



Estratégia

CONCURSOS

NA SAÚDE

LEI 8.080

ESQUEMATIZADA

Prof. Adriano de Oliveira

LEI 8.080 – ESQUEMATIZADA PARA CONCURSOS

Saudações, prezado concurseiro!!!

Meu nome é **Adriano de Oliveira**, sou o professor do *Estratégia Concursos* referência para área de legislação, organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Este é um tema presente em qualquer concurso, para qualquer cargo de instituições na área da saúde. Sou um especialista nesse tema, e é por isso que tenho grande satisfação em lhe oferecer gratuitamente este importante instrumento de estudo.

Apresentarei a você neste artigo a **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**, também conhecida como **Lei Orgânica da Saúde**, que define as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro. Trata-se do eixo principal de compreensão da política de saúde no Brasil. Para efeito de provas de concursos não há outro documento sobre o qual se pergunte mais.

Trata-se de um texto de lei bastante denso e extenso, e não poderia ser diferente, uma vez que esta lei é a coluna vertebral de toda a legislação do SUS. Portanto utilizarei alguns recursos para tornar sua leitura e estudo mais proveitosos. Apresento inicialmente uma ilustração que destaca os principais grupos de temas abordados na lei. Em seguida apresento um quadro resumo que retrata a maneira com que os artigos da referida lei se distribuem no texto e, por fim, destaco as leis complementares que provocaram algum tipo de alteração no texto original da lei 8.080 para que você seja capaz de identificá-las ao longo da apreciação do texto atual.

PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NA LEI 8.080**Determinantes sociais em saúde****Vigilância em saúde****Princípios e diretrizes do SUS****Políticas para populações específicas****Responsabilidades das 3 esferas de governo****Estrutura de governança do SUS****Política de recursos humanos****Participação complementar do privado**

Confira a lista das leis e decreto, por ordem cronológica de publicação, com seus respectivos cabeçalhos, e você verá que são incremento ou alteração do texto original da lei 8.080. Fique atento à essas leis e ao que elas modificam, sobretudo as mais recentes, pois elas têm-se apresentado como tendência para concursos.

Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999

Acrescenta dispositivos à Lei 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002

Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005

Altera a Lei 8.080, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Lei nº 12.401, de 2011

Altera a Lei 8.080, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011

Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013

Altera a Lei 8.080, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.

Lei nº 12.895, de 18 de dezembro de 2013

Altera a Lei 8.080, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.

Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015

Altera o arts. 23 e 53 da Lei 8.080, permitindo a participação de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde.

Por último, segue o quadro resumo que apresenta panoramicamente o teor de cada capítulo, sem detalhar minuciosamente cada artigo, para não perdermos o foco da compreensão sistêmica dos temas neste primeiro momento.

QUADRO RESUMO – LEI 8.080

TÍTULO		ASSUNTO
TÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reafirma a saúde como direito e dever do Estado, concretizando-se pela formulação e execução de políticas que garantam um acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. ➤ Descreve o que são determinantes de saúde.
TÍTULO II DO SUS		<ul style="list-style-type: none"> ➤ O SUS é formado por órgãos das 3 esferas de poder – municipal, estadual e federal, por meio de instituições de administração direta e indireta. ➤ Poderá contar com a participação da iniciativa privada em caráter complementar.
CAPÍTULOS	ARTIGO	
I Objetivos Atribuições	5º e 6º	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivos do SUS: identificação de determinantes, formulação de políticas, assistência integral e prevenção. ➤ Atuação do SUS: vigilâncias (inclusive nutricional); assistência integral; participação no saneamento básico; ordenamento na formação de RH; colaboração na proteção ambiental; formulação de políticas de medicamentos, equipamento e materiais; fiscalização de serviços,

		<p>produtos, substâncias e alimentos; desenvolvimento tecnológico; política de sangue.</p> <p>➤ Definição das vigilâncias: epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador.</p>
II Princípios Diretrizes	7º	<p>➤ Princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, preservação da autonomia, direito a informação, priorização epidemiológica, participação da comunidade, descentralização, intersetorialidade, conjugação de recursos, resolutividade, evitar duplicidade.</p>
III Organização Direção Gestão	8º - 14	<p>➤ Organização regionalizada e hierarquizada;</p> <p>➤ Direção única a ser exercida pelo Ministério e Secretarias (municipais e estaduais);</p> <p>➤ Municípios podem formar consórcios;</p> <p>➤ Criação de comissões intersetoriais para assuntos que extrapolam a esfera do SUS; criação de comissões permanentes de integração saúde e ensino;</p> <p>➤ CIB e CIT como foros de pactuação;</p> <p>➤ CONASS e CONASEMS como entidades representativas das Secretarias de Saúde; COSEMS como representantes das Secretarias Municipais no âmbito dos Estados.</p>
IV Competência Atribuições	15 - 19	<p>➤ Atribuições “comuns” da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.</p> <p>➤ Competências “específicas” da direção nacional, estadual e municipal. O Distrito Federal acumula competências de Estado e Município.</p>
V Saúde Indígena	19: A - H	<p>➤ Instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).</p> <p>➤ Financiamento federal. Estado e Municípios poderão complementar.</p> <p>➤ Articulação do Subsistema com os órgãos responsáveis pela Política Indígena.</p> <p>➤ Levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas.</p> <p>➤ O Subsistema deverá ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado.</p> <p>➤ SUS servirá de retaguarda e referência.</p> <p>➤ Direito a participar dos Conselhos de Saúde.</p>

