

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Coordenação de Projeto de Promoção de Saúde



SUS
E O CONTROLE SOCIAL
Guia de Referência para Conselheiros Municipais

Brasília – DF
2001

© 2001. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 2. Edição – 1998 – 1.000 exemplares

2. Edição Reimpressão – 2001 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Esplanada dos Ministérios, bloco G, térreo

Tel.: (61) 315 2280

CEP: 70.058-900, Brasília - DF

Edição:

Texto:

Eugênia Lacerda

Clélia Parreira (IEC/MS), Glaci Vieira da Cunha (IEC/MS), José Ivo Pedrosa (UFPI), Luísa Guimarães Queiroz (CID/SPSA/MS), Maria Valéria Correia (UFAL), Maria de Lourdes Rabelo Fernandes Leão (CONASS), Vera Lúcia Pereira Muniz (CONASEMS)

Revisão:

Eugênia Lacerda

Projeto Gráfico e Arte Final:

Dino Vinícius e Hélio Lessa

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catologação na fonte

Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região n° 1542

Lacerda, Eugênia.

O SUS e o controle social: guia de referência para Conselheiros Municipais / Eugênia Lacerda. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

72 p.

ISBN 85-334-0155-8

1. Controle social. 2. SUS (BR). I. Lacerda, Eugênia. II. Brasil. Ministério da Saúde. III. Título.

NLM WA 546

2001

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

71.200-040, Brasília - DF

Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

SUMÁRIO

Apresentação	5
Siglas utilizadas	7
O conceito de saúde	9
O Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes	11
Financiamento	17
Planejamento	19
Conselhos	21
Bibliografia consultada	23
Anexos	25
Constituição Federal	27
Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990	28
Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990	39
Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS	41
Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde	75
Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde	76
Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde	79

APRESENTAÇÃO

Os Conselhos de Saúde, instituídos pela Lei 8.142/90, são as mais novas instâncias do Sistema Único de Saúde - SUS. Embora vulneráveis a todo tipo de pressão, são indispensáveis para a consolidação deste sistema. É neles que gestores, prestadores e profissionais de saúde se encontram com os usuários, em condições paritárias, para aprovar e controlar a execução das políticas de saúde. Tarefa difícil, tanto para os gestores quanto para os usuários, dada a inexperiência no manejo do novo conceito de saúde/qualidade de vida.

A necessidade de aperfeiçoar o funcionamento desses Conselhos é reconhecida tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Conselho Nacional de Saúde, por outras instâncias representativas do SUS, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e pelos movimentos sociais.

De 1994 a 1996, a Coordenação de Informação, Educação e Comunicação do Ministério da Saúde, utilizando material de apoio produzido pela Universidade de Brasília, promoveu, em parceria com os Núcleos de Saúde Pública das Universidades Federais e as Coordenações Estaduais de IEC, a capacitação de cerca de 5000 conselheiros.

O material de apoio esgotou-se rapidamente e tem sido reproduzido precariamente para atender à significativa demanda, proveniente dos mais variados pontos do Brasil.

Essa segunda edição do Guia de Referência para Conselheiros, que tomou por base o material produzido pelo NESP/UnB, quando do desencadeamento do processo de capacitação de conselheiros em 1994, incorpora, a título de complementação à primeira edição, as categorias definidas no documento *Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*. Sua elaboração contou com a colaboração de profissionais do CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde e Universidades Federais de Alagoas e do Piauí.

Com esta nova edição, pretende-se colocar à disposição dos conselheiros de saúde, informações básicas de que necessitam para levar a bom termo sua missão. Deverá servir, principalmente, como subsídio para as oficinas de capacitação ou para grupos de estudo dos mais diversos segmentos da sociedade que desejem se preparar para a participação efetiva nos Conselhos.

É mais um instrumento de Informação, Educação e Comunicação que o Ministério da Saúde coloca à disposição da sociedade.

