



OS MOVIMENTOS SOCIAIS E SUA PARTICIPAÇÃO NA CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO SUS NO BRASIL

THE SOCIAL MOVEMENTS AND ITS PARTICIPATION IN THE CREATION AND DEVELOPMENT OF THE SUS IN BRAZIL

Paulo Roberto de Souza Junior¹

RESUMO

O artigo enfoca a participação dos movimentos sociais, como um dos eixos da sociedade civil, dentro da área da saúde no Brasil. Estes atores nasceram entre as décadas de 60 a 90, com meta de luta por políticas e programas que garantam a igualdade e a universalidade do direito à saúde. Através destas lutas a Constituição Federal de 1988 traz consigo o alicerce de uma política em atenção à saúde, que garante estes anseios, intitulada de SUS – Sistema Único de Saúde, o qual busca a integralidade e a universalidade em seu atendimento como garantia dos direitos de cidadania. Debate seus princípios, gestão e recursos. Há necessidade de (re)avaliar os caminhos destes movimentos na consecução dos referidos direitos consagrados.

Palavra-chave: Movimentos Sociais – Políticas Públicas – Constituição Federal - Saúde – Sus

ABSTRACT

The article focuses on the participation of social movements, as one of the axes of civil society, within the health area in Brazil. These actors were born between the 60's and 90's, with a goal of fighting for policies and programs that guarantee equality and universality of the right to health. Through these struggles, the Federal Constitution of 1988 brings with it the foundation of a policy in health care, which guarantees these aspirations, entitled SUS - Unified Health System, which seeks integrality and universality in its care as a guarantee of the rights of citizenship. Discuss your principles, management and resources. There is a need to (re) evaluate the ways of these movements in the attainment of these consecrated rights.

Keyword: Social movements - public policies - Federal Constitution - health - SUS

¹ Mestre em Direito. Direito e Desenvolvimento pela Universidade Estácio de Sá – UNESA. Rio de Janeiro (Brasil). Especialista em Gestão da Saúde Pública, Gestão Hospitalar, Direito Constitucional e Direito Tributário. Autor de obras e artigos jurídicos. Professor da Rede FAETEC - Fundação de Apoio à Escola Técnica e da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro (Brasil).

E-mail: pauloroberto.coordenacao@gmail.com



INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 delineou um novo modelo de política de saúde, apontando uma transição do modelo da medicina curativa e individual para o modelo universal e coletivo à população, privilegiando o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Para chegarmos a neste patamar a sociedade se articulou através dos chamados movimentos sociais, os quais são considerados como espaços democráticos que permitem ações coletivas e expressam os anseios da sociedade, apontando seus problemas fundamentais e injustiças, lutando por projetos e programas que levem a uma sociedade mais justa.

Nesta dicotomia nasceu a política pública em saúde, denominada de SUS – Sistema Único da Saúde, que visa a proporcionar a referida igualdade e universalidade na atenção à saúde garantindo um completo bem-estar social e o respeito aos direitos de cidadania.

Sua missão é longa, mas só será possível quando as diversas esferas de governo estiverem equilibradas e ajustadas entre si, fortalecendo, assim, a gestão pública eficiente onde deverá primar pelo respeito e atendimento aos princípios e diretrizes do SUS, eliminando os problemas estruturais e financeiros e entres estes, sobretudo nos pequenos municípios, os quais dependem quase exclusivamente de aporte de capital federal nesta área.

O objetivo deste ensaio que se apresenta como forma de (re)avaliar a participação dos movimentos sociais na construção do SUS, como política pública social, e, diante da mesma traçarmos os caminhos dos referidos movimentos, como precursores dos direitos à saúde.

O instrumento utilizado dentro deste estudo será a pesquisa bibliográfica sobre a temática, onde serão apreciados estudos de artigos e a própria legislação da saúde na busca de condições para sintetizar uma análise correta e coerente desta política com finalidade de traçar os referidos caminhos expostos.

Por fim, justifica-se esta pesquisa pelo fato de (re)avaliar a participação dos movimentos sociais na busca da garantia dos direitos ligados à saúde, garantindo a igualdade e universalidade, pois em um Estado democrático, não se pode perder de



vista a universalidade e igualdade tais direitos, estes já consagrados no ordenamento jurídico pátrio.

1 - Política Pública e política de saúde no Brasil: conceito e importância

As políticas públicas são decorrentes da política, entretanto, há muitas diferenças entre estas.

