atuação privada se submete a finalidades públicas previamente definidas. A negação da unidade sistêmica conduz, assim, a uma incoerência normativa: reconhece-se a relevância pública do serviço, mas nega-se sua inserção no sistema que lhe dá sentido.

6.2 UNIDADE SISTÊMICA E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A judicialização da saúde constitui um dos campos em que os efeitos da fragmentação sistêmica se manifestam com maior intensidade. Decisões judiciais que analisam isoladamente o SUS ou a saúde suplementar, sem considerar sua interdependência estrutural, tendem a produzir soluções antissistêmicas, com impactos significativos sobre o financiamento, a regulação e a equidade do sistema de saúde como um todo.

Nesse ponto, Wang (2020), destaca que a judicialização frequentemente ignora os efeitos sistêmicos das decisões, tratando conflitos individuais como se estivessem dissociados da política pública de saúde. A concessão de tutelas que impõem coberturas assistenciais sem observância das diretrizes regulatórias ou dos impactos financeiros sistêmicos pode comprometer tanto a sustentabilidade do SUS quanto o equilíbrio atuarial da saúde suplementar.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), embora não uniforme, tem sinalizado preocupação com a necessidade de considerar o sistema de saúde de forma integrada, especialmente ao ponderar o direito à saúde com princípios como a reserva do possível, a separação de poderes e a sustentabilidade das políticas públicas. Ainda que nem sempre expressa em termos sistêmicos, essa preocupação revela o reconhecimento implícito de que decisões isoladas podem gerar efeitos desorganizadores em um sistema que opera de forma interdependente.

Sob essa perspectiva, a unidade sistêmica da saúde oferece um parâmetro hermenêutico relevante para a atuação judicial, permitindo que o direito fundamental à saúde seja concretizado de forma compatível com a lógica constitucional e com a necessidade de preservação do sistema como um todo.

6.3 UNIDADE SISTÊMICA E SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro constitui um dos maiores desafios contemporâneos da política pública sanitária, especialmente diante do aumento da demanda por serviços de alta complexidade, do envelhecimento populacional e da incorporação acelerada de novas tecnologias. Nesse contexto, a compreensão da saúde como sistema único revela-se indispensável para a construção de soluções institucionais equilibradas.

A lógica de financiamento do SUS, baseada em orçamento público, e a lógica mutualista da saúde suplementar, fundada no equilíbrio atuarial, não operam de forma estanque. Ao contrário, há constante circulação de usuários, serviços e custos entre as diferentes dimensões do sistema. O mecanismo do ressarcimento ao SUS, previsto na Lei nº 9.656/1998, é expressão normativa dessa interdependência e confirma que a sustentabilidade de uma dimensão impacta diretamente as demais.

Paim (2009), observa que a fragmentação do sistema compromete a capacidade de planejamento e de coordenação das políticas de saúde, gerando ineficiências e desigualdades no acesso. A unidade sistêmica, por sua vez, permite maior racionalidade na alocação de recursos, na definição de prioridades e na articulação entre os diferentes níveis e formas de atenção à saúde.

A atuação regulatória do Estado, especialmente por meio da ANS, assume papel estratégico na preservação dessa sustentabilidade, ao buscar equilibrar a proteção do usuário, a viabilidade econômica das operadoras e a compatibilidade das práticas assistenciais com os objetivos da política pública de saúde.

Essa função regulatória somente se justifica e se legitima à luz da concepção de sistema único, no qual a saúde suplementar opera como dimensão integrada, e não como mercado dissociado do interesse público.

6.4 A UNIDADE SISTÊMICA COMO PRESSUPOSTO PARA A GOVERNANÇA SANITÁRIA

Por fim, a unidade sistêmica da saúde deve ser compreendida como pressuposto indispensável para uma governança sanitária eficaz. A multiplicidade de atores, entes federativos, prestadores públicos, entidades privadas, operadoras, órgãos reguladores e Poder Judiciário, exige um referencial comum capaz de orientar decisões e harmonizar interesses.