VI Internação Domiciliar	19 – I	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estabelecimento do atendimento e internação domiciliar no SUS, realizados por equipes multidisciplinares que atuarão na prevenção, terapêutica e reabilitação. ➤ Este atendimento só poderá ocorrer com expressa concordância do paciente.
VII Parto e Pós- parto	19: J e L	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permissão da presença de 1 acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, indicado pela própria parturiente. ➤ Os hospitais devem manter, em local visível, aviso informando sobre esse direito.
VII Incorporação de Tecnologia	19: M-U	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Define o que compõe a assistência terapêutica integral: dispensação de medicamentos e produtos; oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar; ➤ Detalha procedimentos da política de medicamentos; ➤ Descreve a composição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e algumas de suas atribuições e procedimentos;
TÍTULO III – SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA		
I Funcionamento	20 - 23	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Define e caracteriza as possibilidades de atuação da iniciativa privada no sistema de saúde, respeitando as regras expedidas pelos órgãos gestores do SUS. ➤ Permite participação direta ou indireta de empresas ou capital estrangeiro na assistência, em alguns casos.
II Participação Complementar	24 - 26	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O SUS poderá recorrer à iniciativa privada para complementar seus serviços. ➤ Essa participação deve ser por meio de contrato ou convênio. ➤ Entidades Filantrópicas e sem fins lucrativos tem preferência. ➤ Os critérios, valores e parâmetros assistenciais serão estabelecidos pela direção nacional do SUS e aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS). ➤ Aos proprietários e dirigentes de entidades contratadas é vedado exercer cargo de confiança no SUS.
TÍTULO IV – RECURSOS HUMANOS		
	27 - 30	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivos da política de recursos humanos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino; valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS.

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os serviços públicos constituem campo de prática para ensino e pesquisa. ➤ Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento só poderão ser exercidos em regime de tempo integral. ➤ Servidores que acumulam 2 cargos poderão exercer suas atividades em mais de 1 estabelecimento. ➤ As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão (Programas de Residência) serão regulamentadas por Comissão Nacional.
TÍTULO V – FINANCIAMENTO		
I Recursos	31 - 32	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O orçamento da seguridade social destinará ao SUS os recursos necessários, de acordo com a LDO. ➤ Define outras fontes de recursos. ➤ Atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico serão cofinanciadas pelo SUS, pelas universidades e com recursos de instituições de fomento.
II Gestão Financeira	33 - 35	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recursos financeiros movimentados ficam sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. ➤ Na esfera federal, os recursos financeiros serão administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). ➤ Auditoria do MS acompanha a aplicação dos recursos repassados conforme programação. ➤ Critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos para Estados e Municípios.
III Planejamento Orçamento	36 - 38	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planejamento e orçamento devem ser ascendentes. ➤ Vedado o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais. ➤ Não é permitido auxílio financeiro a instituições prestadoras de serviços com finalidade lucrativa.
DISPOSIÇÕES FINAIS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ O acesso aos sistemas de informação dos ministérios da seguridade social será assegurado às Secretarias de Saúde, e o MS deve organizar um sistema nacional. ➤ Hospitais universitários e de ensino integram-se ao SUS, mediante convênio. ➤ Em tempos de paz, serviços das Forças Armadas poderão integrar-se ao SUS. 		

Agora que você está melhor situado, com uma noção geral de quais temas aparecem na lei 8.080 e como eles se organizam, vamos destrinchar cada um dos seus artigos.

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 e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º *Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.*

Comentário:

Perceba que essa lei regulamenta toda e qualquer atividade de saúde no Brasil e não apenas as promovidas pelo poder público. Você entenderá isso melhor quando chegarmos aos artigos específicos.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º *A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

Comentário:

Logo após a introdução da lei no artigo 1º, que descreve seu objeto, já surge o resgate do princípio constitucional da saúde como direito e dever do Estado, conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

Art. 3º *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.*

Lembre-se que na lista de leis que alteraram o texto original, que acabamos de ver, consta o acréscimo neste artigo, que inclui a atividade física como um determinante de saúde. **(Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013)**

Parágrafo único. *Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.*

Comentário:

Há um conceito muito importante por trás desse artigo. De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os **determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha**. Também podem ser considerados os **fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais** que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como **moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego**.

O esquema abaixo, proposto pelos teóricos Dahlgren e Whitehead, ilustra bem a inter-relação entre esses determinantes sociais (representados graficamente pelos arcos) e o grupo de fatores e características individuais (representados na esfera central) sobre as quais não se tem muita possibilidade de intervenção para alterar.