Regina Maria Ignarra
Coordenadora de Informação, Educação e Comunicação do Ministério da Saúde

SIGLAS UTILIZADAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- CES - Conselho Estadual de Saúde
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COFINS - Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- FAE - Fração Assistencial Especializada
- FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
- FNS - Fundação Nacional de Saúde
- INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
- IVH-E - Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
- IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
- IVR - Índice de Valorização de Resultados
- MS - Ministério da Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- PAB - Piso Assistencial Básico
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
- PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SNA - Sistema Nacional de Auditoria
- SUS - Sistema Único de Saúde
- SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
- TFA - Teto Financeiro da Assistência
- TFAE - Teto Financeiro da Assistência do Estado
- TFAM - Teto Financeiro da Assistência do Município
- TFECd - Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
- TFG - Teto Financeiro Global
- TFGE - Teto Financeiro Global do Estado
- TFGM - Teto Financeiro Global do Município
- TFVS - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária

O CONCEITO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 é um marco importante para o setor saúde porque definiu-o como setor de relevância pública, ficando o Estado, a partir desta definição, obrigado a garantir, independente de solicitação, as condições necessárias ao atendimento à saúde da população. Isto significa que a saúde é um bem prioritário e uma condição para que os indivíduos possam ter uma vida digna e produtiva.

Até a promulgação da Constituição, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem estar físico e mental. Esta compreensão contribuía para que o sistema fosse organizado para atender, em primeiro em lugar, à procura das pessoas por assistência médica curativa. Havia, assim, uma predominância do atendimento médico individual e hospitalar. As ações de saúde pública, ou seja, as chamadas ações preventivas, de caráter coletivo, não eram prioridade neste período, a não ser em momentos críticos, como por exemplo quando a população era atingida por uma epidemia ou uma catástrofe.

Mas a nova Constituição formulou um novo conceito de saúde, assim expresso em seu artigo 196:

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

Este novo significado de saúde passou a exigir novas práticas dos serviços de saúde porque, ao ampliar o conceito anterior, tornou necessária uma mudança na organização e nas formas de prestação destes serviços.

O novo conceito de saúde tem sido considerado um avanço para o setor na medida em que leva em conta não só as causas biológicas da doença - o ataque por agentes agressores do organismo como os vírus, bactérias, fungos, etc. - mas também as causas sociais: a falta de saneamento básico, a fome, a falta de escolarização, enfim, todas as causas determinantes das condições de vida e trabalho da população.

A Lei 8080/90, afirma em seu artigo 2º, parágrafo 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 a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

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.

O reconhecimento da determinação social das doenças exige novas maneiras de enfrentar os problemas de saúde. Ganha ênfase, então, a concepção integral da saúde, que exige o desenvolvimento de ações preventivas e curativas, bem como reforça-se a necessidade de desenvolvimento de ações voltadas para a erradicação das causas sociais das doenças, como por exemplo, ações de saneamento básico, aumento de oferta de empregos e outras que dependem da articulação entre os setores governamentais responsáveis pelo provimento de necessidades básicas da população (educação, meio ambiente, trabalho, previdência social, etc.).

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

O Sistema Único de Saúde-SUS é resultado de uma luta que teve início nos anos 70 e foi chamada **Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira**. Partindo do princípio de que a defesa da saúde é a defesa da própria vida, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira insistia em que era preciso reformular o sistema de saúde para torná-lo mais eficaz e disponível a toda a população. Dele participaram profissionais de saúde, lideranças políticas, sindicais e populares, dando ao SUS o privilégio de ser uma conquista da sociedade brasileira, que os parlamentares da Assembléia Constituinte transformaram em lei.

O sistema de saúde vigente até a promulgação da Constituição de 1988 só garantia o atendimento aos trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada. Naquela época, a assistência pública à saúde era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o extinto INAMPS. Aqueles que não eram trabalhadores assalariados mas podiam pagar, eram assistidos por médicos particulares e, em casos de internação, pagavam também pelo atendimento hospitalar. Para aqueles que não faziam parte destes grupos, ou seja, para os pobres e excluídos do mercado de trabalho restava o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdia ou por postos de saúde municipais, estaduais e hospitais universitários.

O SUS é então criado com o firme propósito de alterar esta situação de desigualdade na assistência à saúde da população, universalizando o acesso ao atendimento - tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa.

Mas o que é o SUS? Que modificações ele traz para o sistema de saúde brasileiro?

