

MAPEAMENTO
POLÍTICO DA
SAÚDE NO BRASIL
COM FOCO EM
**DIABETES E DOENÇAS
CARDIOVASCULARES**



Cristina Câmara
2018

SB
SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
DIABETES

MAPEAMENTO POLÍTICO DA SAÚDE NO BRASIL COM FOCO EM **DIABETES** **E DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Realização:



Apoio:





Cristina Câmara

MAPEAMENTO POLÍTICO DA SAÚDE NO BRASIL COM FOCO EM **DIABETES E DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

1ª edição



São Paulo
2018

Expediente

2018

Sociedade Brasileira de Diabetes

Autora

Cristina Câmara

Realização

Sociedade Brasileira de Diabetes

Presidência

Dr. Luiz Alberto Andreotti Turatti (2016-2017)

Dra. Hermelinda Cordeiro Pedrosa (2018-2019)

Esta publicação foi idealizada na gestão do dr. Turatti e acompanhada pela dra. Fernanda Thomé, coordenadora do Departamento de Saúde Pública da SBD.

Revisão: Eloiza Lopes

Capa: Jun Normanha

Diagramação: Beatriz Tiemi Leandro

Impressão: Colorsystem

Tiragem: 1.000 exemplares. Distribuição Gratuita.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Câmara, Cristina

Mapeamento político da saúde no Brasil com foco
em diabetes e doenças cardiovasculares / Cristina
Câmara. -- 1. ed. -- São Paulo, 2018.

Bibliografia.

ISBN 978-85-906535-0-9

1. Brasil - Política de saúde - 2. Brasil - Políticas públicas - 3. Diabetes - Brasil
4. Direito a saúde - Brasil - 5. Doenças cardiovasculares - Brasil
6. Serviços de saúde - Brasil I. Título.

18-21689

CDD-362.190981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Diabetes e doenças cardiovasculares : Mapeamento político da saúde : Políticas públicas :
Bem-estar social
362.190981

(2018) Todos os direitos reservados a Sociedade Brasileira de Diabetes.

Não é permitida a reprodução total ou parcial desta obra, por quaisquer meios, sem prévia autorização da autora.

**“Nunca duvide que um
pequeno grupo de pessoas
conscientes e engajadas
possa mudar o mundo.
De fato, sempre foi assim
que o mundo mudou.”**

MARGARET MEAD

Agradecimentos

Inicialmente, gostaria de agradecer às pessoas que me dedicaram parte de seu tempo para falar sobre o trabalho com diabetes, doenças cardiovasculares, condições crônicas e/ou políticas de saúde. Em especial, às organizações da sociedade civil – Acedh, ACT Promoção da Saúde, Adheam, ADB, ADJ, Amucc, Anad, Apad, Associação Nossa Casa, Femama, Fenad, Instituto Doce Desafio, Instituto Oncoguia e RNP+ do Estado de São Paulo – por sua contribuição, a partir de experiências pessoais e da atuação no campo da saúde. Certamente as interlocuções enriqueceram as informações aqui reunidas.

Pela iniciativa e pelo diálogo ao longo do trabalho, agradeço à dra. Fernanda Thomé, na ocasião, coordenadora do Departamento de Saúde Pública da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Também agradeço à equipe administrativa da SBD e ao Departamento de *Public Affairs* da Sanofi.

Gostaria de registrar que o texto é de minha inteira responsabilidade, não necessariamente refletindo posições da SBD sobre os aspectos abordados.

Pelas entrevistas, informações e trocas de ideias, agradeço a:

Adalberto Moreira – Presidente da Associação de Diabéticos e Hipertensos do Estado do Amazonas (Adheam)

Adriana Carvalho – Coordenadora jurídica da ACT Promoção da Saúde

Adriana Forti – Médica, fundadora e diretora do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão da Secretaria da Saúde do

Estado do Ceará (CIDH/Sesa) e membro da SBD Regional Ceará

Adriana Murara – Assessora jurídica da vereadora Maria Letícia, Câmara Municipal de Curitiba (CMC)

Alex Alves – Fundador e presidente da Associação de Diabetes de Brasília (ADB)

Álvaro Avezum – Cardiologista e diretor da Divisão de Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), Governo do Estado de São Paulo

Ana Cristina Ravazzani de Almeida Faria – Endocrinologista, presidente da SBD Regional Paraná, professora da Pontifícia Universidade Católica (PUC) e médica auditora para medicamentos de alto custo no Centro de Medicamentos do Paraná, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Cemepar/SGS/Sesa)

Ana Lúcia de Sá Leitão Ramos – Cardiologista e gerente da Célula de Atenção Secundária, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Ana Maria Cavalcanti – Coordenadora da Atenção ao Adulto e ao Idoso da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

André Ribeiro Langowski – Cardiologista da Divisão de Risco Cardiovascular da Secretaria

de Estado da Saúde do Paraná (Sesa) e diretor financeiro da Sociedade Paranaense de Cardiologia (SPC – 2015-2017)

Andreia Cristina Bagatin – Promotora de Justiça (área de saúde pública) e do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública do Ministério Público do Estado do Paraná (CAOP Saúde/MPPR)

Antônio Raimundo Leal Barbosa – Farmacêutico, coordenador geral da Assistência Farmacêutica Básica, Departamento de Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS)

Beliziane da Silva – Assessora legislativa do gabinete da deputada federal Carmen Zanotto, Câmara dos Deputados

Carmen Zanotto – Enfermeira, deputada federal (PPS/SC), Câmara dos Deputados

Carolina Abad – Representante da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama) no Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Cláudia Belém Moura Cabral – Diretora institucional da Associação Nossa Casa de Apoio a Pessoas com Câncer (Nossa Casa) e coordenadora da Rede Mama

Claudio Roberto Vasconcelos Marques – Chefe de gabinete do deputado estadual Carlos Felipe (PCdoB) e secretário da Comissão de Seguridade Social e Saúde, presidida pelo deputado, na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (CSSS/Alec)

Cleonice Gama – Farmacêutica, coordenadora do Programa Farmácia Popular do Brasil e da Assistência Farmacêutica Básica do DAF/SCTIE/MS

Daniel Teles Barbosa – Defensor público federal, defensor público-chefe da Unidade da Defensoria Pública da União no Ceará

Daniele Castelo Branco Pires Rebouças – Vice-presidente da Nossa Casa e coordenadora da Rede Mama

Deborah Laredo Jenzini – Endocrinologista, delegada da SBD em Manaus, professora da Universidade Federal do Amazonas (Ufam)

Eliziane Brandão Leite – Endocrinologista, responsável técnica pela Área de Diabetes da Gerência de Ciclos de Vida, Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária, e coordenadora de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Elton Chaves – Farmacêutico, assessor técnico e coordenador do Núcleo de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Membro da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) pelo Conasems

Emanuella Carneiro de Melo – Enfermeira, articuladora da Célula da Atenção Primária à Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Ewerton Wanderley – Médico, vereador pelo Partido da Pátria Livre (PPL), vice-presidente da Comissão de Saúde e membro titular da Comissão de Justiça da Câmara Municipal de Manaus (CMM)

Fábio Brisotti – Secretário parlamentar do deputado estadual Fernando Cury, Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (Alesp)

Fadlo Fraige Filho – Endocrinologista, professor titular da Faculdade de Medicina do ABC, presidente da Associação Nacional de Atenção ao Diabetes (Anad) e da Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes (Fenad)

Fernanda Pessoa – Deputada estadual (PR/CE), presidente da Frente Parlamentar dos Direitos da Mulher da Alec

Fernando Cury – Deputado estadual (PPS/SP), Alesp

Fernando Machado de Araújo – Médico, diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, MS (DAET/SAS/MS)

Gilberto Natalini – Médico, vereador pelo Partido Verde (PV) na Câmara Municipal de São Paulo (CMSP)

Gustavo André Santos Góis – Assessor técnico do gabinete do senador Ronaldo Caiado (DEM/GO)

Gustavo de Almeida Ribeiro – Defensor público federal de categoria especial. Desde 2007, atua no Supremo Tribunal Federal (STF) lidando com saúde, cível, previdenciária, criminal e demais temas da Defensoria Pública tratados no STF

Helena Rocha – Fundadora e presidente da Associação Cearense dos Diabéticos e Hipertensos (Acedh)

Hermelinda Pedrosa – Endocrinologista, presidente da SBD (2018-2019). Coordenadora do Polo de Pesquisa da Unidade de Endocrinologia do Hospital Regional de Taguatinga (DF) e vice-presidente da *Worldwide Initiative for Education*

Ione Fucs – Advogada, coordenadora do Serviço de Orientação Jurídica da Associação de Diabetes Juvenil (ADJ)

Jane Dullius – Professora e coordenadora do Programa Doce Desafio na Universidade de Brasília (UnB)

Jean Jorge Silva de Souza – Médico endocrinologista, professor da Ufam e da Universidade Nilton Lins, em Manaus

Jose Barbosa Porto (dr. Porto) – Vereador (PRTB), presidente da Comissão de Saúde e Seguridade Social da Câmara Municipal de Fortaleza (CSSS/CMF)

Joselita Nobre – Coordenadora das Redes de Atenção na Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (Susam)

Jurandir Frutuoso – Secretário executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Karla Melo – Endocrinologista, colaboradora da equipe de diabetes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), sócia fundadora da Quasar Telemedicina (Glic – App para diabetes e controle da glicemia) e representante da SBD para os projetos com insulinas análogas

Kássia Veras – Diretora do Departamento de Atenção Primária da Semsa

Leoni Margarida Simm – Presidente da Amucc

Lilian Fernandes – Núcleo de Atendimento ao Cidadão, Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Estado do Paraná (MPF/PRPR)

Luciana Feldman – Assessora de Comunicação e Eventos, gabinete do vereador Gilberto Natalini, CMSP

Marcella Abreu – Gerente interina da Área de Diagnóstico *in vitro* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), registro de produto

Márcia Cecília Huçulak – Secretária municipal de Saúde de Curitiba

Maria Arleane Oliveira Barbosa – Enfermeira, responsável pela Área Técnica de Hipertensão e Diabetes no Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas, da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (Dabe/Susam)

Maria Izabel Martins – Presidente da Associação Paranaense do Diabético (Apad)

Maria José de Oliveira Evangelista – Gerente do Núcleo de Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde do Conass

Maria Letícia Fagundes – Médica, vereadora na CMC

Mônica Andreis – Vice-diretora da ACT Promoção da Saúde

Natasha Alencar – Diretora e associada da Acedh

Paula Johns – Diretora da ACT Promoção da Saúde e representante da organização no CNS

Paulo Giacomini – Jornalista, ativista do Movimento Social de Luta contra a Aids, representante da RNP+ do Estado de São Paulo e secretário de Informação e Comunicação da RNP+ Nacional

Renan Araís Lopes – Assessor de imprensa do gabinete da senadora Ana Amélia Lemos (PP/RS), Senado Federal

Ricardo Nicolau – Deputado estadual (PSD), presidente da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas (Aleam)

Roberto Maria Bezerra – Chefe do Dabe/Susam

Rosângela Réa – Endocrinologia, vice-presidente eleita da SBD, professora e coordenadora da Unidade de Diabéticos do Centro de Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas, e médica do Hospital Pequeno Príncipe

Sandra Solange Leite Campos – Responsável pela Área Técnica de Condições Crônicas da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Silvana Nobre Cabral – Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Amazonas (MPAM)

Sinara Mady Flores – Chefe do Hiperdia, na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Sensa)

Tiago Farina – Advogado, diretor jurídico e coordenador de *advocacy* do Instituto Oncoguia

Túlio César de Lima Lins – Diretor do Instituto Doce Desafio

Vanessa Pirollo – Jornalista, blogueira e consultora de projetos da ADJ

LISTA DE SIGLAS

ABGLT – Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos

Abia – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Acedh – Associação Cearense dos Diabéticos e Hipertensos

ACT – Aliança de Controle do Tabagismo e Promoção da Saúde

ADC – Ação Declaratória de Constitucionalidade

ADCT – Ato de Disposições Constitucionais Transitórias

Adheam – Associação de Diabéticos e Hipertensos do Estado do Amazonas

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ADJ – Associação de Diabetes Juvenil

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

Ajufe – Associação dos Juizes Federais do Brasil

Aleam – Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas

Alec – Assembleia Legislativa do Estado do Ceará

AMB – Associação dos Magistrados Brasileiros

AMB – Associação Médica Brasileira

Ampasa – Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde

Ampcon – Associação Nacional do Ministério Público de Contas

Amucc – Associação Brasileira de Portadores de Câncer

Anad – Associação Nacional de Atenção ao Diabetes

Anadep – Associação Nacional de Defensores Públicos

Anamatra – Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Apac – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

Apad – Associação Paranaense do Diabético

APS – Atenção Primária à Saúde

Ascom – Assessoria de Comunicação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAMSS – Câmara de Saúde Suplementar

CAOP Saúde – Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública

CAS – Comissão de Assuntos Sociais

CCJ – Comissão de Constituição e Justiça

CCJC – Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

CCM – Chronic Care Model [Modelo de Atenção Crônica]

CDH – Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CEP – Comitês de Ética em Pesquisa

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF88 – Constituição Federal de 1988

CFFC – Comissão de Fiscalização Financeira e Controle

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGE – Controladoria-Geral do Estado

CGM – Controladoria-Geral do Município

CGPO – Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CGSES-DF – Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

CGU – Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

Cide – Contribuição para Intervenção no Domínio Econômico

CIDH/Sesa – Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

CIR – Comissão Intergestores Regional

CISS – Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLP – Comissão de Legislação Participativa

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CMC – Câmara Municipal de Curitiba

CMF – Câmara Municipal de Fortaleza

CMM – Câmara Municipal de Manaus

CMO – Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CMSF – Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

CMSP – Câmara Municipal de São Paulo

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação

CNVS – Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

Coap – Contrato Organizativo de Ação Pública

Cofin – Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento

Conares – Conselho Nacional de Representantes Estaduais

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Conep – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

Consocial – 1ª Conferência Nacional sobre Transparência e Controle Social

Consu – Conselho de Saúde Suplementar

Cosaúde – Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde

Cosems – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

CSS – Câmara de Saúde Suplementar

CSS – Contribuição Social para a Saúde

CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família

CSSS – Comissão de Saúde e Seguridade Social

DAB – Departamento de Atenção Básica

Dabe/Susam – Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas

DAET – Departamento de Atenção Especializada e Temática

DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica

DANTPS – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

DAPP/FGV – Diretoria de Análise de Políticas Públicas/Fundação Getúlio Vargas

Datasus – Departamento de Informática do SUS

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DEM – Democratas

Denasus/SNA – Departamento Nacional de Auditoria do SUS/Sistema Nacional de Auditoria

DF – Distrito Federal

DHNet – Direitos Humanos na Internet

Diap – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar

Dipro – Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

DM – Diabetes *Mellitus*

Doges – Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS

DP – Defensoria Pública

DPDC – Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor

DPU – Defensoria Pública da União

DRD – Doença Renal do Diabetes

DRE – Desvinculação de Receitas do Estado

DRM – Desvinculação de Receitas do Município

DRU – Desvinculação de Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

e-SIC – Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão

Faec – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

Femama – Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama

Fenad – Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes

Fenasepe – Federação Nacional dos Servidores e Empregados Públicos Estaduais e do Distrito Federal

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FiscSaúde – Relatórios Sistêmicos de Fiscalização da Saúde

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FP – Farmácia Popular

FPS – Frente Parlamentar da Saúde

FTN – Formulário Terapêutico Nacional

Gais – Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde

Gevit – Gerência de Produtos Diagnósticos de Uso In Vitro

GT – Grupo de Trabalho

GTSC – Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030

HA – Hipertensão Arterial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

IDF – International Diabetes Federation [Federação Internacional de Diabetes]

Idisa – Instituto de Direito Sanitário Aplicado

IDPC – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

IELS – Informe Eletrônico de Legislação em Saúde

IGPM – Índice Geral de Preços do Mercado

INCQS – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

Inesc – Instituto de Estudos Socioeconômicos

Inmetro – Instituto Nacional de Meteorologia, Qualidade e Tecnologia

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IR – Imposto de Renda

IRPF – Imposto de Renda Pessoa Física

IRPJ – Imposto de Renda Pessoa Jurídica

ISO – Organization for Standardization [Organização Internacional para Padronização]

Lacen – Laboratório Central de Saúde Pública

LADA – Latent Autoimmune Diabetes of the Adult [Diabetes Latente Autoimune do Adulto]

LAI – Lei de Acesso à Informação

LC – Lei Complementar

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros

LOA – Lei Orçamentária Anual	PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal	PCNA – Preventive Cardiovascular Nurses Association [Associação de Enfermeiros de Prevenção Cardiovascular]
MAC – Média e Alta Complexidade	PDC – Projeto de Decreto Legislativo
MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas	PDT – Partido Democrático Trabalhista
MP – Ministério Público	PEC – Proposta de Emenda à Constituição
MPAM – Ministério Público do Estado do Amazonas	PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
MPB – Ministério Público Brasileiro	PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil
MPE – Ministério Público do Estado	PIB – Produto Interno Bruto
MPF – Ministério Público Federal	Pidesc – Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
MPM – Ministério Público Militar	PL – Projeto de Lei
MPPR – Ministério Público do Estado do Paraná	PLC – Projeto de Lei iniciado na Câmara
MPSP – Ministério Público do Estado de São Paulo	PLP – Projeto de Lei Complementar
MPT – Ministério Público do Trabalho	PLS – Projeto de Lei iniciado no Senado
MPU – Ministério Público da União	PLWNCD – People Living with Non-Communicable Diseases
MS – Mato Grosso do Sul	PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
MS – Ministério da Saúde	PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
MT – Mato Grosso	PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego	PNCNT – Plano Nacional de Enfrentamento às DCNT
NatJus – Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde	PPA – Plano Plurianual
Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde	PPI – Programação Pactuada e Integrada
NOB – Norma Operacional Básica	PPL – Partido da Pátria Livre
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil	PPS – Partido Popular Socialista
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	PR – Partido da República
ODP – Observatório da Despesa Pública	PRDC – Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	Procon – Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor
OGU – Ouvidoria-Geral da União	PRPR – Procuradoria da República no Estado do Paraná
OMS – Organização Mundial da Saúde	
ONG – Organização Não Governamental	
ONU – Organização das Nações Unidas	
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde	
OSC – Organização da Sociedade Civil	
PAB – Piso da Atenção Básica	
PCdoB – Partido Comunista do Brasil	

PSD – Partido Social Democrático

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PSOL – Partido Socialismo e Liberdade

PT – Partido dos Trabalhadores

PV – Partido Verde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCB – Receita Corrente Bruta

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

Renases – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RICD – Regimento Interno da Câmara dos Deputados

RNP+ – Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids

RPU – Revisão Periódica Universal

RQS – Requerimento

Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

SCN – Sistema de Contas Nacionais

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Semsa – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Senacon – Secretaria Nacional do Consumidor

SES – Secretaria Estadual de Saúde

Siacs – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SIGPlan – Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

Sinesp – Sindicato dos Especialistas de Educação do Ensino Público Municipal de São Paulo

Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Sispacto – Aplicativo do Pacto pela Saúde

Sisreg – Sistema Nacional de Regulação do SUS

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNDC – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

STM – Superior Tribunal Militar

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Susam – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

Susep – Superintendência de Seguros Privados

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

TCE – Tribunal de Contas do Estado

TCM – Tribunal de Contas do Município

TCU – Tribunal de Contas da União

TJ – Tribunal de Justiça

TRE – Tribunal Regional Eleitoral

TRF – Tribunal Regional Federal

TSE – Tribunal Superior Eleitoral

TST – Tribunal Superior do Trabalho

UF – Unidade da Federação

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico

Visa – Centro de Vigilância Sanitária

Sumário

Agradecimentos	6
Lista de siglas.....	10
Introdução	18
1. Sobre hipertensão arterial, diabetes <i>mellitus</i> e doenças cardiovasculares	20
2. Um roteiro para leitura.....	24
3. Na primeira pessoa.....	26
4. <i>Advocacy</i> na prática: incidência política e ações em rede	29
5. Saúde enquanto direito local e global	32
Ratificação de acordos internacionais	33
6. A dinâmica de gestão do SUS.....	39
6.1. Pacto pela Saúde 2006	42
6.2. Redes de Atenção à Saúde	43
Âmbito Nacional	48
Ministério da Saúde	48
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)	
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)	
Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)	
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	63
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)	65
Âmbito Estadual	70
Secretarias Estaduais de Saúde (SES)	70
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)	73
Âmbito Municipal	75
Secretarias Municipais de Saúde (SMS)	75
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)	77
6.3. Instâncias de pactuação entre os gestores do SUS.....	80
Comissão Intergestores Tripartite (CIT).....	80
Comissões Intergestores Bipartites (CIB).....	80
Comissões Intergestores Regionais (CIR)	81
6.4. Controle social no SUS.....	83
Conselhos de Saúde.....	84
Conselho Nacional de Saúde	84
Conselhos Estaduais de Saúde	87

Conselhos Municipais de Saúde	88
Conferências Nacionais de Saúde	89
7. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU).....	94
Transparência e controle social	94
Ouvidorias	95
Lei de Acesso à Informação (LAI)	96
8. O papel do poder Legislativo na saúde	99
8.1. Âmbito Nacional	99
Congresso Nacional	99
Câmara dos Deputados	105
Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)	107
Senado Federal	111
Comissão de Assuntos Sociais (CAS)	111
8.2. Âmbito Estadual	114
Assembleias Legislativas	114
Comissões de saúde	114
8.3. Âmbito Municipal	115
Câmaras Municipais de Vereadores	115
Comissões de saúde	116
8.4. Frentes Parlamentares	118
8.5. Tribunais de Contas (União, Estaduais, Distrito Federal e Municipais).....	121
9. O papel do poder Judiciário na saúde	124
Supremo Tribunal Federal (STF)	129
Conselho Nacional de Justiça (CNJ)	135
10. Procuradoria-Geral da República – Ministério Público	139
Ministério Público Brasileiro (MPB)	139
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC)	141
Ministério Público dos Estados (MPE)	141
MPE do Amazonas	142
MPE do Paraná	144
11. Defensorias Públicas	148
Defensoria Pública da União (DPU)	148
Defensorias Públicas dos Estados (DPE)	151
12. Orçamento e financiamento da saúde	152
Plano Plurianual (PPA)	152
Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	153
Lei Orçamentária Anual (LOA)	153
12.1. Sobre fontes de recursos financeiros	154
Pacto pela Saúde 2006	154
Emendas Constitucionais	157
Contas nacionais em saúde	160

13. Defesa do consumidor	162
Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).....	162
Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (Procon)	163
14. Mecanismos para a incidência política	164
Audiências públicas	164
Consultas públicas	167
Comissões de ética	168
Ação civil pública	169
Observatórios sociais.....	169
Considerações finais.....	175
Sugestões bibliográficas	176
Sugestões de links	179
Referências.....	182
Anexo I – Divulgação e incidência política – Três exemplos.....	194
Anexo II – Modelos de correspondências.....	198

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Fluxo Constitucional.....	104
Gráfico 1 – Estrutura de gestão do SUS.....	41
Gráfico 2 – Dos sistemas fragmentados para as Redes de Atenção à Saúde	44
Gráfico 3 – A estruturação operacional das RAS.....	46
Gráfico 4 – Organograma – Ministério da Saúde – Estrutura Operacional Básica.....	60
Gráfico 5 – Organograma da Anvisa.....	68
Gráfico 6 – Organograma do Conass	74
Gráfico 7 – Siacs por Regiões – 27 nov. 2017	87
Gráfico 8 – Organograma da Câmara dos Deputados.....	108
Gráfico 9 – Organograma do STF	130
Gráfico 10 – Organograma do poder Judiciário.....	132
Gráfico 11 – Infográfico do Ministério Público Brasileiro	140
Gráfico 12 – Mapa estratégico da DPU	150
Quadro 1 – Classificação de demandas às ouvidorias do SUS	96
Quadro 2 – Características, estrutura e competências do poder Judiciário no Brasil.....	125
Quadro 3 – Atuação da DPU no Brasil	149
Quadro 4 – Incidência política e defesa de interesses coletivos	171

Introdução

Este *Mapeamento Político da Saúde no Brasil com foco em Diabetes e Doenças Cardiovasculares* é dirigido a Organizações da Sociedade Civil (OSC) que atuam, principalmente, com diabetes e reúnem pessoas que vivem a experiência da doença. Pretende-se, com ele, facilitar o entendimento sobre as estruturas de poder e ações de *advocacy* junto a instituições envolvidas na elaboração de políticas públicas de saúde.

A publicação foi elaborada para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), com o apoio da Sanofi. Fundada em 1970, a SBD é uma associação civil, sem fins lucrativos, que reúne médicos e profissionais de saúde com interesse em diabetes *mellitus*. É filiada à *International Diabetes Federation* (IDF). Possui em torno de 1.000 associados, atuando no país com 11 regionais e 6 delegados, em diferentes estados brasileiros.

As sociedades médicas possuem um papel essencial diante da complexidade das doenças e de suas repercussões sociais e políticas e podem subsidiar ações das OSC. A SBD está comprometida com o conhecimento científico, os processos educativos, a formação de profissionais, a valorização do cuidado de si por parte dos pacientes e a disseminação de informações. Tem sido vigilante quanto à eficácia na administração de medicamentos e procedimentos compatíveis com o quadro específico da doença. Além disso é uma referência, posicionando-se publicamente nas Diretrizes da SBD, assentadas em evidências científicas.

Esta publicação toma por referência o *Mapeamento Político da Saúde no Brasil: um Recurso para ONGs Atuando em Câncer de Mama*, publicado em 2011, com o apoio da *American Cancer Society*. O *Brazil Breast Cancer Action Program* contribuiu para o fortalecimento institucional da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama), bem como para sua atuação em rede. A ideia da publicação foi fruto do monitoramento de projetos de suas associadas e da realização de seminários anuais sobre *advocacy*. Naquela ocasião, foram poucos os entrevistados, majoritariamente de instituições do poder Executivo e com atuação nacional.

Para a publicação atual, foram realizadas entrevistas em cinco capitais brasileiras, uma por macrorregião – Manaus, Fortaleza, Distrito Federal, São Paulo e Curitiba –, nas quais a SBD possui coordenações regionais ou delegados. Na medida do possível, foram entrevistados representantes da SBD nas capitais, profissionais do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS), dos poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público (MP), das Defensorias Públicas, de associações de pacientes e professores/pesquisadores universitários. Desde já, desculpo-me por não poder mencionar ou detalhar tudo o que foi compartilhado, mas certamente a possibilidade de conversar com pessoas engajadas, em cenários diferentes, contribuiu para as escolhas que fiz na escrita, além de ter sido pessoalmente enriquecedor. Procurei destacar aspectos ou experiências que agregassem

contribuições às ações que visam influenciar os tomadores de decisão.

Uma ampla atualização foi necessária, gerando de fato uma nova publicação. Alguns capítulos foram excluídos, outros são completamente novos, como a apresentação sobre o quadro das doenças, a referência a acordos internacionais, os capítulos em primeira pessoa “Redes de Atenção à Saúde |”, “CGU - ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União |” e o item “Sobre fontes de recursos financeiros”, a ampliação dos capítulos sobre os poderes Legislativo e Judiciário, além do MP e da Defensoria Pública, e a revisão de sugestões bibliográficas e de links.

A ideia é que a publicação seja utilizada como um guia de *advocacy*, pressupondo-se a saúde como um direito humano. A abordagem enfatiza a saúde como um direito referido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inserido na dinâmica federalista do sistema político brasileiro, buscando identificar canais e mecanismos de participação e para a incidência política. Conhecer as estruturas institucionais e seus papéis pode contribuir para a atuação no controle social, o trabalho em rede, as parcerias e alianças, entre outros fatores que auxiliem a atuação das organizações e a garantia de direitos de pacientes usuários dos serviços de saúde.

Provavelmente, alguns leitores se perguntarão se vale a pena falar sobre estruturas institucionais em uma conjuntura marcada por escândalos de corrupção de grande magnitude que, ao mesmo tempo que exigem respostas calçadas em pilares firmes, também revelam fragilidades institucionais, superposições de poderes e ameaças ao Estado democrático de direito. A abordagem aqui apresentada não ignora a conjuntura atual, mas, exatamente por um regime democrático, valoriza as instituições e põe em evidência seus papéis, buscando a coerência em suas competências e a identificação de canais de diálogo com as OSC e a população em geral. Há

a ciência de que a existência de espaços institucionalmente plurais nem sempre garante a efetividade do diálogo e a participação cidadã.

Conhecer não somente as estruturas, mas também as dinâmicas político-institucionais, é um pressuposto à ação. Por isso, não raro, as OSC têm exigido mais transparência e utilizado a Lei de Acesso à Informação. A transparência diz respeito não somente ao que foi decidido, mas principalmente sobre quando haverá discussão, com a possibilidade de participação em tempo hábil para que a sociedade civil contribua na elaboração de políticas mais próximas dos interesses da população, em especial de pessoas que vivem a experiência com uma ou mais doenças.

