

# ANÁLISE ÉTICO-POLÍTICA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINANCIAMENTO DA LEI 8.080/90

*Data de submissão: 09/05/2023*

*Data de aceite: 03/07/2023*

### **Nathalia Pagotto**

Universidade do Vale do Itajaí, Curso de  
Graduação em Psicologia  
Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/3669070353631679>

### **Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**

Universidade do Vale do Itajaí, Programa  
de Mestrado Profissional em Saúde e  
Gestão do Trabalho  
Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/5256945243349535>

Trabalho de Iniciação Científica defendido em dezembro de 2022 no Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC.

**RESUMO:** Este estudo analisa as disposições gerais e financiamento da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e historiciza a conjuntura política da construção e aplicação desta Lei. Argumenta-se que uma revisita pormenorizada ao texto que disciplina as disposições gerais e o financiamento do Sistema Único de Saúde, em diálogo com a conjuntura do tempo histórico em que a lei foi sancionada, contribui para a compreensão de tais temas no momento

presente. O estudo se caracteriza como uma investigação qualitativa de caráter exploratório que utilizou da perspectiva histórica como método de obtenção das informações e da perspectiva ético-política como método humanístico de análise de realidades. Espera-se que o trabalho fomente a análise crítica a respeito dos caminhos que toma o Sistema Único de Saúde considerando o contexto neoliberal, bem como favoreça a reflexão de meios que levem ao seu fortalecimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lei Orgânica. Política Pública de Saúde. Sistema Único de Saúde.

### ETHICAL-POLITICAL ANALYSIS OF THE GENERAL PROVISIONS AND FINANCING OF LAW 8.080/90

**ABSTRACT:** This study analyzes the general provisions and financing of the Organic Health Law 8.080/90 and historicizes the political conjuncture of the construction and application of this Law. It is argued that a detailed revisit to the text that disciplines the general provisions and the financing of the Unified Health System, in dialogue with the conjuncture of the historical time in which the law was sanctioned, contributes to the understanding of such themes in the present moment. The study is characterized

as a qualitative research of exploratory nature that used the historical perspective as a method of obtaining information and the ethical-political perspective as a humanistic method of analyzing realities. It is hoped that the work will foster critical analysis of the paths taken by the Unified Health System considering the neoliberal context, as well as encourage reflection on ways to strengthen it.

**KEYWORDS:** Organic Law. Public Health Policy. Unified Health System.

## 1 | INTRODUÇÃO

Cinco anos após um obscuro período ditatorial, o Brasil conquista, em setembro de 1990, o primeiro marco no arcabouço legal das políticas públicas de saúde brasileira: a promulgação da Lei 8.080. Símbolo da consolidação do direito à saúde previsto constitucionalmente, a Lei deu origem ao Sistema Único de Saúde e regula, até hoje, as ações e serviços de saúde executadas em todo o território nacional (BRASIL, 1990).

Em perspectiva histórica de análise de realidades, este estudo analisa as disposições gerais e financiamento da Lei Orgânica da Saúde 8.089/90 e historiciza a conjuntura política da construção e aplicação desta Lei.

## 2 | DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Das Disposições Gerais

Com nove artigos vetados totalmente e cinco parcialmente, a Lei 8.080 é sancionada em 19 de setembro de 1990 pelo então presidente da república Fernando Collor de Mello. Marco na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei 8.080 representa a norma jurídica que organiza os fundamentos do Sistema, ao regular, 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. Isto é, em todo território nacional, toda e qualquer iniciativa para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o funcionamento e organização dos seus serviços correspondentes, estão subordinados a ela (BRASIL, 1990).

A saúde recebera na Constituição Federal de 1988 (CF/88) um capítulo próprio. Em seu Artigo 196, a CF/88 estabelece que “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 [...]” (BRASIL, 1988).

A partir de então, o direito à saúde é chancelado como um direito subjetivo público, isto é, um direito ao qual “corresponde sempre um dever jurídico por parte do Estado”, mas que pode ser descumprido porque pode acontecer que a parte que tem o dever jurídico (leia-se aqui: Estado), que deveria entregar a sua garantia não o faça; e, uma vez violado o dever jurídico, nasce para o seu titular (leia-se: todo e qualquer cidadão brasileiro) a possibilidade de ele servir-se de uma ação judicial (BARROSO, 2009, p. 223).

