

# UNIDADE 2

## CONFIGURAÇÃO LEGAL E TÉCNICA DO SUS

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Descrever as dimensões técnicas e político-institucionais do SUS;
- ▶ Debater o arcabouço constitucional e infraconstitucional; e
- ▶ Discutir os aspectos inovadores do SUS como política pública.



## INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Queremos convidá-lo a dar mais um passo em nosso aprendizado sobre *Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS*. Nesta Unidade, você vai conhecer ou rever, caso já conheça, a configuração legal e técnica do SUS. Para compreender a importância básica do tema é fundamental que você reflita sobre os tempos em que vivemos.

Bons estudos!

A nova institucionalidade do setor Saúde começou a ser desenhada em 1986, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, com cerca de três mil participantes, dos quais mil deles eram delegados votantes, representando diversos segmentos da sociedade. Nessa conferência, precedida de sessões nos Estados, foram estabelecidos os fundamentos do futuro SUS.

Realizada em meio a amplos debates na imprensa, nos sindicatos, nos partidos políticos de oposição, nas instituições de ensino e pesquisa, em movimentos populares, a Conferência contribuiu decisivamente para formar consensos quanto ao diagnóstico crítico sobre o sistema de saúde vigente e quanto a uma agenda de mudanças, que ficou conhecida como a **Agenda da Reforma Sanitária**. Seu relatório geral resultou de discussões em plenária e em grupos de trabalho. Consagrou a saúde como direito universal e como dever do Estado, tendo como fundamento a noção de cidadania. No plano das relações entre os níveis de governo, a estratégica das AIS, seguida pelos SUDS, prevaleceu como diretriz básica para assegurar a descentralização e a mudança de ênfase no financiamento ao setor. O amplo consenso então formado foi a base do futuro texto constitucional.

Todo esse processo possibilitou que o debate na Assembleia Nacional Constituinte sobre saúde fosse pautado por uma proposta de mudanças mais orgânicas e articuladas do que a maioria dos outros setores de políticas públicas. Com a Constituição de 1988 foi fundado o arcabouço jurídico-institucional do SUS, consagrando em grande parte os preceitos acordados por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde. Tal arcabouço está estabelecido no capítulo sobre a Seguridade Social da Constituição Federal de 1988 e detalhado na Lei n. 8.080/90, que dispõe sobre a organização dos serviços, e na Lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a participação comunitária e o financiamento do sistema.

Diversas portarias ministeriais regulamentaram o SUS, especialmente as que originaram as NOBs de 1991, 1993 e 1996. A implantação do SUS no conjunto do País passa a acontecer de forma gradual ao longo dos anos 1990.

A Constituição de 1988 apresenta, na sua Seção II, os preceitos que governaram a política setorial nos anos seguintes. Sob o lema “Saúde: direito de todos, dever do Estado”, seus princípios podem ser resumidos em alguns pontos básicos:

- ▶ as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e seu atendimento um dever do Estado;
- ▶ a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços;
- ▶ esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos; e
- ▶ a sua gestão deve ser descentralizada.

E, além disso, o sistema deverá ser custeado, essencialmente, por recursos governamentais originários da União, Estados e municípios. Os serviços de caráter empresarial comprados devem ser complementares e devem estar subordinados às estratégias mais gerais da política setorial. As ações governamentais serão submetidas a organismos colegiados oficiais, como os Conselhos de Saúde (representação paritária entre usuários e prestadores dos serviços) e serão consagradas à descentralização político-administrativa e a participação social.

A Lei n. 8.080/90 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”, ou seja, detalha o conteúdo constitucional. Essa lei define os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde. Com relação ao modelo proposto, o caráter automático e imediato das transferências entre os diferentes Fundos de Saúde ficou prejudicado em função de veto governamental, sendo retomado pela [Lei n. 8.142/90](#), que instituiu os Conselhos de Saúde e conferiu *status* público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais, como o Conass e o Conasems.

