



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

A Lei 8080/90 – O que mudou desde sua proposição?

JACIARA MARIA DA SILVA COSTA

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

JACIARA MARIA DA SILVA COSTA

A Lei 8080/90 – O que mudou desde sua proposição?

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Sanitarista em Saúde Coletiva.

Orientador: Petra Oliveira Duarte

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Costa, Jaciara Maria da Silva.

A Lei 8080/90 - O que mudou desde sua proposição? / Jaciara Maria da Silva
Costa. - Vitória de Santo Antão, 2022.
77 p., tab.

Orientador(a): Petra Oliveira Duarte

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva - Bacharelado,
2022.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Lei Orgânica da Saúde. 3. Legislação do SUS. I.
Duarte, Petra Oliveira. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

JACIARA MARIA DA SILVA COSTA

A Lei 8080/90 – O que mudou desde sua proposição?

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Petra Oliveira Duarte (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Amanda Priscila de Santana Cabral Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. José Ronaldo Vasconcelos Nunes
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a Deus e a toda minha família (pais, avós, irmãos, tios e ao meu companheiro), os grandes incentivadores e colaboradores da minha vida. Dedico também a minha professora e orientadora Petra, que acreditou e confiou em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder a vida da qual desfruto diariamente.

Aos meus pais que sempre me apoiaram fizeram de tudo para que eu tivesse educação. Aos meus avós por todos os conselhos e ensinamento.

Ao meu companheiro de vida que sempre esteve do meu lado me apoiando, me fortalecendo e acreditando em mim.

Aos meus irmãos que são meu porto seguro. Aos meus tios pelos sábios conselhos e por sempre me apoiarem.

A minha querida professora e orientadora Petra por suas importantes contribuições ao desenvolvimento do trabalho e por intensa motivação, paciência e inspiração.

A Universidade Federal de Pernambuco que abre tantos caminhos.

RESUMO

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080, de 23 de setembro de 1990, vem cumprindo o papel de conduzir a construção do SUS, trazendo suas competências, objetivos e princípios. Além da estrutura inicial, acumulou mudanças que refletem o amadurecimento do sistema ou a disputa de modelos de sistemas de saúde. A partir de uma análise de conteúdo comparativa sobre as três versões da Lei 8080 (a Proposta ao Congresso, PL 3.110/89, a Lei 8080 aprovada e a Lei 8080 atual), este trabalho tem como objetivo analisar as principais mudanças ocorridas ao longo dos anos nas leis citadas anteriormente. Destacaram-se todo o contexto histórico da Promulgação da Lei, bem como os efeitos das seguintes normas: a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde. São discutidas as temáticas do surgimento da Lei 8080, os idealizadores e todo o processo de construção perante a comunidade. Discute ainda a questão dos vetos, que por se tratar de projetos importantes acabaram restringindo a participação popular na implementação de um sistema que assegurasse a efetiva participação na construção das diretrizes da política de saúde nacional. Na análise das três versões da Lei 8.080 se nota o quanto o SUS avançou ao longo dos anos e o quanto foi e é importante essa conquista da saúde pública para o povo, visto que a criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social do Brasil. As versões das leis além de mostrar toda a complexidade do sistema, mostram também as mudanças ocorridas ao longo dos anos, como a incorporação das construções das NOBs que disciplina a gestão pública da Política de Assistência em todo o território brasileiro, exercida de forma sistêmica pelos entes federativos, de acordo com a Constituição Federal Brasileira, de 1988; o amadurecimento do sistema que tem por exemplo marcos da garantia dos princípios, como a criação do subsistema de atenção à saúde da população indígena, em 1999 e o atendimento à saúde de mulheres vítimas de violência, em 2017. Outros pontos importantes discorrem sobre as tendências privatizantes do sistema que persistem no decorrer dos anos, considerando que essas discussões existem antes mesmo da criação do SUS, e sobre os ajustes de texto que passam a incorporar leis que assegurem o direito à saúde para toda população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Lei Orgânica da Saúde; Legislação do SUS.

ABSTRACT

The Organic Health Law, Law 8080, of September 23, 1990, has been fulfilling the role of leading the construction of the SUS, bringing its competencies, objectives, and principles. In addition to the initial structure, it has accumulated changes that reflect the maturing of the system or the dispute over health system models. Based on a comparative content analysis of the three versions of Law 8080 (the Proposal to Congress, PL 3110/89, the approved Law 8080, and the current Law 8080), this work aims to analyze the main changes that have occurred over the years in the previously mentioned laws. The entire historical context of the Enactment of the Law was highlighted, as well as the effects of the following norms: the Constitution of 1988 and the Organic Health Law. The themes of the emergence of Law 8080, the creators, and the entire construction process before the community are discussed. It also discusses the issue of vetoes, which, because they are important projects, ended up restricting popular participation in the implementation of a system that would ensure effective participation in the construction of national health policy guidelines. In the analysis of the three versions of Law 8,080, it is noticeable how much the SUS has advanced over the years and how important this achievement of public health was for the people since the creation of the Unified Health System the greatest movement of social inclusion in Brazil. The versions of the laws, in addition to showing all the complexity of the system, also show the changes that have happened over the years, such as the incorporation of the constructions of the NOBs that discipline the public management of the Assistance Policy throughout the Brazilian territory, exercised systemically by the federative entities, according to the Brazilian Federal Constitution of 1988; the maturing of the system, which has, for example, milestones for guaranteeing the principles, such as the creation of the health care subsystem for the indigenous population, in 1999, and the health care of women victims of violence, in 2017. Other important points talk about the privatization tendencies of the system that persist over the years, considering that these discussions exist even before the creation of the SUS, and about the text adjustments that start to incorporate laws that guarantee the right to health for the entire population.

Keywords: Unified Health System; Organic Health Law; SUS legislation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO.....	14
2.1 A saúde antes do SUS	14
2.2 Reforma sanitária.....	15
2.3 Criação do SUS.....	17
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo Geral.....	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 RESULTADOS.....	23
5.1 Descrição das Leis.....	23
5.1.1 Projeto de Lei 3110/89.....	23
5.1.2 Lei 8080/90 - Texto aprovado e publicado em 1990.....	23
5.1.3 Lei 8080 - Lei 8080/90 com alterações até março de 2022.....	24
5.1.3.1. Principais alterações na lei 8080/90.....	25
5.2 Comparações dos textos das leis.....	26
5.3 Análise das diferenças entre as três normas.....	62
5.4 Análise das tendências de mudança na lei.....	66
5.4.1 A incorporação das construções das NOBs.....	66
5.4.2 O amadurecimento do sistema.....	66
5.4.3 Tendências privatizantes do sistema.....	68
5.4.4 Ajustes de texto.....	68
5.4.5 Vetos.....	69
6 CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS.....	72

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de todos e um dever assegurado pelo Estado, por meio de políticas sociais e econômicas que objetivam reduzir as doenças e agravos, proporcionando condições adequadas para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os cidadãos, independentemente de sua condição social (BRASIL, 1990; CORDEIRO, 2001; CONASS, 2006).

No entanto, antes de 1988 o sistema de saúde público no Brasil atendia apenas os que contribuíam para a Previdência Social. O acesso à saúde era limitado, centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação da comunidade (CONASS, 2006; CANUT, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, mas o início de seu debate se deu nos anos 70 e 80, no qual diversos grupos aderiram ao movimento pela reforma sanitária, a fim de pensar um sistema público para sanar os problemas encontrados no acompanhamento da população garantindo o direito universal à saúde como dever do Estado (CONASS, 2006; CANUT, 2012; OLIVEIRA, 2017).

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei nº 8.080 que instituiu e formalizou o Sistema Único de Saúde, ela dispõe sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990; OLIVEIRA, 2017).

Após a lei 8080/90 ser sancionada com alguns vetos pelo então presidente Fernando Collor, surgem discussões acerca desses vetos que restringiram a participação dos usuários na construção das diretrizes da política de saúde nacional. Depois das diversas críticas sobre os vetos surge a Lei nº 8.142, criada em 28 de dezembro de 1990, ela delibera sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (CANUT, 2012; OLIVEIRA, 2017; SANTOS, 2018).

A lei 8080 surgiu junto as necessidades da população de ter um sistema de saúde que atendesse todos os povos, sua criação é um marco na efetivação do SUS, pois sua construção se deu de forma popular com uma democracia participativa. Houve também a necessidade de mudar o modelo de organização e prestação de

cuidados, considerando que a atenção a saúde antes do SUS era centralizada, onde pequenos grupos tinham acesso. Assim, surgiu os debates acerca das mudanças no sistema de saúde (CORDEIRO, 2001).

Com base nas diversas alterações e vetos realizados na Lei 8.080/90 ao longo dos anos, o presente estudo tem como perguntar norteadora: É possível apontar tendências nas mudanças da Lei 8080, entre a proposta ao Congresso, PL 3.110/89, a Lei 8080/90 aprovada e a Lei 8080/90 atual?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A saúde antes do SUS

O acesso à assistência médica, antes do SUS, se resumia a pequenos grupos da sociedade: os que podiam contribuir com o sistema previdenciário. Além disso, só conseguia assistência de um médico e serviços de saúde aqueles que tinham dinheiro. As pessoas mais pobres tinham que recorrer as Santas Casas de Misericórdia, onde se exercia a caridade de caráter religioso (CORDEIRO, 2001; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Quando a centralização da saúde na esfera federal foi implantando na época do regime militar, pequenos grupos se reuniram para contestar. Após esse ato de contestação deu-se início ao novo modelo de saúde pública no país, onde pequenas unidades de saúde foram implantadas nos bairros mais carentes (CANUT, 2012; SANTOS, 2012).