A partir de dados e informações coletados, observa-se a necessidade de melhoria na qualidade dos dados nacionais. Também há a necessidade de rastreamento dos fatores de risco e das associações entre eles e os quadros de doenças crônicas. Apesar da divulgação e do crescimento da oferta nos últimos anos, informação e acesso à alimentação saudável e à atividade física esbarram em limites que nem sempre estão no campo da saúde. Outros pontos sobre mudanças necessárias foram identificados, como a melhoria ao acesso aos serviços de saúde, público ou privado, ao acesso a medicamentos e a necessidade de minimizar a dificuldade de adesão ao tratamento inicial, devido ao fato de algumas pessoas assintomáticas não entenderem o porquê do uso de medicação como prevenção a doenças futuras previsíveis. Esse é um pressuposto para assegurar que o fator de risco estará sob controle ao longo da vida de quem tem uma doença crônica. Mudar o estilo de vida significa mudar comportamento, o que pode ser uma grande dificuldade, especialmente porque as mudanças não dizem respeito somente a cada indivíduo, mas, também, a sua teia de relações e ao ambiente que influencia e norteia suas decisões. Mudanças de valores culturais, nesse sentido, são pré-requisitos.

1.

Sobre hipertensão arterial, **diabetes mellitus** e doenças cardiovasculares

O crescente processo de urbanização tem gerado mudanças socioculturais, econômicas e políticas que interferem nos hábitos e costumes da população e de grupos de indivíduos. Elas interferem nos indicadores de saúde e têm contribuído para o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), das comorbidades e da morbimortalidade. É o caso do Diabetes *Mellitus* (DM) e das Doenças Cardiovasculares (DCV), que estão entre as quatro DCNT de maior prevalência, no Brasil e no mundo, ao lado de câncer e doenças respiratórias crônicas, que são as de maior impacto mundial. Todas têm em comum quatro fatores de risco: tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável e uso abusivo de álcool, que podem ser preveníveis e/ou modificados. Há também os fatores de risco intermediários: Hipertensão Arterial (HA), dislipidemia (alterações no colesterol), sobrepeso, obesidade e intolerância à glicose.

Além dos principais fatores de risco para as DCNT, deve-se considerar as condições e desigualdades sociais, no Brasil e no mundo, que minimizam as chances e oportunidades das pessoas, especialmente quando apresentam quadros de doenças. Concomitante à preocupação com o acesso aos serviços públicos de saúde, não se pode perder de vista as desigualdades sociais e a permanência de uma população pauperizada. Nesse sentido, as condições de moradia e transporte, a criminalidade e a discriminação são alguns dos aspectos diretamente

relacionados a grupos de indivíduos, devido a sua origem, classe social e fatores específicos à condição social e ao estilo de vida, colocando-os em situações de maior vulnerabilidade.

As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e que apresentam longa duração. Atualmente, são um sério problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT são responsáveis por 75% do total de mortes e mais de 80% dos óbitos de indivíduos com até 70 anos, em países de baixa ou média renda (WHO, 2014).

Especificamente sobre DM, o *IDF Diabetes Atlas 2017* estima que, em nível global, 425 milhões de adultos viviam com DM em 2017, em comparação com 108 milhões em 1980. A prevalência mundial de DM quase dobrou nesse período, passando de 4,7% para 8,7% na população adulta, especialmente nos países de baixa e média renda. Isso corresponde ao aumento de fatores de risco, como excesso de peso ou obesidade. Em 2017, o DM foi responsável por 4 milhões de óbitos no mundo, de indivíduos entre 20 e 79 anos. Quarenta e seis por cento dessas mortes ocorreram em idade inferior a 60 anos. Estima-se que 1.106.500 dos casos de diabetes seja de DM1, acometendo crianças e adolescentes com menos de 20 anos de idade. Nesse contexto, o Brasil ocupa o 3º lugar no panorama mundial em número de crianças e adolescentes com DM1 (88.300), ficando atrás dos Estados Unidos (169.900) e da Índia (128.500) (IDF 2017).

Diabetes

Impactos na população

4 milhões de óbitos no mundo de indivíduos entre 20 e 79 anos

628,6 milhões de casos no mundo entre 20 e 79 anos são estimados até 2045

12,5 milhões de casos no Brasil entre 20 e 79 anos em 2017. Metade não diagnosticada

5º país no mundo com mais casos de DM não diagnosticados -- Brasil tem 5,7 milhões

20,3 milhões de casos no Brasil entre 20 e 79 anos são estimados até 2045

1.106.200 casos de DM1 entre crianças e adolescentes no mundo. Brasil é o 3º país com mais casos diagnosticados

Fatores de risco

- Hábitos alimentares não saudáveis
- Falta de consumo diário de frutas e vegetais
- Sedentarismo
- Obesidade
- Hipertensão arterial
- Tabagismo
- Consumo inadequado de bebidas alcólicas

Fonte: IDF, 2017

Seguindo a tendência mundial, no Brasil, as DCNT estão em evidência, configurando um novo desafio para os gestores de saúde devido a seu forte impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, à maior possibilidade de morte prematura e aos efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral. No final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população brasileira adulta em 7,6% (Malerbi e Franco, 1992). Em 2016, a prevalência de diabetes autorreferido, evidenciada pelo Vigitel Brasil

2016, demonstrou um aumento de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016. Em 2017, a estimativa é que existam 12,5 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com DM no Brasil (IDF, 2017), metade ainda não diagnosticada.

Os panoramas mundial e nacional são mais preocupantes quando são observadas as estimativas mais recentes do Atlas IDF 2017, informando que, em 2045, serão 20,3 milhões de pessoas com diagnóstico de DM no Brasil. Os gastos relacionados à doença poderão chegar a US\$ 22,5 milhões (IDF, 2017). O prognóstico da OMS para a mesma época aponta que o DM será responsável por 130.700 óbitos e estima-se que haja até 30.900 crianças de 0 a 14 anos com DM1 (WHO, 2016).

O fato de existirem casos com demora no diagnóstico e a associação frequente do diabetes com outros fatores de risco cardiovascular, como a hipertensão arterial sistêmica, aumentam a probabilidade do aparecimento de complicações. No DM1, a relação entre HA e desenvolvimento de Doença Renal do Diabetes (DRD), tradicionalmente denominada de nefropatia diabética, é evidente. No caso de pacientes com DM2, cerca de 40% se encontram hipertensos por ocasião do diagnóstico de diabetes (SBD, 2015a) e cerca de 20% a 40% desses evoluem para nefropatia (SBD, 2016).

O DM2 é a forma mais comum de diabetes, alcançando em torno de 90% dos casos. Tem início lento, ficando assintomático por muitos anos. Pessoas que desconhecem seu diagnóstico para DM podem vir a descobri-lo a partir de alguns tipos de complicações crônicas da doença, como doenças cardiovasculares, retinopatia, nefropatia e neuropatia. O DM2, em alguns casos, pode ser prevenido com estilos de vida saudável. Há evidências de que a prática de exercícios físicos, uma dieta saudável e a manutenção de peso adequado, ou perda de 5% a 7% no caso de obesidade, têm benefícios na prevenção e no tratamento do DM entre pessoas com maior risco de desenvolver diabetes, ou seja, aquelas com excesso de peso e pré-diabetes. (Tuomilehto et al., 2001). A

Diabetes em destaque

Trata-se de uma doença crônica que ocorre quando o pâncreas não é capaz de produzir insulina (hormônio que controla o nível de açúcar no sangue), ou quando o corpo não pode fazer bom uso da insulina que produz. Isso gera níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), que podem levar a danos físicos e falha de vários órgãos e tecidos.

DM1 – Requer injeções de insulina para sobrevivência. Em geral, mais presente em crianças e adolescentes, mas também pode ser diagnosticado em adultos.

DM2 – O corpo não pode usar corretamente a insulina que produz. Possui um fator hereditário maior do que no DM1. Há uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. O DM2 atinge a maioria das pessoas com diabetes e ocorre, majoritariamente, entre adultos, mas também já é diagnosticado em crianças.

LADA – Diabetes Latente Autoimune do Adulto. Algumas pessoas são diagnosticadas como DM2, mas, posteriormente, evidencia-se LADA. É o tipo de DM em adultos que, inicialmente, não requer insulina, mas que gera um processo autoimune contra as células-beta do pâncreas, que pode progredir de forma rápida para a dependência de insulina.

DM gestacional é a intolerância a carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, que pode ou não persistir após o parto. Possui prevalência entre 3% e 25% das gestações, dependendo do grupo étnico, da população e do critério diagnóstico utilizado. A incidência está aumentando em paralelo com o aumento do DM2.

Ainda, há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são: a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. São fatores de risco para o desenvolvimento de HA, DM e DCV.

Diabetes de todos os tipos podem levar a complicações em muitas partes do corpo e aumentar o risco de morte prematura. As complicações possíveis incluem: ataque cardíaco, Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência renal, amputação das pernas, perda de visão e danos nos nervos. Na gravidez, diabetes mal controlada aumenta o risco de morte fetal e outras complicações.

O diabetes é um importante problema de saúde pública, uma das quatro DCNT mais prevalentes. Tanto o número de casos de DM quanto sua prevalência têm aumentado constantemente ao longo das últimas décadas.

Fontes: Site SBD e WHO (2016)

atividade física previne o DM2, principalmente nos grupos de maior risco, como o de obesos e o de familiares de pessoas com DM (SBD, 2016). Detecção precoce, diagnóstico e tratamentos de baixo custo podem salvar vidas e prevenir complicações relacionadas ao DM. O diagnóstico correto e o mais breve possível contribui para a qualidade de vida do paciente e minimiza gastos de indivíduos e governos, em decorrência de situações que poderiam ser agravadas em um futuro próximo.

Doenças cardiovasculares

Impactos na população

24% da mortalidade no mundo é causada por DCV

23,3 milhões de mortes por DCV são estimadas até 2030

80 mil mortes por ano no Brasil decorrem de infarto agudo no miocárdio

Fatores de risco

- Colesterol alto (50%)
- Diabetes
- Falta de atividade física
- Falta de consumo diário de frutas e vegetais
- Fatores psicossociais
- Hipertensão arterial
- Obesidade abdominal
- Tabagismo
- Consumo inadequado de bebidas alcoólicas

Fonte: WHO, 2014; Mathers e Loncar, 2006; e Datasus

Segundo a OMS, as desigualdades entre países do norte e do sul demonstram a queda de DCV em países de renda alta, enquanto a mortalidade tende a crescer nos países de rendas baixa e média (WHO, 2014). As respostas sociais e políticas também variam e fazem a diferença. A partir da década de 1980, fala-se em síndrome metabólica para ressaltar a complexidade do problema, ainda que se considere difícil caracterizá-la. Há diferenças étnicas, comportamentais e de critérios médico-científicos que levam a grupos populacionais diversificados. O fato é que a concomitância de fatores de risco cardiovascular, como HA sistêmica, dislipidemia e DM, aumenta a mortalidade, em particular por DCV.

No Brasil, no leque das DCNT, os dados oficiais e o foco das redes de atenção estão dirigidos à HA e sua correlação com DM, devido à prevalência e à importância da HA como fator de risco para DM e DCV. O Vigitel 2016 mostrou que a HA tem uma frequência de 25,7% na população brasileira. Entre outros fatores de risco cardiovascular associados a DM, essa pesquisa alerta que 18% da população está com obesidade e que apenas 1 entre 3 adultos consomem frutas e hortaliças em 5 dias da semana e faz atividade física regularmente (150 minutos por semana).

De acordo com Fuchs (2016:1), em estudo sobre a tendência de prevalência da HA no Brasil: “Em 22 inquéritos populacionais, representativos de cidades brasileiras, identificou-se alta prevalência de hipertensão, variando entre 22% e 44%

em adultos (32% em média) e chegando a mais de 50% em indivíduos com 60 a 69 anos e 75% naqueles com mais de 70 anos”.

Os fatores de risco para DCV, juntos, estão presentes em 90% dos casos de infartos e AVC. Entretanto, dependendo da região do país, um ou mais fatores de risco apresentam maior impacto. A obesidade é um fator de risco importante, por ser favorável a maiores taxas de HA, DM e dislipidemias, que, por sua vez, com o passar dos anos, poderão levar a DCV.

As DCV, inclusive infarto e AVC, são evitáveis com promoção da saúde, educação e controle sobre os fatores de risco. O risco de AVC pode ser reduzido em até 90% com alimentação saudável, atividade física, controle da HA, das taxas de colesterol e glicemia, manutenção do peso e visitas periódicas ao serviço de saúde.

Doenças cardiovasculares em destaque

DCV são eventos cardiovasculares que apresentam taxa de mortalidade elevada – especialmente infarto do miocárdio e AVC, taxa de incapacitação elevada e, cada vez mais, alto custo.

Principais DCV:

- **Infarto agudo do miocárdio** – primeira causa de morte no Brasil, cujos principais fatores de risco são: alteração do colesterol, obesidade abdominal e tabagismo.
- **AVC (derrame)** – segunda causa de morte no Brasil. HA, alteração da alimentação e alteração do colesterol são os fatores de risco mais importantes.
- **Insuficiência cardíaca (dilatação do coração)** – primeira causa de hospitalização no Brasil.
- **Revascularização miocárdica (ponte safena) e implante de stent**, destacam-se como dois tipos de cirurgias para corrigir placas de gordura nas coronárias.
- **Angina instável**, também uma doença coronária.

2.

Um roteiro para leitura

Este Mapeamento Político da Saúde no Brasil não é completo nem definitivo, na medida em que sua vitalidade dependerá de seu uso e de constantes atualizações, devido a:

- Mudanças de conteúdos nos sites ou de formato destes. Sobre isso, não há nada a ser feito a não ser recomençar as buscas.
- Mudanças de links de sites institucionais ou publicações. Neste caso, às vezes o próprio site redireciona o usuário, ou basta fazer uma nova busca.
- Necessidade de referências locais mais precisas. Pode ser que sites de instituições de âmbito nacional, governamentais ou não, ofereçam poucas informações sobre estados e municípios. Nesse caso, pode-se buscar o mesmo nome institucional, alterando a referência à União (ou federal) por estadual e/ou municipal. Entretanto, vale a pena vasculhar melhor o site em questão, pois pode haver links internos que apontem para novas direções, ainda que seja nas sugestões de links.
- Note-se que sites institucionais oferecem o que a instituição prioriza, ou o que quer apresentar de maneira pública, não necessariamente o que a OSC está buscando. Do mesmo modo, dados e informações disponíveis podem estar defasados ou apresentados de forma ininteligível. Por isso, deve-se considerar a triangulação de fontes, ou seja, buscar outros recursos que complementem sua busca.

Se durante a consulta aos sites sugeridos forem encontrados termos desconhecidos ou de difícil compreensão, não se deixe inibir, e **atenção**: vários sites disponibilizam um glossário. Procure o link. Se não houver, usar o dicionário pode vir a ser um bom hábito. Se o termo for muito especializado e dificultar o entendimento do contexto, por que não, colocá-lo em debate em uma reunião interna? Pode-se convidar um profissional da área em questão para uma conversa informal. Não uma aula, ou uma apresentação, mas um bate-papo que permita a “tradução” daquilo que não está muito claro.

Apesar da opção por fontes de referências sobre os temas abordados que estejam disponíveis on-line, alguns títulos e/ou autores que constituem leitura obrigatória também foram sugeridos, alguns off-line. Há, ainda, várias normativas e leis intrínsecas aos debates cotidianos sobre as políticas de saúde. O intuito é tornar o conhecimento acessível e garantir que as pessoas se sintam à vontade no diálogo com possíveis aliados políticos.

No campo da saúde pública, há anos pesquisadores, gestores e profissionais de saúde estabelecem um diálogo estreito, às vezes sendo difícil caracterizar uma contribuição somente como “teórica” ou “prática”.

O objetivo aqui é que as organizações se apropriem de conhecimentos que lhes ajudem a construir relações mais éticas e solidárias em seu próprio cotidiano. Que esses conhecimentos possam subsidiar o tema de que estão tratando e seu papel institucional, no momento de articula-

ções diretas com o poder público, outras OSC, empresas, universidades e sociedades médicas. É fundamental que esteja claro o que se pretende de um interlocutor específico para facilitar a preparação prévia à interação face a face.

É preciso estar empoderado(a) para estabelecer diálogos mais produtivos e com bons resultados, para isso o conhecimento é essencial: o conhecimento proveniente das experiências vividas reunido ao conhecimento especializado. Nesse sentido, o diálogo com psicólogos, médicos, advogados, assistentes sociais, etc. é fundamental, mas o conhecimento deles, no espaço não governamental, deve ser útil à incidência política.

Este mapeamento foi elaborado para auxiliar as organizações que atuam com DM e/ou DCV na compreensão do SUS e em suas interfaces com outros setores. A prioridade é a estrutura do sistema e os interesses coletivos, e não a defesa de interesses individuais, como os dos pacientes. Evidentemente, os dois aspectos estão relacionados, mas, trabalhando-se sob a perspectiva da incidência política, o foco são as estruturas de poder e os tomadores de decisão, que, a partir de suas escolhas técnicas, políticas e ideológicas, interferem nas condições de saúde de grupos de indivíduos e da população em geral.

Espera-se que esta publicação seja utilizada como um guia e como fonte de consulta. Como um guia de *advocacy* ao abordar a saúde como um direito referido pelo SUS. O intuito é conhecer a estrutura e a dinâmica das instituições, mas, também, ajudar a identificar quem decide sobre o quê e em qual esfera. Em outras palavras, quem são os tomadores de decisão (comitês assessores, gestores, diretores, administradores, políticos, etc.).

Também é importante localizar fontes oficiais e fidedignas para identificar o que é decidido e como, por exemplo, na elaboração de

políticas, leis, prioridades nacionais, serviços, orçamentos etc. Do mesmo modo, saber como e onde é decidido, poderá auxiliar na identificação de canais de participação social e acesso dos cidadãos a informações e processos políticos, da importância da consulta, transparência e responsabilidade dos tomadores de decisão. É fundamental reconhecer a existência de interesses (valores) diferentes, pois geram entendimentos e prioridades distintos (água e esgoto, inclusão, caridade, dengue, etc.). No entanto, não basta que os canais e processos sejam identificados, a definição do problema e sua análise é que levarão à eficácia no uso dos canais existentes e à presença da organização nos processos em andamento. Incentiva-se um diagnóstico situacional, fazendo o reconhecimento local, ou seja, que se aproprie da dinâmica nos estados e municípios para atuar melhor nas estruturas e, na medida do possível, estabelecer alianças e parcerias com os atores locais. Além disso, identificar os caminhos pertinentes à atuação local, sem perder de vista os debates mais amplos, inclusive globais, que certamente repercutem na vida cotidiana.

3.

Na primeira pessoa

Nada sobre nós, sem nós

Pode parecer óbvio, mas falar na primeira pessoa implica em uma exposição pública e não significa somente falar sobre si. O que isso tem a ver com ações de *advocacy*, em especial, em saúde?

Em se tratando do campo da saúde, é bom lembrar que ninguém escolhe adoecer, nem a doença que terá e quanto custará o tratamento. O adoecimento é um fato em si e que, cada vez mais, tem dado visibilidade a pacientes. Entretanto, a visibilidade pode se tornar ambígua, se sujeito ou objeto. O sujeito se reconhece experienciando uma doença e se questiona sobre sua nova condição social. No lugar de objeto, tende a ser visto como vítima e a internalizar esse papel, mesmo quando é levado a entender que estão fazendo o melhor para poupá-lo, o que pode ocorrer nas relações com profissionais, na família e no convívio social. Em vez de ajudar, a prática muitas vezes reifica um assistencialismo que coloca o outro como dependente, sem autonomia e expressão, alvo fácil da morte civil (Daniel, 1989). A experiência com a doença é pessoal e intransferível. Reconhecê-la não é tarefa fácil, mas é a possibilidade de mudar de lugar e seguir adiante. Se o foco é o *advocacy*, trata-se de evidenciar o indivíduo como sujeito de sua história e os grupos de indivíduos como sujeitos coletivos.

Do mesmo modo que ser sujeito não é fácil, também não o é deixar de se assujeitar e de reproduzir a lógica da dominação sobre o mais frágil, o diferente, o que está excluído. Não se pode esquecer de que a doença pode ser um motivo de exclusão e que todas as pessoas, em

momentos da vida, mudam de posição no cenário social. Nesse sentido, ser sujeito exige um aprendizado constante. Para quem faz *advocacy*, está associado à coerência na atuação pública. Toda pessoa é fruto do acúmulo de relações com outras pessoas, não somente as que se consideram “do bem”.

Pare e reflita

- Por que você quer compartilhar sua história?
- Que contribuições suas experiências pessoais trarão para um público mais amplo?
- Você acha importante contar sua história para um grupo de pessoas ou na mídia? Por quê? Haveria algum risco?
- Sua história está relacionada a algum debate mais amplo?
- Como sua história pode ser relevante para públicos diferentes – OSC, grupos comunitários, sindicatos, tomadores de decisão, etc.?

Há algum tempo, sociólogos têm debatido sobre mudanças trazidas pela modernidade, e talvez a principal delas seja o processo de individualização, que não se confunde com individualização, ou seja, não se trata de uma prática egocêntrica, ou mesmo egoísta. A individualização sinaliza a presença do eu singular na esfera pública. Nas interações sociais, os indivíduos não deixam de

se ver como únicos. Então, há possibilidades de ações conjuntas? Sim, pois individual e social se diferenciam, mas não se opõem. Há uma certa plenitude para o indivíduo que se percebe integrado às relações que estabelece. Sendo assim, engajar-se sempre tem um sentido, especialmente em uma sociedade de indivíduos que reconhecem suas relações de interdependência.

Esse indivíduo mais autônomo diante de seu grupo social, está preocupado em se fazer ouvir, a falar com sua própria voz. Torna-se mais reflexivo e menos submisso a relações de poder com autoridades ou especialistas. A presença de jovens e de mulheres na cena pública é indicativa de uma mudança nos modos de engajamento político. Inclusive, percebe-se uma passagem do movimento de jovens aos jovens em movimento. Ressalte-se, entretanto, que o engajamento pessoal pode levar o indivíduo a cair na tentação do testemunho, quando a exposição de si já não basta. (Ion apud Silva, 1998). Para as OSC, poder contar com alguém que fale na primeira pessoa é importante, mas é preciso considerar que a experiência pessoal é um pretexto para a incidência política. Não significa a exaltação de uma verdade e, conseqüentemente, a exclusão de outras narrativas. Aliás, poder falar com e ouvir pessoas que não estão passando pela experiência da doença é uma oportunidade para gerar laços de solidariedade. Laços que indicam que o amigo, a irmã ou o médico estão abertos e estabelecendo um vínculo, que estão tentando se colocar no lugar do outro, sabendo que nunca estarão lá.

O empoderamento está diretamente ligado ao cuidado de si, e isso é favorável para a nova condição trazida por uma doença, seja ela qual for. Também, está ligado ao ativismo, já que a atuação no espaço público precisa ir além do testemunho e pressupõe o engajamento em mobilizações e ações de *advocacy*. Na vida em sociedade, tudo é político. O indivíduo é sempre o cidadão e revela que o contexto pode oferecer outras formas de

politização se se aceita levar em consideração as singularidades de cada um. Por sua vez, as interações parecem distantes do fosso existente entre sociedade civil e sociedade política. Por exemplo: mulheres, jovens adultos e minorias em geral se veem sub-representados na democracia representativa e põem em questão a necessidade de se rever a ideia de que podemos viver juntos.

Empoderamento

substantivo masculino

1 ato, processo ou efeito de dar poder ou mais poder a alguém ou a um grupo, ou de alguém ou um grupo tomá-lo, obtê-lo ou reforçá-lo

1.1 conquista pessoal da liberdade pelos que vivem em posição de dependência econômica ou física ou de outra natureza
«tem servido ao enriquecimento, e. e à própria vida das populações»

1.2 tomada de consciência dos direitos sociais desenvolvida pelos indivíduos ao poderem participar dos espaços de decisão

Fonte: Dicionário Houaiss – <bit.ly/2HWZDBi>

Cada vez mais, grupos de pacientes demonstram a vontade de falar por si, sob uma nova perspectiva na relação com os tomadores de decisão, o que pode ser frutífero, tanto para o indivíduo como para mudanças institucionais e sociais. É imprescindível que haja um espaço propício, e os tomadores de decisão têm um papel central nessa dinâmica. Os pacientes usuários podem identificar lacunas que não são percebidas a partir de outra posição social.

A motivação do paciente usuário responde a uma lógica de eficácia, procurando melhorar a qualidade do sistema de saúde e, especialmente, do cuidado (Khalifa, 2016). Tenta-se identificar necessidades e abordá-las de forma inovadora. Se sua expertise é considerada válida, quem sabe os pacientes possam contribuir com as prá-

ticas institucionais? No entanto, mais uma vez, é necessário um terreno propício às mudanças. Além de pressões externas e metas compartilhadas, é fundamental fazer valer uma cultura de referências colegiadas, interdisciplinares e inter-setoriais para, efetivamente, mudar as práticas estabelecidas.

A necessidade de inovar e valorizar sua expertise precisa ser trabalhada e requer estudo, posto que as ações de *advocacy* devem estar baseadas em evidências, não somente médicas. Falar em público, por exemplo, não é simples para todos. Implica em um aprendizado, podendo vir a ser um ato de superação individual. No entanto, quando a apresentação pública decorre de um diagnóstico de doença, falar em público pode significar se desnudar diante de amigos e familiares, ou mesmo para uma audiência mais ampla. Ocorre que nem sempre se tem clareza de que a repercussão pública também o será, e lhe exigirá ir além de sua experiência sem se desconectar dela. Eis o engajamento distanciado (Ion *apud* Silva, 1998).

4.

Advocacy na prática: incidência política e ações em rede¹

A *advocacy* pode ter significados diferentes, mas que sempre remetem a como a política e o poder operam, e a como incidir para mudar algo. Em linhas gerais, pode-se afirmar que há uma associação entre a defesa de interesses por parte de um determinado grupo social e sua capacidade de incidir sobre as políticas públicas, no caso, para DM e DCV. De tentar influenciar aqueles que têm algum poder de decisão sobre os temas em questão, visando a soluções para os problemas identificados

Advocacy = Ações estratégicas com o objetivo de influenciar a tomada de decisão sobre as políticas públicas para HA, DM e DCV.

As ações de *advocacy* refletem a capacidade de um grupo social gerar mudanças e criar alianças com outras pessoas e organizações para gerar mudanças no quadro atual da situação na qual se pretende intervir. É tentar influenciar pessoas, percepções, políticas, decisões e/ou a opinião pública sobre um tema específico ou sobre o cenário político. Por fim, efetivar ações de *advocacy* implica em criar atividades específicas no curto prazo, mas com uma visão de longo prazo.

Pontos-chave para ações de *advocacy* bem-sucedidas

- Criar um plano de *advocacy* e segui-lo
- Escolher táticas de atuação, incluindo a criação de alianças, parcerias e coalizões
- Conhecer bem seu público-alvo (Quem são os tomadores de decisão? Como eles decidem?)
- Comunicar de forma eficaz (desenvolver e divulgar mensagens estrategicamente e identificar os porta-vozes da organização)
- Utilizar os meios de comunicação de forma eficaz (desenvolver e implementar uma estratégia de mídia: *releases*, cartas ao editor, entrevistas, eventos, artigos, anúncios, etc.)
- Utilizar dados estrategicamente para embasar sua mensagem e sua posição
- Utilizar a mídia para informar e mobilizar a opinião pública
- Trabalhar de forma colaborativa, por exemplo, organizando grupos de trabalho
- Envolver especialistas nas questões escolhidas para a incidência política
- Construir as ações de *advocacy* baseadas em evidências. Manter referências de fontes de dados atualizadas, lições aprendidas, histórias de vida e casos exemplares

¹ Este capítulo está baseado em arquivos pessoais e em: PCNA, s/d; e VeneKlasen e Miller, 2007.

- Envolver *stakeholders* no processo de *advocacy*
- Destacar exemplos de campanhas exitosas para políticas similares

Como fazer *advocacy*? Por onde começar?
Antes de mais nada, é preciso identificar:

- Quem decide: legisladores, chefes de Estado, assessores, juízes, ministros, conselheiros, diretores, gestores, pesquisadores, etc.
- O que é decidido: leis, políticas, prioridades, regulações, serviços, programas, orçamentos, declarações, programas partidários, compromissos, etc.
- Como as decisões são tomadas: acessibilidade do cidadão à informação e ao processo de tomada de decisão, desdobramentos a partir da consulta e opinião dos cidadãos, responsabilização e capacidade de resposta dos tomadores de decisão aos cidadãos e outras partes interessadas, etc.
- Como são aplicadas, implementadas e avaliadas: atribuindo as responsabilidades a indivíduos e instituições para que as decisões sejam postas em prática; monitorando normas e leis para que vigorem na vida cotidiana; registrando o monitoramento de processos, etc.

Um ensaio para começar: imagine que você terá uma reunião com uma autoridade e precisará otimizar o tempo. Seria interessante planejar a agenda da reunião elaborando o que fazer, como se apresentar, o que perguntar. Veja algumas sugestões:

- Diga quem é você e que é membro da organização “x”
- Informe por que solicitou a reunião e o que espera discutir
- Pergunte qual a posição de seu(sua) interlocutor(a) (parlamentar, candidato(a), gestor...) diante da situação do DM, da DCV

ou das DCNT, de modo geral

- Deixe-o(-a) saber que ele(a) tem o poder de salvar vidas. Peça-lhe para falar a respeito
- Compartilhe sua experiência e o porquê do apoio dele ser importante para você e sua organização
- Ofereça-se como uma fonte sobre o tema
- Pergunte como ele(a) poderia apoiar a questão do DM, da DCV e/ou das DCNT
- Se a reunião for produtiva, peça-lhe para tirar uma foto que possa ser divulgada nas redes sociais e em materiais da organização

Entretanto, antes de tentar agendar uma reunião com qualquer autoridade, não se esqueça de também estar preparado para responder a questões. Logo, será preciso atualizar dados e estar a par de notícias recentes, políticas e médicas, que possam ser úteis. Seria interessante preparar uma página com dados e informações relacionados a sua demanda, para ser entregue com um folheto institucional. Quais seriam as vantagens de se fazer *advocacy*?