O termo "política", no inglês, *politics*, faz referência às atividades políticas: o uso de procedimentos diversos que expressam relações de poder (ou seja, visam a influenciar o comportamento das pessoas) e se destinam a alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados a decisões públicas; já, as políticas públicas, segundo Marcelo Figueiredo, são definidas como um conjunto homogêneo de medidas e decisões tomadas por todos aqueles obrigados pelo Direito a atender ou realizar um fim ou uma meta consoante com o interesse público (FIGUEIREDO, 2007, p. 38).

Maria Paula Dallari Bucci tem o mesmo entendimento de Marcelo Figueiredo e propõe que a política pública deve visar à realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados. (BUCCI, 2002, p. 29).

Seu processo de produção necessita de uma agenda, onde há necessidade de formulação, implementação, monitoramento e avaliação da mesma. Nesta avaliação, segundo Maria das Graças Rua (2012, p. 107) deve ser levada em conta a eficiência operacional (custos e prazos), eficácia (cumprimento dos objetivos almejados ou do projeto ou da organização) e, efetividade (efeitos secundários ou imprevistos) para sua evolução.

Em relação à política de saúde podemos identificar como problema prioritário a necessidade da população de baixa renda ter acesso igualitário e universal às demandas inerentes às mesmas e estas satisfaçam seus anseios, ou seja, haja uma gestão de qualidade com respeito à atenção básica e garantia de ações e serviços em saúde dentro da complexidade que requer.



Esta política em saúde visa à garantia do direito à saúde, o qual está delineado na Constituição brasileira de 1988, estabelecendo as diretrizes desta, onde atribui à lei complementar a definição dos padrões mínimos de financiamentos, além de determinar a regulamentação, a fiscalização e o controle do setor previsto em lei e assumir o dever de prestar serviços públicos de saúde, diretamente ou indiretamente, mediante a participação complementar da iniciativa privada



3- Movimentos sociais em saúde no Brasil: conceito, importância e características

A sociedade civil é composta de algumas esferas de interação social, entre as quais estão à esfera familiar, a esfera das associações voluntárias, os movimentos sociais, e, as formas de comunicação pública. Neste contexto, há diferenças marcantes de identidade entre os citados, delineando seu campo de atuação.

O debate acerca destes movimentos dentro da sociedade contemporânea é apresentado por HABERMAS, em relação à realidade da social (democracia europeia e ao contexto político norte americano), e TOURAINE, que investiu no sentido da construção de uma teoria a respeito dos mesmos (ADORNO, 1999, p.122).

Os movimentos sociais constituem-se em ações coletivas de caráter democrático, onde debatem e sugerem temáticas, anteriormente, de ordem privada (gênero, orientação sexual e etnia) e compartilham lutas (melhoria de vida) propondo uma (re)avaliação da realidade social. Suas decisões são tomadas em assembleia, fórum ou em outras formas de democracia direta.

Estes devem ser observados levando em conta sua forma estrutural (nível de atuação, dentro das classes trabalhadoras) ou cultural (consciência dos problemas que estão relacionados) e podem ser identificados como movimentos novos ou tradicionais. Segundo Ilse Scherer-Warren e Paulo Krischke, os novos movimentos estão se configurando um lastro social e proporcionando uma nova cultura com as seguintes características: reação às formas autoritárias, propondo democracia (direta, de base ou representativa); reação às formas centralizadoras do poder, defendendo autonomias locais e sistemas de autogestão; e, reação ao caráter excludente no modelo econômico, encaminhando novas formas de vida mais comunitária (SCHERER-WARREN e KRISCHKE, 1987).

Esses movimentos no Brasil apontavam uma oposição ao Estado, no que tange a incorporação e a consolidação dos direitos sociais da sociedade. Notamos algumas fases do mesmo, resumidamente traduzidas em: a) 1970 a 1980, fase conhecida como visão heróica dos movimentos sociais; b) segunda metade dos anos 80, marcados pela crítica a uma análise romântica; c) final dos anos 1980 e início dos anos 1990 e aposta na criação de um espaço de diálogo entre os movimentos sociais com o Estado. Esta propiciou a necessidade de superar as próprias características dos movimentos sociais, cultivadas nas décadas anteriores. (BRAZ, 2012 apud SANTOS, 2013).