Tendo em vista que nos anos que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, a saúde era marcada pela atenção médica de caráter preventivo e a de caráter curativo, onde de um lado estava as ações de saúde pública, coletivas, como as campanhas sanitárias e, do outro, a assistência médica individual pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs aos trabalhadores da zona urbana através dos serviços comprados do setor privado por meio administração médica (CANUT, 2012; SANTOS, 2012).

As CAPs eram entidades públicas na qual se organizavam por empresas e que mantinham sua autonomia quanto ao Estado, elas surgiram em 1923 com a criação da Lei Elói Chaves. Como resultado a organização da saúde pública no Brasil passou por profundas mudanças. Velhas questões, como a duplicidade envolvendo a separação entre o sistema público e de seguridade social começam a enfrentar desafios estruturais. Outros, como a possibilidade de financiar um sistema de corte universal, até então permanecem com dificuldades aparentemente intransponíveis (CANUT, 2012).

As CAPs foram substituídas em 1933 pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, autarquias que daí em diante institucionalizaram o seguro social e o organizaram pelos setores da atividade econômica. As CAPs e os IAPs atendiam empregados urbanos o qual eram assegurados e aos familiares que eram cobertos

pelas contribuições pagas paralelamente pelos empregadores e pelo estado (SANTOS, 2018).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, onde a divisão entre atenção médica de caráter curativo e a de caráter preventivo. E assim ficaram divididas as responsabilidades dos IAPs e do novo Ministério: aqueles mantiveram suas responsabilidades previdenciárias e de assistência médica enquanto este teria que dispor a ações preventivas de caráter coletivo (CANUT, 2012)

Mesmo o IAPs contemplando mais trabalhadores, os números de pessoas excluídas eram altos, principalmente os trabalhadores da zona rural e do setor informal. Apesar de todo esse contexto histórico representar avanços, o cenário foi marcado por retrocessos tendo em vista que em 1984 a direção geral do Inamps passou a desenvolver uma política que favorecia a iniciativa privada por meio de fraudes nos sistemas de AIH (CANUT, 2012).

2.2 Reforma sanitária

De forma mais organizada e com questionamentos acerca da qualidade dos serviços e da política de saúde, surgia com seus marcos iniciais na década de 60 o movimento da reforma sanitária que se fortaleceu nos anos 70. Na realização da 8ª Conferencia de Saúde em 1986 propostas da reforma sanitária foram enviadas no documento chamado “Saúde e Democracia” para que aprovado. Houve forte participação da sociedade civil no processo de construção do novo modelo de saúde pública brasileiro (CANUT, 2012; SANTOS, 2013).

O sistema Único de Saúde (SUS) já vinha sendo idealizado e discutido na Constituição Federal de 1988, a partir de textos elaborados no decorrer da Assembleia Nacional Constituinte em 1987-1988. A Constituição de 1988 foi redigida com base nas Constituições Pós-45 como uma Carta de um Estado Democrático, que enfatiza os direitos fundamentais e o dever do Estado de executá-los (BRASIL, 2002; OLIVEIRA, 2010; CANUT, 2012).

Com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988, o país volta à plena democracia. Visando a busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transforma a saúde em direito de cidadania, e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado, que

permite a participação da comunidade para cumprir o atendimento integral à população (CANUT, 2012; SANTOS, 2018).

A Constituição Federal de 1988 descreveu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e assim possibilitando o acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com a institucionalização do SUS esse conceito sobre saúde ganha uma nova versão, de acordo com o Capítulo II, artigo 198 da mesma constituição dispõe que: as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento e participação da comunidade. Desse modo o Sistema Único estava criado, resultante de uma política social e universalista, que possuem a Constituição Federal e as leis 8.080/90 e 8.142/90 tendo uma base jurídica constitucional e infraconstitucional (BRASIL, 1990; SOUZA; COSTA, 2010).

Seguindo a Constituição Federal, a lei nº 8.080 foi sancionada em 19 de setembro de 1990 pelo presidente Fernando Collor de Mello com 26 vetos parciais, os vetos refletiram sobre artigos que discutiam os comitês e conferências de saúde, visto que decorre de emenda original do legislativo e, como eles afetam a estrutura administrativa do executivo (GOMES, 2014; SANTOS; BATISTON, 2010; CONASS, 2006).

Da mesma forma que a construção do texto constitucional teve a incorporação dos debates, junto aos constituintes, do CEBES, da ABRASCO, dos produtos da VIII Conferência Nacional de Saúde, e de deputados constituintes que compunham o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira - MRSB (GIOVANELLA; LOBATO, 2012), a proposição do projeto da Lei 8080/90, o Projeto de Lei 3.110/1989, também teve forte articulação do MRSB, a participação de Eleutério Rodrigues Neto, então presidente do CEBES, através do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UnB e do constituinte Sérgio Arouca (PAIM, 2009; CAMARGO, 2016).

Naquele momento, um convênio entre a UnB e o Ministério da Previdência, o MPAS, garantiu a formação de uma equipe para a elaboração de um conjunto de Leis Infraconstitucionais, com o intuito de aprovadas, por em curso o cumprimento do novo texto constitucional:

Tendo-se “engolido”, digerido e assimilado (mesmo que estrategicamente, para alguns) o conceito de Seguridade Social, passou-se a investir na elaboração desses anteprojetos, mediante apoio financeiro do MPAS, conseguido pelo NESP- Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB, visto, naquele momento, como cabeça de ponte estratégica para a ação. Essa foi uma ação técnico-política estratégica e interessante, na medida que, em diferentes etapas, acabou por reunir mais de 100 técnicos ligados ao movimento, na produção de um conjunto de anteprojetos de lei que incluíram: a Lei Orgânica da Seguridade Social; a Lei Orgânica da Previdência Social, a Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei sobre o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (FLEURY, 1997, p86).

Já no final do mandato, em 1989, o então presidente José Sarney mantém a estrutura do INAMPS, mas a transfere para o Ministério da Saúde, iniciando o processo de transição para SUS a partir do governo neoliberal de Fernando Collor. O perfil do novo governo, contrário à expansão das políticas públicas e defensor da privatização, traz novas tensões e enfrentamentos (GIOVANELLA; LOBATO, 2012).

Ao longo do ano de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que regulamentaria o SUS. As manifestações do VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde (“Saúde: municipalização é o caminho”) e do II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (“Sistema Único de Saúde: conquista da sociedade”) indicavam a preocupação com o retrocesso que o projeto constitucional poderia sofrer diante da demora em estabelecer uma legislação ordinária (GIOVANELLA; LOBATO, 2012, p.360).

Para Fleury (1997), o período foi de intensa mobilização e se configurou com três principais grupos de interesse buscando influir na construção da Lei Orgânica: o Movimento pela Reforma Sanitária, em si amplo e diversificado, mas unificado em torno das propostas da VIII Conferência; o Ministério da Saúde; e o empresariado da saúde. Além disso, grupos de profissionais, associações diversas e instituições, ligadas ou não a um dos três grupos, buscavam influir diretamente para garantir seus interesses específicos.

2.3 Criação do SUS

O Projeto fruto desse amplo debate, o PL 3.110, foi encaminhada pelo poder executivo, através da Mensagem 360, de 26 de julho de 1989. Na exposição de motivos do PL, o poder executivo explana que “Não se contrapõem, aqui os subsetores público e privado. Mas é definida uma clara regra de convivência cuja essência é a garantia da disponibilidade de serviços com as qualificações requeridas, para o franco acesso dos usuários” (BRASIL, 1990).

A lei aprovada, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, apresentando de forma direta os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, bem como as funções de cada órgão (União, Estados e Municípios) (BRASIL, 1990; SOUZA; COSTA, 2010).

Uma norma tão importante como a lei nº 8.080/90, que trata das ações e serviços de saúde no país, levou mais de 20 anos para ser regulamentada pelo decreto nº 7.508/11 devido ao complexo processo político do Brasil. Após várias manifestações da sociedade idealizada pelos atores da reforma sanitária a Lei nº 8.080/90 finalmente é sancionada (FREITAS; ARAÚJO, 2018).

Bastante aguardada, a lei complementar nº 141 de 2012 foi outro exemplo importante que veio com atraso de mais de uma década para regulamentar a emenda constitucional nº 29/00, que determina os valores mínimos a serem investidos anualmente pelos entes federativos nas ações e serviços públicos de saúde, e estabelecendo critérios para a distribuição dos recursos da União destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios (FREITAS; ARAÚJO, 2018).

Constitucionalmente, o SUS foi definido no artigo 198 e incisos I, II e III, como sendo um sistema único que contempla uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, que visa a participação popular para que se cumpra o papel integral a saúde. Em seu artigo 4º a Lei nº 8.080 dispõe que o SUS é composto por todas as ações e serviços de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; MORAIS *et al*, 2014).

A Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade e a transferência de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), se deu através de intensiva reação da organização civil junto ao executivo, que fez com que um novo projeto fosse apresentado (PL 5995/1990) em 12 de dezembro 1990, após os vetos do presidente da época Fernando Collor de Melo. (MORAIS *et al*, 2013; GOMES, 2014).