- Aumentar a conscientização sobre HA, DM e DCV como questões sociais e políticas
- Fortalecer o perfil de sua organização e a dinâmica do trabalho em rede

Rede = Articulação entre diversos indivíduos ou grupos (os nós da rede) que se fortalecem reciprocamente. Os elos estabelecidos podem gerar o surgimento de novos “nós” que, por sua vez, contribuem para o fortalecimento da rede ao mesmo tempo que são fortalecidos por ela, gerando, sucessivamente, novos elos. Trata-se de um conjunto de pontos interligados de forma horizontal, ou seja, de forma não hierárquica, que trabalham orientados por um projeto comum.

Esse mapeamento está diretamente ligado à noção de rede, tanto por tentar fortalecer as teias de relações que reúnem as organizações que trabalham com DM e DCV como pelo campo da saúde entrelaçar inúmeras redes.

No caso de HA, DM e DCV, além de alianças com organizações e redes que atuam no mesmo campo, como a DCNT, seria interessante fortalecer ou iniciar alianças, por exemplo, com fóruns de patologias, organizações que atuem pela alimentação saudável e/ou para o incentivo de atividades físicas e com movimentos sociais diversos – mulheres, crianças e adolescentes, portadores de câncer, pessoas vivendo com HIV/Aids, entre outros que sejam pertinentes à missão da organização e a seu propósito nas ações de *advocacy*.

O Fórum de Patologias pode ser um espaço interessante para o fortalecimento da pressão política e quando se trata de ocupar lugares de representação política, como é o caso dos conselhos de saúde, especialmente no âmbito nacional. Como o número de interessados é sempre maior do que as vagas disponíveis para conselheiros, as alianças são necessárias para uma candidatura ou espaço na pauta de uma reunião.

O sucesso do *advocacy* é medido por mudanças. Na elaboração de um plano de *advocacy*, pode-se construir alguns indicadores que considerem, por exemplo: a participação de cidadãos engajados e organizados; a agenda política e o nível da prestação de contas públicas; a participação de vozes e interesses dos pacientes e OSC nos processos de tomada de decisão; valores, consciência e comportamentos que caracterizam os papéis e as responsabilidades sociais.

Mantenha-se atualizado(a)

- Acompanhe dados estatísticos, epidemiológicos, indicadores, etc. pertinentes a seu plano de *advocacy*.
- Faça buscas nas redes sociais e em sites institucionais (ministérios, parlamentos, sistema de justiça, etc.).
- Seguir os parlamentares aliados à causa é uma maneira de manter-se atualizado quanto ao avanço, ou não, de um projeto de lei em tramitação, ou à divulgação de eventos. Vários têm perfil no Twitter e no Facebook.
- Utilize a imprensa como uma fonte de informação, mas cheque as informações em veículos e/ou fontes diferentes para garantir a veracidade da notícia.
- Na Internet há recursos consistentes – blogs, revistas, boletins, etc. Cheque a procedência (logo institucional, quem assina a matéria, etc.) e priorize os que se baseiam em fontes fidedignas: órgãos públicos (secretarias de saúde, defensoria pública, etc.); pesquisas acadêmicas (núcleos de pesquisa ou departamentos de universidades reconhecidas); organizações que atuam com temas correlatos aos seus (ACT Promoção da Saúde, Instituto de Defesa do Consumidor, etc.).
- Ao final desta publicação, há sugestões de links disponíveis.

5.

Saúde enquanto direito local e global

No âmbito dos direitos de cidadania, historicamente a saúde é considerada como um direito social. A princípio, os direitos sociais surgiram visando minimizar as desigualdades sociais. A Constituição Federal de 1988 (CF88) representa uma conquista para os direitos individuais e coletivos, civis e sociais.

Até a CF88, a saúde pública estava associada a interesses econômicos de grupos hegemônicos e a assistência médica era privada ou provinha de serviços de hospitais filantrópicos. Os serviços públicos e privados seguiam em paralelo. Outro aspecto importante era a centralização política, administrativa e institucional do governo federal. O modelo centralizado limitava o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Era inadequado e excludente em relação a uma grande parte da população quanto à assistência médica e à saúde pública da época. Seu ápice foi entre os anos 1960 e 70, durante o regime militar, quando existiam relações ativas entre setores do Estado e o capital privado no setor saúde.

Em meados dos anos 1970, esse modelo começou a mostrar limitações devido ao alto custo da previdência social, por fraudes e corrupção, além da referência da assistência médica, que estava baseada em especializações e na incorporação de tecnologias como prioridades. Por sua vez, o modelo assistencial era considerado ineficiente e incapaz de responder às novas mudanças e necessidades de saúde da população, especialmente aquelas caracterizadas pelo processo de urbanização e marginalização de um grande número de pessoas sem acesso aos serviços de saúde.

Dois grupos apareceram como alternativas à crise no setor da saúde. Primeiro, o Movimento de Reforma da Saúde Pública Brasileira, organizado por diferentes setores relacionados com o campo da saúde, como: escolas médicas; associações profissionais; autoridades em saúde dos municípios; e a OSC. O outro grupo, organizado por órgãos do governo federal, priorizava a seguridade social objetivando integrar a saúde pública à assistência médica e hospitalar descentralizada.

Ainda que o SUS tenha sido institucionalizado com a CF88, está baseado em uma concepção política de direitos sociais avançada, conquistada e construída ao longo de mais de 40 anos de história da saúde pública no Brasil, com base na atuação do Movimento da Reforma Sanitária. A força desse movimento ficou marcada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que teve por objetivo debater mudanças na estrutura e na política de saúde do país. Dessa Conferência resultou o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que influenciou a criação do SUS. Desde então, toda a população, independente de vínculo empregatício, tem direito a serviços públicos de saúde.

“Pouco depois de a Constituição proclamar a saúde como um direito de todos, levando o sistema público de saúde a incorporar um terço da população desassistida, o governo

federal reduziu à metade os gastos com a saúde. Faltaram investimentos na rede pública de serviços de saúde, em recursos humanos, em ciência e tecnologia, além de verbas para o custeio e manutenção dos serviços existentes” (Paim, 2015:43).

O SUS é público e prevê acesso gratuito e universal à população. Por sua vez, há também o setor privado, no qual predominam os planos e seguros de saúde. Sabe-se que ainda são encontradas várias lacunas que dificultam o acesso ao direito à saúde. Cerca de 80% da população brasileira depende exclusivamente do SUS. A dimensão territorial e os níveis de desigualdades sociais geram desníveis entre os serviços de saúde, nas cinco regiões brasileiras e entre elas, devido a dificuldades de acesso geográfico e/ou econômico. Estruturas deficientes, falta de capacitação de profissionais, demora na realização de consultas e exames, além da concentração de médicos do serviço público na região Sudeste, são alguns dos fatores conhecidos.

No que se refere à legislação, há estudos que demonstram avanços no direito à saúde, mas também mudanças de eixos e prioridades, especialmente a partir dos anos 1990 (Baptista, Machado e Lima, 2009). Entre 1995 e 2002 (governo Fernando Henrique Cardoso), essas mudanças dialogam com a definição de políticas do Ministério da Saúde (MS), que enfatizou a regulação a partir da lógica do consumidor e, ao mesmo tempo, precisou lidar com os limites políticos quanto a recursos humanos no SUS e aos insumos relevantes para a saúde. Também foi nesse período que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi criada, em 1999. A análise dos referidos autores demonstra uma forte presença do poder Executivo no âmbito Legislativo.

A partir de 2003 (governo Lula), segue a marca da agenda do Executivo no Legislativo. A ênfase são as políticas de longo prazo e a redução das desigualdades. Podem ser observadas mudanças como: a introdução de uma política de recursos humanos no SUS; o início de uma polí-

tica de produção de insumos; e maior integração com outras políticas públicas. Por sua vez, persistem fragilidades, como é o caso do padrão de financiamento para a saúde.

Olhando o passado com os olhos do presente, pode-se afirmar que qualquer semelhança com o cenário atual, não é mera coincidência. Há velhas práticas revisitadas, interesses escusos que não são condizentes com um regime democrático, além de ações diretas de desmonte, em vários setores. Não se pode perder de vista que o campo de forças se move sob outros patamares, bem mais complexos. A favor do SUS, pode-se afirmar que vários de seus alicerces foram sedimentados e que as tentativas de sucateamento dele refletem o descompromisso com o bem público e o desprezo pelo povo brasileiro. No entanto, também como no passado, há resistências de grupos de estudantes, trabalhadores, profissionais do SUS, mulheres, associações acadêmicas... A história se refaz, com novos agentes e sujeitos.

Ratificação de acordos internacionais

Das representações e missões diplomáticas, caracterizadas por relações bilaterais, à política externa com o primeiro Ministério de Relações Exteriores, na França de 162 (primeiras tentativas de colonização francesa), há um longo percurso até a chamada globalização. Somente a partir dos séculos XIX e XX, a diplomacia internacional passou a manter relações multilaterais. Novas possibilidades começaram a surgir com as conferências mundiais temáticas, com a participação de representantes dos países ou de organizações internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU).

Os processos de industrialização e urbanização introduziram mudanças de costumes, direitos, políticas e mobilidade social, cada vez mais complexas. Nas reuniões multilaterais, os representantes dos países passam a se comprometer,

também, com as políticas globais. Gradativamente, começam a apontar problemáticas que vêm a configurar uma agenda global, como: relações econômicas, meio ambiente, direitos humanos, segurança e saúde, entre outras, o que exige uma maior interação entre as políticas doméstica e a internacional. Local e global passam a ser intercambiáveis e a saúde, um dos temas de debates globais mais controversos, devido a questões como propriedade intelectual, acesso a medicamentos, direitos dos pacientes, acesso universal à saúde, etc. O foco sobre a relação saúde-doença e os riscos trazidos pela modernidade são evidentes, bem como o debate crescente sobre produtos para a saúde, novas tecnologias e recursos, na maioria das vezes, inacessíveis para muitos.

A proliferação de atores sociais no cenário global, especialmente os bancos multilaterais de desenvolvimento, também contribuiu para a dinâmica global. A partir da década de 1990, o número de Organizações Não Governamentais (ONG) aumentou expressivamente, e estas passaram a desempenhar um papel transnacional nas conferências internacionais temáticas, nas assembleias da ONU e no fortalecimento de alianças não governamentais e sem fins lucrativos. As conferências temáticas da ONU – meio ambiente, saúde e direitos reprodutivos, direitos humanos, etc. – contribuem significativamente para essa dinâmica.

Quando um país é signatário da ONU, assume um compromisso global de honrar os acordos assinados pelos Estados membros em território nacional. Nesse caso, os acordos internacionais não têm poder de lei nos países, mas não deixam de ter um caráter jurídico: por um mundo em paz e sem violação de direitos. No contexto do mundo globalizado, cada vez mais, os acordos em prol da paz mundial, para remeter às origens da ONU no pós-guerra, passam a atender a exigências do capitalismo globalizado -- não sem contrapontos, em geral levantados por ONGs ou redes internacionais.

Os Estados membros se reúnem periodicamente, assessorados por missões de seus países que trabalham junto aos programas da ONU, em Nova York e Genebra, respondendo e renovando os acordos. O cumprimento ou não dos tratados e metas políticas importa em território nacional, porque devem atender a necessidades levadas pelos países, que balizaram um arcabouço comum, podendo estar além ou aquém de suas possibilidades de respostas. As práticas de seus governantes podem vir a ser coerentes ou não com os tratados assinados. O monitoramento por parte da sociedade civil permitirá que se identifique violações de acordos internacionais, os quais exigem coerência entre as posições governamentais dentro e fora do país.

A sociedade civil pode desempenhar vários papéis nesse cenário. Dependendo da conjuntura política e dos espaços democráticos no país, representantes de OSC podem vir a integrar delegações oficiais nas assembleias da ONU, ou participar articulando seu segmento e/ou com organizações afins, desde que estejam aptos a debater política global a respeito do tema em questão.

“A saúde é um direito humano fundamental e indispensável para o exercício de outros direitos humanos. Todos os seres humanos têm direito a gozar do melhor estado de saúde possível que lhe permita viver de forma digna. A realização do direito à saúde pode ser alcançada através de numerosas abordagens complementares, como a formulação de políticas em matéria de saúde, a implementação de programas de saúde desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou a adoção de instrumentos legais concretos. Além do mais, o direito à saúde abarca determinadas componentes aplicáveis ao abrigo da lei. [...]”

O direito à saúde está intimamente ligado à realização de outros direitos humanos e

dependente desses mesmos direitos, que se enunciam na Carta Internacional dos Direitos Humanos, em particular o direito à alimentação, ao alojamento, ao trabalho, à educação, à dignidade humana, à vida, à não discriminação, à igualdade, à proibição da tortura, à privacidade, ao acesso à informação e às liberdades de associação, reunião e movimento.” (Pidesc, 1966 in Comparato, 2003).

Tomando os debates sobre direitos humanos como exemplo, cabe lembrar que a CF88 inovou quanto ao Direito Internacional dos Direitos Humanos ao declarar que as relações exteriores são guiadas pelo princípio da “prevalência dos direitos humanos” (Art. 4, inciso II). A partir de meados dos anos 1990, o governo brasileiro passou a incorporar uma série de normas internacionais de direitos humanos ao sistema jurídico-normativo nacional.

No cenário global, a cada quatro anos os Estados membros da ONU devem prestar contas sobre os compromissos e as metas acordadas. Os representantes oficiais passam por uma sabatina para demonstrar os avanços no país, como acontece no Conselho de Direitos Humanos da ONU², em Genebra, durante a Revisão Periódica Universal (RPU). O país deve enviar um relatório previamente, demonstrando avanços e problemas, em sintonia com as normas internacionais. As OSC são convidadas a rebater o relatório oficial e a ONU faz seu próprio relatório. Os três documentos são compartilhados com os representantes dos Estados membros e subsidiam as recomendações para o país, no dia da revisão. O governo sabatinado pode aceitar ou recusar as recomendações. A Conectas Direitos Humanos, uma ONG brasileira, considera o processo importante porque, ao aceitar as recomen-

dações, o país assume um compromisso político internacional de melhorar a situação de direitos humanos e será cobrado no futuro. A ONG atua no Comitê Brasileiro de Direitos Humanos e Política Externa, que registra todo o processo e potencializa as ações conjuntas entre várias organizações.

“Em 2000, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas desenvolveu uma estrutura geral capaz de desmembrar o direito à saúde em direitos negativos ou liberdades e direitos de natureza positiva; tratamento e fatores determinantes da saúde; não discriminação; participação; monitoramento e responsabilização; e assim por diante” (Hunt e Khosla, 2008).

Além da afirmação da saúde como um direito humano, também é imprescindível observar o que os eventos e documentos internacionais trazem de novo e como os debates crescem por acúmulo, apresentando uma história de mobilização em torno do tema. No caso, uma mobilização internacional que interessa às ações voltadas a HA, DM e DCV. Sejam destacadas, por exemplo, três referências das Nações Unidas:

- 2003. Convenção-Quadro de Controle do Tabagismo, da OMS
- 2011. Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas para DCNT
- 2015. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

A Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabagismo (CQCT/OMS) é o primeiro

² O papel do Conselho de Direitos Humanos é assessorar a Assembleia Geral da ONU, especialmente quando os direitos humanos são violados. Por sua vez, compete a essa Assembleia fazer recomendações ao Conselho de Segurança, cujo objetivo é zelar pela paz e pela segurança internacional.

tratado de saúde pública da organização. A despeito do lobby da indústria do tabaco, desde o início, há manifestações apontando os riscos à saúde em decorrência do tabagismo e a necessidade de os países se posicionarem a respeito com ações concretas. Há o envolvimento de um leque de parceiros, que cresceu ao longo dos anos, além do diálogo frutífero entre governo e sociedade civil e um monitoramento constante, dentro e fora do país. No Brasil, a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) e Promoção da Saúde é uma liderança reconhecida e com expressão internacional.

O Brasil aparece nos exemplos internacionais de sucesso, no controle do tabaco – proibição de fumar em locais fechados, proibição de propagandas com patrocínio da indústria tabagista, debates sobre o controle de embalagens e o uso de aditivos nos cigarros, entre outros – e devido à extensão da rede de atenção básica. Apesar de os críticos apontarem os limites da atenção básica, mostrando que a rede é mais ou menos desenvolvida em alguns estados, de modo geral, o trabalho é reconhecido e está em expansão.

Outro marco foi a Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas para DCNT. Trata-se de um momento de avaliação internacional sobre o impacto das DCNT no mundo e a necessidade de traçar estratégias para seu enfrentamento. Como mencionado anteriormente, os documentos da ONU trazem compromissos globais e locais para os países signatários. Países como o Brasil criaram seu PNDCNT dando visibilidade à questão, tentando melhorar o sistema de vigilância epidemiológica para as doenças crônicas e indicadores para monitorá-las. Nem tudo é perfeito, mas não se pode minimizar os esforços empenhados na busca de respostas para os problemas, que, aliás, coincidiram com um processo de mudanças no modelo de atenção à saúde gerido, especialmente, na atenção básica, como será abordado mais adiante. O Brasil criou leis e instâncias específicas para monitorar o PNDCNT, em sintonia com o documento das Nações Unidas.

Na dinâmica de assembleias e conferências internacionais, os países apresentam documentos que subsidiam o debate internacional e, consequentemente, geram uma Carta ou Declaração que será assinada pelos Estados membros da ONU. No Brasil, desde os anos 1970, a sociedade civil apresenta um documento próprio, o relatório sombra, visando contrapor aquilo que o governo quer apresentar como um retrato do país, ou mesmo destacando pontos que não foram contemplados no documento oficial que será apresentado pela delegação brasileira. Em 2015, a ACT coordenou o primeiro documento sombra da sociedade civil sobre o monitoramento do Plano Nacional de Enfrentamento às DCNT (PNDCNT) (Hallal, 2015).

Quase em paralelo à Assembleia da ONU para DCNT, foi criada a NCD *Alliance*. É a única rede internacional dedicada ao *advocacy* das DCNT, trabalhando para fortalecer as pessoas que vivem com DCNT. Em 2017, iniciou a mobilização *Our visions Our voices*, a partir de uma enquete internacional online on-line *le Diseases* (PLWNCD), seus parentes e amigos, e tem desempenhado um papel central na articulação com governos e instituições médicas, que, além de parceiras, subsidiam suas ações com conhecimento científico atualizado.

Os compromissos em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) expressavam, pontualmente, alguns problemas na saúde. No entanto, de modo inegável, a proliferação de debates a respeito e o acúmulo de ações e de conhecimentos gerados em torno dos ODM contribuíram para dar o tom que reverbera em uníssono no campo da saúde: fortalecer os sistemas de saúde; melhorar o acesso a cuidados; fortalecer os esforços preventivos em todo o mundo; reforçar que a saúde é um direito humano; dar visibilidade às pessoas que estão vivenciando a

experiência da doença; e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Ao final das metas do milênio, a agenda global ganhou novo fôlego e novo corpo com a Agenda 2030 – Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável –, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2016, após ser aprovada por 193 Estados membros na ONU, na 70ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2015.

A Agenda 2030 destaca 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Foi negociada na Conferência Rio+20, em 2012, e tem sido considerada um avanço na concertação internacional, especialmente em torno de questões sociais. É uma oportunidade para avanços globais, por sua abrangência e empenho coletivo para melhorar a qualidade de vida, erradicar a pobreza e promover o desenvolvimento sustentável.

Com base na Agenda 2030, os Estados membros se veem em um cenário com metas ambiciosas para reduzir a um terço a mortalidade precoce por DCNT, inclusive DM; alcançar a cobertura universal de saúde; e prover acesso a medicamentos essenciais acessíveis, até 2030. (WHO, 2016).

Atuando em sintonia com as organizações que fazem *advocacy* global em torno das DCNT e da Agenda 2030, como a *NCD Alliance* e organismos da própria ONU, organizações como a *International Diabetes Federation* (IDF) vêm trazendo à tona a gravidade da situação e sendo interlocutoras qualificadas para o debate.

Ao apresentar um resumo claro do problema da medição de doenças cardíacas em pessoas com diabetes, bem como soluções viáveis, o Relatório de Diabetes e Doenças Cardiovasculares da IDF facilita a tomada de decisão baseada em evidências e incentiva a colaboração entre diferentes setores. A audiência principal desse relatório inclui os tomadores de decisão política, implementadores de políticas e defensores da necessidade de maior atenção ao DM.

A IDF exorta os governos a assumirem quatro políticas:

- Usar padrões internacionais para a realização de estudos epidemiológicos
- Implementar políticas e intervenções de estilo de vida para aumentar a alimentação saudável e a atividade física
- Priorizar o acesso a medicamentos essenciais para controlar a pressão arterial e o diabetes
- Implementar sistemas de monitoramento de doenças não transmissíveis

Em 2016, a OMS divulgou seu primeiro relatório global sobre DM, demonstrando a dimensão do problema, mas, também, o potencial de reverter as tendências atuais. O terreno é propício, considerando-se que a base política para uma ação concertada para enfrentar o diabetes está inserida nos ODS, na Declaração Política das Nações Unidas sobre as DCNT e no Plano de Ação Global da OMS para as DCNT 2013-2020.

Influir na Agenda Global pode ser favorável para o país. Tem sido. Haja vista a visibilidade que HA, DM e DCV ganharam a partir de 2011 com o PNDCNT, apesar de, no Brasil, DM e HA estarem em discussão há pelo menos dez anos.

No Brasil, no Ministério das Relações Exteriores, há uma comissão de monitoramento dos ODS. Já no Legislativo, foram criadas algumas Frentes Parlamentares na defesa deles. Em novembro de 2016, o Tribunal de Contas da União (TCU) promoveu o “Fórum internacional: Implementando os ODS – Objetivos para Transformar o Brasil”. Também, há vários setores da sociedade mobilizados. Organizações como ACT Promoção da Saúde, Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável, Idec, entre outras que compõem a Rede DCNT, vêm atuando individualmente, mas também de forma cooperativa. Por sua vez, o Coletivo da Sociedade Civil GT Agenda 2030, reúne organizações diversas e tem

tido um papel de destaque com a divulgação do Relatório Luz (GTSC, 2017 e 2018) e a participação em debates a respeito. O Relatório Luz faz as vezes do tradicional relatório sombra. No caso, tenta identificar lacunas, pondo luz sobre elas e visando a uma ação propositiva.

Essas iniciativas podem ser vistas como oportunidades para ações conjuntas, debates críticos e vigilância sobre as políticas públicas, além de uma preparação para a Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre DCNT, prevista para 27 de setembro de 2018, em Nova York.

As OSC podem e devem monitorar os compromissos assumidos pelo governo brasileiro. Podem, por exemplo:

- Identificar canais que permitam o monitoramento do compromisso político, a alocação de recursos e a liderança efetiva para uma resposta integrada das DCNT, com atenção específica ao diabetes
- Monitorar o Plano Nacional de Enfretamento das DCNT, com atenção a HA, DM e DCV
- Cobrar maior controle sobre alimentos não saudáveis, aliando-se a organizações atuantes no tema
- Cobrar mais investimento e manutenção para as academias da saúde, avaliando se fatores externos, como segurança e trânsito, não inviabilizam a prática da atividade física
- Demandar que o MS invista no rastreamento dos fatores de risco para as DCNT, identificando as diferenças entre elas para melhor preveni-las e tratá-las
- Contribuir com o fortalecimento da resposta do sistema de saúde às DCNT, especialmente HA, DM e DCV, em particular no nível da atenção primária, mas não somente.
- Apoiar políticas e programas que visem ao acesso equitativo a tecnologias para diagnóstico e gerenciamento, que garanta a disponibilidade e a acessibilidade a medicamentos essenciais
- Demandar o investimento em pesquisas voltadas a mudanças de comportamento, no que se refere aos estilos de vida, respeitando a diversidade cultural

6.

A dinâmica de gestão do SUS

Conhecer como o Brasil está estruturado politicamente e os papéis dos três poderes pode ajudar a compreender melhor cada um deles. O federalismo é a forma de Estado adotada no Brasil, i.e., a forma como o poder político está distribuído no território nacional, fundamentada no Art. 1º da CF88. Uma de suas características é a descentralização política, ou seja, um poder político distribuído entre várias pessoas jurídicas, que são os entes federativos: União, estados, Distrito Federal (DF) e municípios. Não há hierarquia, posto que os entes federativos estão na mesma posição jurídica. Cada ente federativo tem sua própria estrutura e autonomia para se autogovernar, autoadministrar e auto-organizar. A soberania diz respeito a todos os entes, formando a República Federativa do Brasil.

Em geral, considera-se que há uma separação entre os três poderes da República. No entanto, também há referências a uma tripartição de poderes, entendendo-se que não há três poderes, mas um poder do Estado que se divide em três funções. De acordo com o Art. 2º da CF88, são poderes da União, independentes e harmônicos entre si, os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

O poder Executivo administra o Estado. Tem a função de governar e administrar os recursos públicos conforme a lei. É exercido pelo presidente da República, por governadores e por prefeitos.

A função do poder Legislativo é legislar e fiscalizar, propor e votar leis, apreciar matérias apresentadas pelos outros poderes ou pela população e manter o ordenamento jurídico. O Legislativo, através de parlamentares que estão

no Congresso Nacional, nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras Municipais, tem a função de fiscalizar as ações do poder Executivo, votar o orçamento governamental e examinar as contas públicas. É o único dos três poderes que tem duas funções, porque também fiscaliza os demais, quanto à administração dos recursos públicos e ao que se refere à questão econômica.

Por fim, o poder Judiciário julga. Tem a função jurisdicional, ou seja, diz o direito no caso concreto. A partir de um caso, o Judiciário diz como o direito deve ser aplicado.

Em algumas situações, um poder, além de sua função, exerce a função de outro. Trata-se de uma função atípica, no seu poder e no outro poder. Por exemplo, uma medida provisória é um ato legislativo exercido pelo Executivo, sendo, portanto, sua função atípica do ato de legislar. Outro exemplo: o poder Executivo julga quando responde a um processo disciplinar, já que este deve ser julgado pelo próprio Executivo.

Se são autônomos, por que os entes federativos não podem se autorregular? Porque a CF88, inspirada no modelo norte-americano, prevê um sistema de controle: um sistema de freios e contrapesos que visa manter as relações recíprocas entre os poderes equilibradas. Para que alguns atos jurídicos sejam concretizados, depende-se da participação de, no mínimo, dois poderes. Por exemplo:

- Um processo de *impeachment* do presidente da República. O presidente é chefe do Executivo. Quem o julga é o Senado Federal, que é do Legislativo, mas quem

preside a seção de julgamento no Senado é o presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), do poder Judiciário.

- Aprovação de leis e emendas. Em regra, o Legislativo elabora as leis. Entretanto, as leis precisam ser sancionadas pelo presidente do Executivo. Caso essa lei seja considerada inconstitucional, o Judiciário precisará se pronunciar a respeito. Um exemplo é a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.658, que aguarda julgamento no STF. Essa ADI põe em questão a constitucionalidade da Emenda Constitucional nº 95/16 (EC 95), ou seja, se a referida emenda atende às regras da CF88.
- Medida Provisória. É editada pelo presidente da República, o chefe do Executivo. Posteriormente, é enviada ao Congresso Nacional para se transformar em lei, ou seja, para o Legislativo. Se for considerada inconstitucional, passará ao poder Judiciário.

O SUS é parte do poder Executivo. Atua segundo suas regras e interage com os demais poderes, política, administrativa e juridicamente.

Como mencionado antes, o Movimento da Reforma Sanitária influenciou a criação do SUS, instituído com a CF88. Em 1990, foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde para regular os preceitos constitucionais, também incorporados nas legislações dos estados e municípios. Normas operacionais e legislação complementar são publicadas pelo MS, visando aprimorar o SUS e definindo responsabilidades entre as três esferas de governo como condição para a gestão do SUS nos estados e municípios, e para criar uma forma de transferência de recursos, assim como mecanismos de controle social, planejamento, monitoramento e avaliação.

Nesse cenário, surgiram novos atores sociais, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que possuem papéis centrais no processo de descentralização e na adequação da legislação para as realidades locais. São os três atores políticos que, de forma compartilhada, decidem sobre as políticas de saúde e definem os conteúdos das portarias que orientam a dinâmica do SUS. As políticas de saúde são acordadas entre as três esferas de governo, na dinâmica de uma estrutura complexa que relaciona gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde, sociedade civil e usuários, através de várias instâncias de participação e/ou pactuação. No que se refere à participação social, a descentralização do SUS envolve uma gestão singular, devido à estratégia de controle social através de conferências e conselhos de Saúde, nas três esferas de governo. A participação nas decisões políticas de saúde pública e a possibilidade de monitorar os recursos da saúde é o que se denomina “controle social” no SUS.