Os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois vão além, influenciando todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele se insere.

Por isso é importante que o setor saúde se some aos demais setores da sociedade no combate às iniquidades – o que chamamos de **intersectorialidade**. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são importantes nesse processo, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e de qualidade de vida.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º *O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).*

§ 1º *Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.*

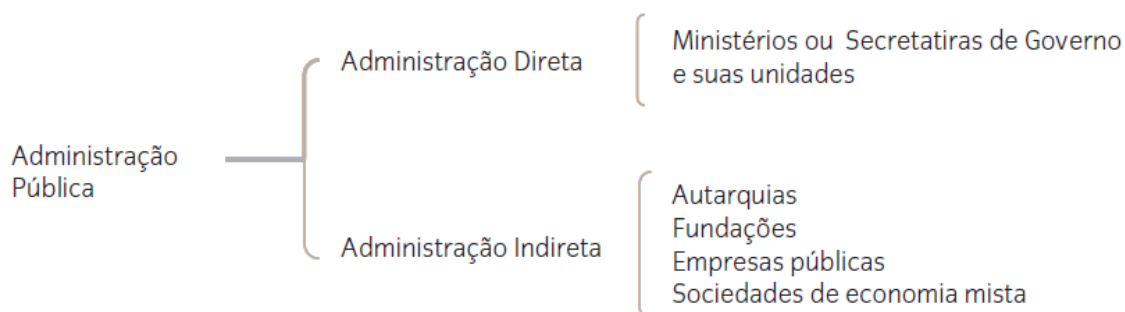
§ 2º *A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.*

Comentário:

Nesse artigo procura-se esclarecer quais instituições e órgãos fazem parte do SUS e, portanto, são regidos pela lei 8.080.

O primeiro grupo é das instituições públicas, mais fácil de se distinguir, pois são aquelas geridas diretamente pelos órgãos competentes da saúde (secretarias de saúde e Ministério da Saúde).

Já o segundo grupo, da administração indireta, está dividido em diferentes modalidades. Abaixo você observa um esquema que demonstra como a área de Administração Pública define essa divisão.



Há também uma outra categoria não representada nessa ilustração, referente às atividades chamadas *paraestatais*. Esse grupo é composto por instituições de natureza privada mas sem fins lucrativos, e que podem participar das atividades gerenciais do SUS.

É o que comumente se chama de terceiro setor, uma vez que não é o primeiro setor – representado pelo poder público – e nem o segundo (a iniciativa privada lucrativa). Os principais exemplos que temos disso são as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Por último, destaco o parágrafo 2º, que apresenta o conceito de *complementariedade*. Esse parágrafo se refere sobre a possibilidade de atuação de empresas privadas que podem vender serviços ao SUS, contanto que a Administração Direta não os tenha ou não possa ofertá-los em quantidade suficiente para a população pela qual é responsável.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º *São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:*

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Comentário:

Este artigo resume as missões designadas ao SUS (e que de certa forma justificam a necessidade de sua existência). Na verdade, esses deveriam ser os objetivos de qualquer sistema de saúde:

- a) identificar as necessidades de saúde de sua população, considerando o princípio da integralidade conforme abordamos no artigo sobre determinantes de saúde;
- b) formular políticas que sejam compatíveis ao atendimento dessas necessidades;
- c) executar ações que dêem concretude a tais políticas.

No último parágrafo reafirma-se aquilo que permeia todo o arcabouço teórico e normativo do SUS, de que trata-se de uma política pública que pretende sobrepujar a visão restrita de assistência a pessoas já adoecidas, ampliando seu escopo com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e ressaltando o caráter integrador que deve haver entre essas frentes.

Art. 6º *Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):*

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Comentário:

Observamos, no artigo 6º, que a lei 8.080 elenca as muitas facetas da Vigilância em Saúde e apresenta os objetivos de atuação do SUS.

A vigilância em saúde **tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações** que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

As ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devem se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. O conceito de vigilância em saúde inclui: **a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.**

As ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde devem se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. Segundo a **Portaria nº 1.378 de 2013**, as ações de Vigilância em Saúde envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- vigilância da saúde do trabalhador;
- vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse da saúde;

Assim, apesar de o Ministério da Saúde e os demais gestores da saúde no âmbito estadual e municipal ainda não terem concluído a formulação da **Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**, por meio dos diversos manuais ministeriais podemos afirmar que os eixos estruturantes dessa política estão bem representados no esquema abaixo:



A ideia de representar a PNVS por meio desse esquema é demonstrar que apesar de haverem dimensões distintas do trabalho de vigilância em saúde, essas dimensões devem ser entendidas de maneira integrada.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Comentário:

Destrincharemos a partir deste primeiro parágrafo os conceitos dos 3 principais eixos da vigilância em saúde: sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador. Em resumo, a Vigilância Sanitária abrange o controle de produtos e da prestação de serviços que se relacionem com a saúde humana.