Ao definir o Sistema Único de Saúde diz a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198:

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo Único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social¹, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O Sistema Único de Saúde é um sistema público, ou seja, destinado à toda a população e financiado com recursos arrecadados através dos impostos que são pagos pela população. Fazem parte deste sistema os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros e também fundações e institutos de pesquisa, como por exemplo a Fundação Oswaldo Cruz.

No SUS, o setor privado participa de forma complementar, através de contratos e de convênios de prestação de serviços ao Estado. Isso porque nem sempre as unidades públicas de assistência à saúde são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região.

¹ A seguridade social, a que se refere o texto acima, foi também uma criação da Constituição Federal de 1988. Ela "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Artigo 194 da CF/88).

São diretrizes do SUS, como vimos no artigo 198 da Constituição Federal: a **descentralização**, a **integralidade** e a **participação da comunidade**. Estas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população brasileira. São elas também que caracterizam o SUS como um sistema **único**. Único, portanto, não porque a organização dos serviços deva se dar da mesma maneira em todos os estados e municípios, mas porque as diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade devem prevalecer sobre toda e qualquer alternativa de reorganização dos serviços de saúde.

De forma complementar, mas não menos importante, teremos também alguns princípios que devem ser observados na operacionalização destas diretrizes. São eles: a **universalidade** do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (todas as pessoas, sem discriminação, tem direito ao atendimento público e gratuito à saúde); a **igualdade** da assistência à saúde (o mesmo tipo de atendimento deve ser oferecido a todas as pessoas, sem preconceitos ou privilégios); a **equidade** na distribuição de recursos (destinar mais recursos para localidades mais pobres e com menor capacidade de atender às necessidades de suas populações); a **resolutividade** dos serviços (capacidade de resolver os problemas de saúde da população); a **integralidade** da assistência; a **descentralização** e a **participação da comunidade**.

Além destes, encontramos ainda na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) os seguintes princípios:

- *preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral*: o respeito aos sentimentos, aos modos de pensar, às crenças e convicções dos indivíduos, bem como seu direito de escolher alternativas de assistência médica disponíveis, desde que a opção feita não cause danos irreparáveis à sua saúde, ou à saúde da comunidade.

- *direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde*: as unidades de saúde são obrigadas a fornecer informações de interesse das pessoas assistidas ou de interesse da comunidade. Por exemplo, no caso dos usuários dos serviços de saúde, é garantido o acesso às informações de seu prontuário médico.

- *divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário*: as unidades de saúde devem oferecer informações sobre os serviços disponíveis: como utilizá-los, onde recorrer em caso de necessidade, horário de atendimento, etc..

- *utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática*: as ações de saúde devem ser definidas em função do quadro de doenças da região, buscando-se não só seu controle e erradicação, como também oferecendo-se atendimento de acordo com os problemas da localidade.

- *integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento*: união de esforços no sentido de combater as causas sociais das doenças da localidade.

- *conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população*.

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

Podemos observar que a **descentralização**, a **integralidade** da assistência e a **participação da comunidade** são, ao mesmo tempo, princípios e diretrizes do SUS, constituindo-se, pois, o seu tripé de sustentação. Vejamos o que significa cada uma dessas palavras:

• **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo: a descentralização é uma forma de organização que dá aos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais. Isto faz com que o sistema de saúde se torne mais eficiente porque fica mais fácil resolver os problemas de saúde da população quando as soluções podem ser tomadas no próprio local onde o problema é identificado. Os estados, por meio das Secretarias Estaduais

de Saúde, no processo de descentralização, coordenam a prestação dos serviços de saúde na sua área de abrangência e prestam cooperação técnica aos municípios para o bom desempenho destes serviços. A direção nacional do SUS, representada pelo Ministério da Saúde, cabe então coordenar e estabelecer normas para o sistema em nível nacional e também prestar assessoria técnica aos estados e municípios.

A descentralização tem como pressupostos a **regionalização** e a **hierarquização**. A regionalização e hierarquização são formas de organizar o sistema buscando torná-lo mais eficaz, tanto com relação ao atendimento quanto com relação à aplicação dos recursos. Através destas formas de organização evita-se, por exemplo, que o sistema de saúde ofereça serviços que não são necessários e deixe de oferecer outros que possam efetivamente resolver os problemas da população de uma determinada região.