Alguns marcos político-normativos na história do SUS

1986: 8ª Conferência Nacional de Saúde. Auge do movimento pela Reforma Sanitária

1988: O SUS é instituído na CF88

1990: Leis Orgânicas da Saúde – nº 8.080 e nº 8.142 – reafirmam os princípios do SUS

Diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade

Orçamento da seguridade social (União, estados, DF e municípios) e outras fontes

1996: Portaria nº 2.203 – A NOB nº 01 redefine o modelo de gestão do SUS³

1998: Lei nº 9.656 – Lei dos planos de saúde

2000: Lei nº 9.961 – cria a ANS

³ **Decretos.** Portarias e Resoluções são publicados no Diário Oficial da União e nos diários dos estados e dos municípios. No caso do DOU, suas edições estão disponíveis on-line, a partir de 1990, em: <bit.ly/2bbzi4i>. Se a busca for por uma data anterior, pode-se recorrer aos sites da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do órgão emissor.

2002: Portaria nº 373 – Noas-SUS – amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelece a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca da equidade, cria mecanismos para fortalecer a gestão do SUS e atualiza critérios de habilitação de estados e municípios

2006: Resolução nº 399 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto

2010: Portaria nº 4.279 – Organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS

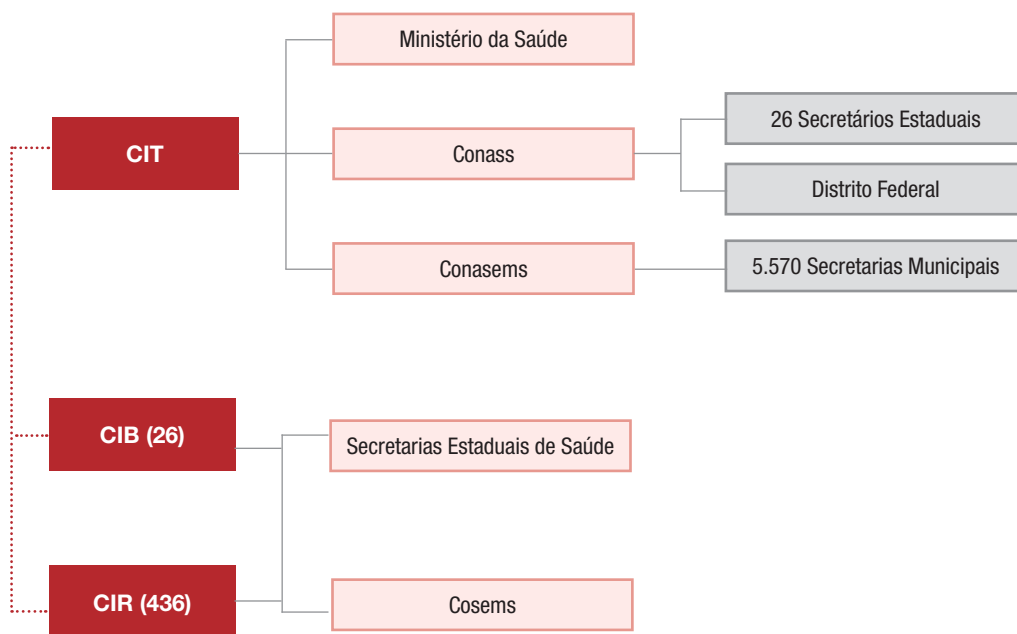
2011: Decreto nº 7.508 – Regulamenta a Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre a organização do SUS, planejamento e assistência à saúde e a articulação interfederativa

Na estrutura atual, o sistema público de saúde é formado por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, contando com a administração direta e a indireta. A administração direta refere-se ao MS e às SES e SMS, e a indireta, às autarquias, fundações e empresas públicas.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, cabendo ao poder público regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços privados. Originalmente, o SUS foi organizado com base em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, contando com estabelecimentos públicos e privados contratados. A contratação de serviços, de acordo com o previsto no direito público, faz que serviços privados e filantrópicos contratados funcionem como se fossem públicos. Nos serviços privados predominam os planos e seguros de saúde e os serviços cobertos pelos gastos de famílias e/ou empresas.

Gráfico 1 – Estrutura de gestão do SUS

Prevista nas Leis Orgânicas da Saúde, retomada e fortalecida pelos Pacto de Gestão 2006 e Decreto nº 7.508/11



6.1. Pacto pela Saúde 2006

Em 2006, o Pacto pela Saúde foi assinado por MS, Conass e Conasems, depois de suas metas terem sido pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Representa o compromisso político dos gestores com os princípios constitucionais do SUS, estando baseado em três componentes: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Tem a finalidade de desenvolver reformas institucionais no SUS de forma pactuada entre as três esferas de governo e visa a mais eficiência, qualidade dos serviços de saúde e das respostas do SUS, além de renovar as responsabilidades dos gestores, de acordo com as necessidades de saúde da população. No âmbito da dinâmica do sistema de saúde descentralizado, há diversos desafios para que se garanta a implantação dele.

Com o Pacto pela Saúde 2006, foi definido um Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, extinguindo o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB 1996 e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) 2002. As mesmas responsabilidades de municípios e estados em gestão plena foram mantidas até a assinatura do Termo.

Após o Decreto nº 7.508/11, a adesão ao Pacto pela Saúde deixou de ser uma exigência para o repasse financeiro do MS a estados, DF e municípios, conforme a Portaria nº 1.580/12.

O Termo de Compromisso é o documento que formaliza o Pacto pela Saúde, nas dimensões pela Vida e de Gestão. Os Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, conforme a pactuação no âmbito do estado, podem acrescentar

metas municipais, regionais e estaduais, de acordo com suas prioridades. Anualmente, no mês de março, metas, objetivos e indicadores do Termo de Compromisso de Gestão devem ser revistas.

O que mudou com o Pacto pela Saúde 2006? Os pactos pontuais anteriores foram substituídos por uma dinâmica de acordos anuais obrigatórios. Por sua vez, houve uma mudança de foco, da busca de mudanças orientadas por processos para alterações voltadas a resultados sanitários, reforçando a gestão pública por resultados (Conass, 2006). As prioridades do Pacto são as seguintes: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e, atenção básica à saúde.

No que se refere à aquisição de medicamentos, as SES e SMS são responsáveis pelos medicamentos básicos, de acordo com o pacto entre os gestores. Os chamados medicamentos estratégicos (insulina e aqueles referentes a programas específicos) são da responsabilidade do MS. Por sua vez, os medicamentos excepcionais, de alto custo ou para tratamento continuado, devem ser comprados pelas Secretarias de Saúde e ressarcidos pelo governo federal, que repassa em torno de 80% do valor deles. (Brasil, 2006).

O SUS funciona de forma referenciada, ou seja, quando a unidade de saúde não dispõe do serviço de que o usuário precisa, deve encaminhá-lo a outro serviço que possa atender a sua necessidade. A referência e a contrarreferência devem estar pactuadas entre os municípios e nas regiões de saúde.

O município é o principal responsável pela saúde de sua população e pela gestão da rede de serviços em seu território. Deve manter parcerias com outros municípios para garantir a referência e a contrarreferência, além do atendimento integral à população. A regionalização, um dos princípios do SUS, remete à articulação entre os gestores estaduais e municipais para garantir: acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população.

Pacto pela Saúde 2006

- Propõe a descentralização de atribuições do MS para os estados, e para os municípios, minimizando a burocratização dos processos normativos
- Reforça a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional
- Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos
- Pacto pela Saúde 2006 + Decreto nº 7.508/11 – <bit.ly/2wtmkf6>

6.2.

Redes de Atenção à Saúde

A Lei nº 8.080/90 é a lei orgânica da saúde que define a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Com o Pacto pela Saúde 2006 reifica-se os princípios do SUS, delineiam-se os papéis dos gestores e as instâncias de pactuação intergestores, e busca-se mais eficiência e qualidade dos serviços de saúde.

O federalismo delineia o sistema de relações técnico-políticas estruturantes nos três poderes e tem por características: a existência de governos subnacionais com algum poder decisório; relações de poder; projetos políticos diferentes; e processos lentos, devido a fatores como burocracia e recursos humanos limitados. No caso do SUS, as pactuações entre gestores exigem consenso, e isso também torna o processo mais lento, além de questões políticas, conjunturais e históricas.

Na dinâmica política da federação estão presentes jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos

com interesses divergentes. Por esse motivo, Viana e Lima (2011:15) argumentam que a coordenação federativa “(...) é um elemento-chave para se garantir o equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e sua interdependência e a amenização dos conflitos existentes entre eles”. Ela é importante para otimizar recursos, no caso de uma ação coletiva dirigida a uma doença que atinge a uma jurisdição, por exemplo, um surto de febre amarela. Serve, ainda, para auxiliar os governos menos capacitados ou mais pobres; para distribuir informações sobre boas práticas de gestão; e, também, para incentivar a cooperação intergovernamental.

Tanto a descentralização como a regionalização são enfatizadas no Pacto pela Saúde 2006. Inicialmente, a descentralização foi concebida como uma estratégia para integrar os municípios, visando ampliar o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para potencializar a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços. O processo de descentralização exige composição e complementariedade de papéis, funções e responsabilidades por parte dos entes federados. Entretanto, a rede também revela relações de poder no âmbito da gestão.

Regionalização – “(...) processo político que se traduz pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação, apresenta inúmeros conflitos com as diretrizes da descentralização, tal como esta se realizou no Brasil. Isso porque a primeira (a regionalização) tem natureza complementar e se forma a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial; a segunda (a descentralização) se constitui de maneira finalística, não complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas” (Viana e Lima, 2011:40).

Região de saúde – “Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Decreto nº 7.508/11).

Desde o início, a atenção à regionalização não esteve articulada à descentralização, porque a primeira requer um processo político que gere mudanças nas relações de poder, bem como interrelações entre atores sociais diferentes no espaço geográfico. Além disso: “Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.” (Viana, Lima e Ferreira, 2010:2.318).

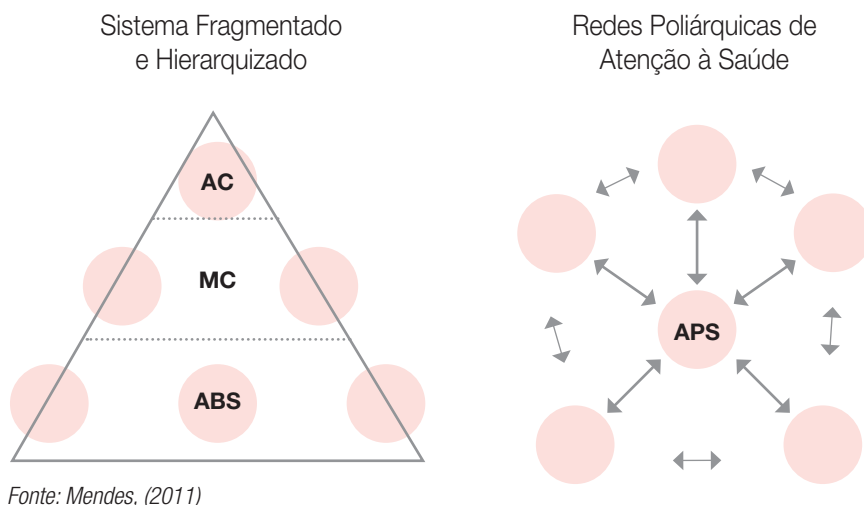
Em 2010, a necessidade de associar o trabalho em rede à dinâmica da regionalização de forma eficaz foi consolidada no modelo de Rede de Atenção à Saúde (RAS), entendida como: “Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em

níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Decreto nº 7.508/11). O decreto atualiza a organização e o planejamento do SUS e os papéis das instâncias de concertação e pactuação de gestores, especialmente dos conselhos e comissões, espaços que concretizam a articulação interfederativa. Entende-se que a atualização veio a aprimorar o Pacto pela Saúde, exigindo a implantação de aspectos previstos no referido decreto.

A RAS atende a um cenário marcado por uma tripla carga de doenças: “Uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas” (Mendes, E.V., 2011:20). Por sua vez, também é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

O modelo de RAS põe em questão a lógica hierarquizada ascendente: Atenção Básica em Saúde (ABS) – Média Complexidade (MC) – Alta Complexidade (AC), exigindo mudanças na configuração de ações e dos atores sociais envolvidos na política e nos serviços de saúde para que uma dinâ-

Gráfico 2 – Dos sistemas fragmentados para as Redes de Atenção à Saúde



mica poliárquica flua. A Atenção Primária à Saúde (APS)⁴ é considerada o centro da comunicação em rede, excetuando-se urgências e emergências, que possuem regulação própria.

Como as redes funcionam? Como são compostas?

As RAS integram os estabelecimentos de saúde de um determinado território. Cada ponto da rede se organiza em diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção para atender ao usuário e para a promoção da saúde. Seus componentes são:

- Um espaço territorial e sua população, que está delimitada na APS
- Serviços e ações em saúde com densidades tecnológicas e características diferentes entre si, com apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e transporte

A partir das RAS, diferencia-se as noções de complexidade e de densidade tecnológica. De acordo com Mendes (2011), por um lado, na APS há maior complexidade, porque se trabalha com mudanças de comportamento e estilos de vida (hábito de fumar, alimentação saudável e atividade física). Por outro lado, as atenções secundária e terciária possuem menor complexidade, mas apresentam maior densidade tecnológica.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi desenhado para o SUS, considerando a realidade brasileira à luz dos estudos sobre as experiências internacionais com o *Chronic Care Model* (CCM), originalmente norte-americano. O MACC orienta a dinâmica da RAS, que articula: território, serviços, logística e regulação. O usuário passa por mecanismos de identificação que permitirão seu acompanhamento, a partir do prontuário, ao longo de seu percurso na rede. A existência de normas e protocolos é considerada fundamental para orientar os usuários, definindo

as responsabilidades e competências dos serviços públicos de saúde e facilitando seu acesso a eles. Simultaneamente, as normas e protocolos devem organizar o sistema de regulação e a coordenação dos processos de decisão e planejamento.

O modelo trazido pela RAS se contrapõe ao modelo hegemônico, no qual priorizam-se as condições agudas e, consequentemente, a oferta dos serviços voltada a elas. A atenção responde a demandas espontâneas, solucionando os problemas de forma pontual com base em aspectos biomédicos. No entanto, as RAS procuram romper com a hegemonia do modelo biomédico, diferenciando-se por considerar, além das atenções agudas, a problematização sobre as condições crônicas. Em vez de uma intervenção pontual, a ideia central é a de continuidade da atenção. As condições crônicas pressupõem respostas sociais, proativas e contínuas.

Condições e doenças crônicas

“As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica, etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, hepatites virais, etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais” (Mendes, 2011:29).

⁴ Apesar da distinção conceitual, utiliza-se APS e atenção básica como sinônimos. Ambas estão presentes em documentos oficiais.

Se a continuidade da atenção à saúde é o caminho, trata-se de traçar linhas de cuidado (prevenção, cura e reabilitação) para cada diagnóstico, condição ou doença crônica. Caminhos preferenciais na rede são desenhados para o atendimento aos usuários. A equipe de atenção básica deve acompanhar o percurso de cada paciente, de um ponto de atenção a outro.

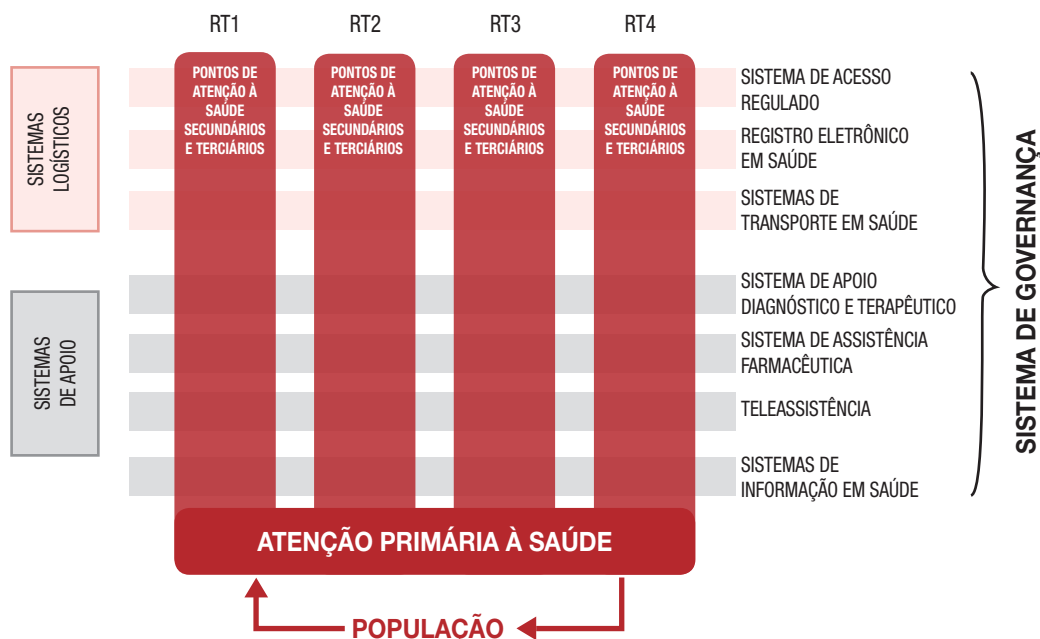
Na prevenção, deve-se agir nos fatores de risco, combatendo o tabagismo, promovendo a alimentação saudável e a prática de atividade física, e incentivando o diagnóstico precoce, com atenção integral ao paciente. A relação saúde-doença deve ser observada a partir do indivíduo, que possui laços sociais na família e na comunidade, situada em um determinado território. Isso significa que a doença é parte da condição de saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada à alimentação, à moradia, ao trabalho, à renda, ao meio ambiente, ao transporte, ao lazer, à liberdade, aos acesso e posse de terra e ao acesso aos serviços de saúde e à informação.

A integralidade é norteadora no modelo da RAS. É um princípio do SUS, previsto na Lei nº 8.080/90, entendida como: “Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Ela orienta a prática de atenção integral, escuta e compreensão do contexto social para que haja o atendimento às demandas e às necessidades das pessoas.

Os pontos de atenção secundário e terciário são referidos pela necessidade de divisão técnica do trabalho. Há ainda os sistemas de apoio (teleassistência, sistema de informação em saúde, sistema de assistência farmacêutica e sistema de apoio diagnóstico e logístico) e sistemas logísticos (sistema de acesso regulado, sistema de registro eletrônico em saúde e sistema de transporte), que conectam os fluxos e contrafluxos.

Segundo o autor, a figura a seguir mostra uma opção pela construção de Redes Temáticas (RT)

Gráfico 3 – A estruturação operacional das RAS



Fonte: Mendes, E.V., 2012.

de atenção à saúde, por exemplo, a RAS volta da ao DM, às DCV, às doenças renais crônicas e assim por diante. A ideia é construir um fluxo contínuo para o atendimento ao usuário. A estratificação da população por riscos é fundamental no MACC. A partir dessa estratificação, pode-se planejar os encaminhamentos necessários, a referência e a contrarreferência para os usuários no âmbito da RAS, de acordo com a condição e a relação entre saúde e doença apresentada.

A governança da RAS pressupõe a cooperação entre os atores sociais envolvidos no processo e o aumento da interdependência entre eles com vistas à melhoria de resultados para a população. Visa às interrelações entre a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, articulando-os com a missão, a visão e os objetivos das redes. É um sistema transversal a todas as redes temáticas.

As RAS se deparam com desafios decorrentes de uma transição epidemiológica: decréscimo de doenças infecciosas, mas crescimento de neoplasias; doenças do aparelho respiratório e causas externas. E de uma transição demográfica acelerada: crescimento da população idosa associado ao crescimento de doenças crônicas. Como mencionado, no cenário atual há uma tripla carga de doenças concomitantes.

Desde a definição de diretrizes para a organização da RAS no SUS, foram iniciadas mudanças na lógica e na dinâmica de trabalho sobre as condições crônicas. A RAS de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – Portaria nº 483/14 – enfatiza o papel da APS, porta de entrada no sistema de saúde, mas que, também, passa a ser ordenadora e coordenadora do cuidado. Do mesmo modo, deve manter a referência e a contrarreferência com as atenções especializadas ambulatorial e hospitalar, que seguem a mesma lógica entre si.

Objetivos de governança das RAS

Garantir:

- Cumprimento dos pactos e acordos
- Aumento da interdependência entre os atores
- Manejo dos conflitos de interesse
- Ações sob princípios da transparência e da prestação de contas
- Progressiva estabilização da rede baseada em resultados dos pactos acordados entre os atores
- Respeito às regras do jogo
- Resultados da rede

Fonte: Francesc et al. apud Mendes, 2016

Em 2008, o debate sobre o MACC foi iniciado no âmbito da cooperação técnica entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o MS. Simultaneamente aos debates entre gestores, Opas e Conass fomentaram a problematização da questão, gerando três publicações de referência a respeito (Mendes, E.V., 2011, 2012 e 2015), além de trabalho anterior da Opas na América Latina (2009), do acompanhamento da implementação do MACC em Curitiba (2012) e de inúmeras publicações de divulgação e atualização sobre os debates em torno das RAS e da dinâmica organizacional e política da regionalização em saúde. Mais de 250 municípios brasileiros foram trabalhados individualmente, capacitando-se os profissionais de saúde para a implementação das RAS.

Possíveis ações

- **Dar visibilidade às situações vividas pelas pessoas nos serviços de saúde, públicos e privados. Cada organização pode, por exemplo, criar um perfil interno das pessoas que recebe**
- **Atualizar-se sobre pactuações da CIT – <bit.ly/2rxEU0y>**
- **Conhecer e utilizar os documentos que formalizam as pactuações estaduais/**

regionais nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB)/Regionais (CIR), disponíveis nos sites das SES

- **Conhecer as linhas de cuidado para DM e DCV em seu estado e/ou município, em consonância com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – <bit.ly/2AyKOod>**
- **Identificar, no diálogo com as SES e SMS, as atribuições de cada nível de governo, quais pontos referentes a HA, DM e DCV estão pactuados na RAS e referidos a seu estado e/ou município, assim como as lacunas existentes**
- **Conhecer o Plano Estadual e/ou Municipal de Saúde e identificar os compromissos governamentais para HA, DM e DCV**
- **Acompanhar a política governamental nos Conselhos Estadual e/ou Municipal de Saúde e propor uma apresentação da Secretaria de Saúde sobre o monitoramento do Plano de Saúde, ou do planejamento para as condições crônicas, especialmente HA, DM e DCV**
- **Para saber mais sobre a estrutura e a dinâmica do SUS, vale a pena conferir: “Entendendo o SUS” e “O SUS de A a Z”. Ver links no final desta publicação**
- **Consultar os vídeos recomendados nas ‘Sugestões de links ao final desta publicação’**

Âmbito Nacional

Ministério da Saúde

O MS é o órgão do poder Executivo responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS no âmbito nacional. As políticas públicas de

saúde atendem a aspectos de promoção, prevenção, assistência e tratamentos destinados à população. Como tal, deve assegurar o direito à saúde.

Da Saúde

CF88 [Seção II] – <bit.ly/2ngjpS4>

“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. 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.”

O MS é composto por sete Secretarias⁵:

- Secretaria Executiva (SE)
- Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)
- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)
- Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)
- Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)

A Secretaria Executiva está entre os Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao MS, com

⁵ O site do MS vem passando por atualizações. O Portal da Saúde é: <bit.ly/2BLFCxy>, mas há páginas antigas desatualizadas. Especialmente sobre a estrutura interna das Secretarias, sugere-se consultar o Decreto nº 8.901/16.

os: Gabinete do Ministro; Consultoria Jurídica; Assessoria Especial de Controle Interno; e Corregedoria-Geral (Correg). As demais Secretarias são consideradas Órgãos Específicos Singulares.

As unidades e departamentos responsáveis por políticas públicas para HA, DM e DCV devem atuar em sintonia com a dinâmica geral do SUS e com as diretrizes do MS. Em grande parte, as doenças crônicas estão em áreas técnicas das SAS, SCTIE e SVS.

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

A SAS – bit.ly/2ldHyVf – possui sete departamentos e três institutos, além dos hospitais federais no Rio de Janeiro. No que se refere às políticas públicas de saúde para HA, DM e DCV, destaca-se o Departamento de Atenção Básica (DAB) e o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET).

Entre 2011 e 2014, a implantação da RAS foi a principal diretriz da SAS, sua gestora no âmbito federal. Com base no MACC, a RAS passa a ser ordenada a partir da atenção básica, entendendo-a como uma estratégia de reorganização do SUS. Seu trabalho é articulado com outros departamentos e setores, e repercute nas dinâmicas operacionais de estados e municípios.

DAB – Competências

- I** normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção básica em saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS;
- II** promover e coordenar, em conjunto com o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a organização da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde;
- III** desenvolver mecanismos de implantação de sistemas de informação, de controle e de

avaliação das ações de atenção básica em saúde;

- IV** acompanhar e propor instrumentos para a organização gerencial e operacional da atenção básica em saúde;
- V** prestar cooperação técnica aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção básica em saúde; e
- VI** coordenar o processo de formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional” (Regimento Interno da SAS/Regimento Interno do MS, p.160).

Como consta dos Cadernos de Atenção Básica, nº 36, a partir do DAB foi criada a Linha de Cuidado do DM com o objetivo de “fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.” (Brasil; DAB, 2013:21). Por sua vez, estados e municípios vêm construindo suas RAS e linhas de cuidado. A orientação é que a implantação das redes de atenção às doenças crônicas seja realizada por meio de linhas de cuidado específicas.

“Linhas de cuidado (LC) – uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à cooperação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta

global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que tem a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede” (Portaria nº 4.279/10).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi atualizada pela Portaria nº 2.436/17. Em agosto de 2017, a minuta da PNAB passou por consulta pública, tendo sido divulgada em vários canais, como os sites do MS, Conass, Conasems, Conselho Nacional de Saúde (CNS), blog da saúde, entre outros. Em nota, a CIT apresentou o resultado da consulta pública, que recebeu 6.281 entradas on-line, em formulário disponibilizado pelo DAB.

No que diz respeito a HA, DM e DCV, a revisão da PNAB foi pontual. No novo texto, foram incorporadas as seguintes atribuições aos agentes comunitários de saúde:

- “aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;
- realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes *mellitus* e segundo projeto terapêutico prescrito pela equipe de atenção básica;
- realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida” (CIT, 2017).

Essa é a portaria vigente, ainda que a nova PNAB tenha sido alvo de divergências. Uma

das principais críticas refere-se ao receio de um possível enfraquecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). Outra crítica é o não reconhecimento da legitimidade das instâncias de controle social por parte dos gestores do SUS e de suas instâncias de pactuação. Antes mesmo da consulta pública, havia sido criado o Grupo de Trabalho (GT) PNAB no CNS que, uma semana antes de sua publicação, levantou dez pontos de encaminhamento, um deles recomendando que a revisão do texto da PNAB não fosse publicada pelo MS.

Na 299ª Reunião Ordinária do CNS, em novembro de 2017, foi aprovado um texto para recomendação ao Ministério Público Federal (MPF) e à Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), de proposição de ADI contra a Portaria nº 2.436/17. Nele, é argumentado que: “Essa normativa está em desacordo com os termos constitucionalmente previstos, entre os quais o da participação social, que legalmente está estruturado nos conselhos de saúde, conforme preconiza as leis nº 8.080/90, nº 8.142/90, a LC nº 141/12 e o Decreto nº 5.839/06”.

Na mesma reunião, foi aprovada uma recomendação aos presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal para que “nos limites das respectivas competências legais e regimentais” colocassem em regime de urgência de votação Projetos de Decretos Legislativos (PDC) que pediam a sustação de ato do poder Executivo, a Portaria nº 2.436/17, que aprovou a PNAB⁷. Em março de 2018, o CNS compôs uma Câmara Técnica sobre Atenção Básica.

Na atenção especializada, o **DAET** é responsável pelas especialidades médicas no país, tais como: cardiologia, endocrinologia, neurologia, etc., por tudo que se refere à atenção especializa-

⁶ Resumo Executivo da 299ª Reunião Ordinária do CNS.

⁷ Para consultar os PDC, ver as Referências ao final desta publicação. Sobre o papel do CNS, ver o Item 6.4 e sobre a tramitação de projetos de lei, o Capítulo 8, que aborda o papel do poder Legislativo na saúde.

da ou à alta complexidade. Nesse departamento, há um Núcleo Técnico encarregado das DCV. De acordo com portarias vigentes, o DAET habilita os centros que trabalham com DCV no país.

DAET – Competências

- I** elaborar, coordenar e avaliar: as políticas e as ações de atenção especializada em saúde; e a política de sangue e hemoderivados;
- II** elaborar, coordenar, avaliar e regular as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos;
- III** acompanhar e propor instrumentos para organização gerencial e operacional da atenção especializada em saúde; e
- IV** prestar cooperação técnica aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção especializada em saúde.” (Regimento Interno da SAS/Regimento Interno do MS, p.179).

O DAET é composto por uma coordenação de transplantes, outra de sangue e hemoderivados e uma Coordenação-Geral de Atenção Especializada, que inclui o DM. Essa Coordenação-Geral é responsável por: “Elaborar normas e apoiar e supervisionar as políticas e ações de atenção especializada em saúde, incluindo atenção às pessoas com doenças crônicas, controle do câncer e procedimentos de média e alta complexidade” (Regimento Interno da SAS, 2017:180).