A Lei 8.142/90 dispõe a participação da comunidade por meio da criação de conselhos, conferências e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Em seu artigo 1º, incisos 1º e 2º a lei nº 8142 deliberou nas três esferas de governo a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como

objeto de formulação e deliberação de políticas de saúde (BRASIL, 1990; MORAIS *et al* 2014).

E mesmo tendo sua origem na Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde – SUS foi construído em um processo gradativo que transcorreu vários governos. Embora o SUS tenha mais de 30 anos, o mesmo ainda segue em processo de implementação. Isso se deve em parte à ambição do seu projeto e a enorme dificuldade de formular dentro da realidade social uma política pública em território tão vasto, cheio de desigualdades e questões políticas complexas, sem mencionar o financiamento adequado do projeto, que ao longo de suas três décadas sofre com o subfinanciamento (SOUZA; COSTA, 2010).

Mesmo com vários obstáculos a serem enfrentados o SUS representa grandes avanços e conquistas na saúde de toda população brasileira, visto que antigamente a saúde era centralizada apenas a uma determinada população, ou seja, a saúde antes do SUS era voltada para as pessoas que tinham dinheiro (FILHO, 1999; SANTOS, 2013).

A participação popular dentro da gestão da saúde ficou mais forte nos últimos anos, é perceptível essa mudança ao analisar as versões da lei 8.080 desde o texto da PL 3.110, onde se via pouca participação da comunidade na gestão do SUS e hoje se ver um diálogo maior entre o povo e a gestão. Vários direitos foram obtidos, como exemplo temos o texto que prevê que as populações indígenas tenham acesso garantido ao SUS em todos os âmbitos de acordo com suas necessidades. Foi sancionado o texto que garante atendimento especializado a mulheres e vítimas de violência doméstica (BRASIL, 2020).

Tendo em vista que a Constituição permite a participação do setor privado na prestação de cuidados de saúde pública, são consideradas também as ações e serviços de saúde pública que integram o SUS as ações e serviços realizados por órgãos privados nos termos do § 1º do Art. 199 da Constituição. É o que configura a chamada Ação Complementar do Setor. Dessa forma, a Lei nº 8.080/90, após definir o SUS em seu artigo 4º, reafirma a permissão já dada pela Carta magna, no § 2 deste artigo que “O setor privado poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, de forma complementar” (BAHIA, 2009; BRASIL, 1990).

O texto acima discorre sobre o contexto histórico do SUS, bem como as três versões da Lei 8080. Onde se observa a questão da participação do setor privado que vem desde o início de implementação do SUS e que é uma questão bem pertinente

dentro da gestão. Há também os inúmeros avanços que fez com que milhões de brasileiros passassem a ter acesso a saúde e a dignidade (BRASIL, 2013).

A visão acerca do Sistema Único de Saúde – SUS ora traçada nesse estudo permite compreender a grandeza desse sistema que se caracteriza como uma política pública universalista, descentralizado que trouxe bastante inovação na gestão pública e garantiu mais qualidade de vida aos seus usuários (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

Analisar as diferenças na Lei 8080, entre a proposta ao Congresso, PL 3.110/89, a Lei 8080 aprovada e a Lei 8080 atual.

Objetivos Específicos:

- Descrever as três versões da Lei 8080: o PL 3110/89, a LOS 8080/90, e a LOS 8080/90 com alterações;
- Comparar as três versões da Lei 8080;
- Analisar qual a tendência das mudanças.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise de conteúdo comparativa, cujo foco é a identificação de diferenças entre três documentos ou, mais especificamente, as diferenças entre o mesmo documento, a Lei 8080/90, em momentos históricos diferentes:

- Projeto de Lei 3110/89;
- Lei 8080/90 – Texto Aprovado e Publicado em 1990; e,
- Lei 8080/90 – Com alterações até março de 2022

Embora se utilize o termo “comparação entre leis”, não se trata de uma clássica pesquisa de Legislação Comparada, nos moldes descritos por Queiroz e Feferbaum (2019, p144) como “comparação entre legislações aplicáveis em âmbitos diferentes”, ainda que se possa aplicar como técnica de análise, o proposto pelos autores para a vertente como método estrutural, associando-o a uma análise de conteúdo:

Método estrutural: analisar a estrutura jurídica relacionada ao aspecto que se deseja estudar, relacionado à organização da atividade econômica ou, em nível mais amplo, ao próprio estado – por exemplo, como se estrutura o regime de proteção à propriedade intelectual na China e a Rússia (QUEIROZ; FEFERBAUM, 2019, p.145)

Neste sentido, o estudo se aproximaria mais do que os autores descrevem como “Lei e Desenvolvimento” ou Pesquisa sobre Direito e Políticas Públicas, com o foco em discutir se e como os atos normativos estabelecem a boa execução de políticas públicas (QUEIROZ; FEFERBAUM, 2019), considerando que uma mesma legislação foi estudada, em períodos diferentes.

Para a realização desta comparação, os seguintes passos foram seguidos:

- Caracterização e contextualização de cada documento;
- Descrição do documento quanto aos componentes principais, capítulos, títulos e artigos, e quanto aos principais conteúdos;
- Comparação entre os textos;
- Análise das diferenças entre os textos.

A pergunta de pesquisa que orienta a análise é: **É possível apontar tendências nas mudanças da Lei 8080, entre a proposta ao Congresso, PL 3.110/89, a Lei 8080/90 aprovada e a Lei 8080/90 atual?**

5 RESULTADOS

As três normas, o Projeto de Lei, a Lei 8080 aprovada em 1990, e a Lei 8080 após alterações, foram descritas e analisadas, como disposto a seguir:

5.1 Descrição das Leis

5.1.1 PROJETO DE LEI 3110/89

O Projeto de Lei Nº 3.110, de 1989, foi de proposição do Executivo, no dia 01 de agosto de 1989, construído no Ministério da Saúde a partir das articulações do Movimento pela Reforma Sanitária e transformado na Lei Ordinária 8080/1990. A Lei aprovada dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providencias. Esta Lei regulamenta as ações e serviços de saúde realizados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, isoladas ou conjuntamente, de forma permanente e ocasional em todo o território nacional. A proposta original do projeto possui 48 Artigos, 25 Parágrafos, 6 Títulos, 9 Capítulos e 5 Seções.

Dispondo sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, a municipalização das ações e serviços de saúde, atribuindo ao governo Federal a formulação de políticas de saúde aptas a reduzir os desequilíbrios entre regiões do país, e regulamentando o disposto nos artigos 196, 197, 198 e 199 da Constituição Federal. O PL 3110 ao longo da tramitação sofreu alterações em seu texto principal, muitas das alterações ocorreram em textos que tratam da participação do indivíduo, visto que a participação popular não era tão forte nas conferências e debates da saúde.

5.1.2 LEI 8080/90 – TEXTO APROVADO E PUBLICADO EM 1990

A lei 8.080/1990 de origem do Poder Legislativo foi estabelecida no dia 20 de setembro de 1990, a mesma dispõe sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Possui 55 Artigos, 5 Títulos, 9 Capítulos, 2 Seções, 50 parágrafos e 26 Vetos, quando da sua promulgação pelo presidente Fernando Collor. Esses vetos tiveram repercussão negativas, visto que, em grande parte eram dispositivos relacionados à participação popular e também sobre o financiamento do sistema (CONASS, 2006).

A Lei 8.080/90 trata:

- a) da organização, da direção e da gestão do SUS;
- b) das competências e atribuições das três esferas de governo;
- c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- d) da política de recursos humanos;(e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

5.1.3 LEI 8080/90 – COM ALTERAÇÕES ATÉ MARÇO DE 2022

A Lei Orgânica de Saúde ou Lei 8080/90 dispõe sobre as conjecturas de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. Sofreu diversas alterações ao longo do tempo, uma parte configurou-se especialmente no período da pandemia onde se fez necessário a criação de novos dispositivos legais, como por exemplo a alteração na lei 14.2021 de 7 de julho de 2020 que tem como objetivo assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. Foram adicionados parágrafos aos Art.19-E e 19-G, onde dispõe sobre o financiamento das ações em situações emergenciais e de calamidade pública, da introdução do subsistema de atenção à saúde indígena e o atendimento especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.

Esta lei trata das ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público x Privado. Além do atendimento à população, também estão incluídos no regulamento da lei 8080 a execução de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, da saúde do trabalhador e de assistência terapêutica.

A Lei 8.080 conta com um total de 55 Artigos, 5 Títulos, 26 Vetos, 13 Capítulos, 2 Seções e 69 Parágrafos. Os primeiros artigos dissertam sobre disposições gerais, objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS; a partir do artigo 19 se tratará dos Subsistemas de Saúde, recursos, Assistência e gestão financeira.

5.1.3.1 – Principais alterações na Lei 8080/90

A seguir, são descritas as principais mudanças na Lei 8080/90

QUADRO 1 - Normas que introduzem mudanças na Lei 8080/90

NORMA QUE INTRODUZ A MUDANÇA	DATA	CONTEÚDO
Lei 1.651	28.09.1995	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
Lei 9.836	23.09.1999	Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
Lei 10.424	15.04.2002	Regulamenta a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.
Lei 11.108	07.04.2005	Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS.
Lei 12.401	28.04.2011	Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde.
Lei 12.466	24.08.2011	Dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS).
Lei 12.864	24.09.2013	Inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.
Lei 12.895	18.12.2013	Obriga os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.
Lei 13.097	19.01.2015	Permite a participação de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde
Lei 13.427	30.03.2017	Dispõe sobre o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.
Lei 14.021	07.07.2020	Tem como objetivo assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública.
Lei 14.141	19.04.2021	Trata sobre a disposição de remessa de patrimônio genético ao exterior em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública.
Lei 14.313	21.03.2022	Dispõe sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Fonte: A autora, 2022

5.2 Comparação dos Textos das Leis

Os textos comparados ponto a ponto (Quadro 2), apresentam as diferenças que serão analisadas a seguir, seguindo um Código de Cores:

- Texto em verde – Textos iguais;
- Texto em verde sublinhado – Textos iguais apenas entre dois dos textos;
- Texto em azul – Texto levemente diferente;
- Texto em Vermelho – Texto fortemente diferente.