3.1- Movimentos sociais ligados à saúde

O papel da sociedade civil na elaboração dos projetos e na execução de políticas públicas em saúde é fundamental na luta pela realização dos anseios da sociedade. Nesta luta os movimentos sociais, no setor de saúde, constituíram-se como eixo fundamental.

Durante a década de 60, nasceram os primeiros movimentos que reivindicavam uma reforma sanitária adequada. Este debate foi realizado amplamente na III Conferência Nacional de Saúde (1963), a qual pregou a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil, entretanto, com o golpe militar de 1964, as forças sociais conservadoras reagiram contra tal situação.

No final da década de 60 e início da década de 70, surge o movimento social intitulado Reforma Sanitária, constituído, basicamente, de profissionais ligados à saúde indignados com a situação da mesma e tendo como eixo fundamental a luta contra a ditadura, que era marcada pela valorização da medicina tradicional e pelos seguintes programas: medicina comunitária e de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não-profissional. Neste período, em paralelo a este movimento, adquire importância o Movimento Popular de Saúde, o qual era traduzido como um conjunto de lutas dentro da saúde, onde se buscava a melhoria de vida da população e, por conseguinte, direito a serviços de saúde universalmente acessível e gratuito.

De acordo com LACAZ (1994, 43) através desta articulação, passou-se a reivindicar a melhoria da organização nos locais de trabalho, visando ao controle da nocividade e a defesa da saúde nos ambientes/locais de trabalho.

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente médicos, acadêmicos e cientistas — debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões iminentes à democracia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Como foi caso do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976, cuja missão é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos



sociais, em particular o direito universal à saúde.



A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (localizada no atual Cazaquistão), em 1978, foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos dos grandes massas populacionais.

Durante a década de 80 estes movimentos tomaram mais impulso e buscavam a mencionada melhoria da saúde e sua universalização. Tais propostas eram alternativas ao modelo de saúde em vigor; e, com o fim da ditadura, em 1985, quando expoentes desta ideologia assumem posições-chaves dentro da área da saúde pública, estas começaram a decolar.

No ano de 1981 surge o Movimento Popular de Saúde (MOPS), durante a realização do III ENEMEC em Goiânia. Nessa época estava marcada pelas ambigüidades contidas nas ações reivindicativas e pelo avanço da abertura política em tempos de democratização, que tornava o Estado mais permeável ao processamento das demandas sociais, aguçando a face integrativa deste tipo de movimento social. Disseminado pelas inúmeras “entidades” populares, sem demora o MOPS começou a ser tomado como se fosse um sujeito com vida própria, segundo sua história relatada em seu site.

Em 1986 foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Seu lema foi traduzido na expressão "Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde." (Brasil, 1986,118). Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da saúde em toda sua história” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Tomando-se a base do Sistema Único de Saúde determinado pela Constituição Federal de 1988.

Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de



recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, p. 19).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi marcada pelo debate entre os participantes, muitos ligados a movimentos sociais específicos e ligados a terminadas áreas da sociedade e com ramificação na saúde, contra as Fundações Estatais de Direito Privado, com o objetivo de privatizar o SUS. Entretanto, as lutas e conquistas obtidas pelos movimentos sociais foram mutiladas com a criação do programa “Mais Saúde”, que previa a criação destas fundações.

Em 2010, com finalidade de oposição a esta privatização proposta pelos governos neoliberais, surge a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde no Brasil. Fruto das articulações dos fóruns de saúde dos estados da federação. Esse movimento social apresenta como foco principal a luta em defesa da saúde pública, estatal, universal. E, na 14ª Conferência Nacional de Saúde, fez-se presente onde foram debatidas as formas de gestão que expressam o processo de desmonte do SUS.

Ressalta-se que, no Brasil, há no período eleitoral uma disputa entre dois projetos societários: democracia de massas (ampla participação social e atribuição ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de construir respostas às expressões da questão social) x democracia restrita (restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo), construídos na dinâmica da relação Estado – Sociedade

A busca do respeito aos princípios do SUS pela sociedade através de seus atos sociais esbarra nos governos neoliberais, característicos do Estado mínimo, pois ao optarem por deixar na mão da iniciativa privada a saúde brasileira, com a bandeira que o Estado deve ser um agente apoiador, estimulador e financiador de políticas sociais e não mais produtores de serviços, inclusive na área da saúde, produzem graves problemas de saúde pública.