Em agosto de 2017, estava em discussão no DAET os chamados Centros de Referência em Diabetes no país. Centros que existem, por exemplo, na Bahia, no Ceará e no DF, guardadas suas diferenças. Na ocasião, o MS buscava conhecer as políticas locais, visando a uma possível política nacional a respeito – inclusive, acompanhando projetos de lei no Congresso Nacional.

O DAET é responsável pela elaboração do planejamento técnico e do orçamento anual correspondente às áreas e especificidades sob sua

competência. No caso do orçamento, como os demais departamentos, trabalha de forma articulada com a Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO) da SAS. Também é responsável pela coordenação de convênios e cooperação técnica, em articulação com a CGPO e o Fundo Nacional de Saúde (FNS), e pela elaboração de indicadores para monitoramento e avaliação das ações, entre outros.

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)

A SCTIE – <bit.ly/2CPXqbi> – possui cinco departamentos. No que se refere a HA, DM e DCV, para acompanhar os debates e atualizações políticas sobre ciência e tecnologia e insumos estratégicos, bem como sua incorporação ao SUS, destaca-se, primordialmente: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; e Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias de Saúde, no qual se encontra a Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – Competências

- I** subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e os temas estratégicos necessários à implementação da Política Nacional de Saúde no âmbito de suas competências;
- II** formular, implementar e coordenar a gestão das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo sangue, hemoderivados, vacinas e imunobiológicos como partes integrantes da Política Nacional de Saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

- III prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos estados, dos municípios e do Distrito Federal no âmbito de sua atuação;
- IV coordenar a organização e o desenvolvimento de programas, projetos e ações, em áreas e temas de abrangência nacional;
- V normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis de atenção à saúde, obedecendo aos princípios e às diretrizes do SUS;
- VI programar a aquisição e a distribuição de insumos estratégicos para a saúde, em particular para a assistência farmacêutica, em articulação com o Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva;
- VII propor acordos e convênios com os estados, os municípios e o Distrito Federal para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS, no limite de suas competências;
- VIII orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes envolvidos no processo de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, com vistas à sustentabilidade dos programas e dos projetos em sua área de atuação;
- IX elaborar e acompanhar a execução de programas e projetos relacionados à produção, à aquisição, à distribuição, à dispensação e ao uso de medicamentos no âmbito do SUS; e
- X coordenar a implementação de ações relacionadas à assistência farmacêutica e ao acesso aos medicamentos no âmbito dos Programas de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde” (Regimento Interno da SCTIE/Regimento Interno do MS, p.256).

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos conta com quatro coordenações: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica; Coordenação-Geral de Assistência

Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos; Coordenação-Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e Coordenação-Geral de Monitoramento das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos.

Entre suas várias competências, a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica acompanha e monitora a implementação da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica nos estados, municípios e DF, no que se refere ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Promove o uso racional de medicamentos e desenvolve e monitora ações que ampliem o acesso a medicamentos no SUS. É responsável pelo processo de atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e do Formulário Terapêutico Nacional. Acompanha e fiscaliza os contratos de compra de medicamentos de aquisição centralizada. Elabora e avalia materiais técnico-pedagógicos, entre outros. No caso do diabetes, note-se que, para a automonitoração da glicose, os meios e insumos necessários estão garantidos pela Rename, sendo de responsabilidade dos municípios.

Tanto a Rename quanto a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), que contempla toda a tabela de procedimentos, órteses, próteses e medicamentos do SUS, são pré-requisitos às decisões do MS e norteadoras para estados e municípios.

A Rename é a relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS que orienta a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços públicos de saúde. Os medicamentos são incorporados à Rename com base em critérios de segurança, eficácia e custo-efetividade “para atendimento aos principais problemas de saúde dos cidadãos brasileiros” (Portal MS).

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) – <bit.ly/2BHxGxY> – está no Componente Básico da Assistência Farmacêutica. O PFPPB foi criado em maio de 2004 com o objetivo de ampliar o acesso à população a medicamentos básicos e essenciais, atendendo a uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), além de minimizar o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar. O Decreto nº 5.090/04 institui o Programa e regulamenta a Lei nº 10.858/04, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento. O PFPPB foi estruturado com base em duas modalidades: Rede Própria e “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Inicialmente, a Rede Própria ficou sob a responsabilidade da Fiocruz e, depois, realizou parcerias com estados, municípios, entidades filantrópicas e instituições de ensino superior. A partir de 2006, foi iniciado o trabalho junto a farmácias e drogarias comerciais, criando-se o “Aqui Tem Farmácia Popular”. Inclui-se nele todas as farmácias privadas que se credenciam ao programa. O número de itens reduzido prioriza as doenças mais prevalentes, com o copagamento de 90% pelo MS. Houve uma ampliação do acesso a medicamentos através da rede privada.

Em fevereiro de 2011, houve uma reformulação no Programa e a introdução da ação “Saúde Não Tem Preço”, que iniciou o fornecimento gratuito de medicamentos para HA e DM. Essa estratégia de distribuição gratuita de medicamentos (100% custeada pelo MS) se mostrou eficaz, especialmente para as camadas menos favorecidas, nos segmentos com menor escolaridade, podendo contribuir para a adesão ao tratamento (Costa et al., 2016).

Em outubro de 2016, o PFPPB possuía 517 unidades da Rede Própria em 410 municípios, disponibilizando 112 itens, com o orçamento

de R\$ 90.255.000,00. Por sua vez, havia 34.627 farmácias e drogarias credenciadas em 4.467 municípios, disponibilizando 25 itens, com orçamento de R\$ 2.952.440.914,18. Os estabelecimentos credenciados são monitorados e podem ser encaminhados para auditoria pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) e, de acordo com os resultados, podem ser descredenciados ou multados⁸.

Do total de municípios, 80% (4.487) foi coberto pelo PFPPB; 80,2% do total estava associado ao Plano Brasil Sem Miséria e 82% , ao Programa Mais Médicos, gerando uma economia de 3% a 8% na renda mensal dos beneficiários do Programa. Entre fevereiro e setembro de 2016, foram atendidas 39.176.602 pessoas; entre as principais doenças, destacam-se: 24.940.083 pessoas com HA; 12.707.245 com dislipidemia; e 11.142.344 com DM, entre outras. Do total, 80% (18,3 milhões de habitantes) recebia até dois salários mínimos⁹.

Os medicamentos para HA e DM passaram a ser distribuídos gratuitamente em fevereiro de 2011. Relacionando a gratuidade de medicamentos ao número de internações, o MS registrou que, após um ano da gratuidade, houve uma queda de 20% no número de internações hospitalares por HA, comparado ao mesmo período do ano anterior.

A Rede Própria era constituída por farmácias populares conveniadas com estados, municípios e DF, sendo disponibilizados 112 itens, entre medicamentos e preservativos masculinos. Em 31 de março de 2017, em reunião da CIT, a Rede Própria do PFPPB foi revista, gerando a Portaria nº 2.001/17. O principal argumento foi o alto custo com infraestrutura, quando somente 20% do

⁸ Dados de apresentação em Power-Point do MS, disponibilizada no site do Conass: <bit.ly/2CaIsMY>

⁹ Idem.

valor era destinado a medicamentos. Entretanto, a decisão gerou polêmica. O vice-presidente de produção e inovação em saúde da Fiocruz se pronunciou, afirmando ter havido um mal-entendido, pois o custeio de medicamentos corresponderia a 50%. Por sua vez, a coordenadora do PFPB justificou a diferença devido ao fato do MS e a Fiocruz utilizarem “padrões diferentes de monitoramento” (CNS, Notícias 2017). O CNS recomendou ao MS que mantivesse o PFPB e reclamou sobre a falta de diálogo, por ser a principal instância de controle social do SUS.

“Ao Ministério da Saúde que interrompa qualquer processo de desestruturação do Programa Farmácia Popular, em especial da modalidade rede própria, e amplie o debate com o controle social no sentido de assegurar a manutenção do Programa e a garantia de amplo acesso à integralidade da assistência.” (Recomendação do CNS nº 013/17).

Apesar das divergências, o repasse de recursos para a manutenção das unidades da Rede Própria do PFPB foi suspenso, passando a ser destinado aos municípios. O argumento dos gestores é de que 100% dos recursos financiará a Assistência Farmacêutica Básica, portanto, haverá mais recursos para os medicamentos considerados essenciais para a população.

A polêmica foi gerada não somente no âmbito do SUS, pois afetava, também, o “Aqui Tem Farmácia Popular”, que se refere às parcerias com as farmácias e drogarias comerciais credenciadas. Inicialmente, os critérios para a escolha de medicamentos subsidiados procuraram atender às principais doenças que atingem a população, minimizar o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar, observar a lista da Rename, os programas assistenciais do MS, a pro-

dução de laboratórios oficiais e a inclusão de medicamentos genéricos registrados.

Os medicamentos gratuitos estão disponíveis na rede credenciada. No entanto, como entre as duas modalidades as listas de medicamentos são diferentes, espera-se que os 112 medicamentos da Rede Própria sejam assumidos pelos municípios. Por sua vez, as associações que defendem os interesses do setor varejista alegaram que os valores repassados pelo MS são baixos e que, com o fim da Rede Própria e o credenciamento dos estabelecimentos comerciais, a proposta é desfavorável para farmácias e drogarias privadas. O MS reembolsa parte dos produtos distribuídos com base em valores predefinidos e alega que, após um estudo realizado, em média, os valores recebidos por medicamentos para HA, DM e asma estão 30% acima dos preços de mercado e quer negociar sua adequação (Gazeta Online, 30/09/17).

“Aqui Tem Farmácia Popular”

Parceria com farmácias e drogarias comerciais credenciadas no PFPB

Medicamentos com preços subsidiados

“A lista de itens oferecidos é diferente da Rede Própria. São disponibilizados gratuitamente medicamentos para o tratamento de hipertensão (pressão alta), diabetes e asma. Além destes, são disponibilizados com até 90% de desconto: medicamentos para rinite, dislipidemia (colesterol alto), mal de Parkinson, osteoporose, glaucoma e anticoncepcionais; e fraldas geriátricas.”

Drogarias conveniadas – <bit.ly/2BYQ1WX>

Lista de medicamentos – <bit.ly/2pmomtR>
– e de fraldas geriátricas – <bit.ly/2zmtxJS>

Fonte: MS/Farmácia Popular/Farmácias Credenciadas – <bit.ly/2C1EQd>

Outra possibilidade seria definir um preço base no atacado e 40% de margem para com-

pensar os custos. Também foi cogitado utilizar o modelo econômico aplicado em lotéricas. As farmácias receberiam um valor fixo pela entrega de quaisquer medicamentos do MS.

Enquanto as negociações estavam em curso, comentários divergentes causaram apreensão nos usuários. No caso do DM, exatamente no momento da negociação de preços, foi aventado que as insulinas não fariam mais parte da lista de medicamentos subsidiados (Formenti, 2017). A questão foi debatida no CNS. A 299ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, contou com a presença de representantes do MS para esclarecer a situação do “Aqui Tem Farmácia Popular” e falar sobre a falta de insulina em algumas unidades do país. Foi garantida a distribuição normal.

Durante a reunião, o conselheiro nacional de saúde, representante da Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes (Fenad), alertou para a gravidade da situação, caso houvesse a descontinuidade na distribuição das insulinas. Um dos representantes do MS respondeu que a distribuição de insulina no Brasil continuaria normal e que não haveria interrupção: “É uma inverdade, queremos é pagar menos por ela”.

No final de abril de 2018, o MS divulgou que as unidades credenciadas ao PFPB receberiam valores reajustados para o ressarcimento de 20 medicamentos distribuídos gratuitamente. O MS também se comprometeu a fazer uma compra centralizada e distribuir medicamentos para HA, DM e asma, para os municípios, em casos de drogarias desistirem de participar do programa (Maciel, 2018).

Ainda sobre o PFPB, está em tramitação o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 661/15, de autoria do senador Raimundo Lira (PMDB/PB), que insere na Lei nº 10.858/04 – que autoriza a Fiocruz a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento – dispositivos sobre o PFPB, até então, regulado apenas por decreto. Desde

02/08/17, o PLS está na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em decisão terminativa, com o relator senador Humberto Costa (PT/PE).

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Trata-se de uma estratégia para o acesso a medicamentos no SUS, visando garantir o tratamento medicamentoso de forma integral para todas as doenças sob sua responsabilidade. O CEAF é regulamentado pela Portaria nº 1.554/13.

Com base nas linhas de cuidado, medicamentos e outras tecnologias em saúde são definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

“Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas”.

Fonte: Protocolos e Diretrizes, site Conitec atualizado em 27/04/18

No que se refere ao tratamento medicamentoso propriamente dito, o CEAF trabalha diretamente com o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, pelo qual muitas vezes se inicia o tratamento. A lógica da linha de cuidado prima pela integralidade do tratamento medicamentoso, considerando as competências dos entes federados. A Portaria nº 704/17 atualiza a lista de produtos estratégicos.

Base Nacional da Assistência Farmacêutica

“A Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNDASAF) é a consolidação dos dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal para os medicamentos padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), e do Programa Farmácia Popular do Brasil. Instituída em 24/10/2017, ela contém os dados dos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica” (Portal MS – <bit.ly/2qFS39E>).

No caso da incorporação de tecnologias pelo SUS, para chegar a ser um PCDT é necessário que a matéria passe pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) – <bit.ly/2kwSH5d>. Trata-se de uma comissão que assessora o MS para a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS e na elaboração ou alteração de PCDT. A Conitec baseia-se em evidências científicas de eficácia do tratamento, mas também na relação custo vs. benefício. O caso das insulinas análogas é emblemático.

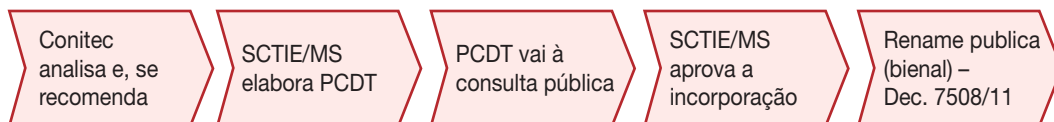
Em setembro de 2016, os membros da Conitec foram contrários à incorporação de insulinas

análogas de ação rápida pelo SUS e recomendaram a realização da Consulta pública nº 25/16. Após o resultado, em fevereiro de 2017, um novo parecer foi emitido. O relatório de recomendação “Insulinas análogas de ação rápida para Diabetes *Mellitus* Tipo 1” (Conitec, 2016) foi divulgado e tornou-se pública a decisão de recomendar a incorporação ao SUS, através da Portaria nº 10/17. Entretanto, as insulinas análogas de ação rápida não constam da Rename 2017, publicada em setembro do mesmo ano.

Outro exemplo sobre o percurso de um PCDT foi a divulgação pela Conitec, em setembro de 2017, do relatório de recomendação “Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas Diabetes Tipo 1” (Conitec, 2017b). A consulta pública foi realizada no final de outubro do mesmo ano e o PCDT foi aprovado e publicado, em março de 2018, através da Portaria conjunta nº 08/18 (Conitec, 2018).

A Lei nº 12.401/11 afirma que a instauração do processo administrativo para a incorporação da tecnologia deve ser concluída no prazo de 180 dias, prorrogável por mais 90 dias, se “as circunstâncias exigirem”. Apesar do tempo longo de debates, anteriores a 2016, os 180 dias parecem ser sempre necessários e, consequentemente, a incorporação pela Rename poderá ser aguardada por mais dois anos.

Por sua vez, a Lei nº 11.347/06, específica para diabetes *mellitus*, indica que o elenco de medicamentos disponíveis para o tratamento seria anualmente revisado.



“Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da Rename do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.” (Decreto nº 7.508/11).

“§ 2º A seleção a que se refere o § 1º deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.” (Lei nº 11.347/06).

A lei foi regulamentada pela Portaria nº 2.583/07, que faz referência às insulinas humanas NPH e regular, mas não há menção às análogas – a despeito do conhecimento científico da época, que permitiu ao estado do Paraná criar seu protocolo, aprovado pela CIB Paraná (Paraná, 2006). Na consulta de 2014, as evidências científicas eram ainda mais sólidas¹⁰.

O “Cadernos de Atenção Básica, 36 – Diabetes *Mellitus*” (Brasil; MS, 2013) traz orientações para a assistência farmacêutica e menciona as insulinas de ação intermediária e longa como as indicadas para o tratamento farmacológico de 3ª linha, mas recomenda-se a primeira, devido à experiência com seu uso e ao baixo custo.

Nas “Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018”, apresenta-se a pesquisa de ponta e todas as possibilidades de tratamento. No caso dos análogos de insulina, considera-se que:

“Os análogos de ação rápida possuem vantagens em relação à insulina humana regular: tem ação mais previsível e podem ser administrados imediatamente antes da refeição, reduzindo o risco de hipoglicemia. Além disso, também podem ser administrados imediatamente após a refeição, sem perda importante de seu efeito controlador da glicemia pós-prandial, e ainda com a vantagem de permitir flexibilidade caso a ingestão seja menor

que a antecipada. Somado ao fato de que os análogos de ação longa ou ultralonga também têm cinéticas mais previsíveis que as preparações de insulina humana com NPH, o uso de análogos possibilita a otimização do binômio controle glicêmico-hipoglicemia, particularmente à medida que o tratamento insulínico se intensifica” (SBD, 2017:197).

A partir desse entendimento, o diálogo entre a SBD e associações de pacientes contribuiu para a recomendação da Conitec pela inclusão das insulinas análogas no SUS. Além da demora em assumir o debate, da tomada de decisão e dos trâmites burocráticos, para além do caso do diabetes, observa-se a prioridade em medicamentos e tratamentos de menor custo com o argumento da integralidade no SUS. Entretanto, é o indivíduo que adoece e que deve ser o ponto de partida, como ser único e múltiplo que requer dos serviços de saúde as condições de atenção individualizada coerente com o atendimento universal e igualitário (Ayres et al., 2012). Nesse sentido, a adesão ao tratamento, o autocuidado na experiência com a doença e a melhoria na qualidade de vida dos pacientes também são indicadores imprescindíveis. No longo prazo, o retardo do início de um tratamento com menos efeitos secundários e a possibilidade de maior adesão poderá gerar gastos maiores no futuro, para indivíduos e instituições, e a evidência de um número de óbitos que poderia ter sido evitado.

A incidência política pelo acesso ao melhor tratamento comprovado, para todos os pacientes que dele necessitem, deve observar todos os cenários, tomando por base as experiências vividas e as respostas locais, em seus limites e possibilidades. Vários estados e municípios possuem PCDT que incluem as insulinas análogas, gerando políticas de saúde locais mais próximas

¹⁰ Em: “Revisão sobre análogos de insulina: indicações e recomendações para a disponibilização pelos serviços públicos de saúde” (2011) e nas Diretrizes da SBD 2013-2014: 56, menciona-se estudos consistentes sobre o uso de análogos de insulina de ação ultrarrápida.

de suas realidades e minimizando, por exemplo, casos de judicialização por insumos, especialmente medicamentos.

Quando houve a justificativa contrária à incorporação das insulinas análogas pelo MS em 2008, o Distrito Federal e os estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul criaram ou já contavam com protocolos incluindo os análogos de insulina, complementando assim a política nacional. Alguns anos depois, Rondônia, Bahia e Alagoas também criaram seus protocolos (Wang et al., 2011; Bagatin, 2014). Alguns estados faziam suas avaliações locais e incluíram as insulinas análogas antes de 2008, como o Paraná¹¹.

Por sua vez, nesse primeiro momento de inclusão dos análogos pelos estados, há um dado curioso. Observa-se uma certa coincidência quanto ao fato de os estados que possuíam protocolos serem os que apresentavam demandas judiciais coletivas com alguma decisão favorável. “Assim, ao menos para metade dos Estados que possuem protocolos estaduais, é possível afirmar que a política pública atual de dispensação de insulina envolveu uma reação às decisões judiciais que determinavam a dispensação de medicamentos.” Do mesmo modo, de acordo com a autora, é possível observar que “a postura mais ativa da União coincide com o início de decisões que a compõem a custear os medicamentos [...] ou a elaborar protocolo para a dispensação dos medicamentos” (Bagatin, 2014:551-2).

Mesmo que a realidade tenha mudado, inclusive devido a esforços para minimizar a judicialização da saúde, o que se evidencia é que, no caso das insulinas análogas, o poder público foi impulsionado pela demanda via judicial. Além disso, o governo federal adiou sua resposta até as deman-

das aos estados começarem a impactar a União, responsável pela compra do medicamento.

Contudo, considere-se que o fato de o procedimento ou tratamento ser incorporado ao SUS, não significa que atenda a todas as necessidades do paciente e que contemple as exigências nos serviços. No caso dos análogos de insulina, posteriormente houve uma negociação sobre as agulhas, que são da responsabilidade dos municípios. Em síntese, a incorporação das insulinas análogas requer um processo educativo para os pacientes e o entendimento do tratamento como um todo por parte de gestores e de profissionais de saúde.

Por último, mas não menos importante, no site da Conitec há uma página denominada “Participação social” – <bit.ly/2D97cDn> – com links para as consultas públicas, clipping mensal e um guia de orientação, entre outros. No entanto, a Conitec tem sido criticada por manter reuniões fechadas; por desconsiderar recomendações de sociedades médicas; e por não agregar OSC em suas reuniões. O último parágrafo da ata de reunião referente ao evento dirigido a associações de pacientes¹², em outubro de 2017, registra o limite à participação presencial dessas associações.

“Quanto à participação de usuários ou representações de usuários no plenário da Conitec concordou-se que ela pode continuar sendo feita por meio de convite da Secretaria-Executiva da Comissão. Nos casos em que o pedido partir dos usuários ou representações, conforme já ocorre, a participação dessas pessoas poderá ser autorizada como ouvinte e exclusivamente, no momento da apresentação do tema de interesse” (Conitec, 2017a:9).

¹¹ Há diversos protocolos estaduais, do DF e municipais disponíveis on-line. Optou-se por não incluir a lista, mas foram identificados ao menos cinco estados – Alagoas, Bahia, Mato Grosso, Paraná e Santa Catarina – e três municípios – Belo Horizonte, Campinas e Fortaleza –, além do DF.

¹² Em outubro de 2017, a Conitec selecionou associações de pacientes com diversas patologias – <bit.ly/2wuCgOf> – para o evento “Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde – como se envolver”.

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

A SVS – <bit.ly/2pLOI8R> – possui cinco departamentos. É a Secretaria que coordena as bases de dados, os inquéritos telefônicos (Vigitel) e o Departamento de Informática do SUS (Datasus), dialogando com outras instituições governamentais que produzem e monitoram indicadores e análises de cobertura nacional, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – <bit.ly/2JBkY4k> – e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) – <bit.ly/2kMTHjX>.

A vigilância epidemiológica é central na definição e condução de ações e propicia um retrato dos agravos em saúde, subsidiando decisões para novos protocolos de prevenção e de tratamento. Na SVS, o Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) é o mais pertinente às DCNT e, consequentemente, a HA, DM e DCV.

DANTPS – Competências

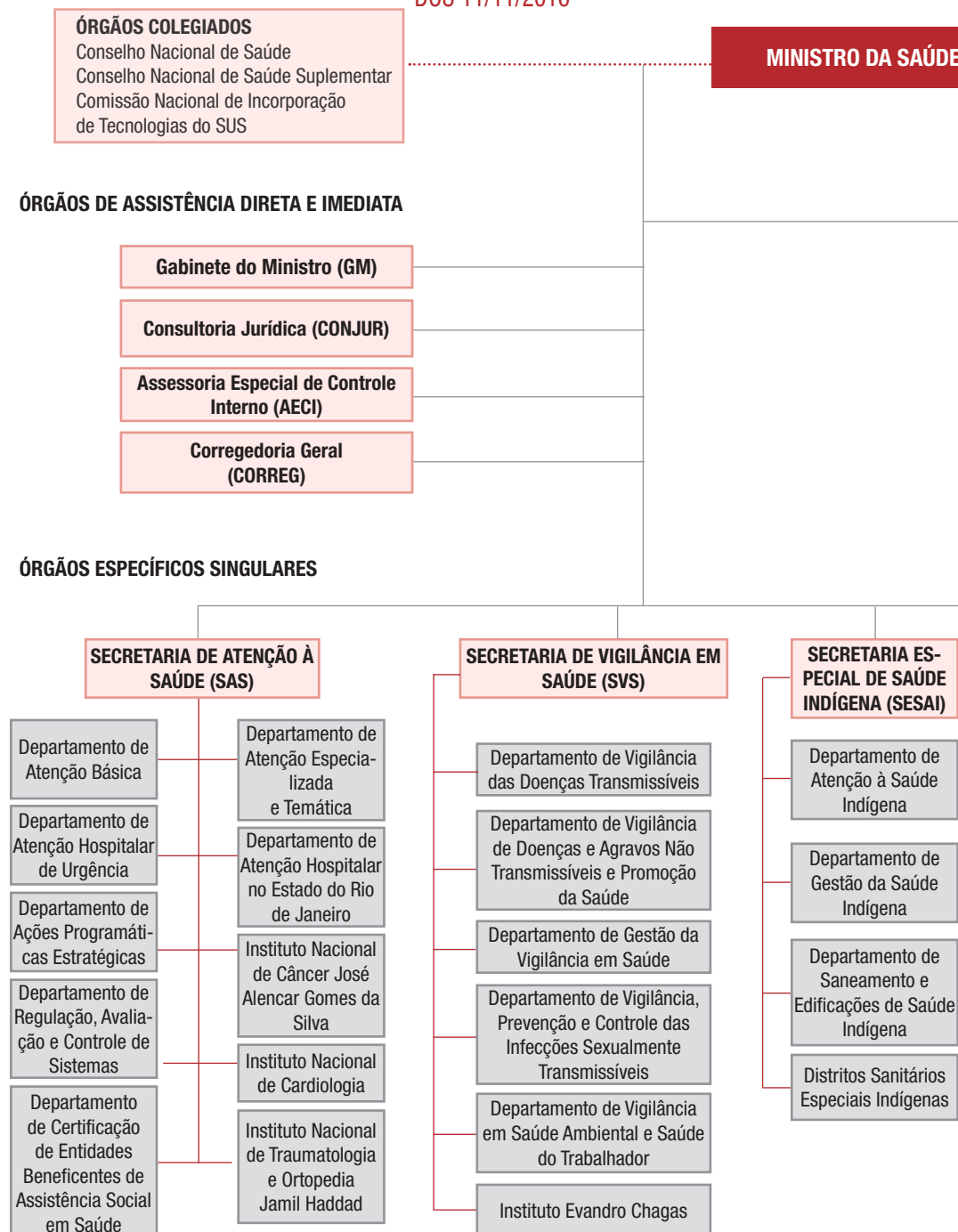
- I** fomentar programas e ações nas áreas de promoção à saúde, prevenção de fatores de risco e redução de danos decorrentes das doenças e dos agravos não transmissíveis;
- II** coordenar, gerenciar e normatizar o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças e Agravos Não Transmissíveis;
- III** realizar e coordenar pesquisas e inquéritos de fatores de risco e proteção;
- IV** promover a gestão de informação e a produção do conhecimento no campo da vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde;
- V** coordenar avaliações dos programas e das intervenções na área de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde;

- VI** monitorar a execução das ações no que se refere à vigilância de doenças e agravos não transmissíveis no SUS;
- VII** monitorar o comportamento epidemiológico de doenças não transmissíveis e outros agravos à saúde;
- VIII** apoiar os estados, os municípios e o Distrito Federal na área de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, de fatores de risco e de proteção e de promoção à saúde;
- IX** articular e acompanhar a implantação, o monitoramento e a avaliação das estratégias de enfrentamento das doenças e dos agravos não transmissíveis e de promoção da saúde;
- X** coordenar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no âmbito do SUS;
- XI** disponibilizar informações, apoiar e estimular iniciativas ou intervenções, no âmbito público e privado, que promovam a concepção de ambientes saudáveis e sustentáveis e a adoção de estilos de vida saudáveis;
- XII** normatizar e coordenar a execução dos sistemas de informação de estatísticas vitais;
- XIII** promover e divulgar as análises das informações geradas pelos sistemas de informação no âmbito do setor de saúde; e
- XIV** desenvolver metodologias para análises de situação de saúde no âmbito do SUS” (Regimento Interno da SVS/Regimento Interno do MS, p.298).