Essa amplitude conceitual do direito à saúde, expressa no texto constitucional, e seu explícito caráter de “direito subjetivo público, exigível de Estado”, sinalizam a inequívoca filiação do constituinte à noção de seguridade social, especialmente em razão da “universalidade do acesso à proteção”. Indubitavelmente, é na saúde que a universalidade do direito alcança maior aplicabilidade no Brasil, como expressão do princípio da igualdade. Sob outro ângulo, é possível também diferenciar, no conceito de saúde, duas perspectivas: uma em chave mais dispersa, representada por ações preventivas genéricas, expressas em políticas sociais e econômicas e em políticas ou programas específicos, como o programa nacional de imunização e a vigilância sanitária; outra em chave particular, representada pelo tratamento de doentes em suas singularidades, por meio de consultas, exames, referência e contrarreferência, intervenções, internações e provisão de medicamentos (MELO, 2018, p. 1026).

A Lei 8.080 menciona em seu Artigo 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, seguido do primeiro parágrafo que declara:

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 (BRASIL. 1990).

Têm-se então, logo em seu 2º Artigo, o primeiro impasse contido nas Disposições Gerais da Lei 8.080, pois, afinal, a que saúde a Lei refere-se?

Definir o conceito de saúde é uma dificuldade teórica que nem mesmo a CF/88 em seu Artigo 196 conseguiu enfrentar e que, conseqüentemente, persistiu na Lei 8.080.

Apesar de a CF/88 e a Lei 8.080 adotarem uma concepção ampla de saúde que aborde dimensões importantes como a prevenção e promoção, para além de somente a recuperação, logo no parágrafo seguinte do Artigo 2 é reiterado que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990). Este parágrafo surge como um recurso da política neoliberal de duas diferentes formas: a primeira, refere-se à constante diminuição do papel do Estado eximindo-se do seu dever na garantia de direitos e, a segunda, à um novo modo de produção de saúde, em que saúde é transformada em uma espécie de escolha moral dos indivíduos, relacionada aos seus comportamentos e ao risco individual.

Portanto, em sentido oposto ao que propunha a CF/88 e o Artigo 2 da Lei 8.080, o Estado é amparado através do parágrafo 2º a eximir-se da efetiva prestação dos serviços de saúde, transferindo suas obrigações não somente à iniciativa privada como impõe o neoliberalismo, mas também, aos próprios indivíduos. Dessa forma, o que ocorre é um Estado que não coloca os interesses da população como sua principal direção, mas sim, um Estado que promove a separação entre política econômica e social, em que a primeira é subordinada à segunda.

Por fim, o 3º e último Artigo contido nas Disposições Gerais da Lei 8.080 discorre sobre os determinantes e condicionantes da saúde, conforme segue:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Apesar de parecer abrangente, o Artigo 3º da Lei 8.080 difere sutilmente do que fora proposto como condicionante de saúde no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde: “É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p. 04).

De forma quase imperceptível, a Lei 8.080 em seu Artigo 3º simplesmente reconhece que a organização social e econômica do país é expressa pelos níveis de saúde da população, enquanto o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde afirma que as formas de organização social da produção é que resultam na definição de saúde no país, reconhecendo que estas podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

Dessa forma, a definição de condições de saúde abordada na Lei 8.080 se distancia do que fora proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Para Paim (2008), a estratégia concebida por intelectuais do movimento sanitário que teceram a Reforma Sanitária brasileira que estava em curso era fazer ser reconhecido que o perfil de saúde de uma coletividade depende das condições vinculadas à estrutura da sociedade, relacionando-o com outras dimensões como a Seguridade Social, a cidadania, as questões educacionais, entre outras.

Nesse sentido, foram levados para o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde conceitos e concepções com matriz teórica marxista como a determinação social do processo saúde-doença e a organização social dos serviços de saúde (PAIM, 2008). Evidentemente, durante um período de ascensão neoliberal, essas concepções não tiveram espaço na Lei 8.080 e, novamente, o ideal proposto foi saqueado, expropriado, negado pelo texto constitucional posto que se, aceito, tensionaria a hegemonia das relações neoliberais. Ou seja, o constituinte cegou-se diante deste conceito conquistado socialmente em 1986.