4 - SUS: conceito, princípios, perspectivas e seus desafios atuais

O direito universal às ações e prestações em saúde e oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, anterior ao SUS, foi instituído o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Este aprofundou a política de descentralização da saúde, principalmente na parte do orçamento, permitindo maior autonomia dos Estados na programação das atividades



do setor, deu seguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e programação das atividades do setor (COSTA e FLORES, 2015, p. 567).

Simone Letícia Severo e Sousa salienta que é “Único”, porque o Estado reuniu no SUS as atividades sanitárias e assistencialistas, pondo fim à dicotomia existente (SOUZA, 2013, p. 109/110). Arelado a isso, esta política tem como meta a unificação de diretrizes dos entes federados em relação à saúde, evitando-se a superposição do ente federal em relação aos demais entes.

Este Sistema nasce com princípios e diretrizes a ser seguidos. Entre os princípios percebemos uns, de núcleo comum, chamados de princípios doutrinários (universalização; equidade; integralidade) e, outros, que consagram forma e operacionalização, de cunho organizacional (regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; participação popular), previstos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS):

a) universalidade define que a saúde é um direito de todos e, por isso, não há restrição a seu acesso;

b) equidade é o princípio complementar da igualdade, significando tratar as diferenças em busca deste princípio, ou seja, o respeito ao recebimento de ações e serviços dentro de sua complexidade;

c) integralidade está relacionada com a promoção de saúde, prevenção de riscos e assistência das pessoas, bem como recuperação delas. Busca-se a humanização dos serviços prestados no âmbito do SUS, tendo como base o art. 198, inciso II da Constituição Federal e art. 7º, inciso II da Lei n. 8.080/90;

d) descentralização implica na redistribuição das responsabilidades entre as esferas de governo e a sua regionalização, com o objetivo de buscar uma distribuição mais racional dos recursos dentro de cada especialidade (hospitais, UBS, PSF, ambulatorios);

e) hierarquização: os serviços deverão ser organizados levando-se em conta a sua complexidade;

f) participação e controle social entre administradores, trabalhadores e usuários;

g) unidade do sistema SUS está expresso no art. 199 da Constituição Federal e



art. 7º, inciso XII da Lei n. 8.090/90;



Simone Leticia Severo e Souza soma a este rol de princípios, os seguintes: o princípio de ressarcibilidade ao SUS. Tal princípio consiste na obrigação de as operadoras de planos de saúde ressarcir o SUS em caso de prestação de atendimento ao segurado ou beneficiário da empresa privada; e, o princípio da prevenção ou precaução, este expresso nos arts. 196 e 200 da Constituição Federal e em atos de vigilância sanitária (SOUZA, 2013, p. 113/114).

A Lei 8.080/90 foi regulamentada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, esta determina a transferência dos recursos para a saúde entre as esferas do governo e as formas de participação da população na gestão do SUS, quais sejam, por meio de conferências de saúde, que reúne representante dos usuários, do governo, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviço e parlamentares para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da Política de saúde nos Municípios, Estados e União.

Os debates acerca das questões importantes da saúde são realizados em fóruns, congressos e nas Conferências Nacional de Saúde. Estas últimas são fóruns importantes para o processo de democratização da saúde no Brasil, devendo ser realizadas a cada quatro anos, com paridade entre usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Sua convocação poderá ser pleiteada pelo governo ou pelo Conselho de Saúde e deverão ser precedidas nos Estados e nos Municípios.

Estes Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas e têm função deliberativa, em relação à fiscalização e formulação de estratégias da aplicação de recursos na área de saúde. Tendo como membros os representantes de usuários do SUS, prestadores de serviços e gestores da saúde.

Em respeito às prestações à saúde, a posição do STF é que há um “dever solidário” entre os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) durante a mesma:



Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo." (AI 550.530-AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, julgamento em 26-6- 2012, Segunda Turma, DJE de 16-8-2012.).

Na linha de pensamento, O Tribunal do Rio Grande do Sul assim se posicionou sobre a temática:

(...) A Constituição da República prevê o dever de prestar os serviços de saúde de forma solidária aos entes federativos, de modo que qualquer deles tem legitimidade para responder às demandas que visam ao fornecimento gratuito de medicamento, exame ou procedimento. A divisão de competências no âmbito da gestão interna do Sistema Único de Saúde não é oponível ao particular. (Apelação e Reexame Necessário Nº 70063233084, Vigésima Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Denise Oliveira Cezar, Julgado em 30/01/2015).