Possíveis ações

- **Explorar o Portal Saúde** – <bit.ly/2BLFCxy> – para conhecer melhor a estrutura do MS e de cada área, a política, gestores e equipes, serviços, campanhas, etc.
- **Identificar quem são os gestores na direção das Secretarias e Departamentos do MS**

Gráfico 4 - Ministério da Saúde – Estrutura Organizacional Básica – Decreto nº 8.901, DOU 11/11/2016



- Decreto nº 8.901, de 10/11/2016, publicado pelo DOU de 11/11/2016
- Coordenação de Inovação de Processos e Estruturas Organizacionais – CODIPE/SA/SE • codipe@saude.gov.br

ENTIDADES VINCULADAS

Aparquias: Anvisa e ANS

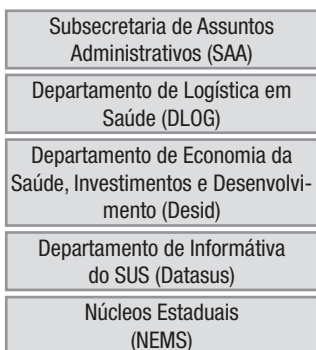
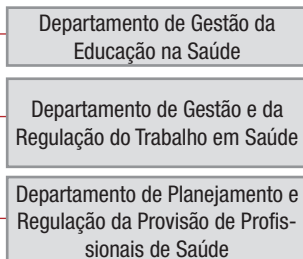
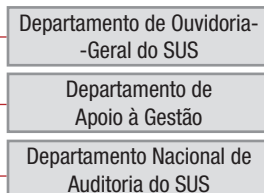
Fundações Públicas: Anvisa e Fiocruz

Empresa Pública: Hemobrás Sociedade de Economia Mista

Hospital N.S. da Conceição S/A

Hospital Fêmina S/A

Hospital Cristo Redentor S/A

SECRETARIA EXECUTIVA – SE**SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS (SCTIE)****SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES)****SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA (SGEP)****Anvisa:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária**ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar**Funasa:** Fundação Nacional de Saúde**Fiocruz** Fundação Oswaldo Cruz**Hemobrás:** Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

- Solicitar informações a eles ou a técnicos responsáveis por programas/projetos sobre canais de interlocução com a sociedade civil e formas de participação
- Solicitar ao MS maior divulgação das políticas intersetoriais para HA, DM e DCV
- Conhecer e monitorar o Plano Nacional de Saúde – <bit.ly/2C2ibAQ>
- Em casos de problemas identificados na gestão e/ou prestação dos serviços, formalizar o fato e solicitar providências enviando um ofício ao responsável no MS, SES ou SMS, com cópia para o conselho de saúde da esfera condizente
- Para acompanhar a incorporação de tecnologias no SUS, consultar a tabela das tecnologias demandadas – <bit.ly/2LbwLqM>
- Disque-Saúde: 136. Para informações sobre saúde e sobre o SUS
- Ouvidoria-Geral do SUS: Disque 136. Pode-se enviar denúncias¹³, reclamações, sugestões, ou pedir informações através do site do MS e, com a senha, acompanhar o andamento do que foi solicitado
- Verificar se as informações sobre HA, DM e DCV são oferecidas pelas ouvidorias do SUS e se estão atualizadas
- Se houver um fato grave recorrente, formalizar a reclamação ou denúncia junto aos órgãos competentes, com cópia para os conselhos de saúde da esfera condizente. O tema deve entrar na pauta da reunião do conselho, tanto pela importância dele, como pela circulação da ata da reunião. Há casos, por ex., de promotores de Justiça que solicitam as atas para acompanhar temáticas de seu interesse profissional
- Se a situação perdura há algum tempo pode-se, através de um parlamentar, solicitar uma audiência pública na Câmara Municipal de Vereadores ou na Assembleia Legislativa, para que o problema seja debatido com os órgãos responsáveis envolvidos. O Legislativo tem o papel de fiscalizar as políticas públicas
- O fato pode ser denunciado ao MP, na(s) esfera(s) condizente(s)
- No caso de denúncias, também podem ser procurados: Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); conselhos de direitos humanos; conselhos de assistência social, entre outros. É preciso convencer o interlocutor de que não se trata de um tema restrito à saúde
- Em todos os casos, pode-se enviar um *release* para a imprensa. A cobertura mobiliza a opinião pública e garante o registro da situação. Por isso mesmo, a informação deve estar correta, com dados que comprovem a denúncia
- Todos os contatos devem ser formalizados por escrito, com cópia para o arquivo da organização
- Audiência com o ministro da Saúde. Enviar ofício ao chefe de gabinete fazendo a solicitação. E-mail: chefia.gm@saude.gov.br. Atenção: antes de tomar a iniciativa, verificar se a demanda diz

¹³ Casos de denúncia precisam ser comprovados. Via e-mail, além de um texto resumido da denúncia, pode-se anexar alguns documentos (depoimentos, cartas, transcrições, fotografias...) que ilustrem o caso. Para uma situação mais grave, melhor seria organizar um dossiê, ou seja, reunir documentos, recortes de jornais, depoimentos e fotografias que registrem o caso de denúncia. O dossiê é enviado às autoridades, aos meios de comunicação e aos parceiros que estão acompanhando a denúncia em questão.

respeito à esfera nacional, se não há a possibilidade de resolução do problema de outra maneira (no âmbito municipal, estadual ou em áreas técnicas do MS) e se a organização está suficientemente embasada, com dados e informações.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

O MS é o responsável pela formulação das políticas públicas de saúde. Além de sua estrutura interna, conta com unidades vinculadas, como as agências reguladoras (Anvisa e ANS) e institutos, além de empresas e fundações públicas. As agências reguladoras foram criadas para fiscalizar a prestação de serviços realizados pela iniciativa privada. No que diz respeito a planos privados de assistência à saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – bit.ly/1SegVZd – é a responsável por sua regulação, inclusive quanto às relações com prestadores e consumidores.

A ANS foi criada pela Lei nº 9.961/00 como uma autarquia sob regime especial, vinculada ao MS, que atua como órgão regulador. Possui um contrato de gestão com o MS, devendo seguir suas diretrizes e adaptá-las à saúde suplementar. Antes da ANS, os planos e seguros de saúde eram regulados pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda. Os planos que estão sob regulação assistencial passaram a ser acompanhados pela ANS, mas, por se tratarem de seguradoras (como seguros de carro, de casa, de vida...), também estão na Susep.

A ANS regula os aspectos referentes ao fato de serem operadoras na área da saúde. Há um acompanhamento periódico, através do qual a agência procura monitorar o que está acontecendo nos serviços privados de saúde, a partir das operadoras, mas, também, considerando demandas de usuários e de órgãos de defesa do consumidor. Um exemplo foi a divulgação de uma

lista de planos de saúde que tiveram sua comercialização suspensa, devido a reclamações sobre a cobertura assistencial: negativas e demora no atendimento. De acordo com a ANS, a medida vigora desde 08/12/17, para 31 planos de saúde de 10 operadoras e “Os 167,7 mil beneficiários dos planos suspensos neste ciclo estão protegidos com a medida e continuam a ter assistência regular.” (Notícias ANS, 2017b).

Do mesmo modo, foram reativados 27 planos de sete operadoras, que reviram sua prática de atendimento. A qualidade do atendimento dos planos de saúde é monitorada trimestralmente, a partir das reclamações de usuários, pelo Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento. No terceiro trimestre de 2017, foram analisadas 14.138 reclamações.

Os planos de saúde são obrigados a ressarcir o SUS pelos procedimentos realizados por beneficiários da rede pública de saúde. Em dezembro de 2017, a ANS divulgou um ressarcimento das operadoras de planos de saúde para o SUS considerando-o recorde: um montante no valor de R\$ 458,81 milhões (ANS, 2017a). Observa-se ainda que houve um aumento no número de notificações de procedimentos pelos planos de saúde.

No esforço para responder a exigências de saúde contemporâneas e, simultaneamente, não restringir a visão exclusiva de prestação de serviços na área da saúde suplementar, a ANS vem trabalhando com promoção e prevenção, bem como com aspectos referentes a diretrizes clínicas. No caso das condições crônicas, há informações no site sobre fatores de risco, e além de abordagens em promoção da saúde e prevenção da obesidade. Em março de 2017, foi criado o Grupo Multidisciplinar para Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar. Um dos frutos do trabalho foi a publicação do **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira** (Brasil, 2017e), em dezembro do mesmo ano.

Os casos de pessoas com sobrepeso e obesidade estão previstos nas coberturas obrigatórias do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, incluindo profissionais de diversas especialidades, como nutrição e psicologia. Desde a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar de 1998, o Rol é obrigatório para todos os planos de saúde e tem sido atualizado com periodicidade. Atualmente, a atualização é bienal.

“Segundo dados da pesquisa Vigitel Brasil 2016 da Saúde Suplementar, a proporção de beneficiários adultos de planos de saúde com excesso de peso vem aumentando desde 2008, quando foi realizado o primeiro levantamento, passando de 46,5% para 53,7%. O mesmo ocorre com a proporção de obesos, que aumentou de 12,5% para 17,7%. É importante ressaltar que, no Brasil, apenas 10% dos pacientes com obesidade são diagnosticados, e porcentagem inferior a 2% deles recebem tratamento para obesidade.” (Blog da Saúde, 2017).

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é atualizado no âmbito do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), formado por representantes de órgãos de defesa do consumidor, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde, conselhos e associações profissionais, representantes de usuários de planos de saúde, OSC, entre outros. O Cosaúde elabora uma proposta que é submetida à consulta pública e, posteriormente, a Diretoria Colegiada da ANS delibera sobre as novas incorporações (ANS, 2017d). Os documentos de referência e o resultado da consulta pública são disponibilizados on-line, permitindo o acesso e o acompanhamento do processo.

A versão mais recente do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018 foi publicada em 08/11/17 – <bit.ly/2zr93n2>. A atualização incluiu

18 novos procedimentos – exames, terapias e cirurgias – e ampliou a cobertura de outros sete procedimentos, como medicamentos orais contra o câncer. Pela primeira vez, foi incorporado um medicamento para esclerose múltipla. (ANS, 2017c).

Participação da sociedade na ANS

- Audiências Públicas
- Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS)
- Câmaras e grupos técnicos – <bit.ly/2luBwtV>
- Consultas e participações públicas
- Comitês e Comissões – <bit.ly/2GtpsXN>

O Conselho de Saúde Suplementar (Consu) é anterior à ANS e foi criado pela Lei nº 9.656/98, mas passou a funcionar em 2000. Esse Conselho é presidido pelo chefe da Casa Civil da Presidência da República e integrado pelos ministros de Estado da Saúde, da Fazenda, da Justiça e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Uma de suas principais funções é fixar diretrizes gerais para o setor de saúde suplementar. O Consu não inclui a participação da sociedade e há pouca informação a seu respeito, no site da ANS.

Os temas debatidos na ANS passam pela CAMSS, que é composta por vários setores e possui caráter permanente e consultivo. Participam diversos segmentos sociais, como: operadoras e prestadores de serviços médicos e hospitalares; entidades de defesa do consumidor; representantes de outros Ministérios; e técnicos da ANS. Por sua vez, há uma instância colegiada que reúne os cinco diretores da ANS. Os assuntos que aparecem são votados pelos diretores, mas, se for previsto um maior impacto, passam pela CAMSS. Em geral, todos os macrotemas são levados à CAMSS, por demanda dos membros ou da ANS.

A participação de OSC na regulação da saúde suplementar é criticada por organizações que atuam na defesa do consumidor, devido à CAMSS não possuir um caráter deliberativo. Embora a ANS preveja dois mecanismos de con-

senso e composição de conflitos, quais sejam: o Termo de Compromisso e o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta, não há previsão legal para a participação das entidades de defesa dos consumidores, mesmo que os resultados os afetem diretamente. Cabe destacar o papel da ouvidoria da ANS, que recebe denúncias de pessoas com casos sujeitos, ou não, à regulação.

Apesar das agências reguladoras serem apresentadas como guardiãs do interesse público, em várias ocasiões, a ANS tem sido questionada sobre conflitos de interesse, devido a alguns de seus diretores possuírem vínculos com empresas privadas de saúde. Esse foi um dos aspectos que originou o PLS nº 69/18, do senador Cássio Cunha Lima (PSDB/PB), que tramita na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, sob a relatoria da senadora Vanessa Grazzotin (PCdoB/AM). O projeto estabelece um período mínimo de ausência de vínculo com empresas do setor como condição para o cargo de diretor da ANS.

Possíveis ações

- **Estar atento às consultas públicas para incidir sobre temas de interesse. As informações e procedimentos para a participação estão disponíveis no site da ANS**
- **Conhecer como é elaborado o Rol de procedimentos da ANS – <bit.ly/1dNU9Fk>**
- **Consultar dados da ANS. Por exemplo, no link “promoção e prevenção”, há diferentes informações e estatísticas**
- **Informações: Disque ANS – 0800 7019656 e “Fale conosco” (consumidores) – <bit.ly/2BKy2A8>**
- **Utilizar o e-OUV – Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo Federal, – <bit.ly/1Ms66Vz>, para fazer quaisquer reclamações, denúncias ou outras manifestações**
- **Atuar na defesa do controle da saúde por meio do poder Legislativo e do Sistema**

e Justiça, de forma direta (pela própria entidade) ou indireta (por meio de representação à ouvidoria da ANS ou do MP

- **Acompanhar a Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde – <bit.ly/2MAFLJC>**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

A Anvisa – <bit.ly/1qVDeTJ> – foi criada pela Lei nº 9.782/99 como uma autarquia sob regime especial, vinculada ao MS e com sede no DF. Por sua natureza, possui independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira. A Anvisa é o órgão que implementa as políticas de vigilância sanitária e coordena o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, integrado por:

- Ministério da Saúde
- Anvisa
- Conass
- Conasems
- Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do DF e Municipais (Visas)
- Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen)
- Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS)
- Fiocruz
- Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde

As Visas estão ligadas às Secretarias de Saúde correspondentes a seu território de atuação.

O Conselho Consultivo da Anvisa conta com a participação de representantes da União, de estados e municípios e do DF, além de produtores, comerciantes, comunidade científica e OSC que atuam na defesa do consumidor. Tem a prerrogativa de solicitar informações à Diretoria Colegiada, além de fazer propostas e recomendações técnicas. Também pode emitir parecer sobre os relatórios anuais da agência.

Há, ainda, Câmaras Técnicas, cujos membros assessoram e emitem pareceres sobre os campos de atuação da Anvisa. Do mesmo modo, nas Câmaras Setoriais, há debates sobre setores estratégicos, com a participação da sociedade e do setor produtivo.

Cabe à Anvisa, normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse da saúde individual e da saúde pública, submetendo-os à vigilância sanitária. Agrotóxicos, alimentos, bebidas, medicamentos, sangue, saneantes, cosméticos, produtos, equipamentos médicos e serviços de saúde são regulados pela Anvisa. A agência determina as obrigações e os direitos de quem os fornece e de quem os consome. É o órgão responsável pela elaboração de parâmetros para o controle de qualidade dos glicosímetros. Também compete à Anvisa, fiscalizar serviços de saúde, como hospitais, clínicas e laboratórios.

Os produtos, medicamentos, insumos, etc. que são analisados pela Conitec para possível incorporação pelo SUS devem ter registro na Anvisa, sob critérios de desempenho, segurança e eficácia.

Na Anvisa, os produtos relacionados ao DM perpassam três gerências dentro da área de Tecnologia de Produtos para a Saúde

- Lancetas e lancetadores ficam registrados ou cadastrados na área de materiais
- Tiras reagentes para avaliação da glicose, na área de diagnóstico *in vitro*
- Glicosímetro, originalmente, na área de equipamentos. Entretanto, em 2015, houve uma mudança no regulamento e todos os equipamentos de uso com propósito de diagnóstico passaram à área de diagnóstico *in vitro*, na qual é realizada a avaliação do produto e de qualquer modificação que seja feita (Anvisa, 2015 e 2017).

Em 2009, foi organizado um painel setorial motivado pelo Instituto Nacional de Meteorologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro) para discutir questões referentes aos glicosímetros, devido a reclamações de usuários, principalmente sobre o desempenho do produto. O evento contou com vários setores da sociedade, OSC, pacientes, sociedade médica, Anvisa, Inmetro e MS. Concluiu-se que boa parte das reclamações estava associada ao mau uso do produto, devido à forma como as informações estavam disponibilizadas nas instruções. A Anvisa iniciou um projeto junto à área de monitoramento de pós-mercado, realizado pela Universidade Federal de Viçosa, para a avaliação das bulas dos glicosímetros. A conclusão foi de que as bulas eram longas e que as letras pequenas dificultavam a informação. Foi realizada uma avaliação de usabilidade, que gerou um documento do Inmetro. Às empresas foi solicitado que adequassem as bulas a uma linguagem acessível ao usuário. (Inmetro, 2009).

A segunda etapa prevista foi a avaliação de desempenho do produto: se ele estava respondendo conforme o esperado e o que era declarado. Os glicosímetros são avaliados com as tiras, devido às especificidades dos aparelhos. Em 2009, houve uma mudança na ISO 15197, uma norma de referência para a avaliação dos glicosímetros¹⁴. A versão vigente era de 2003, atendida por todos os glicosímetros registrados na área de equipamentos. Em 2013, uma nova versão trouxe critérios mais restritos, como: aumento do número de lotes testados; aumento da quantidade de pacientes para fazer a avaliação; e restrição quanto ao resultado aceitável, ampliando a margem de desempenho do equipamento – de 95% para 99%. A ISO 2013 teve uma fase de transição de três anos, para a adequação do mercado.

Na Anvisa, a equipe da Gerência de Produtos Diagnósticos de Uso *in vitro* (Gevit), que passou a ser a responsável pelos glicosímetros, definiu dois

¹⁴ Sigla de *Organization for Standardization* [Organização Internacional para Padronização]. A ISO visa aprovar normas internacionais em todos os campos técnicos, como normas técnicas, normas de procedimentos e processos, etc. A Associação Brasileira de Normas Técnicas é a representante brasileira na ISO.

caminhos para o trabalho: registro e monitoramento. No primeiro caso, a questão era conhecer o cenário desses produtos registrados na Anvisa e se estavam atendendo ao esperado, pois no mercado atuavam sob normas distintas. Todos apresentavam um desempenho conforme o esperado, mas atendendo a critérios diferentes, dependendo da questão da avaliação. Para mapear o terreno, foi solicitado que as empresas apresentassem estudos quanto à norma de 2013. Por se tratar de um produto de uso leigo e de consumo altíssimo, o mapeamento também buscou assegurar que o abastecimento no mercado não fosse afetado, observando a distribuição territorial.

Em meados de 2017, o trabalho foi finalizado. A intenção era não revalidar os produtos que não atendessem à nova norma. Entretanto, de acordo com a Procuradoria da Anvisa, a agência não tinha autonomia para bloquear o registro de uma empresa em função de ela não seguir a norma mais atual. Como a ISO 15197 não estava mencionada em regulamento algum, a Anvisa não poderia assumir esse papel. Desde então, a Anvisa começou a desenvolver um regulamento mencionando a ISO a fim de utilizá-lo como referência para as empresas, tanto para registrar produtos novos, como para revalidá-los. Os produtos novos passaram a seguir a ISO 2013, provavelmente antevendo as regras do mercado. As empresas que já tinham registro na Anvisa pretendiam ter a ISO 2013 até o final de 2018.

Produtos para diabetes aprovados pela Anvisa – 2017

17/07 – Registro inédito do medicamento Soliqua (insulina glargina + lixisenatida). Novo produto biológico, indicado para o tratamento de DM2 como opção adicional ao controle glicêmico de diabéticos – <bit.ly/2s3gTOe>

03/04 – Xultophy, mais um novo produto biológico para DM2, inédito no Brasil – <bit.ly/2s33aXV>

28/03 – Genérico dapagliflozina, inédito para o tratamento de pacientes com DM2 – <bit.ly/2KFIBIH>

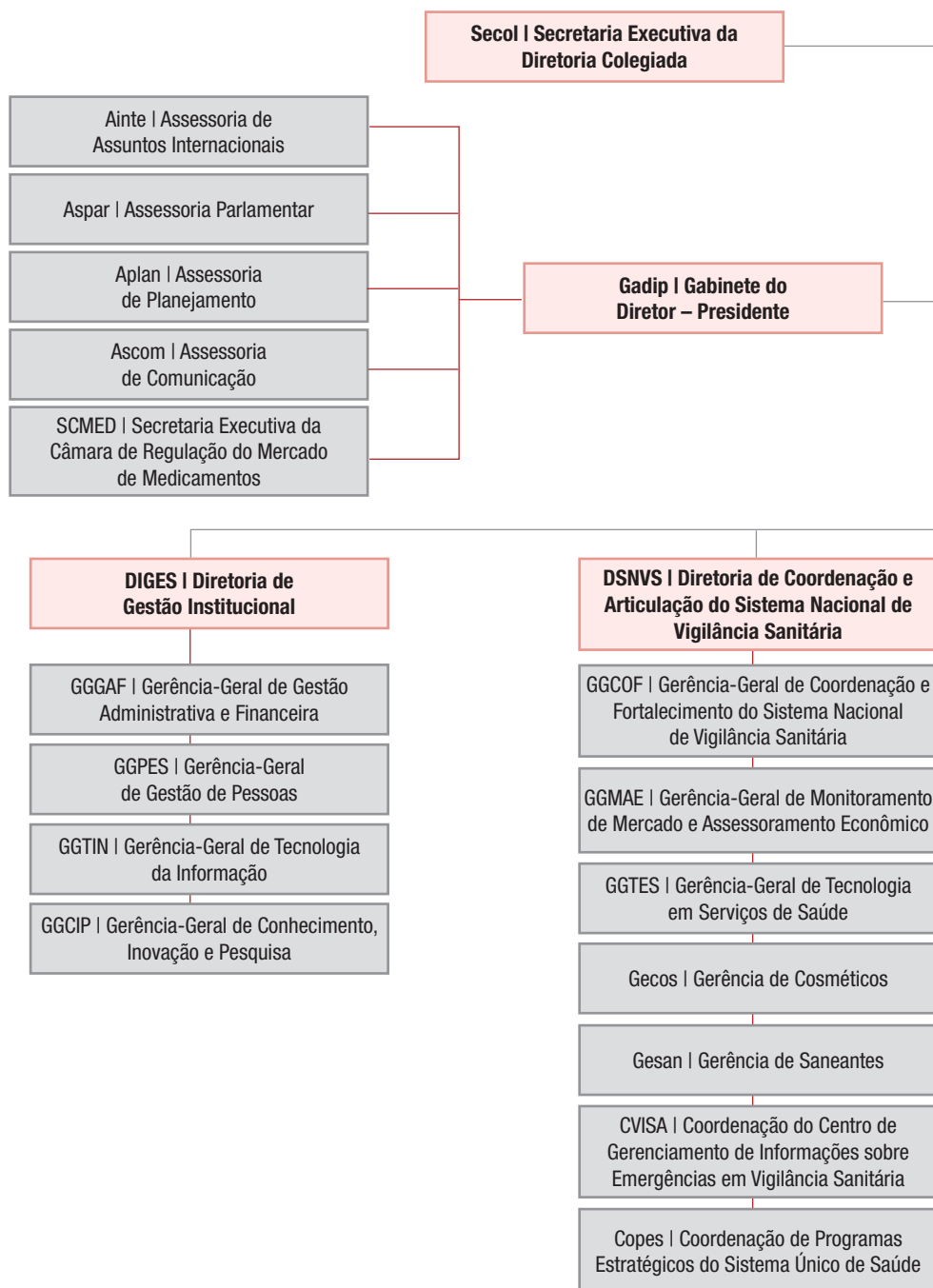
A participação dos usuários pode ser um diferencial. Empresas, mesmo reguladas pela Anvisa, participam do processo regulatório defendendo seus interesses, em geral, econômicos. Por sua vez, os cidadãos, através de associações de consumidores, ou de órgãos públicos, como o Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (Procon), o MP e a Defensoria Pública (DP), podem e devem defender e reivindicar seus direitos como consumidores. Também podem se manifestar através da Ouvidoria ou do anvis@tende.

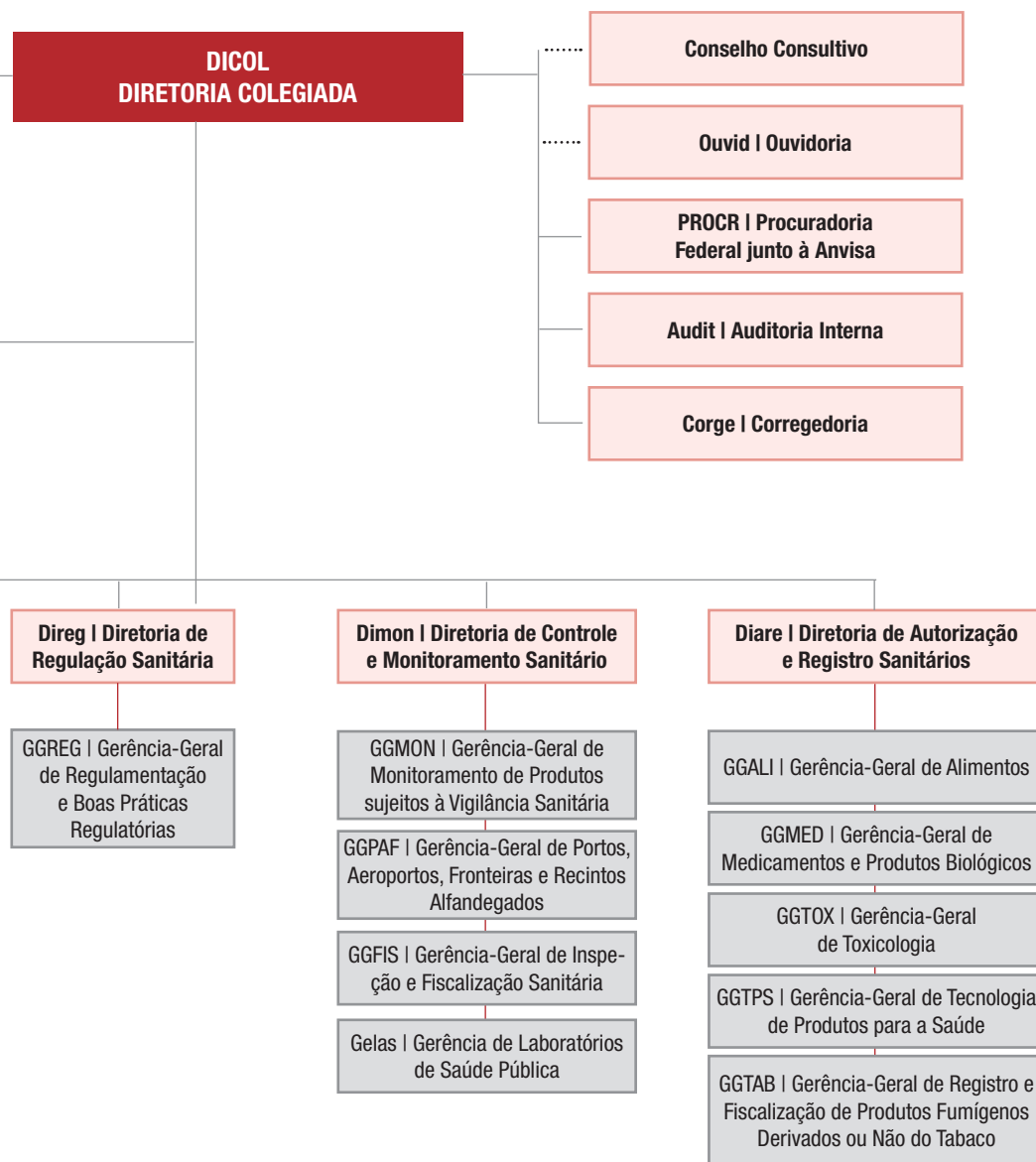
Consultas e audiências públicas

- A Anvisa utiliza os mecanismos de consulta pública e audiência pública com frequência, às vezes interligados. Pode-se obter informações e, no caso das consultas públicas, participar através do site. Os documentos e formulários necessários estão disponíveis
- É importante visitar o site de vez em quando para não perder a oportunidade de incidir sobre um tema de interesse. As consultas públicas da Anvisa ficam abertas a contribuições por um período determinado, podendo variar (30, 60 ou mesmo 120 dias)

Desde 2009, uma agenda regulatória é elaborada e é realizado um balanço anual. Nas audiências e consultas públicas da Anvisa, surgem propostas de novos regulamentos ou revisões de regulamentos vigentes. Os usuários, consumidores e instituições de defesa do consumidor devem se fazer ouvir. A consulta aos bancos de dados da Anvisa facilita a participação.

Por fim, uma agência reguladora pode tomar uma iniciativa institucional que seja favorável à causa da OSC. Em alguns casos, acompanhar o processo da agência pode ser mais rápido do que o trâmite de um projeto de lei. Definir qual é o melhor caminho é uma estratégia. Talvez não seja preciso uma lei, mas uma resolução.

Gráfico 5 – Organograma da Anvisa



Fonte: Anvisa

No âmbito estadual, uma lei “só pega” se houver fiscalização, sendo importante incidir sobre os órgãos fiscalizadores. Por exemplo, no caso da lei antifumo em São Paulo, a ACT Promoção da Saúde desenvolveu ações de *advocacy* junto à vigilância sanitária (Visa), inclusive contribuindo com a capacitação de profissionais. Por sua vez, o Ministério Público do Trabalho foi um parceiro importante, por poder identificar a existência de trabalhadores expostos à fumaça de cigarro e autuar a empresa.

Desde julho de 2017, dois bancos de dados estão disponíveis no Portal Anvisa, com informações sobre dispositivos médicos regularizados e com registro válido na agência.