Falaremos dessas entidades mais adiante, e também das Comissões Intergestores, mas lembre-se de que as articulações entre as esferas de governo já vinham sendo realizadas desde os anos de 1980, à época das AIS.

*Podemos dizer, para fins analíticos, que o conjunto dos princípios políticos e técnicos do SUS, assim como suas diretrizes operacionais, podem ser agrupados como um novo pacto social, um novo desenho político-institucional e um novo modelo técnico-assistencial, você concorda?*



#### Saiba mais

Lei n. 8.142/90

A Lei n. 8.142/90 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Fonte: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 16 jul. 2010.

## O SUS COMO UM NOVO PACTO SOCIAL

O novo pacto social envolve o duplo sentido de que a saúde passa a ser definida como um “direito de todos”, integrante da condição de cidadania social, e a ser considerada um “dever do Estado”, o que implica na responsabilidade e na solidariedade do conjunto da sociedade. Distingue-se do modelo anterior, que se baseava na ideia de seguro social, em que o direito estava restrito às clientelas envolvidas diretamente com o financiamento do sistema por meio das contribuições sociais previdenciárias, por configurar o modelo da Seguridade Social, em que as clientelas são beneficiadas independentemente de sua contribuição ao financiamento do sistema porque ele é assumido pelo conjunto da sociedade.

O SUS corresponde a uma requalificação do direito à saúde, que deixa de ser privilégio dos contribuintes da Previdência Social e passa a ser de todos os cidadãos, e a uma requalificação da responsabilidade do Estado, que deixa de ser uma mera agência do seguro social em saúde e passa a ser o responsável pela sua garantia a todos os cidadãos.

No plano do arcabouço legal, o direito de todos é manifestado na garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, isto é, nos preceitos de **universalidade** e de **equidade**. O dever do Estado se expressa em um pacto de solidariedade do conjunto da sociedade e funda-se em um **novo modelo de financiamento**.



A Constituição Federal estabelece:

[...] Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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).

Quanto ao novo modelo de financiamento, a Constituição Federal de 1988 estabelece que a responsabilidade pelo financiamento do SUS

[...] é das três esferas de governo, e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo **Fundo de Saúde**. Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de Contribuições Sociais.

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 – Cofins) e o Lucro (Fonte 151 – Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do MS e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 – Recursos Ordinários, provenientes principalmente da

receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 – Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com pessoal e encargos sociais.

Dentro da previsibilidade das contribuições sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, é criada, ainda que em caráter provisório, uma fonte específica para financiamento do SUS – a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja essa e todas as demais bases tributárias e financeiras do governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos municípios. (BRASIL, 1997, p. 16-17).

Alguns autores relacionam a universalização da atenção pública com a expansão de clientela dos planos e seguros privados, apontando que a deterioração dos serviços de saúde, decorrente do desinvestimento na rede pública, sobrecarregada com usuários até então excluídos, teria pressionado setores de classe média e os trabalhadores especializados a buscarem melhor qualidade de atendimento na esfera privada. A isso chamaram “universalização excludente” (FAVERET; OLIVEIRA, 1990). Na verdade, a expansão dos planos foi muito facilitada por incentivos governamentais, como o abatimento do Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas.



# O SUS COMO NOVO DESENHO

## POLÍTICO-INSTITUCIONAL

O novo desenho político-institucional faz referência à ideia de que a implantação do novo sistema de saúde, agora universal, deveria se dar de forma inovadora, com estruturas ágeis e compatíveis com as novas tarefas e os novos compromissos do sistema. Deveria superar, do modelo anterior, a fragmentação institucional, o centralismo gerencial, o padrão burocrático de decisão e a execução de ações. A remodelação institucional proposta foi concebida sob a inspiração de um novo padrão de relação Estado-sociedade, de forma a viabilizar a responsabilidade pública sobre a saúde.