A vigilância sanitária também pode ser concebida como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

O propósito da Vigilância Epidemiológica é **fornecer orientação técnica permanente** para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo **conhecer**, a cada momento, **o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações**, de forma que as medidas de **intervenção pertinentes possam ser desencadeadas em tempo oportuno e com eficácia**.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;
e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Pela sua extensão, este parágrafo se torna mais esclarecedor do que os anteriores, pois seus diversos itens descrevem até mesmo atividades que estão previstas para efetivação desta política. Assim, eu destacaria apenas o caráter social da saúde do trabalhador ao considerar as diferentes dimensões do trabalho e a sua repercussão na saúde das pessoas, prevendo intervenções inclusive nos meios de produção das atividades econômicas.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

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;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

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;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - 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;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

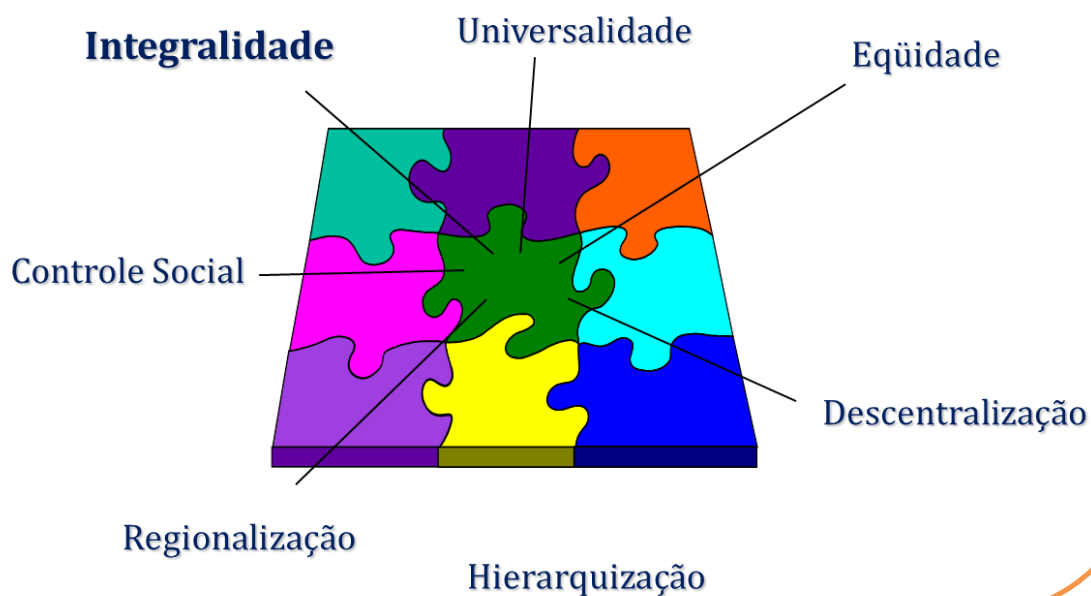
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Comentário:

Chegamos ao coração e alma da lei 8.080, a expressão maior dos valores defendidos nos primórdios do movimento da reforma sanitária brasileira, e que cotidianamente permanece como a bandeira de cada um dos que militam pelo direito à saúde.

De acordo com o próprio cabeçalho deste capítulo, tais princípios e diretrizes já foram afirmados na Constituição Federal, e seus efeitos estão espalhados sutilmente nas descrições de vários outros artigos da lei 8.080 e de outras normativas do SUS. Por isso é tão importante compreender os conceitos que estão por trás destes princípios e diretrizes. Vale destacar também que a lei é bem clara ao declarar que **esses princípios se aplicam ou deveriam se aplicar a todos os serviços públicos, privados, contratados ou conveniados que integram o SUS.**

Trago-lhe em forma de glossário um resumo sobre os principais conceitos que embasam os princípios do SUS, antecedido por uma imagem que nos lembra que estes princípios precisam sempre ser tratados de maneira integrada.



Costumamos dividir os princípios do SUS em 2 grupos: **doutrinários e organizativos**. Os primeiros são mais conceituais, ou seja, são a base ideológica que representa os valores que defendemos em um sistema que deve garantir o direito à saúde. O segundo grupo embasa efetivamente a maneira com que o sistema se organiza, por isso recebem esse nome.

Princípios Doutrinários

Universalidade: significa que o Sistema Único de Saúde deve atender a todos por meio de sua estrutura e serviços, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. Não importando, por exemplo, se a pessoa possui um plano de saúde privado.

Equidade: preconiza o direito das pessoas a serem atendidas de acordo com as suas necessidades de saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. Portanto, não é sinônimo de igualdade, apesar de o texto da lei colocar nesses termos e esses conceitos terem muito em comum. Ocorre que essa concepção evoluiu, visando, entre outros aspectos, reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde que acabamos de estudar.

Integralidade: preconiza a garantia ao usuário de uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações programáticas ou doenças.