- O primeiro contém dados básicos, como: nome do produto, nº do registro ou do cadastro, detentor deles, nome do fabricante e país de fabricação (planilha Excel)
- O segundo “... destina-se a usuários com conhecimentos avançados em informática [...]”. Além de conter os dados do primeiro banco, contém também os modelos dos produtos, caso existam” (Portal Anvisa). Mais informações no link: <bit.ly/2C18Yba>

Possíveis ações

- Consultar informações e canais on-line, categorizados por: empresas; cidadão; vigilâncias sanitárias; e serviços e profissionais de saúde – <bit.ly/2CP6dKv>
- Consultar a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/15 – <bit.ly/2KKawHv>, para saber o que é produto *in vitro*, o que é produto para um leigo, entre outros
- Consultar os calendários de reuniões da Anvisa – <bit.ly/2BX18j7> – e as atas e pautas de reuniões ordinárias públicas – <bit.ly/2K3ogOh>. Algumas reuniões são

transmitidas on-line. Pode ser mais fácil se informar pelas redes sociais: Twitter – @anvisa_oficial – e Facebook – @AnvisaOficial

- Acompanhar as consultas – <bit.ly/2zjljSI> – e/ou audiências públicas – <bit.ly/2zibGUx> – no site da Anvisa, para incidir sobre os temas de interesse
- Acompanhar as atas, pautas e briefings do Conselho Consultivo – <bit.ly/2jKRJ37>
- Através do Ouvidori@tende fazer denúncias e acompanhá-las on-line, com o número do procedimento. É necessário preencher um formulário on-line. Prazo de resposta: até 15 dias úteis. A vigilância sanitária recebe denúncias relacionadas à estrutura inadequada dos serviços de saúde, à falta de higiene, à fraude, à falsificação e a problemas na qualidade de medicamentos, entre outros
- Para dúvidas, informações e seguimento de processos: 0800 642 9782, de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 19h30, ou através do formulário eletrônico – <bit.ly/2mf65s5>
- O papel das Visas é o mesmo, mas direcionado ao âmbito local. Para os endereços das Visas estaduais: <bit.ly/2zjwBGF>

Âmbito Estadual

Secretarias Estaduais de Saúde (SES)

As SES são órgãos dos governos estaduais e, como tais, atendem à orientação política dos governos dos estados e às Constituições Estaduais. Independente disso, todas as Secretarias Estaduais atuam em conformidade com a normatização do SUS. Devem seguir as diretrizes nacionais e as pactuações entre os gestores.

Às SES compete a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e o planejamento do SUS no âmbito estadual

Devido à autonomia na gestão, para além do que é pactuado, o gestor estadual pode criar normativas e leis próprias aos interesses e necessidades de saúde do estado. Além de conhecer a política nacional de DCNT, em especial no que se refere a HA, DM e DCV, é importante conhecer a dinâmica política estadual, até mesmo para incidir politicamente sobre decisões que podem vir a ser mais avançadas do que o existente como referência nacional. Por sua vez, são os parâmetros nacionais que permitem às organizações identificarem algum tipo de impropriedade no âmbito do estado, seja por ineficiência ou condução política.

O fortalecimento da regionalização no SUS exige das gestões que façam seus planejamentos estaduais segundo a articulação interfederativa, respeitando as pactuações regionais, além das pactuações na CIT e na CIB.

No que se refere a HA e DM, estão inseridos nos Departamentos de Atenção Básica, cujos profissionais dialogam com a rede de doenças crônicas. O grau de envolvimento entre as áreas vai depender do contexto de cada estado, da implementação da política da RAS e do quanto se avançou após a introdução da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas. A maioria das capitais visitadas, segue essa orientação e o desenvolvimento de linhas de cuidado. Cada vez mais, observa-se a interrelação entre as atenções primária e secundária e, em alguns casos, há vínculos estreitos entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

No cotidiano, não é novidade que as Secretarias de Saúde dependam da vontade política dos governos estaduais (ou municipais), facilitando ou limitando seu dia a dia. Por sua vez, há barreiras internas que dificultam o desenvolvimento do trabalho, como: centralização na gestão; falta de

pessoal; “escudo burocrático”; ausência de retorno se o assunto não é considerado prioritário, etc. Contudo, também há esforços conjuntos sendo empreendidos, diálogos entre a SES e os municípios do interior, grupos de trabalho via WhatsApp que atualizam informações, disseminam peças de campanhas, agendas de trabalho, entre outros.

As SES visitadas foram:

- SES-DF – Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal – <bit.ly/1DQ0r07>
- SES-PR – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – <bit.ly/29uywzd>
- SES-SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – <bit.ly/1Hv3Mct>
- Sesa-CE – Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – <bit.ly/1tawKSD>
- Susam – Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – <bit.ly/2CHMIW6>

CIDH – Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, Sesa Ceará

Final dos anos 1980

- Apenas o ambulatório da Faculdade de Medicina e um posto de saúde atendiam pessoas com DM. Dra. Adriana Forti, endocrinologista, iniciou o serviço com um enfermeiro, um epidemiologista e uma nutricionista. O trabalho inicial era a capacitação de médicos e enfermeiros de postos de saúde das prefeituras, na capital e no interior do estado.
- Em 1987, o Ceará conseguiu ser incluído no estudo de prevalência de DM do MS.
- O CIDH foi criado em 14/04/88, como referência para o acompanhamento de pacientes
- 2002, na SBD: capacitação sobre educação terapêutica pela *American Diabetes Association*, dinâmica que permeia todas as ações com o paciente, ajudando-o a intervir no processo.

- Educação de pacientes: o aprendizado ocorre como se fosse uma “faculdade”. A faculdade do pé, de aplicação de insulina, da alimentação, etc. Incentiva-se o autocuidado.

Em 2017

- Referência na assistência de nível secundário a pacientes com DM no Ceará
- Atende, em média, 250 pacientes por dia. Acompanha 29.111 pessoas – HA e/ou DM
- Equipe: nutricionistas, endocrinologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, cardiologistas, angiologistas, nefrologistas, oftalmologistas, neurologistas, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais
- “Mutirão do olho” – parceria entre sociedades médicas para mapeamento e rastreamento de doenças oculares associadas ao DM. Em 2017, foram distribuídas 400 senhas – <bit.ly/2QJ1GNI>
- Referência em formação no estado, ajudou a definir as diretrizes para o Protocolo Clínico Diabetes em Fortaleza. A cidade registrou 85 mil pacientes com HA e DM (jan.-jun. 2017) no prontuário eletrônico. P.S.: no Brasil, ainda há inúmeras unidades de saúde e ESF sem prontuário eletrônico.

Possíveis ações

- Conhecer as leis estaduais e portarias que criam especificidades na política estadual para HA, DM e DCV
- Identificar os tomadores de decisão no âmbito estadual; quem é responsável pela política de HA, DM e DCV? Incluir seus e-mails no mailing institucional da organização. Atenção: mailing institucional tem público-alvo. Deve ser um canal para apresentar a OSC e atualizar suas ações institucionais. Fotos institucionais podem estar em um link. Mesmo no Facebook, considerar o que postar se a conta for pessoal ou institucional
- Informar-se sobre a atuação do secretário estadual de Saúde no Conass por exemplo, se exerce algum cargo na gestão atual (consultar o site do Conass – <bit.ly/2kOejIv>)
- Acompanhar publicações do Conass, seguindo a concertação política entre as SES
- Manter a organização atualizada sobre as pactuações estaduais
- Verificar se há uma rede de monitoramento de DCNT na SES
- Verificar se há políticas intersetoriais que diferenciem as respostas a HA, DM e DCV
- Identificar se a referência e contrarreferência entre os serviços é realizada e quais as dificuldades encontradas pela SES, ou se a introdução do MACC alterou os encaminhamentos
- Identificar se há comissões ou grupos de trabalho sobre HA, DM e/ou DCV na SES, se é possível a participação de OSC e o que é necessário para tal
- Identificar se há um grupo de trabalho sobre HA, DM, DCV e/ou DCNT prévio à elaboração do Plano Estadual de Saúde. Se sim, solicitar a participação da organização
- Solicitar audiência com o gestor estadual para apresentar a organização e se colocar à disposição para colaborar com a elaboração e monitoramento das políticas públicas para HA, DM, DCV e/ou DCNT. Atenção: a organização precisa ter claro qual é o seu papel na defesa de interesses de pacientes, para não se deixar levar pelos impasses da burocracia estatal

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

O Conass – bit.ly/2kOejlv – é uma entidade sem fins lucrativos, criada em 1982. Representa a esfera estadual nas pactuações nacionais referentes à saúde na CIT. É uma das contrafaces do MS. Evidentemente, o MS dialoga de maneira direta com os secretários estaduais de Saúde, mas, quando se trata da elaboração de estratégias e decisões políticas no SUS, o ator político que representa os secretários estaduais de Saúde é o Conass.

A entidade está envolvida primordialmente nos debates macropolíticos, o que não significa estar alheia aos municípios, tanto na gestão como em programas de formação. Por exemplo, dada a dinâmica descentralizada do SUS e a autonomia das gestões locais, o Conass não pode ingerir sobre os municípios, mas pode cobrar o cumprimento das pactuações realizadas. Por sua vez, o MS pode, inclusive, suspender recursos se o município não responder ao que foi acordado.

Outro ponto caro ao Conass é seu papel na formação, envolvendo estados e municípios, como é o caso da planificação da atenção primária à saúde nos estados, que reúne gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas RAS (Conass, 2011). Além dos treinamentos, o Conass publica e divulga informações técnicas orientando a realização de oficinas, de forma detalhada, abrangendo áreas pertinentes ao alcance das SES. No caso de HA, DM e DCV, entre outros, é destacado o trabalho sobre a estratificação de risco, que indicará o caminho para o usuário na rede de saúde.

O Conass mantém uma reunião mensal com a presença dos 27 secretários estaduais de Saúde, na qual se discute os rumos para as políticas nacionais de saúde. Elege-se prioridades para o ano, ou um mandato e, dependendo do tema, são convidados setores da sociedade que possam

contribuir. Quando o debate diz respeito à legislação, trabalha-se em articulação com a Câmara dos Deputados. O Conass procura mobilizar os parlamentares, por exemplo, sobre questões referentes ao financiamento em saúde.

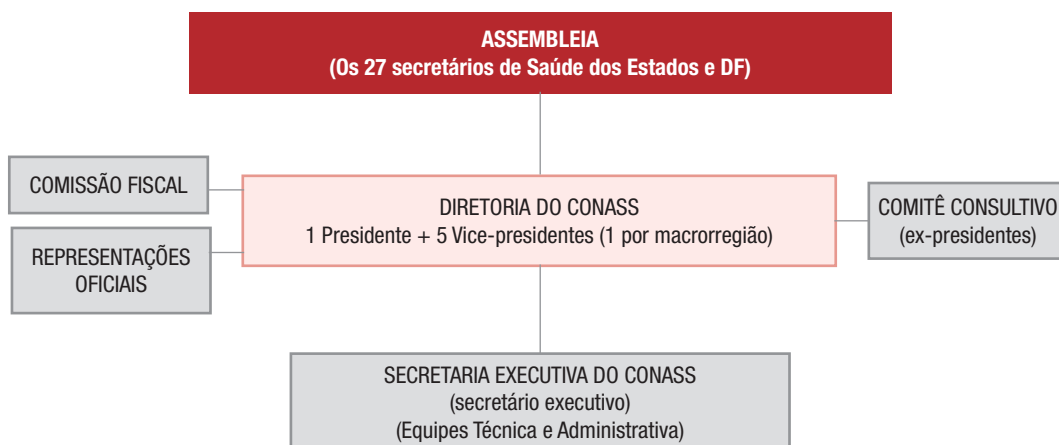
Internamente, há várias áreas de trabalho e, dependendo da área ou do projeto, são estabelecidas parcerias com o MS. Há um viés de atuação quanto ao fortalecimento da gestão pública e à capacitação de gestores. O Conass tem sido um ator central na problematização das RAS, coordenando processos de trabalho, publicando e disseminando informações e saberes que subsidiam os gestores, suas articulações e pactuações. Possui várias publicações, sendo bastante conhecida a *Coleção Progestores 2007 – Para entender a gestão do SUS*, atualizada em 2015, que conta com doze livros, disponíveis on-line. Também está on-line, na Biblioteca Digital do Conass, o periódico bimensal *Consensus – Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde* e inúmeras publicações.

O Conass possui representação em várias instâncias e comissões. Participa do Conselho Nacional de Saúde, pela representatividade da CIT, integrando algumas comissões temáticas.

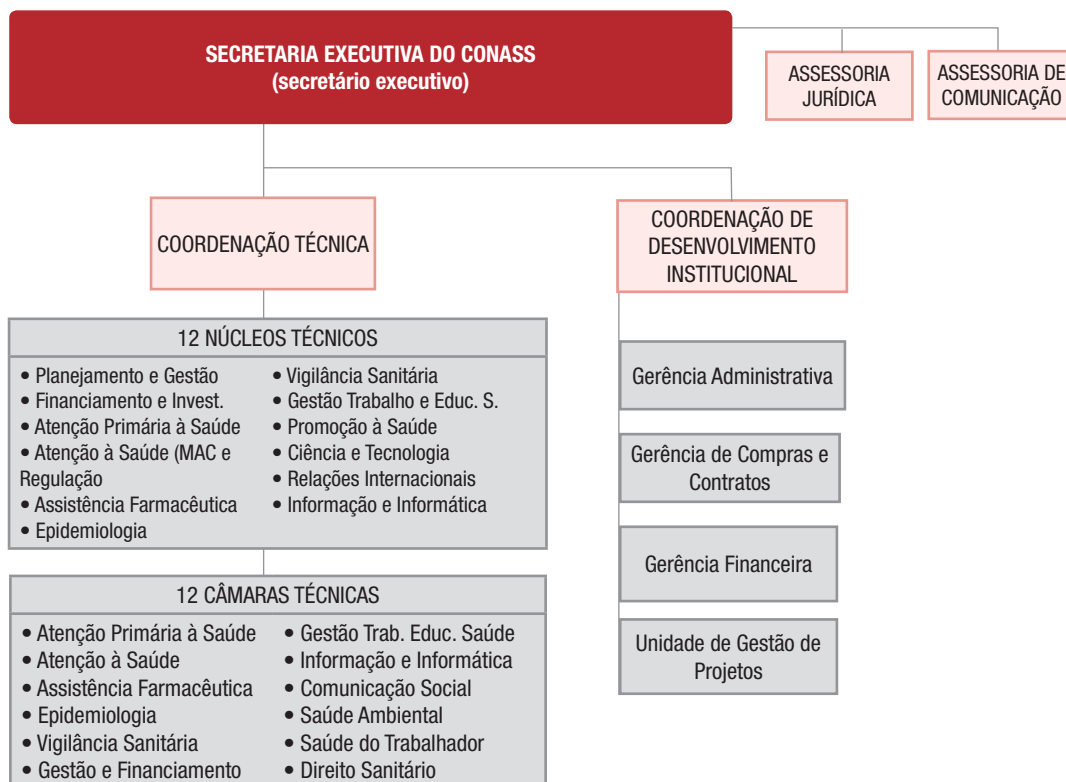
O Conass e o Conasems têm sede em Brasília. De acordo com a Lei nº 8.080/90, ambos contam com recursos do orçamento geral da União, através do FNS, para despesas institucionais. Eles também, podem estabelecer convênios com a União.

Gráfico 6 – Organograma do Conass

Organograma da Direção



Organograma da Secretaria Executiva



Âmbito Municipal

Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

As SMS são órgãos dos governos municipais e, como tais, atendem à orientação política das prefeituras e às Leis Orgânicas Municipais. Do mesmo modo que as SES, as SMS atuam em conformidade com a normatização do SUS e devem seguir as diretrizes nacionais e as pactuações nacionais e estaduais. As SMS possuem autonomia de gestão.

As observações mencionadas antes quanto às SES também são pertinentes às SMS. Entretanto, no caso dos municípios, as RAS estão influenciando diretamente em seu dia a dia. Os debates e as decisões sobre a implantação de vários processos passaram a ser centrais.

A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: a elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado; a gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde; a educação em saúde; a gestão de caso; os grupos operativos; o mapa de recursos comunitários; o autocuidado apoiado; e os novos formatos da clínica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialistas e a atenção a distância (Mendes, E.V., 2015:84).

Mais especificamente, às SMS cabe a formulação da política municipal de saúde e a provisão de ações e serviços de saúde,

financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual. Os secretários municipais de Saúde devem observar uma agenda anual mínima¹⁵:

- Conferência de Saúde
- Plano de saúde
- Lei do Plano Plurianual (PPA)
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) – até o final de abril de cada ano, o Executivo apresenta ao Legislativo
- Programação Anual de Saúde
- Lei Orçamentária Anual (LOA)
- Relatório Trimestral de Gestão – apresentado ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e no Legislativo, em audiência pública
- Relatório Quadrimestral de Gestão – apresentado pelo prefeito, em audiência pública e no relatório resumido de execução orçamentária, enviado ao Ministério da Fazenda
- Relatório Anual de Gestão

Alguns relatos e estudos demonstram que o diálogo no âmbito do município é, simultaneamente, o mais difícil e o mais necessário. Os municípios têm um papel fundamental na execução de serviços do SUS. São eles os responsáveis pela atenção básica, que, a partir da RAS, é ordenadora e coordenadora do cuidado.

A estrutura do SUS pressupõe o fortalecimento do poder local no aprimoramento da resposta à saúde mais condizente com as necessidades da população. Na prática, especialmente municípios pequenos oferecem pouca resposta, devido à escassez de recursos e ao despreparo de alguns gestores (não somente em municípios pequenos). Ademais há situações de desinteresse e descaso

¹⁵ Para mais detalhes, ver o Anexo – Agenda do secretário municipal de Saúde, na publicação “Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal” (Conasems, 2009).

com os problemas de saúde da população, em especial de estratos sociais mais pobres ou de populações específicas, na maioria das vezes, desprovidos de voz e poder de negociação.

Na defesa da municipalização e visando melhorar as possibilidades de respostas da gestão municipal, o Conasems produz e divulga documentos e cartilhas simples para subsidiar os gestores. Cabe notar que, no processo eleitoral de 2016, houve uma renovação em torno de 70% de secretários municipais de Saúde, muitos com pouca ou nenhuma experiência com o SUS.

Outro ponto diz respeito ao controle social, cujo exercício no âmbito municipal, paradoxalmente, muitas vezes é dificultado pelas relações de proximidade entre atores sociais envolvidos na dinâmica da política local e nos próprios conselhos de saúde. Devido à ausência ou fragilidade do controle social, em situações de descaso, nepotismo ou mesmo corrupção, a organização às vezes não sabe como proceder.

O box “Instrumentos Administrativos Municipais” oferece sugestões de mecanismos que, no limite, podem ser acionados na defesa dos interesses dos usuários do SUS, observando o direito social à saúde. Seguem as SMS visitadas:

- Semsa – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – <bit.ly/1xffM5r>
- SMS – Curitiba – <bit.ly/2D58OgJ>
- SMS – Fortaleza – <bit.ly/2kmOhg7>
- SMS – São Paulo – <bit.ly/2l3qZio>

Instrumentos Administrativos Municipais

São aqueles dirigidos pelos cidadãos à Administração Municipal. Visam obter informações e documentos sobre atos e decisões, denúncia de irregularidades cometidas pelo prefeito ou funcionário da administração pública.

- **Pedido de informações de interesse particular ou coletivo.** Deve ser prestado

no prazo determinado na Lei Orgânica do Município. Não sendo atendido no prazo, pode haver denúncia por crime de responsabilidade, por um promotor, que leve à perda do mandato

- **Petição a qualquer órgão (Executivo, Legislativo e Sistema de Justiça) em defesa de direitos contra ilegalidade ou abuso de poder**
- **Obtenção de certidões de atos e contratos** (decreto, portaria, aviso, circular) para defesa de direitos. O não fornecimento de certidões é considerado crime de responsabilidade (Decreto-Lei nº 201/67)
- **Fiscalização de contas do orçamento municipal.** Todo cidadão, ou associação, pode solicitar a documentação das contas municipais, inclusive questionar sobre sua legitimidade e legalidade. A documentação das contas deve estar à disposição durante 60 dias, a cada ano. O período exato é fixado pela Lei Orgânica Municipal (Art. 31, § 1º da CF88)
- **Acompanhamento do processo de licitação.** Concorrência para contratação de obras, serviços, compras e alienações (Lei nº 8.666/93)
- **Impugnação de edital de licitação.** Deve ser feita até cinco dias antes da abertura dos envelopes de habilitação (Lei nº 8.666/93)
- **Denúncia ao TCM.** Por falta de prestação de contas, qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato pode denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas (Art. 74, § 2º da CF88)

*Apesar de referido ao município, há instrumentos correlatos no âmbito do estado. Todos devem estar em sintonia com a legislação federal. É importante identificar aspectos diferenciados que possam favorecer a questões referentes a HA, DM, DCV ou às DCNT, de modo geral.

** Instrumentos adaptados do DHNet

Possíveis ações

- Conhecer a Lei Orgânica do Município e portarias que criam especificidades para a política municipal voltada às condições crônicas, especialmente sobre HA, DM, DCV e/ou DCNT
- Informar-se sobre a atuação do secretário municipal de Saúde no Conasems e nos Cosems, por exemplo, se exerce algum cargo na gestão atual. Consultar Rede Cosems – <bit.ly/2qCoLZS>
- Identificar os tomadores de decisão no âmbito municipal; quem é responsável pela política de HA, DM e DCV? Incluir seus e-mails no *mailing institucional* da organização (considerar as orientações em “possíveis ações”, no item sobre o Conass)
- Identificar quais são os hospitais habilitados para HA, DM e DCV no município (e no estado), ações de destaque e fragilidades
- Manter a organização atualizada sobre o cumprimento do município quanto às pactuações estaduais (entre estado e municípios e na região de saúde)
- Identificar se a referência e a contrarreferência entre os serviços são realizadas e quais as dificuldades encontradas
- Identificar se há comissões ou grupos de trabalho sobre HA, DM e DCV na SMS, se é possível a participação de OSC e o que é necessário para tal
- Identificar se há um grupo de trabalho sobre HA, DM, DCV e/ou DCNT prévio à elaboração do Plano Municipal de Saúde. Se sim, solicitar a participação da organização
- Solicitar audiência com o gestor municipal para apresentar a organização e se colocar à disposição para colaborar

com a elaboração e o monitoramento das políticas públicas para HA, DM e DCV e/ou DCNT. **Atenção:** a organização precisa ter claro qual é o seu papel na defesa de interesses de pacientes, para não se deixar levar pelos impasses da burocracia e os limites financeiros de alguns municípios

- Identificar interlocutores e apresentar a organização, inclusive visando compreender o que mudou com a formalização das RAS e como os municípios têm atuado no processo de regionalização, na gestão local e nas pactuações regionais

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

O Conasems – <bit.ly/2oanV0u> – é um espaço nacional de articulação e pactuação entre os gestores responsáveis pelas SMS, que congrega os 5.570 municípios brasileiros e os representa na CIT. É um articulador dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), que atuam nos 26 estados, para que as pactuações e as diretrizes nacionais tenham capilaridade nos municípios. Mantém a reunião do Conselho Nacional de representantes estaduais (Conares), constituído por três representantes de cada estado, e da Diretoria.

Anualmente, a Assembleia Geral se reúne no Congresso do Conasems que, em 2018, contou com sua 34ª edição. Também, há quatro reuniões do Conares, das quais participam o presidente dos Cosems, os secretários de Saúde da capital, mais um terceiro secretário de Saúde de cada estado e a diretoria do Conasems. As articulações nas instâncias intergestores visam ampliar a escuta dos municípios na elaboração e adequação de políticas, e a atenção a ações que favoreçam a estruturação e o funcionamento da saúde.

A Secretaria Executiva do Conasems está sediada em Brasília, no prédio anexo ao MS. Há uma estrutura organizativa de apoio técnico à instituição Conasems e aos Cosems, contando com 11 assessores fixos, distribuída em cinco macronúcleos. Os grupos de gestão e de atenção à saúde trabalham de forma matricial com as áreas de economia da saúde, assessoria jurídica e comunicação. A área da gestão se relaciona mais diretamente com: informação e informática; média e alta complexidades; e controle social. E, a área da atenção com: atenção básica; vigilância; assistência farmacêutica; e ciência e tecnologia. Esta última é transversal tanto na gestão como na atenção.

Um desafio que afeta diretamente os municípios é ressignificar a política de atenção básica, acompanhando a política norteadora do MS e apoiando pesquisas sobre a utilização de medicamentos no âmbito da atenção básica. Para o Conasems, a Pesquisa Nacional de Acesso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada em 2014, é um marco. A pesquisa apresentou retratos da realidade brasileira, identificando lacunas e trazendo referências às ações realizadas e a serem revistas. “Foram realizadas 41.433 entrevistas em 20.404 domicílios e 576 conglomerados que correspondem a 586 setores censitários distribuídos nas cinco regiões do Brasil, segundo oito domínios definidos por grupos de idade e sexo.” (Mengue, 2016:1s).

A PNAUM tem sido um instrumento para o planejamento de ações e políticas. O conceito de cuidado ampliado é explorado visando à melhoria da oferta do cuidado na atenção básica, incluindo o cuidado farmacêutico, a exemplo do que vem sendo trabalhado com as doenças crônicas.

A assistência farmacêutica enfrenta o desafio de agregar tempos diferenciados. O da agenda do gestor, ou seja, programar e planejar a assistência farmacêutica nos municípios, visando capacitar e instrumentalizar as instituições para ajustarem seus estoques, atentas à disponibilidade e garan-

tindo o acesso; e o tempo que se refere à agenda do SUS. Há mais de três anos, a dificuldade de disponibilização de alguns medicamentos, como foi o caso da penicilina, tem sido acompanhada. Para o Conasems, na área farmacêutica o impacto é muito maior do que em outras áreas da saúde. O monitoramento é constante, pois a regulação econômica é um fator preponderante, não somente devido ao subfinanciamento do SUS, mas também devido ao custo dos medicamentos.

Na PNAUM, HA e DM foram prioritárias e consideradas como marcadores por sinalizarem a situação da política de saúde na atenção básica. A pesquisa tornou-se referência no trabalho com os municípios, levando a repensar o formato da atenção básica e a efetividade clínica dos tratamentos nesse nível de atenção à saúde. Os usuários com DM informaram ter indicação para o medicamento, evidenciando o acesso aos serviços e que 60% do que é utilizado para DM é do SUS. O maior problema mencionado foi o horário de funcionamento da farmácia e da atenção básica como um todo. O Conasems vem discutindo a respeito com os secretários municipais de Saúde.

No que se refere ao DM, o MS faz a aquisição centralizada das insulinas e um repasse financeiro para estados e municípios. Em 2017, houve um aumento. Era 1,86 per capita e 0,50, respectivamente, para cada estado e município. No caso dos municípios, os 0,50 per capita eram destinados especificamente para os insumos para DM: seringas aplicadoras, lancetas, tiras reagentes da glicemia capilar e glicosímetros. Atualmente, o repasse é direto, no valor total de 2,36, para que os gestores decidam como comprar os insumos. Os recursos estão congelados há mais de sete anos, portanto, insuficientes.

O Conasems precisou enfrentar uma nova realidade com a renovação de 70% de secretá-

rios municipais de saúde nas eleições de 2016. A saída tem sido o diálogo, a orientação e a formação, além do gerenciamento das articulações em torno da política de saúde, em geral, e de forma mais detida, sobre a regionalização da saúde e, consequentemente, a necessidade de maior articulação entre municípios e com os estados, e as articulações nas CIR. Estar em todos os municípios brasileiros é visto como “ter um termômetro” para acompanhar e avaliar a efetividade e o desempenho da gestão e da política municipal. É também pensar sobre a inovação, que dialoga com a incorporação de novas tecnologias pela Conitec.

A falta de controle de estoque e a perda de medicamentos era apontada pelo Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da República (CGU) e pelo TCU como uma das principais irregularidades nos municípios. Por demanda do Conasems, o MS desenvolveu e implantou o Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – <bit.ly/2rUP0YF>, ferramenta de apoio aos municípios na melhoria da gestão de medicamentos e insumos: gestão logística e de geração de informações que subsidiem ações técnico-gerenciais.

A assistência farmacêutica básica foi objeto de auditoria do TCU, que determinou ao MS, no acórdão 1.459/11, um conjunto de ações que incluísse o apoio à implantação do Hórus. A criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS), instituído pela Portaria nº 1.214/12, e seu Eixo Estrutural, que visa à estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, foram as respostas do MS, em consonância com Conass e Conasems. Ambos têm sido objeto de monitoramento pela CGU e pelo TCU.

Foco e matriciamento

O Conasems não analisa as questões do DM e das DCV de forma específica, mas começou a focalizá-las. Pragmaticamente, foi preciso analisar algumas linhas de cuidado e HA e DM foram identificadas

como as principais doenças crônicas na saúde pública. Há muitos dados de usuários tratados, acompanhados, monitorados e recebendo tratamentos no SUS, criando uma oportunidade para se apresentar um caso exemplar. Os problemas macro estão sendo identificados e pensados na formulação da política. Do mesmo modo, na micropolítica aparecem a incorporação tecnológica, a adequação ao tratamento, a necessidade de rever a abordagem dos profissionais, de melhorar o cuidado ofertado, entre outros.

Os Cosems foram criados para fortalecer o processo de municipalização da saúde e, após a definição das regiões de saúde, têm sido considerados atores estratégicos. Um estudo específico sobre esses conselhos, valoriza seu papel articulador como um facilitador para as políticas, ações e, principalmente, a governança nas regiões de saúde. O Ceará foi destacado por sua experiência exitosa, devido ao envolvimento de diversos atores nas tomadas de decisão. As dificuldades encontradas estão relacionadas às desigualdades estruturais e de respostas no estado. A articulação com outros atores é essencial. Além dos Cosems, as CIB têm desenvolvido papéis centrais. O estudo também ressalta a interface com atores estratégicos, como as CIR – “*locus* permanente de conexão com o estado, com os municípios, com as regiões de saúde e com o próprio processo de regionalização” (Shimizu et al., 2017:1.136).