A teoria das políticas públicas, especialmente na formulação de Maria Paula Dallari Bucci, contribui para essa compreensão ao afirmar que sistemas jurídicos setoriais se estruturam a partir de objetivos constitucionais compartilhados, ainda que executados por diferentes atores. Aplicada ao campo da saúde, essa abordagem reforça a necessidade de reconhecer a unidade do sistema como condição para sua governabilidade.

Assim, a unidade sistêmica da saúde não representa negação da autonomia dos diversos agentes que atuam no setor, mas o reconhecimento de que essa autonomia se exerce dentro de um marco constitucional comum, orientado pela proteção do direito fundamental à saúde. Trata-se de leitura que confere maior coerência ao sistema, fortalece a regulação, qualifica a atuação judicial e contribui para a sustentabilidade institucional da política de saúde no Brasil.

6.5 JUDICIALIZAÇÃO INDIVIDUAL DA SAÚDE, SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA E INTERDEPENDÊNCIA ENTRE SUS E SAÚDE SUPLEMENTAR

A judicialização da saúde, especialmente quando orientada por uma perspectiva estritamente individual, constitui um dos fenômenos que mais evidenciam a interdependência estrutural entre as diferentes dimensões do sistema de saúde brasileiro. Decisões judiciais que determinam a cobertura de tratamentos, medicamentos ou procedimentos específicos, sem a devida consideração dos impactos sistêmicos dessas determinações, revelam que o sistema de saúde opera como um arranjo integrado, no qual a intervenção em uma de suas dimensões repercute inevitavelmente sobre as demais.

No âmbito da saúde suplementar, a imposição judicial de coberturas não previstas contratualmente ou não incorporadas ao rol de procedimentos obrigatórios interfere diretamente no equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de planos de saúde. Conforme assinala Daniel Wang (2020), a judicialização tende a deslocar decisões alocativas complexas do espaço técnico-regulatório para o Poder Judiciário, que, ao decidir casos individuais, nem sempre

dispõe de instrumentos adequados para avaliar os efeitos sistêmicos, atuariais e distributivos dessas determinações. O resultado é o aumento da sinistralidade e a elevação dos custos assistenciais, que, em um mercado de base mutualista, acabam sendo redistribuídos entre os beneficiários.

Esse processo produz consequências relevantes, como o reajuste das mensalidades e a exclusão indireta de usuários, especialmente daqueles com menor capacidade contributiva. A elevação dos custos na saúde suplementar, quando somada às obrigações legais impostas pela Lei nº 9.656/1998 e às exigências regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tende a reduzir a capacidade de permanência de parte da população nesse segmento, ocasionando um redirecionamento da demanda para o Sistema Único de Saúde. Tal dinâmica demonstra que a judicialização da saúde suplementar não se restringe ao setor privado, mas impacta diretamente o sistema público, intensificando a pressão sobre o financiamento e a capacidade assistencial do SUS.

Do ponto de vista sistêmico, essa migração forçada de usuários evidencia que a saúde suplementar exerce função relevante na descompressão da demanda sobre o sistema público, ainda que não substitua o dever estatal de garantir o direito à saúde. Jairnilson Paim (2009) assinala que a fragmentação do sistema e a ausência de coordenação entre suas diferentes dimensões comprometem a racionalidade do planejamento sanitário, gerando sobrecarga, ineficiência e desigualdades no acesso. A judicialização individual, quando desprovida de uma visão integrada, agrava esse quadro ao desorganizar os fluxos assistenciais e financeiros do sistema como um todo.