Em seguida, serão sumarizadas as diferenças observadas e agregadas em uma discussão. Utilizaram-se siglas para evitar a repetição da identificação da norma. Neste sentido, o Projeto de Lei 3.110/89 é referido como **PL**, o texto aprovado no Congresso é referido como **LO**, e a versão com alterações é referida como **VA**.

QUADRO 2 – Comparação dos textos legais

N	TRECHO	PROJETO DE LEI 3110/89	LEI 8080/90 TEXTO ORIGINAL	LEI 8080/90 TEXTO ATUAL*
1	Disposição Preliminar	Art. 1º As ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em todo o território nacional em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, são regulados por esta lei.	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.	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.

2	TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	<p>Art. 2º A saúde é um bem jurídico e um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Art. 3º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.</p>	<p>Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.</p> <p>§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.</p> <p>Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.</p> <p>§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.</p> <p>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. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)</p> <p>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.</p>
---	------------------------------------	---	---	---

3	TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR	<p>Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, desenvolvidos por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Parágrafo único. A iniciativa privada participa do SUS, em caráter complementar, nos termos desta lei.</p>	<p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.</p>	<p>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).</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.</p>
---	--	--	---	---

4	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições</p>	<p>Art. 5º São objetivos do SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de políticas de saúde destinadas 'a' promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no art. 3º desta lei; III - a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.</p> <p>Art. 6º Compreendem-se ainda no campo de atuação do SUS: I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; e b) de vigilância epidemiológica; II - a formulação da política e a participação na execução de ações: a) de segurança e saúde no trabalho; b) de formação de recursos humanos na área de saúde; c) de saneamento básico; III - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; IV - a colaboração na proteção do meio ambiente; V - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VI - o controle e a fiscalização de serviços, procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VII - a fiscalização e a inspeção de alimentos e bebidas, inclusive água para consumo humano; VIII - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; IX - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>§ 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,</p>	<p>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.</p> <p>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;</p>
---	--	--	--	--

			<p>da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:</p> <p>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</p> <p>II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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:</p> <p>I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;</p> <p>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;</p>	<p>X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;</p> <p>XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.</p> <p>§ 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:</p> <p>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</p> <p>II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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:</p> <p>I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;</p> <p>II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e</p>
--	--	--	--	---

			<p>VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;</p> <p>VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e</p> <p>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.</p>	<p>agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;</p> <p>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;</p> <p>IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;</p> <p>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;</p> <p>VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;</p> <p>VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e</p> <p>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.</p>
--	--	--	---	--

5	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO II</p> <p style="text-align: center;">Dos Princípios Fundamentais</p>	<p>Art. 7º O SUS, na consecução de seus objetivos, observará os seguintes princípios fundamentais:</p> <p>I - universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência;</p> <p>II - integralidade e continuidade da assistência à saúde, respeitada a autonomia das pessoas;</p> <p>III - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;</p> <p>IV - prestação, a pessoas assistidas, de informações sobre sua saúde e a divulgação daquelas de interesse geral;</p> <p>V - utilização do método epidemiológico para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;</p> <p>VI - participação da comunidade na fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde;</p> <p>VII - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;</p> <p>VIII - ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;</p>	<p>Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema</p> <p>Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:</p> <p>I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;</p> <p>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;</p> <p>III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;</p> <p>IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;</p> <p>V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;</p> <p>VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;</p> <p>VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;</p> <p>VIII - participação da comunidade;</p> <p>IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:</p> <p>a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;</p>	<p>Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o</p> <p>Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição</p> <p>Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:</p> <p>I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;</p> <p>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;</p> <p>III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;</p> <p>IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;</p> <p>V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;</p> <p>VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;</p> <p>VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;</p> <p>VIII - participação da comunidade;</p>
---	---	---	--	---

		<p>IX - regionalização e hierarquização da assistência à saúde.</p>	<p>b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;</p> <p>X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;</p> <p>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;</p> <p>XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e</p> <p>XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.</p>	<p>IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:</p> <p>a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;</p> <p>b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;</p> <p>X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;</p> <p>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;</p> <p>XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e</p> <p>XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.</p> <p>XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei no 12.845, de 1o de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei no 13.427, de 2017)</p>
--	--	--	---	--

6	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO III</p> <p style="text-align: center;">Da Organização e da Direção</p>	<p>Art. 8ª As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.</p> <p>Art. 9ª A direção do SUS, em cada esfera de governo, será da competência exclusiva do órgão próprio previsto na organização administrativa do respectivo</p> <p>Poder Executivo.</p> <p>Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.</p> <p>Parágrafo único. Aplica-se aos consórcios administrativo intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.</p> <p>Art. 11. Junto à direção do SUS, em cada esfera de governo e junto aos consórcios intermunicipais (art.</p> <p>10), funcionarão órgãos de deliberação coletiva:</p> <p>§ 1º Esses órgãos serão compostos paritariamente por representantes do. Governo e da sociedade.</p> <p>§ 2º Os órgãos paritários terão funções de acompanhamento das ações de saúde e da distribuição dos recursos que lhes forem destinados e de assessoramento e</p>	<p>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.</p> <p>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:</p> <p>I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;</p> <p>II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e</p> <p>III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.</p> <p>Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.</p> <p>§ 1o Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.</p> <p>§ 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.</p> <p>Art. 11. (VETADO).</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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:</p> <p>I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;</p> <p>II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e</p> <p>III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.</p> <p>Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.</p> <p>§ 1o Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.</p> <p>§ 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.</p>
---	--	--	---	--

	<p>informação na elaboração e execução da política de saúde.</p> <p>Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por representantes das entidades civis interessadas.</p> <p>Parágrafo único. As comissões intersetoriais serão subordinadas ao CNS e terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva outras áreas não compreendidas no âmbito do SUS.</p> <p>Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:</p> <p>I - alimentação e nutrição;</p> <p>II - saneamento e meio ambiente;</p> <p>III - vigilância sanitária;</p> <p>IV - recursos humanos;</p> <p>V - ciência e tecnologia;</p> <p>VI - saúde e segurança no trabalho;</p> <p>VII - informação em saúde.</p>	<p>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.</p> <p>Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:</p> <p>I - alimentação e nutrição;</p> <p>II - saneamento e meio ambiente;</p> <p>III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;</p> <p>IV - recursos humanos;</p> <p>V - ciência e tecnologia; e</p> <p>VI - saúde do trabalhador.</p> <p>Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 11. (Vetado).</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:</p> <p>I - alimentação e nutrição;</p> <p>II - saneamento e meio ambiente;</p> <p>III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;</p> <p>IV - recursos humanos;</p> <p>V - ciência e tecnologia; e</p> <p>VI - saúde do trabalhador.</p> <p>Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.</p> <p>Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e</p>
--	---	---	--

		<p>Art. 14. É garantida a participação da comunidade</p> <p>no SUS:</p> <p>I -diretamente, na fiscalização e controle das ações de saúde; e</p> <p>II - por meio de representantes nos conselhos de saúde (art. 11).</p>		<p>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.</p> <p>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).</p> <p>Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela</p> <p>Lei no 12.466, de 2011).</p> <p>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).</p> <p>II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e</p> <p>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).</p> <p>III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e</p>
--	--	--	--	---

				<p>contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes</p> <p>federados. (Incluído pela Lei no 12.466, de 2011).</p> <p>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).</p> <p>§ 1o O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de</p> <p>Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.</p> <p>(Incluído pela Lei no 12.466, de 2011).</p> <p>§ 2</p> <p>o Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que</p> <p>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).</p>
--	--	--	--	---

7	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO IV</p> <p style="text-align: center;">Da Competência e das Atribuições</p> <p style="text-align: center;">SEÇÃO I</p> <p style="text-align: center;">Das Atribuições Comuns</p>	<p>Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:</p> <p>I - definição das instâncias e mecanismos de controle e de fiscalização das ações e serviços de saúde;</p> <p>II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;</p> <p>III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;</p> <p>IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;</p> <p>V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade que caracterizem a assistência à saúde;</p> <p>VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção da segurança e saúde no trabalho;</p> <p>VII - elaboração de normas de proteção e recuperação do meio ambiente e de saneamento básico;</p> <p>VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;</p> <p>IX - formulação e participação na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;</p>	<p>Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:</p> <p>I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;</p> <p>II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;</p> <p>III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;</p> <p>IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;</p> <p>V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;</p> <p>VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;</p> <p>VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;</p> <p>VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;</p> <p>IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;</p> <p>X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;</p>	<p>Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:</p> <p>I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;</p> <p>II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;</p> <p>III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;</p> <p>IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;</p> <p>V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;</p> <p>VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;</p> <p>VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;</p> <p>VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;</p> <p>IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;</p>
---	---	--	---	--