Entende-se por **regionalização** a distribuição dos serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender à população. Um dos objetivos desta forma de organização é evitar a duplicidade de ações, ou seja, duas ou mais unidades de saúde realizando o mesmo tipo de serviços, quando uma só unidade poderia dar conta do atendimento. Quando há duplicidade, outras ações podem deixar de ser realizadas.

Entende-se por **hierarquização** a divisão dos serviços em atenção primária (prevenção), secundária (assistência médica) e terciária (assistência hospitalar): os chamados níveis de complexidade do sistema. A hierarquização é um importante componente da regionalização, estabelecendo com ela uma relação de dependência tal que não podemos considerar uma sem, necessariamente, considerar a outra.

A regionalização e a hierarquização são elementos importantes para o planejamento das ações e serviços de saúde. Conhecendo as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços numa determinada região é possível regionalizá-los e hierarquizá-los de forma a tornar mais eficiente a rede de serviços de uma região. Este processo facilita o acesso da população a todos os tipos de serviços oferecidos pelo sistema de saúde, uma vez que os serviços não oferecidos na localidade onde as pessoas residem podem estar sendo oferecidos numa outra próxima à sua.

As Normas Operacionais Básicas-NOBs do SUS, que são parte do conjunto de leis do SUS, regulamentam os processos de descentralização da gestão dos serviços e das ações de saúde. Até hoje, foram formuladas três NOBs (1991, 1993 e 1996). Elas têm sido resultado de amplas discussões e negociações entre representantes dos governos federal, estadual e municipal e Conselhos de saúde.

A NOB-SUS/96 apresenta duas condições de gestão:

- **Gestão Plena de Atenção Básica**, em que o município terá o repasse de recursos Fundo a Fundo (do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde) para o financiamento de todas as ações básicas de saúde. O volume de recursos é definido por um valor *per capita*. O valor *per capita* é resultado da multiplicação de um valor financeiro básico pelo número de habitantes do município, por exemplo, supondo que o valor financeiro básico é R\$ 1,00 e que a população de um município qualquer seja de 3000 habitantes, o valor per capita do município será de R\$ 3000,00 por mês, destinados às ações básicas de saúde.

- **Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde**, em que o município terá o repasse de recursos Fundo a Fundo para o financiamento de toda a assistência em saúde.

• **Atendimento Integral**: o atendimento integral é uma forma de assistência que privilegia a saúde, não a doença. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho que o leva a adoecer e morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes

(coração, fígado, pulmão, etc.), mas como um ser que está submetido às determinações sociais.

Todas as pessoas, sem discriminação de qualquer natureza, têm direito a um atendimento que não só dê conta de tratar a sua doença, mas, principalmente, ofereça serviços de prevenção e promoção da saúde. Assim, ganham relevância ações e programas de atenção básica à saúde, bem como faz-se necessária a articulação do setor saúde com as demais áreas sociais que têm a ver com a melhoria da qualidade de vida.

Mas não é só isso. O atendimento integral significa também que será garantido o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade do sistema, desde a atenção primária, no caso das ações preventivas, até os níveis secundários e terciários de atendimento, necessários na assistência curativa.

No modelo anterior ao SUS, as ações preventivas e curativas eram divididas entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social. O Ministério da Saúde ficava encarregado das ações preventivas, as chamadas ações de saúde pública, como por exemplo as campanhas de vacinação e o combate e controle de endemias. A assistência curativa individual ficava sob a responsabilidade do Ministério da Previdência Social, do antigo INAMPS.

O SUS acaba com esta separação e garante a cobertura da assistência preventiva e curativa tendo por base os princípios da igualdade e da universalidade do atendimento à saúde.

· **Participação da comunidade:** é uma forma de controle social que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: as **Conferências** e os **Conselhos de Saúde**. As Conferências são fóruns amplos, onde se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde" nos três níveis de governo (Artigo 1º, §1º, Lei 8.142/90).

Em nível nacional, as Conferências devem ser realizadas de 4 em 4 anos. Nos níveis estaduais e municipais, de 2 em 2 anos. São convocadas pelo Poder Executivo e, extraordinariamente, pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis.