A interdependência entre SUS e saúde suplementar também se manifesta no processo de incorporação de tecnologias em saúde. Embora os procedimentos formais de incorporação no âmbito do SUS, conduzidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), e aqueles adotados pela ANS para a atualização do rol de procedimentos da saúde suplementar sejam juridicamente distintos, há evidente harmonização técnico-científica entre ambos. As avaliações de eficácia, segurança e custo-efetividade realizadas no âmbito do sistema público influenciam, direta ou indiretamente, as decisões regulatórias no setor suplementar, revelando a existência de uma lógica sistêmica de incorporação tecnológica.

Nesse sentido, Fernando Aith (2007) destaca que a incorporação de novas tecnologias em saúde deve ser compreendida como decisão de política pública com impactos sistêmicos, exigindo critérios técnicos, transparência e coordenação institucional. A pressão judicial para a incorporação imediata de tratamentos, à margem dos processos regulatórios, compromete essa racionalidade decisória e enfraquece os mecanismos de governança do sistema de saúde.

A jurisprudência constitucional brasileira tem reconhecido, de forma progressiva, a centralidade do direito à saúde como dever estatal dotado de eficácia imediata, ainda que isso implique impactos relevantes sobre a organização e a sustentabilidade das políticas públicas.

Nesse sentido, destaca-se o Recurso Extraordinário nº 195.192-3/RS, julgado pela Segunda Turma do Supremo Tribunal Federal, sob a relatoria do Ministro Marco Aurélio, em 22 de fevereiro de 2000.

No referido precedente, o STF afirmou que a obrigação estatal de assegurar o acesso a tratamento indispensável à preservação da saúde não pode ser afastada por argumentos de natureza orçamentária ou administrativa, reconhecendo a força normativa dos arts. 196 e 197 da Constituição Federal. Embora o caso tenha se dado no âmbito da saúde pública, o entendimento firmado passou a orientar decisões posteriores também relacionadas à saúde privada, influenciando a interpretação judicial sobre a extensão das obrigações assistenciais e reforçando a compreensão de que o direito à saúde se projeta sobre todo o sistema, independentemente da natureza do prestador.

Dessa forma, a judicialização da saúde, longe de representar fenômeno isolado ou restrito a um dos segmentos do sistema, constitui elemento revelador da unidade sistêmica da saúde no Brasil.

As consequências econômico-financeiras e assistenciais das decisões judiciais demonstram que a intervenção em uma dimensão, pública ou suplementar, repercute sobre todo o sistema, reforçando a necessidade de uma abordagem integrada, capaz de compatibilizar a tutela do direito individual à saúde com a preservação da sustentabilidade, da equidade e da coerência do sistema de saúde como um todo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste artigo permite afirmar que a organização constitucional da saúde no Brasil não comporta uma leitura fragmentada ou dualista, fundada

na oposição entre um sistema público e um sistema privado autônomo. Ao contrário, a Constituição Federal de 1988 instituiu um sistema de saúde juridicamente uno, estruturado sob a direção pública do Estado e orientado pela finalidade comum de promoção, proteção e recuperação da saúde, admitindo, contudo, múltiplas formas de execução das ações e serviços sanitários.

Os fundamentos constitucionais examinados, especialmente os arts. 196 a 200 da Constituição, evidenciam que a unidade do sistema de saúde decorre menos da natureza do agente executor e mais da comunhão de objetivos, princípios e valores que informam a política sanitária nacional. A saúde, elevada à condição de direito fundamental social, foi concebida como campo normativo integrado, no qual a atuação estatal direta, a participação complementar da iniciativa privada e a prestação suplementar se inserem em um mesmo marco constitucional.

Nesse contexto, o artigo 197 da Constituição Federal assume papel central ao qualificar todas as ações e serviços de saúde como de relevância pública, submetendo-os a um regime jurídico comum, ainda que executados por entes privados. Tal dispositivo opera como verdadeiro elemento de integração sistêmica, ao legitimar a atuação do Estado na regulamentação, fiscalização e controle de toda a atividade sanitária, preservando a unidade do sistema mesmo diante da pluralidade de executores.