		<p>X - elaboração da proposta orçamentária do SUS;</p> <p>XI - elaboração de normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde, tendo em vista interesse público;</p> <p>XII - realização de operações externas de natureza financeira, de interesse da saúde, autorizadas pelo Sena do Federal:</p> <p>XIII - intervenção na produção, pela iniciativa privada, de insumos críticos para garantir o seu regular suprimento, quando estritamente necessária, em razão dos interesses da saúde;</p> <p>XIV - propor a celebração, pela República, como parte ou como interveniente, de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e meio ambiente.</p>	<p>XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância</p> <p>pública;</p> <p>XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;</p> <p>XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de</p> <p>calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá</p> <p>requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;</p> <p>XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;</p> <p>XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;</p> <p>XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;</p> <p>XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da</p> <p>sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;</p>	<p>X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;</p> <p>XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;</p> <p>XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;</p> <p>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;</p> <p>XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;</p> <p>XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;</p> <p>XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;</p> <p>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;</p> <p>XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;</p>
--	--	--	--	---

			<p>XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;</p> <p>XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;</p> <p>XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;</p> <p>XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.</p>	<p>XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;</p> <p>XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;</p> <p>XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.</p>
--	--	--	---	--

8	<p style="text-align: center;">SEÇÃO II</p> <p style="text-align: center;">Da Competência da União</p>	<p>Art. 16. Compete à direção nacional do SUS:</p> <p>I - formular, apoiando a sua execução, políticas:</p> <p>a) de alimentação e nutrição; e</p> <p>b) de insumos e equipamentos para a saúde:</p> <p>II - participar na formulação e na implementação das políticas:</p> <p>a) de controle das agressões ao meio ambiente;</p> <p>b) de saneamento básico; e</p> <p>c) relativas às condições e ambientes do trabalho:</p> <p>III - estabelecer, organizar, coordenar e controlar os sistemas:</p> <p>a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;</p> <p>b) de laboratórios públicos de saúde;</p> <p>c) de vigilância epidemiológica;</p> <p>d) de vigilância sanitária;</p> <p>IV - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à população;</p> <p>V - controlar o processo de importação de insumos, produtos e equipamentos de uso em saúde, em saneamento e no meio ambiente;</p>	<p>Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde - SUS compete:</p> <p>I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;</p> <p>II - participar na formulação e na implementação das políticas:</p> <p>a) de controle das agressões ao meio ambiente;</p> <p>b) de saneamento básico; e</p> <p>c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;</p> <p>III - definir e coordenar os sistemas:</p> <p>a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;</p> <p>b) de rede de laboratórios de saúde pública;</p> <p>c) de vigilância epidemiológica; e</p> <p>d) vigilância sanitária;</p> <p>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;</p> <p>V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e</p> <p>coordenar a política de saúde do trabalhador;</p> <p>VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;</p> <p>VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser</p>	<p>Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:</p> <p>I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;</p> <p>II - participar na formulação e na implementação das políticas:</p> <p>a) de controle das agressões ao meio ambiente;</p> <p>b) de saneamento básico; e</p> <p>c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;</p> <p>III - definir e coordenar os sistemas:</p> <p>a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;</p> <p>b) de rede de laboratórios de saúde pública;</p> <p>c) de vigilância epidemiológica; e</p> <p>d) vigilância sanitária;</p> <p>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;</p> <p>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;</p>
---	--	---	---	---

		<p>VI - prestar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional;</p> <p>VII - elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados de assistência à saúde.</p> <p>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 SUS ou que representem risco de disseminação nacional.</p>	<p>complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;</p> <p>VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;</p> <p>XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;</p> <p>XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;</p> <p>XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;</p> <p>XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;</p>	<p>VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;</p> <p>VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;</p> <p>VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;</p> <p>XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;</p> <p>XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;</p>
--	--	--	--	---

			<p>XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;</p> <p>XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;</p> <p>XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;</p> <p>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.</p> <p>Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais,</p> <p>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.</p> <p>Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:</p> <p>I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;</p> <p>II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;</p> <p>III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;</p>	<p>XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;</p> <p>XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;</p> <p>XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;</p> <p>XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;</p> <p>XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;</p> <p>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)</p> <p>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.</p>
--	--	--	---	---

			<p>IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:</p> <p>a) de vigilância epidemiológica;</p> <p>b) de vigilância sanitária;</p> <p>c) de alimentação e nutrição; e</p> <p>d) de saúde do trabalhador;</p> <p>V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;</p> <p>VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;</p> <p>VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;</p> <p>VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;</p> <p>IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;</p> <p>X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;</p> <p>XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;</p>	<p>§ 1º 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. (Renumerado do parágrafo único pela Lei no 14.141, de 2021)</p> <p>§ 2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei no 14.141, de 2021)</p> <p>§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei no 13.123, de 20 de maio de 2015. (Incluído pela Lei no 14.141, de 2021)</p> <p>Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:</p> <p>I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;</p> <p>II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);</p>
--	--	--	--	---

			<p>XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;</p> <p>XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</p> <p>XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.</p> <p>Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde - SUS compete:</p> <p>I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;</p> <p>II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;</p> <p>III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;</p> <p>IV - executar serviços:</p> <p>a) de vigilância epidemiológica;</p> <p>b) de vigilância sanitária;</p> <p>c) de alimentação e nutrição;</p> <p>d) de saneamento básico; e</p> <p>e) de saúde do trabalhador;</p> <p>V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;</p>	<p>III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;</p> <p>IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:</p> <p>a) de vigilância epidemiológica;</p> <p>b) de vigilância sanitária;</p> <p>c) de alimentação e nutrição; e</p> <p>d) de saúde do trabalhador;</p> <p>V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;</p> <p>VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;</p> <p>VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;</p> <p>VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;</p> <p>IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;</p> <p>X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;</p>
--	--	--	---	---

			<p>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;</p> <p>VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;</p> <p>VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;</p> <p>IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</p> <p>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;</p> <p>XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;</p> <p>XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.</p> <p>Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.</p>	<p>XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;</p> <p>XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;</p> <p>XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</p> <p>XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.</p> <p>Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:</p> <p>I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;</p> <p>II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;</p> <p>III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;</p> <p>IV - executar serviços:</p> <p>a) de vigilância epidemiológica;</p> <p>b) vigilância sanitária;</p>
--	--	--	--	--

				<p>c) de alimentação e nutrição;</p> <p>d) de saneamento básico; e</p> <p>e) de saúde do trabalhador;</p> <p>V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;</p> <p>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;</p> <p>VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;</p> <p>VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;</p> <p>IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</p> <p>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;</p> <p>XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;</p> <p>XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.</p>
--	--	--	--	--

9	<p style="text-align: center;">TÍTULO III</p> <p style="text-align: center;">Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO I</p> <p style="text-align: center;">Do Funcionamento</p>	<p>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.</p> <p>Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.</p> <p>Art. 22. Na exploração de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo SUS quanto às condições para seu funcionamento.</p> <p>Art. 23. É vedada a participação direta e 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.</p> <p>Parágrafo único. Em qualquer caso, é obrigatória a autorização da direção nacional do SUS, submetendo-se a seu controle o desenvolvimento das atividades previstas nos instrumentos que forem firmados.</p> <p>Art. 24. No exame de pedidos de financiamento, incentivo fiscal ou crédito ou, ainda, de qualquer outro benefício financeiro, formulados pelos serviços privados de assistência à saúde, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios levarão em conta, obrigatoriamente, a eventual ocorrência de duplicação de meios para atingir objetivos realizáveis pelo SUS</p>	<p>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.</p> <p>Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.</p>	<p>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.</p> <p>Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde</p>
---	---	---	--	---

		e a impossibilidade de expansão de seus serviços.		<p>nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei no 13.097, de 2015)</p> <p>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)</p> <p>II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei no 13.097, de 2015)</p> <p>a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei no 13.097, de 2015)</p> <p>b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei no 13.097, de 2015)</p> <p>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)</p> <p>IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei no 13.097, de 2015)</p>
--	--	---	--	--

10	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO II</p> <p style="text-align: center;">Da Participação Complementar</p>	<p>Art. 25. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a plena cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.</p> <p>Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato, observadas, a respeito, as normas de direito público.</p> <p>Art. 26. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS, se aderirem a contrato em que se estabeleça o regime de co-gestão administrativa.</p> <p>Parágrafo único. O regime de co-gestão importa a constituição de um colegiado de administração comum, com atribuições de planejamento, elaboração orçamentária e acompanhamento das atividades.</p> <p>Art. 27. Adotadas as alternativas previstas nos arts. 25 e 26, as necessidades que ainda se evidenciarem somente poderão ser supridas entre as pessoas jurídicas de direito público integrantes do SUS.</p> <p>Art. 28. As Cláusulas essenciais de convênios e contratos, os critérios e valores para a remuneração de serviços, os parâmetros de cobertura assistencial e a forma de realização de co-gestão serão estabelecidos pela direção nacional do SUS.</p> <p>§ 1º Em qualquer caso, as entidades contratadas submeter-se-ão às normas</p>	<p>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.</p> <p>Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 3º (VETADO).</p> <p>§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo</p>	<p>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.</p> <p>Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 3º (Vetado).</p>
----	--	---	---	---

		<p>técnicas e administrativas e aos princípios fundamentais do SUS.</p> <p>§ 2º Aos proprietários, administradores ou dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo, função ou emprego no SUS.</p> <p>Art. 29. Para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a direção do SUS da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, assim de pessoas naturais como jurídicas. Sendo-lhes asseguradas justa indenização.</p>	<p>de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS.</p>	<p>§ 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).</p>
--	--	--	--	---