Princípios Organizativos

Regionalização: trata-se de uma forma de organização do Sistema de Saúde, com base territorial e populacional, adotada por muitos países na busca por uma distribuição de serviços que promova equidade de acesso, qualidade, otimização dos recursos e racionalidade de gastos.

Hierarquização: diz respeito à possibilidade de organização dos níveis de atenção do Sistema conforme o grau de densidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula os serviços dos diferentes níveis de atenção, por meio de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de trânsito de informações.

Descentralização: é o processo de transferência de responsabilidades da gestão e recursos para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios.

Controle Social: é um mecanismo institucionalizado pelo qual se procura garantir a participação social, com representatividade, no acompanhamento da formulação e execução das políticas de saúde. Ele se concretiza primordialmente por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, mas se dá também em outras instâncias.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º *As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.*

No artigo 8º ficam reiteradas a regionalização e hierarquização como princípios estruturantes para a organização do SUS. Essa necessidade de reafirmar estes princípios decorre da longa história de centralização do sistema de saúde em estruturas federais como principais prestadores de serviços de saúde aos trabalhadores que possuíam cobertura previdenciária.

Ao propor a descentralização do sistema, a lei 8.080 aponta a regionalização como possibilidade do estabelecimento de relações de apoio mútuo entre municípios que guardam entre si interesses comuns. E traz ainda na hierarquização a necessidade destas regiões de saúde organizarem seus fluxos e estratégias de acesso e otimização de recursos.

Art. 9º *A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:*

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Já no artigo 9º observa-se a inequívoca declaração de que o SUS deve ter comando único em cada instância, e identifica o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais como responsáveis por esse comando em suas respectivas esferas. Isso significa que seus representantes são a autoridade que determina os rumos das políticas de saúde em seus territórios, o que inclui o regramento de participação complementar da iniciativa privada, conforme vimos no artigo 8º e veremos em outros artigos posteriores.

Isso também deflagra o caráter independente de cada um dos poderes ou instâncias de governo. Veremos mais à frente como essas esferas se relacionam para pactuar políticas de interesse nacional. Isso, porém, não restringe a possibilidade de se estabelecer políticas e diretrizes locais, sobretudo no que tange ao regramento operacional dos serviços.

Art. 10. *Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.*

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Comentário:

No comentário do artigo 8º eu mencionei essa parceria que se pode estabelecer entre municípios e aqui neste artigo vemos um dos dispositivos que pode colaborar com isso, os consórcios administrativos intermunicipais. Em resumo, trata-se de uma sociedade constituída entre os municípios interessados na tentativa de otimizar recursos por meio de entidade que juridicamente é de direito privado e que, portanto, permite facilidades operacionais. O conjunto de municípios pode realizar provimentos de serviços de saúde para a região e ratear proporcionalmente tais despesas. Esse dispositivo é previsto legalmente desde 1937 e não é exclusivo da área da saúde.

No 2º parágrafo coloca-se a possibilidade de um mesmo município (sobretudo os de grande porte) estabelecer unidades gestoras para determinadas áreas geográficas do município. Comumente esses territórios são chamados de distrito sanitário. A depender do arranjo organizativo pode haver maior ou menor autonomia para o gestor local designado, mas nunca se sobrepõe ao princípio de comando único do Secretário Municipal de Saúde, como veremos mais à frente.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. *Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.*

Parágrafo único. *As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

Art. 13. *A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:*

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Comentário:

Como já mencionei nos artigos relacionados aos determinantes sociais e aos princípios do SUS, a intersectorialidade é uma característica fundamental para a organização do SUS e suas práticas cuidadoras. A partir desse reconhecimento, o artigo institui a obrigatoriedade de criação e funcionamento de comissões permanentes que discutam as interfaces de determinadas políticas públicas. No artigo 13º a lei adscrive quais temas são primordiais, sem limitar outras comissões que possam ser criadas.

Alguns Estados também adotam essa proposta, a despeito da não obrigatoriedade, seja com a nomenclatura de comissão, comitê, câmara técnica ou outra que lhe aprover. Estas comissões comumente estão vinculadas à Comissão Intergestores Bipartite, instância deliberativa sobre a qual explanarei logo à frente.

Art. 14. *Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.*

Parágrafo único. *Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação*

continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Comentário:

Foi tratada de maneira diferenciada a importância de se instituir Comissões que formulem estratégias que promovam melhor interação de benefício mútuo entre serviços de saúde e instituições formadoras de profissionais de saúde em nível superior. Um exemplo clássico disso são as Comissões Permanentes que regulamentam os programas de residência médicas e multiprofissionais.

Art. 14-A. *As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).*

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Comentário:

Uma das responsabilidades do poder público estadual é mediar a relação entre os sistemas municipais, assim como o federal mediar os sistemas estaduais.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde e regiões, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibilidades orçamentárias – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais.