A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, reenumerou o § 1º e incluiu os § 2º ao 6º no art. 198 da Constituição Federal de 1988, determinando além do percentual mínimo a ser aplicado na saúde pela União Federal e os recursos mínimos vinculados à saúde e repassados pela União aos Estados e Municípios e, entre, Estados e Municípios.

O § 3º do artigo 198 foi regulamentado pela Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Em 2015, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) faz uma leitura-inicial positiva do mandato presidencial, entretanto, sua leitura começou a ser fora alterada, com a sanção da Medida Provisória nº 656, de 2014, e, por conseguinte, sua conversão na Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que mudou a Lei 8080/90, permitindo “a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde” (BRASIL, 2014B).

Relaciona-se que, esta Lei está sendo questionada por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), onde se argumenta a afronta ao art.199 § 3º da Constituição, que estabelece que “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei” (BRASIL, 1988).

No ano de referência mencionado foi promulgada a Emenda Constitucional nº 86, que dispõe sobre o orçamento impositivo e estabelece como percentual de recursos da União vinculados à saúde, 15% das receitas correntes líquidas (em cinco anos), ao invés do equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas como proposto pelo projeto de lei de iniciativa popular.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, convocou a 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS/2015) com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Entre seus eixos temáticos, está o da saúde pública como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização.



Atualmente, encontra-se em trâmite a PEC (Proposta de Emenda Constitucional) nº 241 - Poder Executivo, que Altera o Ato das Disposições



Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e, vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos art. 102 a art. 105 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Na prática irá congelar os valores aplicados às políticas sociais, “com índice do presente ano fiscal, corrigidos pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de janeiro a dezembro de 2016”, como reza o seu § 3º.

Esta PEC viola o direito à saúde, conquistado na Constituição, ao dizer ser direito fundamental do trabalhador a assistência médica e este dever do empregador, pois esta ferindo o direito universal e integral do SUS. Menciona que os trabalhadores do regime previdenciário público, o direito à saúde será garantido por plano privado de saúde, remunerado pelo empregador.

4.1- O SUS e a iniciativa privada: complementar e suplementar

O capítulo sobre “direito à saúde”, dispõe, no caput do artigo 199, sobre “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, relacionando, assim, duas formas de participação da iniciativa privada dentro da saúde: complementar e suplementar.

A atual Constituição Federal menciona a forma complementar da participação privada no setor de saúde, segundo Fernando Borges Mânica, ela determina que a participação da iniciativa privada que deverá ser complementar ao SUS, incluídas todas as atividades voltadas à prevenção de doenças e à promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as quais aquelas de controle e fiscalização (MÂNICA, 2015, p. 07); e, quando menciona a forma suplementar a relaciona com entidades de iniciativa privada fora do SUS, representadas, na maioria das vezes, pelos planos de saúde, os quais poderão ser operados pelos seguintes segmentos: medicina em grupo, autogestão, cooperativas ou seguradoras.

A diferença acima fica clara no entendimento de Franciso Pizzette Nunes:

A assistência complementar se dá mediante a atividade de instituições privadas que participam do SUS de forma complementar por meio de contrato de direito público ou convênio, devendo seguir as diretrizes do SUS, dentre estas, a participação popular, motivo pelo qual as Conferências e Conselhos de Saúde podem deliberar a respeito das



políticas e recursos destinados ao setor complementar. Por outro lado, a assistência suplementar atua através de laboratórios, clínicas e



hospitais particulares, assim como por meio de planos e seguros privados de assistência à saúde contratados pelos beneficiários destes junto a operadoras de saúde suplementar, sendo que, diferente da saúde complementar, a saúde suplementar não possui uma vinculação direta com os princípios e diretrizes do SUS, motivo pelo qual, a princípio, a regulamentação e tutela dos interesses do setor não fazem parte da alçada de competência dos Conselhos e Conferências de Saúde (NUNES, 2011, p. 156).

Assim, como mencionado pelos ilustres pesquisadores, a saúde complementar será regida pelas diretrizes do SUS, e tendo como eixo norteador o cumprimento integral do princípio da universalidade e do atendimento integral – a integralidade, tendo como participes o SUS e a pessoa jurídica interessada através de um contrato de direito público ou convênio e será concedida, preferencialmente, às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Entretanto, só poderá ser acessada quando for constatada a carência de serviços em saúde praticados SUS, na localidade.