A saúde suplementar, disciplinada pela Lei nº 9.656/1998, revela-se, assim, não como sistema paralelo ou apartado do SUS, mas como dimensão autônoma do sistema único de saúde, caracterizada por regime jurídico próprio, financiamento específico e lógica contratual distinta, sem que tais particularidades afastem sua inserção no sistema constitucional de proteção à saúde. A autonomia funcional da saúde suplementar convive, portanto, com a integração sistêmica, evidenciada tanto pela replicação de princípios assistenciais quanto pela interdependência normativa e financeira entre os setores público e privado.

A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por sua vez, materializa institucionalmente essa unidade sistêmica. As competências atribuídas à agência — notadamente a regulação assistencial, a fiscalização do setor, a integração de informações e a operacionalização do ressarcimento ao SUS — pressupõem a existência de um único sistema sanitário, no qual as diferentes dimensões de execução demandam coordenação, coerência e equilíbrio.

A ANS não regula um mercado isolado, mas um segmento do sistema de saúde brasileiro, cuja atuação repercute diretamente sobre a sustentabilidade e a efetividade da política pública de saúde como um todo.

A doutrina especializada do Direito Sanitário, do Direito Administrativo e da Saúde Coletiva converge para essa leitura integradora, ao reconhecer que a pluralidade de arranjos institucionais e de prestadores não compromete a unidade do sistema, desde que preservada a direção pública, a finalidade constitucional e o regime de relevância pública das ações e serviços de saúde. A fragmentação observada na prática, muitas vezes acentuada pela judicialização e por interpretações restritivas, revela-se mais como um descompasso entre norma e realidade do que como opção do constituinte.

Diante disso, o reconhecimento da saúde suplementar como dimensão autônoma, porém integrada, do sistema único de saúde não apenas se mostra juridicamente consistente, como também se revela necessário para uma compreensão sistêmica da governança sanitária no Brasil. Tal leitura contribui para o aprimoramento da regulação, para a racionalização das decisões judiciais e para a construção de políticas públicas mais coerentes, capazes de enfrentar os desafios contemporâneos da sustentabilidade, da equidade e da efetividade do direito à saúde.

Essa compreensão sistêmica encontra respaldo também na jurisprudência constitucional do Supremo Tribunal Federal, que, ao longo dos anos, tem afirmado a força normativa do direito à saúde e a responsabilidade estatal por sua concretização, independentemente das formas institucionais de prestação dos serviços. Precedentes como o RE 195.192-3/RS (STF, rel. Min. Marco Aurélio, j. 22.2.2000) evidenciam que a tutela do direito à saúde não pode ser relativizada por critérios organizacionais ou orçamentários, reforçando a ideia de que a proteção sanitária se projeta sobre todo o sistema de saúde, público e privado, como expressão de um mesmo projeto constitucional.

Conclui-se, portanto, que a unidade sistêmica da saúde, longe de negar a diversidade de formas de execução, constitui o pressuposto normativo que permite a coexistência ordenada entre o setor público e o privado, sob a égide de um mesmo projeto constitucional de proteção sanitária, reafirmando o Sistema Único de Saúde como eixo estruturante da política de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando. **Direito sanitário: a proteção da saúde no Brasil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.
- BAHIA, Ligia. **Planos privados de saúde no Brasil: debates e trajetórias**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 4 jun. 1998.
- BRASIL. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 29 jan. 2000.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Recurso Extraordinário (RE) nº 195.192-3/RS**. Segunda Turma. Relator: Ministro Marco Aurélio, Brasília: Diário de Justiça Eletrônico, 22 fev. 2000.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.
- FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022.
- GABARDO, Emerson. **Regime jurídico dos serviços públicos sociais**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.
- MEDAUAR, Odete. **Direito administrativo moderno**. 14. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990)**. Campinas: Saberes, 2017.
- WANG, Daniel Wei Liang. **Judicialização da saúde: decisões judiciais e impactos no sistema de saúde**. São Paulo: Saraiva, 2020.