11	<p style="text-align: center;">TÍTULO IV</p> <p style="text-align: center;">Dos Recursos Humanos</p>	<p>Art. 30. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:</p> <p>I - organização de um sistema de formação de pessoal em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;</p> <p>II - instituição, em cada esfera de governo, sem qualquer vinculação entre si, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal de saúde da administração direta, autárquica ou fundacional;</p> <p>III - fixação de níveis mínimos de salários para cada categoria profissional;</p> <p>IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS.</p> <p>Art. 31. Os serviços do SUS constituirão campo de aplicação para o ensino e a pesquisa em saúde.</p>	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>II - (VETADO)</p> <p>III - (VETADO)</p> <p>IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um</p> <p>estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.</p> <p>§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos</p> <p>ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.</p> <p>Art. 29. (VETADO).</p>	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>II - (Vetado)</p> <p>III - (Vetado)</p> <p>IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>§ 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).</p> <p>§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes</p>
----	--	---	---	--

			<p>Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão</p> <p>Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.</p>	<p>de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.</p> <p>Art. 29. (Vetado).</p> <p>Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por</p> <p>Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais</p> <p>correspondentes.</p>
--	--	--	---	--

12	<p style="text-align: center;">TÍTULO V</p> <p style="text-align: center;">do Financiamento</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO I</p> <p style="text-align: center;">Dos Recursos</p>	<p>Art. 32. Além dos recursos de outras fontes (art. 34), custeiam o SUS os provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais:</p> <p>I - dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, O faturamento e o lucro;</p> <p>II - dos trabalhadores;</p> <p>III - sobre a receita de concursos de prognósticos.</p> <p>Art. 33. O orçamento da seguridade social destinará ao 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.</p> <p>Art. 34. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:</p> <p>I - planos de seguro de vida e de seguro-saúde, explorados por empresas privadas;</p> <p>II - pagamento integral da assistência à saúde coberta por seguro privado ou de acidente do trabalho;</p> <p>III - valores obtidos com o confisco de bens utiliza dos no tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins;</p> <p>IV - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;</p>	<p>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.</p> <p>Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:</p> <p>I - (VETADO)</p> <p>II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;</p> <p>III - ajuda, contribuições, doações e donativos;</p> <p>IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;</p> <p>V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; e</p> <p>VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS, serão</p>	<p>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.</p> <p>Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:</p> <p>I - (Vetado)</p> <p>II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;</p> <p>III - ajuda, contribuições, doações e donativos;</p> <p>IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;</p> <p>V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e</p> <p>VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais,</p>
----	---	---	--	--

		<p>V - ajuda, contribuições, doações e donativos;</p> <p>VI - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;</p> <p>VII -taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS;</p> <p>VIII - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.</p> <p>§ 1º No caso do inciso I, os percentuais sobre os prêmios serão fixados pelo Conselho Nacional de Saúde, que considerará 05 reflexos da atuação do SUS na margem de lucro auferida pelas empresas seguradora.</p> <p>§ 2º Ao SUS caberá metade da receita de que trata o inciso III, apurada mensalmente, que será destinada à recuperação de viciados.</p>	<p>financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.</p> <p>§ 4o (VETADO).</p> <p>§ 5o As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema</p> <p>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.</p> <p>§ 6o (VETADO).</p>	<p>movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.</p> <p>§ 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).</p> <p>§ 4o (Vetado).</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 6o (Vetado).</p>
--	--	---	---	---

13	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO II</p> <p style="text-align: center;">Da Gestão Financeira</p>	<p>Art. 35. Os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob controle dos respectivos Conselhos de Saúde.</p> <p>§ 1º Na esfera federal, a gestão financeira do SUS far-se-á por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS).</p> <p>§ 2º Os recursos do FNS, destinados às ações e serviços do SUS, a serem executados pelos Estados e Municípios, serão transferidos, de forma regular e de acordo com as disponibilidades, em conformidade com as cotas previstas em cronograma aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>Art. 36. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada, proveniente das contribuições sociais previstas no art. 32m, transferirão, regularmente, ao FNS, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas, no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do SUS.</p> <p>Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros, será observada, desde o ingresso da receita correspondente, a mesma proporção com que as contribuições sociais concorrerem, no orçamento da Seguridade Social, para financiar os projetos e atividades indicados neste artigo.</p> <p>Art. 37. Para transferência de recursos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, considerar-se-á a combinação dos seguintes critérios, de acordo com a análise de programas e projetos:</p>	<p>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.</p> <p>§ 1o Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da</p> <p>União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.</p> <p>§ 2o (VETADO).</p> <p>§ 3o (VETADO).</p> <p>§ 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p>	<p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 2o (Vetado).</p> <p>§ 3o (Vetado).</p> <p>§ 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.</p> <p>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).</p> <p>Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da</p>
----	--	---	---	---

		<p>I - perfil demográfico da região;</p> <p>II- perfil epidemiológico da população a ser coberta;</p> <p>III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;</p> <p>IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;</p> <p>V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais.</p> <p>§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes.</p> <p>§ 2º As transferências de recursos, previstas nesta lei, dispensam a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos e não se condicionam às prestações de contas que forem devidas aos órgãos de controle interno e externo.</p> <p>§ 3º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.</p>	<p>I - perfil demográfico da região;</p> <p>II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;</p> <p>III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;</p> <p>IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;</p> <p>V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;</p> <p>VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;</p> <p>VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 3º (VETADO).</p> <p>§ 4º (VETADO).</p> <p>§ 5º (VETADO).</p> <p>§ 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.</p>	<p>despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.</p> <p>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:</p> <p>I - perfil demográfico da região;</p> <p>II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;</p> <p>III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;</p> <p>IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;</p> <p>V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;</p> <p>VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;</p> <p>VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.</p> <p>§ 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)</p> <p>§ 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</p>
--	--	---	--	--

				<p>crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.</p> <p>§ 3o (Vetado).</p> <p>§ 4o (Vetado).</p> <p>§ 5o (Vetado).</p> <p>§ 6o O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a</p> <p>aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.</p>
--	--	--	--	---

14	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO III</p> <p style="text-align: center;">Do Planejamento e do Orçamento</p>	<p>Art.38. O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde e a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.</p> <p>§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.</p> <p>§ 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.</p> <p>Art. 39. A direção nacional do SUS estabelecerá os critérios a serem observados na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.</p> <p>Art. 40. Não será permitida a destinação de recursos públicos a instituições privadas prestadoras de serviços de saúde e a entidades ou sistemas de assistência privativos de funcionários, servidores ou empregados da Administração Direta e Indireta.</p>	<p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>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.</p> <p>Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.</p>	<p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>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.</p> <p>Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.</p>
----	---	---	---	---

15	<p style="text-align: center;">Das Disposições Finais e Transitórias</p>	<p>Art. 41. Na organização administrativa federal, a direção nacional do SUS será exercida pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Art. 42. Fica o Poder Executivo autorizado a promover a extinção de entidades, órgãos e serviços federais, cujas atividades serão, nos termos desta lei, realizadas pelos Estados e Municípios.</p> <p>§ 1º Ficam desde logo extintos os escritórios regionais e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (INAMPS).</p> <p>§ 2º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos que integrem o SUS será feita conforme se dispuser em decreto do Presidente da República, de modo a preservá-los como patrimônio da seguridade social.</p> <p>§ 3º Esses imóveis serão inventariados, com todos os seus acessórios e equipamentos e outros bens móveis, e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrarem, mediante simples termo de recebimento.</p> <p>§ 4º O pessoal dos órgãos extintos na forma deste artigo ficará à disposição da direção do SUS que assumir os respectivos serviços e integrará obrigatoriamente a sua força de trabalho, sem prejuízo de seus atuais direitos e vantagens.</p> <p>§ 5º O órgão de direção nacional do SUS absorverá, em quadros suplementares, os servidores das Campanhas de Saúde</p>	<p>Art. 39. (VETADO).</p> <p>§ 1º (VETADO).</p> <p>§ 2º (VETADO).</p> <p>§ 3º (VETADO).</p> <p>§ 4º (VETADO).</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 7º (VETADO).</p> <p>§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do</p> <p>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 gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.</p> <p>Art. 40. (VETADO).</p> <p>Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único</p>	<p>Art. 39. (Vetado).</p> <p>§ 1º (Vetado).</p> <p>§ 2º (Vetado).</p> <p>§ 3º (Vetado).</p> <p>§ 4º (Vetado).</p> <p>§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde</p> <p>(SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 7º (Vetado).</p> <p>§ 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 gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.</p> <p>Art. 40. (Vetado)</p>
----	---	--	---	--

	<p>Pública, de que trata a Lei n° 5.026, de 14 de junho de 1966, respeitados todos os seus direitos e vantagens.</p> <p>§ 6º O pessoal a que se referem os §§ 4º e 5º poderá optar por sua inclusão nos planos de carreira e de cargos e salários do SUS.</p> <p>§ 7º Os orçamentos fiscais da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios consignarão recursos destinados ao pagamento do pessoal que, remunerado à conta de suas dotações, passou a ter exercício no SUS.</p> <p>§ 8º As entidades, órgãos e serviços federais de saúde, cujas atividades continuarão sob a responsabilidade da União, passam a vincular-se ou subordinar-se à direção nacional do SUS.</p> <p>Art. 43. Preservada a autonomia de ensino e pesquisa das instituições públicas a que estejam vinculados, os serviços de saúde universitários integram-se ao SUS e, bem assim, os mantidos pelos sistemas estaduais e municipais de previdência social.</p> <p>Parágrafo único. Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.</p> <p>Art. 44. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis constitui crime de emprego irregular de verbas ou de rendas públicas (Código Penal, art. 15) a utilização dos recursos do SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.</p>	<p>de Saúde - SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.</p> <p>Art. 42. (VETADO).</p> <p>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.</p> <p>Art. 44. (VETADO).</p> <p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>Art. 42. (Vetado).</p> <p>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.</p> <p>Art. 44. (Vetado).</p> <p>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.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 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.</p>
--	---	---	--