A despeito do que as Normas Operacionais Básicas (NOB) já traziam a respeito do papel destas Comissões, por meio de portarias, fazia-se necessário regulamentar isso em outro nível. Veio então em 2011 com a promulgação da lei nº 12.466 a inclusão destes artigos na 8.080.

Art. 14-B. *O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).*

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

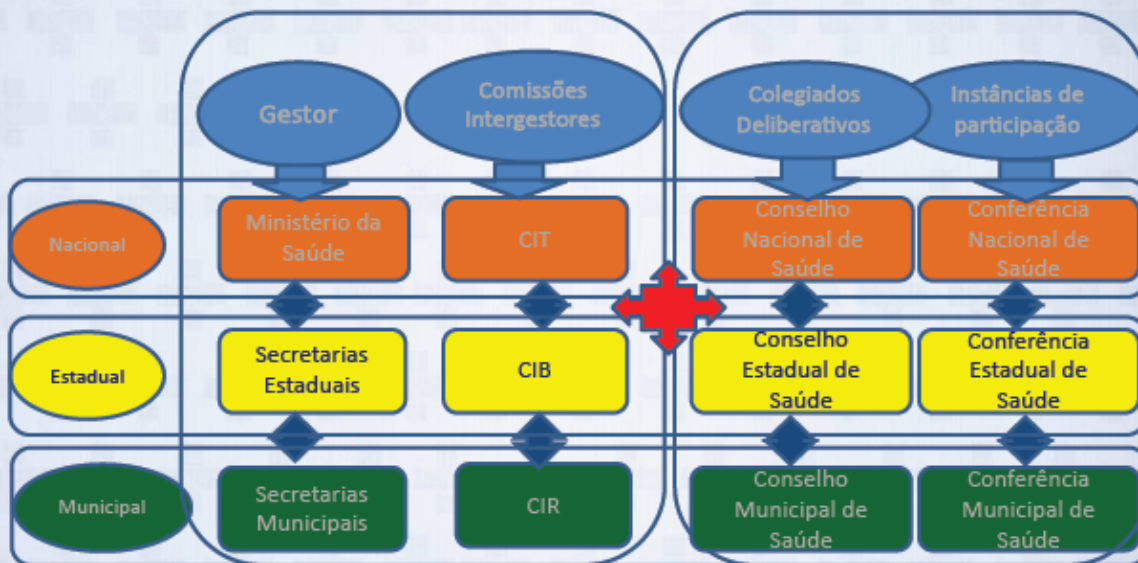
§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

A **CIT** é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Estas são as representações oficiais a que o artigo 14-A já se referia. Já a **CIB**, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). A Bipartite pode ainda operar por meio **Comissões Intergestores Regionais (CIR)** que tratam de especificidades de cada região de saúde. O decreto presidencial 7.508, de 2011, regulamenta essa questão.

Por meio destes artigos fica claro não somente a representatividade de cada uma destas instâncias, mas também a obrigatoriedade do poder federal de financiar a manutenção dessas estruturas.

Segue abaixo um esquema para ajudá-lo(a) a fixar melhor essa correlação entre os órgãos do poder executivo – Ministério e Secretarias, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde, órgãos que exercem o controle social no SUS.

GOVERNANÇA no SUS



No capítulo abaixo conferiremos as atribuições comuns entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretários Municipais. Na sequência veremos quais são as competências específicas de cada um deles. Percebam que muitas dessas atribuições e competências parecem repetir-se. Isso demonstra o caráter complementar dos papéis de cada uma dessas esferas de governo e a missão comum de promover o direito à saúde.

O mais importante é que você compreenda qual é essa lógica de complementação de papéis, ou seja, como devem atuar cada um dos órgãos para alcançar os objetivos comuns do SUS. Ao final da leitura do texto dos artigos coloquei uma tabela que permite comparar os papéis de cada esfera relacionados a temas semelhantes. No esquema abaixo demonstro como se dividem os níveis de responsabilidade:

FEDERAL:

coordenar o sistema de saúde, formular políticas e diretrizes nacionais, fomentar programas, fiscalizar a execução de recursos federais.

ESTADUAL:

articular as regiões de saúde, mediar o acesso à alta complexidade, planejar no âmbito estadual, apoiar técnica e financeiramente as ações dos municípios.

MUNICIPAL:

administrar os serviços de saúde, garantir acesso ao sistema, executar ações de saúde

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. *A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:*

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. *A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:*

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. *À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:*

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

- a) *de vigilância epidemiológica;*
- b) *vigilância sanitária;*
- c) *de alimentação e nutrição;*
- d) *de saneamento básico; e*
- e) *de saúde do trabalhador;*

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. *Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.*