Por outro lado, a atividade suplementar será regida pelos princípios do Direito Privado e poderá ter como meio de utilização os planos de saúde, os quais serão operacionalizados, segundo, os artigos 20 a 23 da Lei 8.080/90, Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS, pelos segmentos já mencionados, através de um contrato de direito privado entre estes e o consumidor, sendo regidos pela Lei 9.856, de 03 de junho de 1998, LPS – Lei dos Planos de Saúde, que incorpora a rede privada e conveniada do SUS.

A referida Lei dos Planos de Saúde determina, em seu artigo 20, a obrigação do fornecimento, parte das operadoras deste subsistema, periodicamente, à ANS - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 2000 e regulamentada pelo Decreto nº 3.327, de 2000 - todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, as quais permitam a identificação dos clientes-consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, CPF e local de moradia.

Seguindo determinação da ANS, o SUS, encaminha, periodicamente, a esta agência as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Estas constituem uma lista com os dados de todas as pessoas atendidas pelo subsistema público durante o referido



período.



De posse destes dados enviados, a referida agência elaborou um banco de dados cadastrais dos beneficiários dos dois subsistemas, possibilitando um cruzamento de dados dos mesmos, onde são identificados os atendimentos e, culminando com seu ressarcimento, caso haja necessidade.

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde, seus subsistemas vêm recebendo influências de todas as esferas governamentais que estão no poder, sobretudo, na esfera federal, a qual dita às diretrizes da política de saúde nacional, pois dependendo da bandeira política, haverá mais investimentos e políticas a um destes subsistemas.

4.2- A legislação da saúde no SUS: recursos e gestão

A transferência de recursos entre os entes federados e a gestão do SUS, no início desta política, foi norteada pelas Normas Operacionais (NOB e NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1991 (NOB 91, de caráter neoliberal, foi editada pelo INAMPS, onde previa o financiamento por produção), 1993 (NOB 1993, representou vários avanços na forma de gestão dos serviços), 1996 (NB 1996, responsável pela instituição do Piso de Atenção Básica (PAB) e da imposição de modelos de programas assistências para a atenção básica), 2001 (NOAS-SUS01/2001, tinha como objetivo a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica) e 2002 (NOAS-SUS/2002, objetivo é o de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso d população às ações de saúde em todos os níveis de atenção).

Com finalidade de definir estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS nasceram as Comissões Intergestores Triparte (União, Estados/Distrito Federal e Municípios) e as Comissões Intergestores Bipartites (estados e municípios), no início da década de 90. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões são aprovadas por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes.

Com finalidade de colocar os princípios do SUS em prática foi lançada, em 2002, Política Nacional de Humanização (PNH), política que atravessa e transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.



Os pactos pela vida, em defesa do SUS e o de gestão do SUS, foram instituídos a Portaria nº 399/GM-2006. Onde o primeiro, o Pacto pela Vida, é um compromisso



firmado entre os gestores do SUS, em relação às prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da população brasileira; o segundo, o Pacto pela defesa do SUS, o qual visa à questão da saúde pública e da repolitização do SUS, buscando a consolidação da política pública de saúde como política de Estado e não de governo; e, o último relacionado, Pacto pela gestão do SUS, descreve nove eixos de ações baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais, o documento propõe-se a definir as responsabilidades sanitárias de cada instância governamental.

Novamente, em 2007, o Ministro da Saúde publica a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamentando o o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi aprovada pela Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas”, foi aberta a XV Conferência Nacional de Saúde. Seu eixo central teve como meta o “Direito do Povo Brasileiro”. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e os modelos de atenção à saúde foram uns temas dos oito eixos temáticos.

Assim, é impossível pensarmos em concretizar o SUS sem (re)avaliar, continuamente, algumas questões sobre esta política pública, entre elas: sua gestão, financiamento, modelo assistencial, recursos humanos e controle social.

5 - Conclusão

As políticas econômicas assumem uma a primazia em todo o planejamento e ações dentro de determinados governos, sobretudo os de cunho neoliberal, deixando em segundo plano às políticas sociais. O exame destas reflete, assim, na atividade política, mesmo havendo diferenças substanciais entre as mesmas.

A implementação de uma política pública leva em conta um processo bastante complexo, que envolve decisões e medidas concretas. Estas devem ser acompanhadas, (re)avaliadas e corrigidas quando necessárias.