Já foram realizadas dez Conferências Nacionais de Saúde (CNS). A 8ª CNS, em 1986, teve um papel importante na medida em que o seu Relatório Final serviu de base para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, momento em que foi criado o SUS; a 9ª CNS, realizada em 1992, exigiu o cumprimento das leis que sustentam o SUS e a 10ª CNS, em 1996, reafirmou a universalidade, a descentralização e a gratuidade dos serviços de saúde, além de exigir a efetivação de espaços para a participação popular e controle social no SUS.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. São funções dos Conselhos: formular estratégias e controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros.

A participação, na perspectiva do controle social, possibilita a população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sobre o controle dos usuários: *O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde (Relatório Final da 9ª CNS, 1992).*

Com a participação da comunidade na gestão do SUS estabelece-se uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser **negociadas** com os representantes da sociedade, uma vez que eles é quem melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso ela é entendida como

uma das formas mais avançadas de democracia.

Mas, embora esteja prevista na Lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

Legislação Básica do SUS (Anexos):

- Constituição Federal de 1988 (Artigos 196 a 200)
- Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90)
- Norma Operacional Básica 01/96

FINANCIAMENTO

Por ser a saúde um componente da Seguridade Social, pela Lei seus recursos compõem o também chamado Orçamento da Seguridade Social (OSS).

O orçamento é uma espécie de plano no qual são relacionadas as receitas (montante de recursos recolhidos através do pagamento de impostos pela população) e as despesas (gastos com financiamento das ações e serviços, incluindo pagamento de pessoal e investimentos), isto é, o quanto vai se gastar e com o que.

O Orçamento da Seguridade Social é constituído pelas seguintes fontes:

- contribuição sobre os salários pagos, sobre as vendas e sobre os lucros das empresas;
- contribuição dos trabalhadores, descontada dos seus salários;
- recursos arrecadados das vendas das loterias federais.

Esta receita deverá ser, então, distribuída entre as partes componentes do OSS: saúde, previdência e assistência social.

Além dos recursos do OSS, outras fontes são destinadas ao financiamento da saúde. São as chamadas **fontes fiscais**, que acumulam recursos provenientes de outros tipos de impostos ou contribuições, como por exemplo, o Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS).

Os recursos destinados à saúde devem ser depositados nos **Fundos de Saúde**, federal, estaduais e municipais. Os Fundos são uma espécie de conta especial exclusiva do setor, cuja movimentação deverá ser feita sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde (Lei 8080/90 - artigo 33).

A concentração dos recursos nos Fundos de Saúde facilita a administração e a fiscalização dos gastos que deverão estar previstos nos **Planos de Saúde**.

O Conselho de Saúde tem entre suas atribuições:

- fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou Fundo de Saúde;
- propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos (Resolução Nº 33 do Conselho Nacional de Saúde, 1992).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) é clara quanto à obrigatoriedade da elaboração dos Planos de Saúde:

Artigo 36 - §1º: Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§2º: É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área da saúde.

A existência de Fundos, Planos e Conselhos de Saúde são condições para que os recursos provenientes do Orçamento da Seguridade Social e da União sejam repassados para estados e municípios.

PLANEJAMENTO

O **planejamento** é um instrumento importante na gestão do SUS porque organiza as ações a serem desenvolvidas e facilita a fiscalização e o controle dos gastos em saúde. Planejar é decidir o que fazer, preparar e organizar bem uma ação, acompanhar sua execução, corrigindo as decisões tomadas, e avaliar os resultados.

Existem, basicamente, dois tipos de planejamento: o normativo e o estratégico. No **planejamento normativo** são considerados, principalmente os aspectos técnicos, ou seja, os recursos humanos, materiais e financeiros que poderão ser utilizados na oferta de serviços ou no atendimento das demandas por atenção à saúde. Por este motivo, mesmo considerando a realidade de saúde local, este tipo de planejamento procura ajustar as necessidades existentes à capacidade técnica que se tem para atendê-las. Em certos casos, isso pode limitar o tipo de ação a ser desenvolvida ou até mesmo o seu impacto na melhoria da situação de saúde.