	<p>Art. 45. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção em que o seu objeto for sendo absorvido pelo SUS.</p> <p>Art. 46. O Presidente da República expedirá decretos para adaptar os órgãos e entidades federais de saúde aos termos desta lei.</p> <p>Art. 47. Ficam revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1964, a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, Lei nº 6.229, de 17 de junho de 1975, e demais disposições em contrário.</p> <p>Art. 48. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.</p>	<p>nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.</p> <p>Art. 48. (VETADO).</p> <p>Art. 49. (VETADO).</p> <p>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.</p> <p>Art. 51. (VETADO).</p> <p>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.</p> <p>Art. 53. (VETADO).</p> <p>Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.</p> <p>Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1964, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Art. 48. (Vetado).</p> <p>Art. 49. (Vetado).</p> <p>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).</p> <p>Art. 51. (Vetado).</p> <p>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.</p>
--	--	--	--

				<p>Art. 53. (Vetado).</p> <p>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)</p> <p>Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.</p> <p>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.</p>
--	--	--	--	--

Fonte: A autora, 2022; *Incluídas as alterações até a Lei 14.313/22

Comentários à análise Comparativa

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve um processo de reorientação e reestruturação da saúde no Brasil, com a idealização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo do Quadro 2 pôde-se verificar as diferenças entre o Projeto proposto (PL 3.110/89), o aprovado (LOS 8.080/90) e após mudanças ao longo do tempo (LOS 8.080/90 com alterações), que veio para assegurar a população o direito a saúde de qualidade. Se nota que ao passar dos anos a lei sofreu várias alterações, isso se deu através das necessidades da sociedade, e também pela questão de adaptação as mudanças que ocorrem diariamente. Percebe-se alguns vetos nas leis, que acabou retirando alguns direitos dos usuários e gerou repercussões negativas, com isso foi necessário fazer novas adaptações na Lei para que houvesse a participação popular na criação das diretrizes do SUS.

Além disso, pretendeu-se mostrar os principais pontos que sofreram alterações tendo em vista o projeto original. Ao observar principalmente os artigos da lei nota-se que parágrafos foram adicionados para melhor tratar os aspectos específicos. Com isso, observar-se as grandes conquistas alcançadas desde a instituição e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual sua cobertura aumentou bastante fazendo com que toda população tivesse acesso à saúde.

Alguns vetos mencionados no texto e no Quadro 2 foram grandes derrotas para a população, tendo em vista que a participação população ficou bastante reduzida. Desta forma, novas alterações foram feitas para garantir maior participação popular na criação das diretrizes do sistema de saúde (SUS).

5.3 -Análise das diferenças entre as três normas

O objetivo da análise é discutir se há uma tendência observável de mudança entre o proposto (PL 3110/89), o aprovado (LOS 8080/90) e após mudanças ao longo do tempo (LOS 8080/90 com alterações). A pergunta que se coloca é: É possível identificar uma tendência nas mudanças?

Disposição Preliminar

- Não há diferença entre os três textos, apenas uma pequena inversão de palavras;

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1. O texto do PL prevê que a saúde é um “bem jurídico”, o que foi excluído na versão aprovada (LO);

2. A LO inclui a responsabilidade de empresas e sociedade pela saúde, e discute os determinantes e condicionantes, além de incluir ações de garantia do bem estar físico, mental e social. O que foi mantido na versão atual.

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

1. O caput do artigo 4º na LO inclui Fundações mantidas pelo poder público, texto que se repete na Versão Atual – VA;

2. Em relação à participação complementar da Iniciativa Privada, muda apenas a forma: de “participa” no PL, para “poderá participar” na LO e VA;

3. A LO introduz a “qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde”, mantida na VA.

CAPÍTULO I - Dos Objetivos e Atribuições

1. Em relação ao componente assistencial dos objetivos do SUS, a LO amplia o texto do PL, acrescentando as ações de promoção, proteção e recuperação, texto que é mantido na VA;

2. Nas ações no campo de EXECUÇÃO pelo SUS, a LO incorpora “Saúde do Trabalhador”; que no PL estava no campo de Formulação de Políticas e PARTICIPAÇÃO na execução;

2. Não há diferença nos textos da LO e da VA.

CAPÍTULO II - Dos Princípios Fundamentais

1. O texto do PL sofreu modificações e é ampliado na LO, de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal.

2. Na LO os objetivos permaneceram, porém foram ampliados. Foi incluído a questão das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

3. Tratou-se também, das questões financeiras, tecnológicas, materiais e humano. Houve a inclusão da organização dos serviços públicos.
4. Na VA foi incluso a organização no atendimento das mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, pela Lei N. 13.427, de 2017.

CAPÍTULO III – Da Organização e da Direção

1. O Art. 9 da LO inclui o inciso do art.198 da Constituição Federal, no qual o texto é ampliado e se acrescenta as três esferas do governo (União, Estado e Município).
2. Na LO o Art. 10 é ampliado dando autonomia aos municípios para constituir consórcios e se organizarem em distrito, para melhor conseguir recursos. O texto se mantém na VA.
3. Art. 11 na LO é vetado e se mantém o veto na VA.
4. Na LO é acrescentado a farmacoepidemiologia, saúde e segurança no trabalho, e é retirado a “informação em saúde.
5. O Art. 14 da LO é substituído e passa a tratar da integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.
6. Os textos da LO seguem mantidos na VA, apenas se acrescenta na VA o Art. 14 A que trata das comissões intergestores Bipartite e Tripartite. Se introduz o Art. 14 B que dispõe sobre o (CONAS e CONSEMS).

CAPÍTULO IV – Das Competências e das Atribuições – SEÇÃO I – Das Atribuições Comuns

1. Nos três textos há apenas algumas inversões de palavras e o adicionamento de novas normas na LO que se manteve na VA, como a implementação do Sistema Nacional de Sangue.

SEÇÃO II – Da Competência da União

1. Em relação a direção nacional do SUS alguns pontos da PL foram mantidos na LO, outros foram acrescentados como o Sistema Nacional de Auditoria, que se manteve na VA. TÍTULO III

TÍTULO III – Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde – CAPÍTULO I –

Do Funcionamento

1. Na VA fica permitido a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, antes na PL e LO era vetado.
2. O Art. 24 da PL é retirada da LO e da VA e são acrescentadas novas permissões relativas a iniciativa privada.

CAPÍTULO II – Da Participação Complementar

1. Da participação complementar o texto na LO sofre inversões de palavras, alguns pontos foram reorganizados em relação a iniciativa privada e outros pontos foram vetados na LO e na Va.

TÍTULO IV – Dos Recursos Humanos

1. Na LO houveram dois vetos relativos a textos da PL, que se manteve na VA.
2. O texto que trata do campo de ensino e pesquisa foi ampliado na LO. Foi adicionado textos que dispõe sobre cargos e funções, e sobre o acúmulo deles por servidores da saúde.

TÍTULO V – Do Financiamento – CAPÍTULO I – Dos Recursos

1. O texto que trata do orçamento da seguridade social sofreu veto, alguns pontos foram excluídos e outros reorganizados na LO.
2. Parágrafos que dispõem das receitas geradas no SUS, sobre as ações de saneamento e das atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde foram adicionados na LO e se mantiveram na VA.

CAPÍTULO II – Da Gestão Financeira

1. Foi acrescentado na LO que o Ministério da Saúde passa a acompanhar toda a aplicação dos recursos destinados a Estados e Municípios através de auditorias.

CAPÍTULO III – Do Planejamento e do Orçamento

- Não há diferença entre os três textos, apenas uma inversão de palavras.

Das Disposições Finais e Transitórias

1. Na LO as secretarias estaduais e municipais de saúde ou órgãos congêneres passam a ter acesso aos serviços de informática e bases de dados do

Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Previdência Social, para dá suporte no processo de gestão do SUS.

2. Foi acrescentado na VA o Art. 53-A que trata das atividades dos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos, laboratórios de análises clínicas são livres à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiras.
3. Diversos vetos se mantiveram ao longo da LO e VA.

5.4 ANÁLISE DAS TENDÊNCIA DE MUDANÇA NA LEI 8080/90

A comparação da Lei 8080/90 em suas três versões aponta para mudanças que podem ser aglutinadas em cinco eixos de mudança:

5.4.1 A incorporação das construções das NOBs

Nesta linha, podem ser citadas as inclusões da CIT e CIB como espaços de gestão, originalmente constituídos na NOB 93, bem como o reconhecimento do CONASS e CONASEMS como representantes nesses espaços de gestão.

Também a regulamentação do sistema de auditoria pode ser considerada nessa incorporação, já que prevista na NOB 96.

5.4.2 O amadurecimento do Sistema

Observa-se nas mudanças das leis ao longo dos anos que o direito dos usuários à saúde vem sendo bastante discutida, ao analisar a integração da assistência especializada para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, bem como o subsistema de atenção à Saúde Indígena, se nota o quanto o sistema avançou.