Neste contexto insurgem os movimentos sociais, como um dos braços da



sociedade civil, e, que lutam constantemente pelos direitos, conhecidos como direitos de



cidadania. Surgiram, na década de 60, no Brasil com identidade própria e características singulares.

Estes movimentos buscavam a construção de uma nova democracia e justiça social, nos diversos setores da saúde, base da reforma sanitária, a qual foi amplamente debatida na VIII Conferencia Nacional de Saúde e culminou com a nova política de saúde definida na atual Constituição Federal, intitulada Sistema Único de Saúde (SUS), onde passamos para um novo modelo de atenção à saúde, este universal e coletivo, deixando de lado o velho modelo, curativo e individual, utilizado pelos governos anteriores.

Este sistema público em saúde está definido na Lei nº 8.80/90, regulamentada pela Lei nº 8.142/90. Tem como atribuições tanto a prestação de serviços públicos de saúde quanto o desenvolvimento de uma série de outras atividades, denominadas ações em saúde e representa o maior avanço político, democrático e social na área de promoção da saúde.

O SUS tem caráter público, é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários por meio da participação popular nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Este ao preservar a participação dos entes federados, descentralizando ações e serviços em saúde, pode ser considerado um exemplo de pacto federativo democrático, onde há necessidade de combinar a autonomia destes entes a cooperação entre os mesmos de forma a garantir a universalidade e integralidade da atenção preservando as pessoas, seu local de moradia e a rede assistencial e ao definir que todos tenham acesso ao mesmo, o Estado pretende garantir a toda sociedade brasileira: a promoção da saúde (boa qualidade de vida); a proteção da saúde (prevenção das doenças); e, a recuperação da saúde (atuação após a ocorrência da enfermidade).

Em relação à assistência pela iniciativa privada, a Constituição Federal, em seu artigo 197, não fez qualquer balizamento a esta possibilidade, tendo caráter complementar as atividades de competência do SUS. Neste contexto, há necessidade de identificar e definir a relação entre o público e o privado, implantando e fiscalizando os contratos entre ambos, o que impõe fortes custos numa relação não muito clara e objetiva.



Nota-se que, diante disso, a atual política em saúde é dividida em dois subsistemas: o público e o privado. O primeiro é representado pelo referido SUS –



Sistema Único de Saúde e por instituições privadas contratadas, através de fontes de custeio transcritas como complementar, e, o segundo, pela saúde suplementar, a qual terá sempre prioridade dentro de um governo de base política neoliberal.

O grande desafio da sociedade civil, sobretudo dos referidos movimentos sociais, é lutar pela garantia de uma política em saúde não só voltada ao desenvolvimento setorial, mas uma política destinada ao completo bem-estar social. Há necessidade deste constante olhar que insurge das ruas, academias e dos trabalhadores da saúde, pois sem os mesmos os governantes, sobretudo de cunho neoliberal, definirão políticas públicas em prol do Estado mínimo, sucateando o sistema público de saúde e, por conseguinte, levando à míngua a população que necessita do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

_____. **Antecedentes históricos do Sistema Único (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil**. In: AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011, pp 15/40. ARDONO, Rubens de C.F. Adorno. **Movimento social e participação: a saúde na esfera pública**. IN: *Saúde e Sociedade* 1(2): 111 – 124, 1992. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000200007>, acesso em 06 de set de 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.o 1923- 5/DF, Tribunal Pleno, Relator Originário Min. Ilmar Galvão, Relator Min. Eros Grau, Diário de Justiça da União, 21 set. 2007.

BRASIL – Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília /DF: Senado 1988.

_____. – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990

_____. – Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.o 1923- 5/DF, Tribunal Pleno, Relator Originário Min. Ilmar Galvão, Relator Min. Eros Grau, Diário de Justiça da União, 21 set. 2007.