Já no **planejamento estratégico**, são os aspectos políticos que são destacados, uma vez que eles poderão interferir mais diretamente na execução das ações planejadas. Isso vai fazer com que se precise identificar os diversos setores, grupos ou lideranças envolvidas na prática dos serviços para que se conheça o grau de apoio ou rejeição às propostas definidas no plano de ação. Dessa forma, passa a ser considerado não só o *quê* e o *como* fazer, mas, ainda, o *porque* fazer. As possibilidades de atuação dependem mais dos aspectos políticos do que da disponibilidade de recursos, sejam eles materiais, humanos ou financeiros.

O planejamento é constituído de três etapas básicas: diagnóstico, acompanhamento e avaliação. O **diagnóstico** é uma importante etapa do planejamento porque é através dele que se faz o levantamento dos problemas de saúde de uma determinada população, bem como daqueles relacionados à organização e funcionamento dos serviços de saúde. A partir deste levantamento, então, é possível definir que tipos de ações serão necessários para resolver os problemas e melhorar a saúde da comunidade. É o diagnóstico, portanto, que orienta a escolha das prioridades, que devem ser feitas em função dos problemas da população. Daí a importância do envolvimento desta na sua elaboração.

Os tipos de ações e como estas ações serão realizadas, bem com as respectivas **metas** a serem alcançadas, por exemplo quantas consultas serão oferecidas à população, quantos leitos o hospital vai manter para atender às necessidades, quantas crianças deverão ser vacinadas, quantas gestantes serão atendidas durante a gravidez, etc., deverão estar descritas nos Planos de Saúde. O planejamento deve ser feito levando-se em consideração o volume de recursos disponíveis, que deverão estar nos Fundos de Saúde dos municípios e dos estados.

O ideal é que o município, assim como o estado, tenha um Plano de Saúde para mais de um ano de execução, de preferência coincidindo com a duração do mandato do prefeito ou do governador. Assim fica mais fácil e mais organizada a atividade no setor saúde, inclusive no que diz respeito às necessidade de recursos em cada período.

O **acompanhamento** é a etapa do planejamento que possibilita verificar se o que foi planejado está ou não dando certo. Dessa forma, dá oportunidade para que sejam feitos ajustes que garantam, efetivamente, o sucesso do plano, uma vez que podem ocorrer imprevistos e as ações propostas precisarem ser revistas, ou outras ações precisarem ser executadas.

A **avaliação** é uma etapa mais conclusiva do planejamento, a partir da qual mede-se o impacto das ações desenvolvidas no prazo estabelecido no Plano de Saúde. Na avaliação deve-se considerar não só a relação entre o que foi programado e executado, mas, principalmente, se o que foi executado promoveu melhorias no estado de saúde da população.

Desde a identificação dos principais problemas de saúde da população até a avaliação final das ações executadas, a população deverá estar informada e deverá participar de todas as decisões através de seus representantes nos Conselhos de Saúde, os quais têm entre suas atribuições fazer o acompanhamento e fiscalizar a execução dos Planos de Saúde locais, bem como traçar *diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços* (Resolução Nº 33 do Conselho Nacional de Saúde, 1992).

Na área da saúde, o planejamento deve ser feito com base no perfil epidemiológico da comunidade, que é descrito através da utilização de conhecimentos produzidos pela Epidemiologia. A **epidemiologia** é a ciência que estuda **de que, como e porque** as pessoas adoecem numa comunidade. Os estudos epidemiológicos buscam explicar os fatores determinantes dos quadros de saúde das populações e geram **indicadores** que servem para orientar o planejamento em saúde em cada localidade.

Os indicadores são uma espécie de medida das condições de saúde das populações. São dois os principais indicadores de saúde:

INDICADOR DE MORTALIDADE: que indica o número de pessoas que morrem num determinado tempo em uma localidade e qual a causa das mortes ocorridas.

INDICADOR DE MORBIDADE: que indica o número de pessoas que adoecem e do que adoecem numa comunidade.

Alguns indicadores de mortalidade são especialmente importantes pois revelam as condições de vida de um povo. É o caso, por exemplo dos indicadores de **mortalidade materna** e de **mortalidade infantil**. A mortalidade infantil expressa o número de crianças que morreram antes de completarem 1 ano de vida em cada mil crianças que nasceram vivas numa comunidade. Já a mortalidade materna expressa o número de mortes de mulheres em decorrência de causas relacionadas com a maternidade: gravidez, parto e pós-parto (resguardo).