## 2.2 Do Financiamento

O Título V da Lei 8.080 apresenta aspectos relacionados ao financiamento do SUS. Em seu Art. 31, a Lei aponta que:

O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (BRASIL, 1990).

Em 1990, após a Lei 8.080 ser sancionada, a saúde efetivamente deixou de estar vinculada à lógica de seguro social e passou a compor o tripé de seguridade social representado por saúde, previdência e assistência social, o que correspondeu a uma conquista para o movimento reformista. No entanto, ainda na constituição do SUS, o governo Collor, representado por baixa prioridade na área social com estratégias que contradiziam a Constituição Federal de 1988, (re)vinculou a previdência ao Ministério do Trabalho. Dessa forma, a ausência de legislação que garantisse o repasse dos recursos da previdência para o Ministério da Saúde ameaçava a sustentabilidade financeira do SUS (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Além disso, no início da década de 1990, durante um momento de alta inflação (superior a 1.000% ao ano), os recursos da Seguridade foram comprometidos por atrasos deliberados de repasses por parte do governo, o que levou a cortes frequentes nas políticas de saúde e de assistência, preservando-se os níveis de recursos para a previdência social. Ainda a partir de 1990, foram incorporados ao orçamento da saúde os encargos previdenciários da União (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O que se vê a partir de então, é um Estado que prioriza somente um dos lados do tripé da seguridade. Para Marques e Mendes (2005), a primazia de tratamento concedido à previdência social é um dos elementos condicionantes para as dificuldades enfrentadas no financiamento da área da saúde. A previdência, por sua vez, desde os anos pós-constituintes, registra deterioração financeira em virtude de fatores como as altas taxas de desemprego e a elevação do mercado informal do trabalho, o que a levou, pouco a pouco, a fazer uso dos demais recursos da Seguridade Social. Esse é mais um dos fatores que contribui com o subfinanciamento do SUS e com a não efetivação da Lei 8.080.

Além desta, outra condição que afeta de maneira indireta o subfinanciamento do SUS está relacionada à liberalização de capital estrangeiro. Em sua gênese, a Lei 8.080 apontou que:

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

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

§ 2º Executam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social (BRASIL, 1990).

Dessa forma, a participação de capital estrangeiro na assistência à saúde foi vedada a partir de 1990, com exceção para repasses de organismos internacionais e serviços de saúde sem finalidade lucrativa.

No entanto, somente seis anos depois, em 1996, sob pressão empresarial, o então

deputado federal Antônio Henrique Bitencourt Cunha Bueno (PPB), um ex-corretor ligado ao mercado de seguros, foi autor da Emenda Constitucional (EC) nº 13/1996 que dava nova redação ao parágrafo segundo do Artigo 192 da Constituição, retirando a função de “órgão oficial ressegurador”, até então atribuído ao Instituto Brasileiro de Resseguros (IRB), o que levou a previdência privada e seguros de saúde a serem abertos aos mercados nacional e estrangeiro. Após 1996, diversas empresas estrangeiras passaram a atuar no segmento segurador em geral e de saúde no Brasil, e, logo depois da aprovação da EC, veio a público que o autor e parlamentar promoveu viagem a Paris, Londres e Lisboa de um grupo de 18 deputados e quatro senadores, custeada por empresas de seguros privados (SCHEFFER; SOUZA, 2022).

Por fim, em janeiro de 2015, a Lei 13.097 foi sancionada por Dilma Rousseff (PT), tornando irrestrita a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde, o que levou à modificação do Art. 23 da Lei 8.080/90, sendo vetado o Artigo anterior, conforme segue:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica (BRASIL, 1990).

A Lei 13.097 foi uma conversão da Medida Provisória nº 656 que, originalmente, previa modificações diversas na legislação tributária. O autor, deputado federal Manoel Alves da Silva Junior (PMDB), é médico e, junto ao ex-presidente da Câmara, Eduardo Cunha, recebeu doações de empresas de planos de saúde registradas no Tribunal Superior Eleitoral nas eleições de 2014 (SCHEFFER; SOUZA, 2022).