BRAVO, M. I. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2007.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946. Disponível



em:<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-daorganizacao-mundial-da-saudeomswwho.html>, acesso em 06 set de 2016

BRAZ, M. **Mudanças no perfil das lutas de classes e modismos conceituais: o tormento de Sísifo das ciências sociais.** In: BRAVO, M.I. S.; MENESES, J. B. (Org.). *Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos.* São Paulo: Cortez, 2012, p. 220-247. BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito.** In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Coord.). *Políticas Públicas: Reflexões sobre o Conceito Jurídico.* São Paulo: Saraiva,

CASTILHO, Paula de Abreu Pirotta. O direito à saúde nas Cartas constitucionais brasileiras. Portal Jurídico Investidura, Florianópolis/SC, 09 Set. 2014. Disponível em: investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-constitucional/322090. Acesso em: 11 Set. 2016

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional.** 18. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Gestão 2008 – 2011 Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf), acesso em 06 set 2016

COSTA, Andrea Abrahão Costa e BARBOSA, Claudia Maria Barbosa. Uma Abordagem Teórico-Conceitual sobre Políticas Públicas, Modelos de Estado. IN: Encontro de Internacionalização do CONPEDI (1. : 2015 : Madrid, ES). III Encontro de Internacionalização do CONPEDI / Universidad Complutense de Madrid. [Recurso eletrônico on-line], GT Direitos sociais, seguridade e previdência social, www.conpedi.org.br. Florianópolis: CONPEDI, 2015, p. 242/260, acesso em 06 set 2016.

COSTA, Eder Dion De Paula e FLORES, Rodrigo Gomes. Judicialização da Saúde: por que para se levar o direito à saúde a sério deve-se também levar o Sistema Único de Saúde. (coord) José Ricardo Caetano Costa, Oton De Albuquerque Vasconcelos Filho. XXIV Congresso Nacional Do CONPEDI - UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara, GT DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL. <http://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/ee19v0ok>. Florianópolis: CONPEDI, 2015, p. 563/581



SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.2006.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.59-81. 2005.

FLEURY, Sonia **Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil**. http://actbr.org.br/uploads/conteudo/928_ReformaSUS.pdf, Acesso em 06 de set de 2016.

GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública**. 1998. Mimeo.

GIL Jr, Antonio; COSTA, Carlos Eduardo de Mira. **Um (Re)Pensar sobre a Saúde Pública no Brasil: a Importância da Humanização no Ambiente de Trabalho**. P@rtes, São Paulo, Janeiro de 2014. Disponível em < <http://www.partes.com.br>, acesso em 06 set 2016.

GREGORY, M. S. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. 2.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador**. IN: Saúde e Sociedade v. 3, n. 1 (1994) <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/6941/8410>, acesso em 06 set 2016.

MÂNICA, Fernando Borges. FERNANDO BORGES MÂNICA. **A complementaridade da participação privada no SUS. A complementaridade da participação privada no SUS** http://fernandomanica.com.br/site/wp-content/uploads/2015/10/a_complementariedade_da_participa%C3%A7%C3%A3o_privada_no_sus.pdf. Acesso em: 06 set 2106.

MARQUES, Meire Aparecida Furbino Marques e SOUZA, Simone Letícia Severo e. **O Direito à Saúde nas Constituições Brasileiras** IN: XXIV Congresso Nacional do CONPEDI - UFMG/FUMEC/DOM Helder Câmara, GT de Direitos Sociais e Políticas Públicas <http://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/n4z61gf0/uajUM78ucwWr0iF9.pdf>., acesso em 06 set 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão do SUS é debatida entre gestores e profissionais do SUS**. IN: *XV Conferência Nacional de Saúde*. Texto produzido por Amanda Costa.



<http://www.unasus.gov.br/noticia/gestao-do-sus-e-debatida-entre-gestores-e-profissionais-do-sus>. Acesso 06 set 2016.

NUNES, Francisco Pizzette. **Pluralismo jurídico e participação popular em saúde: do público ao privado**. Dissertação apresentada no curso de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina. <http://odireitosanitario.blogspot.com/2011/05/assistencia-complementar-saude-x.html>, Florianópolis, abril, 2011, acesso 06 et 2016.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. Direito da saúde: de acordo com a Constituição Federal. 1 ed. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

Relatório Final. 8º Conferência Nacional de Saúde, 17 a 21 maio de 1986. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf, acesso 06 set 2016.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, Maria das Graças; VALADÃO, Maria Izabel. O Estudo da Política: Temas Seleccionados. Brasília: Paralelo15, 1998.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. M R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. SCHERER-WARREN, Ilse — **O caráter dos novos movimentos sociais** in SCHERER-WARREN, Ilse e KRISCHKE, Paulo J. (org.) - *Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América Latina*, Brasiliense, São Paulo, 1987, pp 35/54

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 28 ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2010.

TAVARES, A. R. Direito Constitucional econômico. São Paulo: Método, 2003.