Os indicadores de mortalidade e morbidade são reconhecidos, internacionalmente, como medidas das condições de saúde das populações e, juntamente com outros indicadores também importantes como de educação, emprego e renda, por exemplo, medem o nível de desenvolvimento econômico e social de um país.

Papel e composição

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, de caráter **permanente** e **deliberativo**. Por isso deve funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando a execução da política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seus rumos.

A Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, define, no parágrafo primeiro, artigo segundo, o papel dos Conselhos:

Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros.

A Lei também é clara quanto à forma de composição dos Conselhos. Em primeiro lugar, garante a representação dos seguintes segmentos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Em seguida, define a **paridade** da composição de usuários em relação aos demais segmentos. Isto significa que 50% do número total de conselheiros será de representantes dos usuários enquanto que os outros 50% será de representantes dos demais segmentos. Neste caso, o Conselho Nacional de Saúde recomenda que as vagas sejam distribuídas da seguinte maneira: 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados.

Os conselheiros representantes dos usuários devem ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem, mediante ampla discussão interna ou com outras entidades e movimentos afins quando há concorrência para ocupação das vagas, geralmente definidas em Plenárias Populares.

Mas para que um Conselho funcione adequadamente, algumas condições são necessárias, além das previstas pela Lei. É fundamental, por exemplo, que o Conselho seja **REPRESENTATIVO** e tenha **LEGITIMIDADE**.

Para que um conselho tenha **REPRESENTATIVIDADE** é necessário que o conselheiro, entre outras coisas:

- atue como interlocutor de suas bases, levando ao Conselho as suas demandas e retornando com as decisões ou outras informações de interesse das bases;
- não se distancie da entidade ou do movimento que o indicou;
- represente e defenda os interesses da sociedade, ou seja, o conselheiro não deve se limitar à defesa dos interesses específicos da entidade ou movimento que representa, mas, ao contrário, ampliar o seu espaço de atuação defendendo os interesses da população como um todo porque, especialmente no caso da saúde, as melhorias realizadas no sistema de saúde resultarão em benefícios para todos, inclusive para a entidade ou movimento que representa.

A **LEGITIMIDADE**, por sua vez, se baseia no respaldo político da sociedade, incluindo as bases do conselheiro. A **LEGITIMIDADE** é a condição que um conselheiro, ou mesmo uma decisão, adquire quando verdadeiramente representa as idéias de um grupo ou de toda a sociedade. Um Conselho ou conselheiro que tenha legitimidade é um Conselho ou conselheiro que tem o apoio, o consentimento e a confiança da sociedade ou do segmento que representa.

Além dessas, que são fundamentais, outras cinco condições contribuem para um melhor desempenho dos Conselhos: a **AUTONOMIA**, a **ORGANICIDADE**, a **PERMEABILIDADE**, a **VISIBILIDADE** e a **ARTICULAÇÃO**.

Um Conselho **autônomo** é um Conselho que tem condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas ao seu funcionamento. É preciso, portanto, garantir espaço físico para as reuniões bem como pessoal de apoio administrativo e técnico para encaminhar as decisões e, quando necessário, realizar estudos e elaborar documentos que possam servir de base para as decisões dos conselheiros. Para isso deve também ser garantido, no orçamento das Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, recursos financeiros que possam viabilizar os trabalhos dos Conselhos.

Mas o trabalho do Conselho não deve ser confundido com o trabalho das Secretarias de Saúde. Quer dizer, embora o Conselho seja formalmente vinculado às Secretarias, seu papel deliberativo e fiscalizador se distingue do papel executivo do gestor municipal ou estadual. O gestor é responsável pela execução da política de saúde local, enquanto ao Conselho cabe, entre outras coisas, propor os rumos desta política, fazer o acompanhamento das ações e fiscalizar a utilização dos recursos.

O Conselho é um espaço de negociação, cujo compromisso de gestores e conselheiros, atores principais deste espaço, é buscar soluções para os problemas de saúde da população local.