O paradoxo da assistência privada à saúde no país tem início muito antes da Lei 13.097/2015, sancionada por Dilma Rouseff. Em 1966, ainda antes do SUS, a unificação do INAMPS promoveu a cobertura de assistência à saúde a todos os assalariados urbanos e, conseqüentemente, significou um aumento expansivo à assistência médica no país. Ao passo que a expansão da assistência significou maior cobertura para os brasileiros assalariados, o governo passou a encontrar dificuldades no provimento dos serviços de

saúde necessários para suprir essa ampliação abrupta e, como solução, passou a não mais prover esses serviços, mas comprá-los da rede privada. Nessa lacuna de provimento de serviços públicos, a política pública setorial de assistência médica, inserida nas políticas públicas previdenciárias de seguro social que havia sido construída até então, acaba por fortalecer o setor privado. É nesse contexto que nascem, inclusive, os planos de saúde, a partir de uma prática por parte das empresas empregadoras de contratar empresas médicas que gerissem a assistência médica aos seus empregados (MENICUCCI, 2014).

Em um primeiro momento, essas práticas estavam atreladas à política pública a partir da compra de serviços da rede privada por parte do governo. No entanto, essas empresas e planos de saúde tornam-se independentes e, mais do que isso: em um curioso e até perverso paradoxo, os planos de saúde passam a ser reivindicados pela própria massa trabalhadora, inclusive fazendo parte das negociações coletivas dos trabalhadores, sob a denominação de “benefício”. Além disso, a dinâmica que incentiva a iniciativa privada vai além, a partir de incentivos fiscais concedidos às empresas para deduzir de seus lucros o gasto com a assistência à saúde para seus empregados e, portanto, obter redução no imposto de renda. A consequência disso é o crescimento desenfreado dos planos de saúde que passam a ser, de alguma forma, financiados pelo próprio governo, pois os incentivos fiscais podem ser contabilizados como gastos públicos, afinal, o que se deixa de ganhar, constitui-se gasto. Para além disso, não é difícil compreender que os incentivos fiscais são oferecidos exatamente quando se quer incentivar determinado comportamento (MENICUCCI, 2014).

Dessa forma, o que se constata é um Estado que intencionalmente mede esforços na completa consolidação da Lei 8.080/90, uma vez que assume a permissão de capital estrangeiro na exploração da saúde, não a consolida no tripé da seguridade social, e propõe incentivos à iniciativa privada. Ou seja, torna-se, cada vez mais, um Estado que se entrega de forma dependente aos interesses do capitalismo com ideais neoliberais como prática.

### **3 | ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

Vários são os aspectos que apontam, direta ou indiretamente, a forma como o Sistema Único de Saúde sofre as implicações práticas de ser regido por uma Lei fragilizada em um país de políticas predominantemente neoliberais. A Lei, por sua vez, desde a promulgação sofre o antagonismo de ser uma conquista revolucionária de um movimento reformista e, ao mesmo tempo, apenas mais uma das expressões políticas de um governo neoliberal que serve aos interesses de uma determinada fração de classe: a elite.

Esses fatores são explicados através das diversas ambiguidades contidas nas disposições gerais e no financiamento da Lei 8.080 que, dentre as inúmeras deficiências, tem caráter de direito subjetivo público, exonera o Estado de seu dever a fim de responsabilizar a própria sociedade a qual ele serve, incentiva a iniciativa privada permitindo a entrada

capital estrangeiro, e não coloca a consolidação da seguridade social como prática norteadora.

Ao avaliar os meios que levam ao fortalecimento do SUS, tem-se como sugestão a construção de uma nova Lei Orgânica que se vincule de forma efetiva ao conceito de saúde universal e que ultrapasse as fronteiras impostas pelo neoliberalismo. Para tanto, é indispensável que haja mobilização social na busca por uma nova reforma nas políticas públicas de saúde no país: o movimento sanitário carece ser reconstruído, e essa é uma tarefa de todos nós.

## REFERÊNCIAS

BARROSO, L. R. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo**: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 04 fev. 2023.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasil: MS, 1986. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/images/relatorio\\_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf). Acesso em: 04 fev. 2023.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, suppl 2, e00129616, 2017.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saude soc.**, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.

MELO, A. Z. Título VIII. Da Ordem Social. Art. 196. *In*: MACHADO, C. (org.); FERRAZ, A. C. da C. (coord.). **Constituição Federal Interpretada**. 9. ed. Barueri, SP: Manole, 2018.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCHEFFER, M.; SOUZA, P. M. S. A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, suppl. 2, e00239421, 2022.