Ao desenhar uma nova forma de exercer a gestão pública da saúde buscando melhorar o desempenho do Estado, podemos dizer que a **Reforma Sanitária** antecipou alguns dos preceitos que mais tarde estariam presentes na **Agenda de Reforma do Estado**, pelo menos nas suas prescrições mais voltadas a melhorar o desempenho estatal no exercício da responsabilidade pública. E buscou um novo formato de Estado, de modo a favorecer sua agilidade e permeabilidade à sociedade.

Além da **unificação** dos comandos institucionais, as categorias que deram eixo ao novo desenho foram a **descentralização** e a **participação**. Os marcos aqui são dados pela Lei n. 8.080/90 e pela Lei n. 8.142/90, que detalham o desenho e estabelecem os mecanismos operacionais para a descentralização político-administrativa e para a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde. Quanto à **unificação/descentralização**, a legislação é bastante

clara ao definir a situação-objetivo da direção única em cada esfera de governo. A Lei n. 8.080/90 define em seu artigo 7º diversos princípios, entre os quais:

[...] IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Na sua operacionalização que, como vimos, já se desenvolvia desde os SUDS, o processo de **descentralização** engendrou, para resolver o problema das relações entre as esferas governamentais, novos espaços institucionais que foram chamados de Comissões Intergestores: uma no plano federal, chamada Tripartite (reunindo em igual número representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems); e uma no âmbito de cada unidade federada, chamada Bipartite (reunindo em igual número representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do COSEMS de cada unidade federada).

A **participação** é manifestada na obrigatoriedade da constituição de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo e na sua definição como membros do Poder Executivo. A Lei n. 8.142/90, como vimos, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Em seu artigo 1º, parágrafo 2º, constatamos que

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Na próxima Unidade veremos com mais detalhes, como se desenvolveu o processo de descentralização na Saúde.

Sendo assim, podemos afirmar que o Conselho de Saúde é um organismo oficial do Poder Executivo. O chamado caráter paritário decorre de regras de composição dos Conselhos: a metade do conselho deve ser constituído de representantes dos usuários e a outra, de setores que oferecem e executam os serviços, ou seja, um conjunto composto pelos profissionais, pelos prestadores de serviços e pelos representantes governamentais.

Vejam os alguns aspectos da natureza e do funcionamento do Conselho de Saúde.

- ▶ Quanto à sua **competência**, a legislação é clara sobre seu caráter deliberativo em relação à política de saúde. Alguns temas, como o aumento salarial de servidores e a realização de obras, podem envolver outras políticas de governo, nesse caso, as propostas do Conselho têm caráter indicativo. Por isso, em muitas cidades do País foi instituído o orçamento participativo para dar conta do conjunto das políticas públicas.
- ▶ Quanto à sua **identidade**, ela é claramente a de um organismo do Poder Executivo, o que a difere da câmara dos vereadores (Poder Legislativo), do Ministério Público e do Poder Judiciário. Como a questão saúde passa comumente por esses três níveis de poder, são esperados conflitos, mas também reforço mútuo entre as iniciativas dessas esferas.
- ▶ Quanto à sua **dinâmica**, ela é compreendida na implementação desses organismos e na construção gradual de relações mais firmes entre os governos eleitos e os representantes de segmentos sociais. As Conferências de Saúde, cuja realização é prevista pela legislação a cada dois anos, representam um momento privilegiado nessa construção, tanto no tocante à legitimidade das políticas quanto no que diz respeito à representatividade dos conselheiros. Um grande número de municípios brasileiros já realizou pelo menos duas Conferências de Saúde e alguns estão marcando a sexta.