Tabela comparativa de responsabilidades das 3 esferas governo

FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
Participar na formulação e na implementação das políticas: de controle das agressões ao meio ambiente; de saneamento básico; e relativas às condições e aos ambientes de trabalho	Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico e das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho	Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho
Definir e coordenar os sistemas: de rede de laboratórios de saúde pública; de vigilância epidemiológica; e vigilância sanitária	Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária	Executar serviços De vigilância epidemiológica; vigilância sanitária;
Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente	Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente	Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana
Participar da definição de normas e coordenar a política de saúde do trabalhador	Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de saúde do trabalhador	Executar serviços de saúde do trabalhador
Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras	Colaborar com a união na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras	Colaborar com a união e os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras
Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde	Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde	Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde
Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios	Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde	Formar consórcios administrativos intermunicipais
Promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde	Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde	Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação

<p>Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados</p>	<p>Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros</p>	<p>Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros</p>
<p>Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais</p>	<p>Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional</p>	<p>Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde</p>
<p>Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;</p>	<p>Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de alimentação e nutrição</p>	<p>Executar serviços de alimentação e nutrição</p>
<p>Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos</p>	<p>Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos</p>	
<p>Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS</p>		<p>Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada, em articulação com sua direção estadual;</p>
<p>Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde</p>		
<p>Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em</p>		
<p>Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual SUS ou que representem risco de disseminação nacional.</p>		

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. *As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)*

Art. 19-B. *É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)*

Art. 19-C. *Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)*

Art. 19-D. *O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)*

Art. 19-E. *Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)*

Art. 19-F. *Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)*

Art. 19-G. *O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)*

§ 1º *O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)*

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)



Comentário

Como puderam perceber este capítulo inteiro foi inserido por meio de uma lei adicional, ou seja, este tema não constava na composição original da lei. Isso é um traço muito característico das políticas voltadas a grupos minoritários. Os destaques que faço nessa lei como aspectos mais relevantes para concursos são:

- ✚ O financiamento do subsistema de saúde indígena é de obrigatoriedade federal, tal qual nas demais políticas públicas destinadas a essa população. Porém estados e municípios são compelidos a participar em alguma medida, sobretudo em territórios em que o número de indígenas é maior.
- ✚ O Subsistema de Saúde Indígena não deve ser apartado do restante do SUS, ele segue os mesmos princípios e diretrizes, e os serviços específicos promovidos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DISEI) devem estar articulados com os demais serviços do SUS, sobretudo os especializados de retaguarda.
- ✚ E, por último, destaco que tanto os serviços dos DISEI quanto os de retaguarda devem considerar as características peculiares dos povos indígenas na maneira de organizar seus serviços de modo a promover um acesso e cuidado adequado. Um exemplo disso são hospitais que dispõem de redes penduradas para internação de indígenas no lugar de camas.

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. *São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)*

§ 1º *Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)*

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)



Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

Comentário

Em coerência com os princípios estruturantes do SUS, esse outro Subsistema buscar promover o cuidado integral de pessoas que podem ser beneficiadas pelo atendimento e internação domiciliar.

Para tanto, as equipes que prestam esse serviço precisam ser multidisciplinares e adotar práticas profissionais integradoras. Tal qual não devem ser considerados serviços que atuam apenas na reabilitação de pessoas “desospitalizadas”, mas também no campo da promoção e prevenção, de modo a evitar complicações e novas internações.

Está em vigor a Política Nacional de Atenção Domiciliar que foi publicada em 2011 e teve seu teor revisado por meio da Portaria Ministerial nº 963 de 27 de maio de 2013. Quem tiver maior interesse em conhecer pode encontrar a portaria por meio do endereço http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. *Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)*

§ 1º *O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)*

§ 2º *As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)*

§ 3º *Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013)*

Art. 19-L. (VETADO)

Comentário

Muito se tem discutido nos últimos tempos acerca da qualificação da assistência pré, peri e pós-natal. Isso se justifica pelo fato de ainda guardarmos indicadores de morbimortalidade preocupantes em termos de materno-infantis. Esta lei adicional trabalha um aspecto essencial na humanização do cuidado a parturiente, o direito de escolher quem vai acompanhá-la. Para se fazer cumprir essa lei é necessário investir em infraestrutura e reorganização das maternidades. Isso porque já não se pode, por exemplo, negar à mulher o direito de que seu marido a acompanhe sob a alegação de que isso restringirá a privacidade das outras mulheres.

Perceba que 8 anos depois se fez necessária uma lei que obriga os estabelecimentos a comunicarem sobre esse direito de maneira efetiva.

Toda essa discussão de qualificação do cuidado materno-infantil intensificou-se com o lançamento do programa ministerial Rede Cegonha, formalizado pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Segundo essa portaria o objetivo do programa é:

... assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis...



CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

Art. 19-M. *A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. *Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:*

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. *Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. *Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. *A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

§ 1º *A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

§ 2º *O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-R. *A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

§ 1º *O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. *(VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

Art. 19-T. *São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

Art. 19-U. *A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)*

Comentário

Num mundo cada vez mais dinâmico quanto a produção de novos recursos tecnológicos é preciso que o poder público estabeleça diretrizes para um uso seguro deles. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tem como missão assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Isso vale para tecnologias que são aplicadas em qualquer serviço de saúde, seja ele público ou privado.