A **organicidade** se caracteriza pelo grau de organização dos Conselhos. Contribuem para uma maior organização a frequência das reuniões, a presença regular dos conselheiros nas reuniões, uma infra-estrutura básica para realização das reuniões, etc.. O Regimento Interno é o instrumento que regulamenta o funcionamento dos Conselhos, inclusive orientando os processos de discussão, votação e encaminhamentos próprios da atividade dos conselheiros, sendo ele, portanto, um dos importantes fatores que dão organicidade aos Conselhos.

O Conselho que tem **permeabilidade** é aquele que já conseguiu estabelecer um canal de recepção das demandas sociais e está, portanto, atento às necessidades de saúde emergentes nas comunidades locais. Estas necessidades deverão pautar as discussões do Conselho que, por sua vez, irá propor ações que deverão, num primeiro momento, ser negociadas e, finalmente, executadas pelas Secretarias de Saúde.

A **visibilidade** é uma condição que se caracteriza pela transparência da atuação dos Conselhos. Neste sentido, devem ser criados canais de comunicação, por meio dos quais o Conselho presta contas do que faz à sociedade. A relação com os meios de comunicação local bem como a criação de boletins informativos e outros tipos de publicações, pelo próprio Conselho, são decisões importantes para garantir a visibilidade.

Já **articulação** significa a capacidade de os Conselhos se aproximarem, estabelecerem relações não só com outros Conselhos, municipais, estaduais e nacional, mas também com Conselhos de outras áreas sociais, com outras instituições da área da saúde, bem como, por exemplo, com as Câmaras de Vereadores e Assembléias Legislativas, outros movimentos afins e o Ministério Público. Relações que tendem a fortalecer o próprio Conselho e, também, reunir forças na defesa dos interesses da sociedade.

O Ministério Público é um órgão da Administração Pública responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais. Neste sentido, pode ser considerado um importante aliado na construção do SUS, uma vez que tem competência jurídica para garantir o pleno cumprimento da **Saúde como direito de todos e dever do Estado**, sendo também um importante interlocutor nas discussões sobre o controle social.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BRASIL. *Constituição [da] República Federativa do Brasil 1988*. Brasília : Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292p.
2. CONSELHO de Saúde : guia de referências para a sua criação e organização. Brasília : Ministério da Saúde, [1994?].
3. SISTEMA Único de Saúde : Constituição Federal Seção II, Lei Orgânica da Saúde no. 8080, Lei no. 8.142, Decreto no. 99.438. 3. ed. Porto Alegre : CONASEMS, 1992. 24p. (Publicações Técnicas, n. 2.).
4. DESCENTRALIZAÇÃO das ações e serviços de saúde : a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília : Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Planejamento, Secretaria Executiva, 1993. 67p.
5. GUIA de referências para o controle social : manual do conselheiro. [elaborado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília]. Brasília : Ministério da Saúde, Coordenação de Informação, Educação e Comunicação, 1994. 90p. il.
6. INCENTIVO à participação popular e ao controle social no SUS : (textos técnicos para Conselheiros de Saúde). [elaborado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília]. Brasília : Ministério da Saúde, Coordenação de Informação, Educação e Comunicação, 1994. 95p. il.
7. CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde : (leis 8.080/90 e 8.142/90) : Sistema Único de Saúde*. 2. ed. atual. ampl. São Paulo : Hucitec, 1995. 394p.
8. CORREIA, Maria Valéria. *Controle Social na área da Saúde*. In: Conferência Estadual de Saúde : 3. Textos Técnicos para Debate. Maceió, Alagoas, 1996.
9. AVALIAÇÃO do funcionamento dos Conselhos estaduais e municipais de saúde : resultados da pesquisa. Brasília : MS, 1995. 35p.

ANEXOS

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Título VIII

Capítulo II

Seção II

Da Saúde

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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

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

Parágrafo Único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

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

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

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

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

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

Disposição Preliminar

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

TÍTULO I Das Disposições Gerais

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

§ 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.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

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.

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.

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde Disposição Preliminar

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

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

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

CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições

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

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do Art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

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.

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

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

§ 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.

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

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

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

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III Da Organização, da Direção e da Gestão

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

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

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

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

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

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

Art. 11. (Vetado)

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

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

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

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

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

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

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

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;