Apesar dessas integrações representarem grandes avanços no SUS, ainda há muitas dificuldades a serem enfrentadas na prática, principalmente quando se trata da participação popular na construção de políticas e diretrizes públicas, pois existem grandes lacunas a serem discutidas para que essa participação seja realmente efetivada.

E, observando toda estrutura da lei 8080, percebe-se a importância das instituições de ensino e pesquisa seja ela federal, estadual ou municipal, para se ter

um controle maior das necessidades de saúde, bem como o desenvolvimento de insumos, de medicamentos e equipamentos que venham a colaborar com o fortalecimento do SUS, e levar mais qualidade de vida a população.

Diante desse quadro temos uma análise importante ao estudar como era antes do SUS e da Lei 8080, onde a saúde era centralizada a um único órgão e não se tinha a participação do usuário como um agente importante na criação e discussão de políticas e diretrizes públicas.

No tocante ao amadurecimento do sistema, alguns avanços são emblemáticos, por serem estruturantes, mas também marcos da garantia dos princípios, como a criação do subsistema de atenção à saúde da população indígena, em 1999, através da Lei Arouca, Lei 9836/99, e a atenção à parturiente, com garantia do acompanhante, através da Lei 11.108/05; ou ainda o atendimento a mulheres vítimas de violência, pela Lei 13.427/17.

Algumas incorporações são organizativas e estruturantes, como o delineamento da assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde, pela Lei 12.401/2011; e a regulamentação da assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde, pela Lei 10.424/02.

A pandemia de COVID-19, que chegou ao Brasil em março de 2020, também trouxe a demanda por incorporação de novas normatizações, e o texto da Lei 8080/90 foi alterado pelas Leis 14.021/20 e 14.141/21, que trazem, respectivamente, a regulamentação de aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública, e a disposição de remessa de patrimônio genético ao exterior em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública.

Por fim, não estão claros os desdobramentos e as tendências da Lei 14.313/22, que define “*processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)*”, considerando que tanto pode resolver a situação de medicamentos tradicionais, em uso sem registro, como podem permitir distorções.

5.4.3 Tendências privatizantes do Sistema

Percebe-se, no texto, uma direcionalidade de redução da obrigação do Estado aparece na inclusão da responsabilidade partilhada entre empresas e sociedade, na LO e na VA.

Adicionado na LO o “art. 198 da Constituição Federal” se manteve na VA, que trata dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, onde dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados.

Antes na PL o termo utilizado para tratar da participação do setor privado no SUS era “participa”, o mesmo foi substituído pelo termo “poderá” na VA, desse modo conclui-se que a assistência prestada por meio da iniciativa privada deve complementar as atividades de competências do SUS quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. Nessa mesma base foi incluída na LO as instituições públicas federais, estaduais e municipais, que se seguiu na VA.

O texto da LO também incorpora a possibilidade de Fundações como meio de gestão, não previstas no PL.

A mudança mais agressiva de caráter privatizante, porém, é a trazida ao texto da VA pela Lei 13.097/2015, que autoriza a participação de empresas e/ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, inclusive no controle de empresas. Tal mudança fortalece a pressão do setor privado sobre o público, enfraquecendo o SUS e ampliando as possibilidades de privatização.

5.4.4 Ajustes de texto

Observa-se que a primeira mudança significativa do PL para a LO foi a exclusão do termo “bem jurídico” para qualificar a saúde, o que se manteve na VA.

Outra mudança ocorreu no texto que trata dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, onde antes o termo “*Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País*” se redigia ao final do texto na LO, e na VA esse termo passa a inicia-lo; também se acrescentou a atividade física como fator que determina a saúde.

5.4.5 Vetos

No decorrer do texto da lei 8080 alguns vetos foram aplicados, vetos esses que se referiam a participação popular e também ao parágrafo 3º do artigo 26 que tratava do financiamento. Esses vetos acabaram limitando a capacidade legislativa de construção de um sistema que garantisse a participação efetiva da população na construção das diretrizes da política de saúde nacional, bem como avanços na perspectiva de garantia de financiamento justo e de acordo com o Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista a importância da participação popular nas conferências e conselhos de saúde, várias questões foram levantadas e como resultado novos textos foram acrescentados na lei 8080, visando a garantia da participação da comunidade na construção de políticas que venham fortalecer o SUS.

Em relação a participação de empresas ou capitais estrangeiros antes vedadas na PL e LO, passa a ser permitida na VA tendo como base as doações internacionais vinculadas as Organizações das Nações Unidas, a pessoas jurídicas destinadas a instalar e operacionalizar: hospital geral, filantrópico, policlínica e as ações e pesquisas de planejamento familiar sem fins lucrativos.

6 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde representa grandes avanços e conquistas na saúde de todos os brasileiros, ao longo dos anos conseguiu enfrentar vários desafios, que resultaram principalmente no direito da população brasileira de ter um sistema de saúde assegurado pela Constituição Federal, regulamentado pela lei 8080/90 que trouxe mais garantia de direito.

As normas expressam uma determinada conjuntura, que inclui a situação política do momento e o acúmulo teórico sobre a questão, portanto, percebe-se que o estudo das normas permite evidenciar estas conjunturas. Isto posto, uma limitação deste estudo foi a ausência de um olhar jurídico, permitindo aproximar o texto de seu impacto para a responsabilidade do Estado sobre o sistema em construção.

Como sendo um sistema de saúde em construção, há muitas mudanças para a concretização de seus ideais, como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde, itens esses que se discute na PL 3.110/89, na LO aprovada e na Lei 8.080/90 atualizada.

Apesar de estar consolidado em nosso país, o SUS passa por constantes desafios, dentre eles está a questão do financiamento, do setor público x privado, a participação popular, qualificação da gestão e do controle social, dificuldades no acesso as ações e serviços de saúde. Esses são exemplos de temáticas bastantes discutidas no sistema e que desafiam os gestores, fazendo com que se tenha mais responsabilidade para a concretização do SUS que todos almejam.

Ao longo dos anos se nota o quanto é difícil tornar práticos os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Fazendo-se assim, com que haja o enfrentamento dos desafios, articulando com os atores envolvidos, gestores, servidores e usuários, almejando o melhor para os brasileiros, de forma que se tenha o comprometimento de todos para trabalhar em prol fortalecimento do SUS, com o objetivo de que as políticas públicas sejam aplicadas conforme é colocada na lei 8080 e possam estabelecer meios que promovam a qualidade de vida.

Deste breve estudo narrativo, nota-se o quanto o Sistema Único de Saúde – SUS avançou, embora ainda enfrente alguns desafios para sua concretização, verifica-se a necessidade de: a) transformação para trabalhar com as políticas de saúde e com os novos instrumentos de gestão; b) garantia da participação popular; c)

reforma nas instituições que formam o Sistema de Saúde; d) novas diretrizes para estabelecer limites na relação público x privado considerando que o sistema pretende ser universal.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & saúde coletiva*, v. 14, p. 753-762, 2009.
- BRASIL, Esplanada; SEDE, Edifício. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n. 6, p. 1206-7, 2011.
- BRASIL. Lei 8080 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. *Diário Oficial da União* 1990; set 20.
- BRASIL; LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Supremo Tribunal Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério Saúde, 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.–Brasília: CONASS, 2011. 291 p.(Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). 2011.
- CANUT, Leticia. Uma breve introdução ao SUS para compreensão do direito à saúde no Brasil. *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*, v. 12, n. 12, p. 186-214, 2012.
- CAMARGO, A.T. S. P. et al. (ORGS) **Cebes 40 anos: memórias do futuro**. Rio de Janeiro: Cebes, 2016 404 p.; II.
- CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 319-328, 2001.
- CORREIA, Adélia Delfina da Motta S., et al. (Org.). Bases legais do SUS: leis orgânicas da saúde. In: Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família. Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2, un. 1, mod. 3, p. 52-58).

FILHO, Luiz Tavares Pereira. Iniciativa privada e saúde. Estudos Avançados, v. 13, p. 109-116, 1999.

FLEURY, Sonia (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FREITAS, Márcia Araújo Sabino; ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. Revista Brasileira de Políticas Públicas, v. 8, n. 3, 2018.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. Saúde em debate, v. 38, p. 6-17, 2014.

MORAIS, Rinaldo Macedo; GOMES, E. J.; COSTA, A. L. Os sistemas de informação do SUS: uma perspectiva histórica e as políticas de informação e informática. Nucleus, v. 11, n. 1, p. 287-304, 2014.

OLIVEIRA, Matheus Rocha; FREITAS, Ronilson Ferreira. ANÁLISE CRÍTICA DO ARTIGO 2º DA LEI 8.080 DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE) QUE DISPÕE QUE A SAÚDE É UM DIREITO FUNDAMENTAL DO SER HUMANO. Revista Desenvolvimento Social, v. 21, n. 1, p. 185-198, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

QUEIROZ, Rafael Mafei Rabelo; FEFERBAUM, Marina (orgs.). **Metodologia da Pesquisa em Direito: técnicas e abordagens para a elaboração de monografias, dissertações e teses**. 2ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2019. 551p.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos; BATISTON, Adriane Pires. Bases legais do SUS: leis orgânicas da saúde: a luta permanente pela concretização do SUS. CORREIA, Adélia Delfina da Motta S., et al.(Org.). Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família. Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010.(Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2, un. 1, mod. 3, p. 58-70)., 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 273-280, 2013.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e sociedade*, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.