*Como tem sido o desempenho dos Conselhos de Saúde no Brasil, considerando o que discutimos até aqui?*

Não temos números exatos, mas como existem muitas pesquisas em andamento, alguma coisa já pode ser apontada. Os Conselhos de Saúde, apesar de sua rápida multiplicação pelo País, têm tido desempenhos diferenciados: alguns se concentram em disputar acirradamente espaços políticos com os prefeitos e secretários de Saúde, outros são assimilados politicamente pela Administração Pública Municipal. Porém, muitos Conselhos de Saúde funcionam como interlocutores privilegiados da Administração Pública Municipal e da sociedade. Como tais, têm sido capazes de impulsionar com êxito ações e políticas em sua região. Alguns obstáculos são muitas vezes apontados para a efetiva participação dos Conselhos de Saúde no processo decisório da política de saúde: resistências do Executivo, renúncia de grupos sociais à participação cotidiana, falta de informações para um funcionamento adequado ou insuficiência de capacitação dos conselheiros.

Além dos Conselhos de Saúde, temos também o Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, em seus quase dez anos de existência, firmou-se como um fórum privilegiado no processo decisório do setor. O início dos anos 1990 marcou a proliferação veloz de Conselhos, os quais vem se disseminando rapidamente pelo País.

Entre 1991 e 1993 foram constituídos cerca de dois mil Conselhos de Saúde, o que significa um ritmo de praticamente dois novos Conselhos de Saúde por dia. Em julho de 1996 uma estimativa baseada no número de municípios já habilitados à municipalização da Saúde apontou que cerca de 65% deles dispunham de Conselhos de Saúde, correspondendo a mais de 80% da população brasileira.

Hoje, esses organismos encontram-se largamente disseminados no País e estimamos que já existam em mais de quatro mil municípios, envolvendo algo em torno de 80 a 100 mil postos de conselheiros de Saúde, número equivalente ao de vereadores no conjunto do País. Somemos a isso a existência de Conselhos Estaduais de Saúde em todas as unidades da Federação.

# O SUS COMO NOVO MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL

O novo modelo técnico-assistencial é baseado em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, em que o acesso a bens e aos serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas, capazes de prover qualidade de vida.

Distingue-se do modelo anterior por associar inteiramente as ações preventivas às ações curativas e a saúde coletiva à atenção individual e por não centrar o atendimento à demanda por assistência médica.

Além do artigo 196, que vincula o direito à saúde à implementação de “[...] políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos” (BRASIL, 1988), a Constituição estabelece:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

A Lei n. 8.080/90, em diversas passagens, especifica o que entendemos por atenção integral:

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990).

*O segundo princípio citado no artigo 7º da Lei n. 8.080/90 nos fala de integralidade de assistência, mas o que seria integralidade? Como você entende esse termo?*

A integralidade da assistência em saúde inclui quatro ações:

- ▶ A articulação entre os níveis de atenção, garantindo a primazia das ações de promoção e prevenção e também as de assistência a doentes.
- ▶ A articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contrarreferência.
- ▶ A articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando a uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta.

- ▶ A oferta de serviços cuja organização atenda à demanda espontânea e à programação de ações para problemas prioritários.

A integralidade importa, assim, em uma oferta adequada e oportuna de recursos tecnológicos necessários para prevenir ou para resolver problemas de saúde, dos indivíduos ou das coletividades. No entanto, esse talvez tenha sido o aspecto menos desenvolvido no SUS. Nem a legislação é exaustiva a respeito, nem as sucessivas NOBs lograram enfrentar a questão da reformatação dos processos de trabalho no interior do SUS, haja vista a grande pressão provocada tanto pela tradição assistencial dos profissionais quanto pela demanda reprimida por assistência médica.

# Resumindo



Nesta Unidade descrevemos as características técnicas e político-institucionais do SUS, assim como o seu arcabouço constitucional e infra-constitucional. Também destacamos e discutimos os aspectos inovadores do SUS como política pública.





## **Atividade de aprendizagem**

Vamos verificar como foi seu entendimento até aqui? Uma forma simples de fazê-lo é você realizar a atividade proposta a seguir.

1. Qual a diferença entre o SUS e o modelo anterior de sistema de saúde? Elabore uma síntese com base na sua leitura desta Unidade e a envie ao seu tutor.