Além dessa lei que instituiu a CONITEC, seu funcionamento foi regulamentado pelo decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. O esquema abaixo ilustra essa proposta:

CONITEC FLUXO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA



Legenda: DOU = Diário Oficial da União / (SE) = Secretaria Executiva / SCTIE = Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. *Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.*

Art. 21. *A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.*

Art. 22. *Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.*

Comentário:

Vimos no comentário do 2º parágrafo do 2º artigo a definição de complementariedade da iniciativa privada do SUS. Vemos nos primeiros artigos deste capítulo um conceito que parece semelhante mas que se difere. Me refiro ao conceito de complementariedade, que é a concessão para que a iniciativa privada concorra no mercado ofertando serviços de saúde direto aos pagantes ou por meio de suas operadoras (planos ou seguradoras de saúde). Essa ação complementar é regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde.

COMPLEMENTAR ≠ SUPLEMENTAR

SERVIÇOS PRESTADOS PELA INICIATIVA PRIVADA AO SUS

≠

SERVIÇOS PRIVADOS OFERECIDOS NO MERCADO

~~Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Ao visitarmos em leitura a **Constituição Federal**, carta magna do país, encontramos no **Artigo 199** os seguintes dizeres:

"A assistência à saúde é livre à iniciativa privada."

"§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei."

A lei 13.097, que estamos estudando neste capítulo, surge justamente para regulamentar este aspecto da constituição que havia ficado em aberto. Por esta razão ela revoga os artigos que constavam no texto original e que aparecem acima com riscos que representam sua anulação. As condições para a liberação da participação do capital estrangeiro ficam bem circunscritas às situações descritas nesta lei.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. *Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.*

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. *Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).*

Art. 26. *Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.*

ESSE PRINCÍPIO JÁ FOI EXPLANADO NO COMENTÁRIO DO ARTIGO 4º.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Este parágrafo único faz um importante reconhecimento da vocação natural que os serviços de saúde têm como espaços de aprendizagem. Isso nos permite inferir que todo profissional de saúde, em tese, é um preceptor/tutor em potencial, mesmo se for formalmente designado para isso. Especialmente se atuar numa unidade certificada como hospital de ensino por exemplo. A política de recursos humanos no SUS hoje é conhecida como Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A depender do concurso em que você esteja focando, como, por exemplo, de um hospital universitário por meio da EBSERH, vale a pena conferir essas e outras nuances da Política Nacional de Educação Permanente: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html - Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014.

Art. 28. *Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.*

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este dispositivo que permite o exercício profissional em mais de um estabelecimento é uma concessão diferenciada para quem atua na saúde, dada a necessidade de provimento de mão de obra nessa área. No entanto, cada conselho profissional regulamenta os limites das jornadas de trabalho de maneira a preservar o próprio profissional e evitar que ele cause dano a outrem.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. *(Vetado).*

Art. 30. *As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.*

No último título abaixo veremos uma descrição detalhada e bastante técnica, em comparação com os anteriores. É um tema pouco frequente em concursos, mas há alguns aspectos que merecem destaque, portanto vou ressaltá-los.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. *O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.*

Art. 32. *São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:*

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. *Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.*

Como já mencionei anteriormente, os mecanismos de controle social exercem um importante papel no acompanhamento da realização de ações finalísticas do SUS e isso se aplica também ao acompanhamento das diferentes etapas da execução dos recursos.

§ 1º *Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.*

§ 2º *(Vetado).*

§ 3º *(Vetado).*

§ 4º *O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.*

Art. 34. *As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. *Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:*

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Os critérios dispostos acima tornam a Política de Financiamento do SUS coerente com o princípio da equidade.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)~~

Para melhor entendimento da lógica de financiamento do SUS é imprescindível que você estude a Lei Complementar 141 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. *O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (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 de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.*

§ 1º *Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.*

§ 2º *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, na área de saúde.*

Art. 37. *O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.*

Art. 38. *Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.*

Nas disposições finais vemos claramente que elas foram projetadas para orientar o processo de mudanças de alguns dispositivos que operavam em uma lógica anterior, de modo geral relacionadas a órgãos cujas ações eram bastante centralizadas no âmbito do governo federal. A maior parte destas transições foram concluídas, ao menos em tese.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. *(Vetado).*

§ 1º *(Vetado).*

§ 2º *(Vetado).*

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º *A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.*

§ 6º *Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.*

§ 7º (Vetado).

§ 8º *O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.*

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. *As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.*

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. *A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.*

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. *Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio,*

preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. *o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.*

Art. 47. *O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.*

Art. 48. *(Vetado).*

Art. 49. *(Vetado).*

Art. 50. *Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).*

Art. 51. *(Vetado).*

Art. 52. *Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.*

Art. 53. *(Vetado).*

Art. 53-A. *Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)*

Art. 54. *Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.*

Art. 55. *São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.*

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Espero que tenha gostado do material, e que ele tenha acrescentado algo de importante em seus estudos, ou que possa te motivar a iniciar sua preparação, se for o caso. Te convido a buscar por mais conhecimento e recursos de estudo adquirindo nossos cursos.