O Conasems mantém um diálogo constante com todas as instâncias do SUS e participa de comissões e fóruns, especialmente no MS. Mantém reuniões mensais, além das reuniões da CIT. Cada vez mais, tem ações concentradas no Legislativo e no Judiciário. No primeiro caso, conta-se com uma assessora parlamentar acompanhando as pautas legislativas e os PL em tramitação, e

participando em debates. Quando necessário, há diálogos diretos com os parlamentares, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Quando há um PL que interessa, às vezes são sugeridas melhorias na proposta.

No âmbito jurídico, o Conasems conta com uma assessoria jurídica e tem assento no Fórum da Saúde, no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), além de outras comissões e comitês. Conversa com vários atores, incluindo representantes de sindicatos, movimentos sociais e empresas, entre outros. O Conasems já recebeu a Associação de Diabetes Juvenil (ADJ), abordando a problemática do DM.

6.3.

Instâncias de pactuação entre os gestores do SUS

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

A CIT – <bit.ly/2rxEU0y> – foi criada pela Portaria Ministerial nº 1.180/91 e, assim como as demais instâncias de pactuação entre os gestores do SUS, teve seu papel reafirmado e fortalecido pelo Decreto nº 7.508/11. O plenário da CIT é coordenado de forma tripartite (MS, Conass e Conasems) e se reúne mensalmente. Sua composição foi atualizada através da Portaria nº 2.011/16.

Reuniões da CIT

- As três esferas de governo pactuam as políticas públicas de saúde. Todas têm o mesmo peso
- Em plenário, a CIT é composta por 21 representantes: 7 do MS*, 7 do Conass e 7 do Conasems – <bit.ly/2qG5re1>
- O Conass representa os 26 estados e o DF

- O Conasems representa os interesses das SMS
- Os temas são decididos por consenso, não por voto. Se não houver consenso, volta-se ao debate
- Na ausência total de consenso, se não houver pactuação, a questão deve ser encaminhada ao CNS

*Titulares das sete Secretarias: SE; SGEP; SAS; SCTIE; SVS; SGTES; e Sesai.

A representação de estados e municípios na CIT é regional, sendo dois representantes para cada uma das cinco regiões no país, além dos presidentes e secretários executivos do Conass e do Conasems.

A Comissão conta com uma Câmara Técnica e Grupos de Trabalho. A primeira analisa os produtos dos grupos e os encaminha para a pactuação no plenário da CIT. Após cada reunião do plenário, há uma nova reunião da Câmara Técnica para fazer os encaminhamentos necessários e acompanhar o que foi pactuado.

Tudo o que for aprovado nas CIB é encaminhado à CIT, em especial o que precisa de publicação oficial. Quem homologa é a CIT.

Comissões Intergestores Bipartites (CIB)

As CIB foram criadas gradativamente em cada estado, atendendo à Portaria nº 545/93, que estabeleceu a Norma Operacional Básica (NOB) 93, na qual as bipartites foram previstas.

As bipartites são colegiados interfederativos formados pelo gestor estadual e gestores municipais em cada estado. Sua composição conta com representantes da SES e do Cosems.

As CIB têm autonomia em relação à tripartite, a partir das políticas nacionais e das diretrizes pactuadas nacionalmente. Por exemplo, discute-se uma determinada política nacional, mas

as bipartites têm autonomia para o desenho da rede estadual e a alocação de recursos, o que não exclui o compromisso com a pactuação nacional.

Assim como na CIT, se não houver consenso sobre uma questão na reunião da CIB, o debate deve ser levado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

CIB no DF e nos estados visitados

CIB Amazonas – <bit.ly/2DofJ44>

CIB Ceará – <bit.ly/2z4yb1Z>

CIB São Paulo – <bit.ly/2CdiCHV>

CIB Paraná – <bit.ly/2BW8HUi>

Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES-DF) – Cumpre atribuições e competências das CIB – <bit.ly/2L2IOpb>

Comissões Intergestores Regionais (CIR)

A NOB/93 introduziu as comissões intergestores no SUS. Com o Pacto pela Saúde, foi caracterizado um novo espaço de concertação, denominado Colegiado de Gestão Regional (CGR), visando criar e/ou fortalecer a gestão compartilhada. Os CGR foram implantados até 2010 (Viana, Lima e Ferreira, 2010).

Mais recentemente, com as mudanças trazidas pelo MACC e pela RAS, as relações intergestores nos âmbitos estadual, regional e entre eles passaram a exigir uma nova expressão, articulando gestores estadual e municipais na/para a gestão regional. Com o Decreto nº 7.508/11, os CGR passaram a ser denominados Comissões Intergestores Regionais (CIR), incorporadas às estruturas territoriais existentes. Trata-se de espaços de planejamento, pactuação e cogestão entre os entes federados, que pressupõem a reconfiguração das regiões de saúde e a qualificação do processo de regionalização, de

gestão e dos serviços. (Silveira Filho et al., 2016; Ouverney, Ribeiro e Moreira et al., 2017). A CIR tem um papel central na garantia da integralidade da atenção, acompanhando e atuando junto às RAS, ao contínuo da atenção à saúde, especialmente através das linhas de cuidado.

“A implantação de redes de atenção às doenças crônicas nos diversos territórios deverá ser realizada por meio das linhas de cuidado específicas. E esse processo será incorporado à organização do Coap regional, integrando-o às demais redes temáticas existentes no território”
(Cadernos de Atenção Básica, 35).

Os CGR foram responsáveis pela construção e pactuação dos indicadores do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) e da PPI de média e alta complexidades. O Coap foi instituído como figura jurídica, com o propósito de garantir a gestão compartilhada, visando organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada. Define “responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (Decreto nº 7.508/11). A CIT pactuou regras para as responsabilidades sanitárias no SUS, prevendo a transição de processos operacionais do Pacto pela Saúde para a sistemática do Coap, na Resolução nº 4/12.

No processo de regionalização e delimitação de regiões de saúde, vêm surgindo desafios para a gestão em torno de: fluxo de informação; continuidade do cuidado; participação dos gestores estaduais; configuração das redes; atuação da CIR; desconhecimento do Coap; pelos gestores estaduais; percepção negativa dos gestores sobre o Coap, entre outros.

CIR no DF e nos estados visitados

- **CIR Amazonas** – <bit.ly/2mfCO2L> – O estado do Amazonas conta com 9 CIR
- **CIR Ceará** – Cada uma das 22 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) possui uma CIR, que conta com representantes da SES-CE – coordenador regional, assessor técnico e assistente técnico da CRES – e todos os secretários municipais de Saúde da região
- **CIR São Paulo** – <bit.ly/2Eq68j> – No estado de São Paulo, são 17 CIR que correspondem a cada uma das Direções Regionais de Saúde (DIR) existentes. Cada CIR é constituída pelos secretários municipais de Saúde e pela direção estadual da região, seguindo os mesmos objetivos da CIB
- **CIR Paraná** – <bit.ly/2BW8HUi> – As referências são às CIB regionais, criadas em 1999. Em 2006, foram adequadas como CGR, nas 22 regionais de saúde. Em 2009, foi realizado o I Encontro de CIB Regionais do Paraná. Na ocasião, participavam em torno de 250 pessoas nas reuniões mensais
- **CGSES-DF** – <bit.ly/2L2IOpb>

Em novembro de 2017, a Confederação Nacional dos Municípios, o Conasems e o Conass protocolaram um ofício dirigido aos deputados federais, questionando os projetos de lei nº 1645/15, nº 2748/15 e o substitutivo, que tratam sobre o Coap – <bit.ly/2AFJ880>. Um dos questionamentos diz respeito à exclusividade do Coap, pois apenas dois estados o assinaram no primeiro ano, mas não renovaram sua adesão. Também, enfatiza-se o acompanhamento através do Relatório da Pactuação, pelo Sispacto – Aplicativo do Pacto pela Saúde –, e do Relatório de Gestão. E, ainda, o fato de o Coap atribuir competências aos entes federados e o problema do subfinanciamento da saúde, entre outros.

Possíveis ações

- **Dirigir-se aos conselhos de gestores, se a questão for pertinente ao conjunto dos gestores estaduais ou municipais, além do MS**
- **Acompanhar o calendário da CIT para conhecer as datas e as pautas das reuniões**
- **Consultar o calendário das reuniões mensais da CIT: <bit.ly/2IfnL1O>. A pauta da reunião às vezes é divulgada próximo da data, mas fica on-line, com o resumo executivo – <bit.ly/2G3fSe1>**
- **Procurar se familiarizar com a linguagem e diferenciar os interesses e posições políticas**
- **Confirmar com antecedência a possibilidade de participar das reuniões (abertas) da CIT, porque depende do tamanho do lugar onde ela será realizada**
- **Informar-se quanto à participação de gestores de seu município ou estado nas diretorias de conselhos de gestores e se participam das reuniões da CIT**
- **Repercutir o trabalho local visando gerar pontos de pauta nas comissões intergestores**
- **Consultar o site da SES para conhecer a CIB de seu estado. Em geral, estão disponíveis documentos, regimento interno, calendário de reuniões e atas. Algumas CIB possuem site específico**
- **Consultar o site da SES para conhecer a CIR que abrange seu município e como tem atuado**
- **Acompanhar as pactuações estaduais e regionais através dos conselhos de saúde**

6.4. Controle social no SUS

No que se refere à participação da comunidade, a estrutura do SUS possibilita a atuação de usuários e grupos sociais organizados nos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, que com as conferências de saúde exercem o papel de controle social sobre as políticas públicas. No caso específico dos conselhos de saúde, são deliberativos e podem influenciar diretamente na formulação de estratégias e controle da execução das políticas públicas de saúde.

A concepção de controle social no SUS pressupõe dois conceitos: participação e democracia (direta e representativa). A participação é intrínseca à sociedade e traz consigo contradições, necessidade de atenção às relações indivíduo-coletividade e ao papel mais ou menos ativo de quem participa. Através da participação, indivíduos e grupos sociais tendem a valorizar mais os contatos, espaços e fóruns públicos. O ponto de partida é o indivíduo que busca intervir na situação concreta e histórica na qual está inserido, atuando como sujeito.

É preciso identificar quem são os sujeitos coletivos, possíveis interlocutores, que participam em uma situação concreta. Participam isoladamente ou em grupo? A participação é direta ou representativa? Voluntária, condicionada, forçada e/ou compulsória? (Escorel e Moreira, 2008). O propósito das instâncias de participação é reunir esses sujeitos, definir estratégias para debater objetivos contraditórios, submetê-los a um processo de escolha e direcionar sua atuação para instituições que regulam as relações sobre as quais se pretende intervir. De modo geral, as instituições permeáveis à participação valorizam o espaço público e reconhecem a importância do debate com os grupos sociais organizados.

A participação social é a base constitutiva da democracia, que é uma forma de governo.

A democracia garante o direito de participar, mas não estabelece mecanismos e processos para tal. São necessárias mobilizações e ações coletivas. A democracia pode assumir sua forma direta (plebiscito, referendo e iniciativa popular) ou representativa (eleições).

A participação no campo da saúde não começou com o SUS. Nas décadas de 1970 e 80 existiram outros tipos de conselhos: comunitários (apresentando as demandas da comunidade); populares (criados pelos movimentos sociais); e administrativos (voltados ao gerenciamento das entidades e à prestação de serviços) (Escorel e Moreira, 2008).

No cenário internacional, cabe destacar a influência da Conferência de Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata (1978) nos debates trazidos pela Reforma Sanitária.

Controle social regulado por lei

- A Legislação Federal (CF, Art.198, inciso III, e Lei nº 8.080-90, Art. 7º, inciso VIII) estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das conferências e dos conselhos de saúde
- A Lei nº 8.142, de 1990, Art.1º, parágrafos 1 a 5, instituiu os conselhos de saúde e as conferências de saúde como instrumentos do controle social no SUS
- Há conselhos de saúde em todas as Unidades da Federação (UF), e eles chegam a mais de 5.700

Regulamentações

- Lei nº 8.080/90 regulamenta o SUS, mas os artigos sobre a participação da comunidade e do financiamento foram vetados pelo presidente Collor
- Lei nº 8.142/90 (Art.1º– parágrafos 1 a 5) regulamenta a participação da comunidade. Reeditou o artigo vetado, relativo à obrigatoriedade de conselhos municipais, estaduais e federal e ampliou sua

autonomia ao prever regimentos internos elaborados pelos conselheiros

- Resolução CNS nº 33/92 faz recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde
- Resolução CNS nº 333/03 aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde
- Resolução CNS nº 453/12 trata das diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde
- Resolução CNS nº 554/17 define diretrizes para a estruturação e o funcionamento dos conselhos de saúde, adensando a Resolução de 2012

Conselhos de Saúde

Desde 1983, as Ações Integradas de Saúde previam a participação da população nos colegiados de gestão, que eram as Comissões Interinstitucionais de Saúde (estaduais, municipais e locais).

Em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) previa a participação de entidades comunitárias, sindicais e gremiais em instâncias consultivas (e não deliberativas) de seu processo de implementação. Havia lacunas na participação representativa, porque ela não estava regulamentada.

Na verdade, em 1986, o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde propôs a reformulação do sistema de saúde brasileiro:

- Garantia do controle do novo sistema pelos usuários
- Criação de conselhos de saúde compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços)
- Reformulação da composição e da função do CNS

Os conselhos municipais aparecem como “instâncias participativas” externas ao poder público, de controle (pelos usuários) do sistema de saúde e de todas as etapas de seu ciclo de políticas.

A 8ª Conferência sistematizou as recomendações do projeto de reforma sanitária, levando-as à Assembleia Nacional Constituinte para que disputassem com outras propostas. Com a CF88, os conselhos de saúde integram o conjunto dos conselhos gestores, entendidos como canais de participação da sociedade civil, em uma forma de gestão pública inovadora.

Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) – <bit.ly/1BCvthI> – foi criado pela Lei nº 378/37. É o órgão permanente e deliberativo sobre temas relacionados à saúde. Está vinculado ao MS e é a instância máxima deliberativa do SUS. Visa ao controle social e conta com a participação da comunidade, incluindo portadores de deficiências, patologias e usuários do SUS. Inicialmente, sua atribuição era a de assessorar o então Ministério da Educação e Saúde, com o Conselho Nacional de Educação. Tratava-se de um colegiado formado por especialistas em assuntos de saúde pública, com caráter consultivo e normativo. Até 1974, teve um funcionamento irregular e inexpressivo, quando um decreto presidencial definiu melhor seus objetivos, funções e estrutura compatíveis com a “modernização conservadora”. Cabe destacar que o CNS, naquele momento, era marcado por: ausência de participação da sociedade; predominância médica; e maior representação de instituições militares com o papel de legitimador da política predominante.

Em 1976, o CNS atuava como uma espécie de coletivo de câmaras técnicas. Entre 1977-78, algumas portarias estabeleceram a estrutura técnica e administrativa do CNS como órgão consultivo com atribuições normativas. Entretanto,

entre 1970 e 1990, o CNS teve pouca importância na formulação e no acompanhamento da política de saúde. A partir de 1990, os conselhos passaram a ser considerados deliberativos, podendo influenciar diretamente na formulação de políticas de saúde.

O novo CNS baseia-se nos princípios e diretrizes do SUS. É composto por diversos segmentos da sociedade e pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, através de resoluções que devem ser adotadas pelo MS. Também pode manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde, além de ter a prerrogativa de propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde.

Até 2002, o ministro da Saúde era o presidente nato do CNS, que contava com 32 conselheiros titulares. No entanto, o Decreto nº 5.839/06 mudou sua composição. O número de conselheiros aumentou para 48 titulares e houve a primeira eleição para presidente do CNS. Francisco Batista Júnior, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS), foi eleito diretamente e reeleito para o período 2007-2009.

Em 2009, os conselheiros nacionais de saúde foram eleitos para o triênio 2009-2012. O presidente do CNS foi eleito pelos titulares empossados para um mandato de um ano. Como 2010 foi um ano de eleições majoritárias (presidente da República, governadores, senadores, deputados federais e estaduais), a eleição para a presidência do CNS ocorreu em 2011. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, foi eleito presidente do CNS em 16/02/11.

O ano de 2012 foi um marco na história das eleições do CNS, especialmente de sua presidência. Pela primeira vez, uma mulher e representante dos usuários foi eleita como presidenta do CNS, para o triênio 2012-2015. Maria do Socorro de Souza, da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), presidiu o CNS até o final de 2015.

Na última eleição, para o triênio 2015-2018, o farmacêutico e presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), Ronald Santos, foi eleito presidente do CNS. Para este triênio, o CNS possui 18 Comissões Intersetoriais – <bit.ly/2jM2Jxs>.

Estrutura organizacional do CNS

- Plenário
- Mesa Diretora
- Presidência
- Comissões
- Grupos de Trabalho
- Secretaria Executiva

Fluxo de trabalho: <bit.ly/2rXgRHZ>

Composição atual

- 48 conselheiros titulares e seus suplentes
- 24 representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS
- 12 segmentos de profissionais de saúde
- 4 entidades de prestadores de serviço
- 8 gestores: 6 federais (5 MS, 1 MEC); 1 Conass; e 1 Conasems

O mandato dos conselheiros deve ser definido no regimento interno e não pode coincidir com o mandato dos governos federal, estadual, municipal ou do DF.

Os atuais conselheiros do CNS tomaram posse no final de 2015. Como 2018 é um ano de eleições majoritárias, a eleição para a presidência do Conselho ocorrerá em 2019.

As atribuições do CNS são: “Formulação de estratégia e controle da execução da Política Nacional de Saúde em âmbito federal; critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais”, além da decisão sobre Planos Estaduais de Saúde, caso seja solicitado pelo CES, e convocação da Conferência Nacional de Saúde.

O CNS deve deliberar sobre as políticas para saúde pactuadas na CIT.

Sobre a Conferência Nacional de Saúde, é papel do CNS:

- “Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde” (Resolução nº 319/02 do CNS).
- “Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde, o poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde” (Resolução nº 333/03 do CNS).
- “Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde” (Resolução nº 333/03 do CNS).

É papel dos conselheiros nacionais de saúde:

- Representar um coletivo ou segmento social em âmbito nacional, sabendo que sua missão como conselheiro é a defesa do SUS
- Inserir as demandas desse coletivo na formulação de políticas nacionais de saúde
- Garantir autonomia para negociar no âmbito dos conselhos, sempre baseado em uma causa coletiva

O CNS e o Datasus criaram o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs), com o intuito de registrar os conselhos de saúde existentes no Brasil e construir um perfil, a partir de um cadastro que os conselhos podem preencher on-line.

Conselho Nacional de Saúde

- Criado pelo Decreto nº 99.438/90
- Caráter deliberativo: pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, através de resoluções que devem ser adotadas pelo MS

Composição atual do CNS

- 48 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes
 - representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS
 - entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica
 - entidades de prestadores de serviço
 - entidades empresariais da área da saúde
 - entidades e instituições do governo

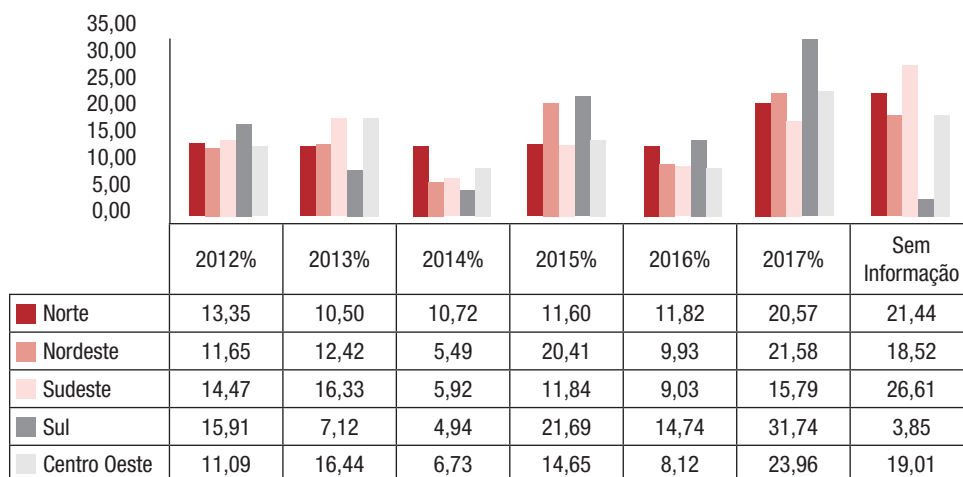
Composição paritária: 50% de usuários; 25% de trabalhadores da saúde; e 25% de prestadores de serviço e gestores. Paridade proposta na Resolução nº 33/92, ratificada pela Resolução nº 333/03 do CNS e pelas recomendações das 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde.

Representantes dos usuários

- 50% de usuários
 - Sindicatos de trabalhadores
 - Movimentos comunitários na saúde
 - Associações de bairros
 - Associações de portadores de patologia
 - Associações de portadores de deficiência

Presidência

- 2005: primeira eleição direta
- 2007-2009: representante da CNTSS, reeleito por eleição direta para o ano de 2010
- 2011: ministro da Saúde eleito
- 2013-2015: pela primeira vez, uma mulher, representante da Contag, eleita
- 2016-2018: presidente da Fenafar é o atual presidente do CNS

Gráfico 7 – Siacs por Regiões – 27 nov. 2017

Fonte: Siacs – bit.ly/2KNVZeN

O Siacs é apresentado como uma ferramenta informatizada de fácil acesso. Em 2012, os registros foram iniciados. No mesmo ano, foi publicada uma cartilha de orientação sobre o preenchimento do cadastro no sistema. No site, há orientações por etapas – bit.ly/2IdhqE8 – para facilitar o entendimento sobre o preenchimento do cadastro e como mantê-lo atualizado. O Siacs permite o registro do conselho por UF e cidade, apresentando resultados sobre a existência de normativas no estado e/ou município, se há paridade no conselho, entre outros aspectos que podem ser analisados.

De acordo com o Demonstrativo do Siacs, consolidado pelo sistema em 27/11/17, há 4.657 conselhos de saúde cadastrados, o equivalente a 82,70% do número total de municípios brasileiros elencados pelo IBGE. Por ano, o maior número de conselhos que entrou no Siacs, 1.247, ocorreu em 2017. Por região, o maior número de registros, 389, é da região Nordeste, seguida pela região Sul, com 379 registros. Por sua vez, as regiões que apresentam maiores números de municípios/estados “sem informação” são as regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente, com 445 e 334 lacunas.

Conselhos Estaduais de Saúde

Do mesmo modo que o CNS, os CES são deliberativos e podem influir diretamente na elaboração de políticas de saúde, no âmbito estadual. Nas três esferas de governo, a participação na criação de estratégias e de controle das políticas de saúde, inclui, também, aspectos econômicos e financeiros. Há conselhos de saúde em todas as UF.

As políticas públicas são setoriais e subnacionais. Apesar da participação e da descentralização estarem previstas na CF88, há ainda uma grande concentração no poder Executivo, especialmente federal.

Alguns CES são presididos pelos secretários estaduais de Saúde. A paridade da composição é a mesma do CNS, mas há casos em que não tem sido observada, cabendo aos conselheiros estarem atentos às normas que regulam o controle social no SUS e à atualidade e à coerência de cada regimento interno. Do mesmo modo, o Ministério Público do Estado pode monitorar a situação regular do conselho.

Os CES devem deliberar sobre as políticas públicas de saúde. Devem estar a par e monitorar

os recursos enviados pelo governo federal para o estadual, especialmente através do fundo a fundo.

É importante monitorar as demandas e recomendações das Conferências Estaduais de Saúde que não foram contempladas para os debates na Conferência Nacional de Saúde.

Em relação à estrutura de gestão do SUS e às comissões intergestores, os conselhos devem acompanhar as comissões em sua esfera de atuação. Como as CIB e CIR estão vinculadas às SES, os conselhos equivalentes são os estaduais.

CES das cidades visitadas:

- Conselho de Saúde do DF – <bit.ly/2LoBfJr>
- CES – Amazonas – <bit.ly/2kowpl4>
- CES – Ceará – <bit.ly/1LWOSPK>
- CES – Paraná – <bit.ly/2BO4rJ8>
- CES – São Paulo – <bit.ly/2obmWi8>

Conselhos Municipais de Saúde

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) são deliberativos e podem influir diretamente na elaboração de políticas de saúde, no âmbito municipal. Seguem as mesmas legislação e regulação previstas para o CNS e o CES. Em conjunto, representam as três esferas permanentes de controle social no SUS. No âmbito municipal, os CMS devem aprovar as políticas municipais para a saúde.

Os CMS devem receber, trimestralmente, um relatório do gestor municipal de saúde para análise. Esse relatório deve ser bastante divulgado, conter informações sobre os recursos (disponíveis e utilizados), auditorias, dados sobre os serviços da rede pública de saúde, incluindo aqueles contratados ou conveniados.

Também cabe aos CMS monitorar as demandas e recomendações das Conferências Municipais de Saúde que não foram levadas às Conferências Estadual e Nacional de Saúde.

Apesar do CMS ser o conselho deliberativo no âmbito municipal, também há a possibilidade de participação em conselhos locais e/ou distritais, que não são deliberativos, mas estão mais próximos das ações em saúde e podem encaminhar as demandas consideradas mais relevantes ao CMS.

Participação do conselheiro de Saúde

- Número de conselheiros (municipais e estaduais) = indicado pelos plenários dos conselhos e das conferências (10 a 20 conselheiros)
- Participação paritária: 50% de entidades de usuários do SUS
- Regimento interno próprio
- Critérios para a participação das entidades com assento no conselho: representatividade, abrangência e complementaridade do conjunto de forças locais, de acordo com as especificidades locais
- Representantes no conselho são indicados por escrito por sua organização ou fóruns próprios e independentes
- O mandato dos conselheiros não pode coincidir com o do Executivo (governo municipal)
- 2 anos de mandato
- Os segmentos presentes no conselho de saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo
- A função de conselheiro é considerada de relevância pública
- Somente os conselheiros têm direito a voto

Outras formas de participação

- O fato de não ter assento como conselheira não deve inibir a organização quanto à participação nos conselhos de saúde
- As reuniões dos conselhos são abertas
- Todos os participantes têm direito à voz. Participar das reuniões e ocupar espaços pautando seus temas e problemas, pode

propiciar a articulação política necessária com os conselheiros

- A organização pode vir a colaborar com o conselho através de suporte técnico na área em que atua
- Também é possível participar de comissões e grupos de trabalho, ainda que de forma pontual, mas podendo opinar sobre os temas de interesse e outros que afetem o acesso aos serviços de saúde e ao SUS, de modo geral.

Os CMS das cidades visitadas são:

- CMS – Curitiba – <bit.ly/2oOFJTW>
- CMS – Manaus – <bit.ly/2BCwQ2t>
- CMS – São Paulo – <bit.ly/2z07Dfr>
- CMSF – Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza – <bit.ly/2Da2Ew2>

Possíveis ações

- **Navegar no site do CNS** – <bit.ly/2uLTchU> –, **que disponibiliza informações diversas sobre participação e controle social no SUS**
- **Consultar o calendário das reuniões** – <bit.ly/1TjBo0c> –, **pautas** – <bit.ly/2kwgTF9> – **e atas** – <bit.ly/2DfBm6u> –, **disponíveis no site do CNS**
- **Assistir às reuniões do CNS ao vivo, no Facebook** – <bit.ly/2MG2fZE> – **ou no site do Datasus** – <bit.ly/2szWZtn>
- **Consultar as publicações do CNS, que orientam e informam sobre a participação da comunidade e o controle social no SUS** – <bit.ly/26nR2yN>
- **Conhecer o regimento interno dos conselhos nos quais há interesse em participar e intervir**

- **Dirigir-se à Secretaria Executiva do Conselho dizendo que a organização gostaria de participar como observadora**
- **Ser conselheiro(s) de saúde, representando sua organização. Entre 13/08 e 11/10 de 2018 foram recebidas inscrições para o Processo Eleitoral do CNS, triênio 2018-2021** – <bit.ly/2wbKuHu>
- **Informações sobre os CES podem ser encontradas nos sites das SES e no site do CNS. Alguns CES possuem seu próprio site** – <bit.ly/2ICfRmC>
- **Informações sobre os CMS podem ser encontradas nos sites das SMS. Alguns CMS possuem seu próprio site**

Conferências Nacionais de Saúde

As conferências de saúde foram instituídas em 1937, mas, de fato, iniciaram na década seguinte. Entre 1941 e 2015, foram realizadas 15 Conferências Nacionais de Saúde. Trata-se do maior e mais importante encontro da Saúde no Brasil. São instâncias colegiadas que têm por objetivo avaliar a situação da saúde e propor diretrizes a cada nível de governo. Elas possibilitam o controle social no âmbito do poder Executivo. Em 2015, a 15ª Conferência Nacional de Saúde contou com quase 5.000 participantes.

Há pouca bibliografia a respeito e a regulamentação (legislação e resoluções) das conferências é limitada, por isso há referências às deliberações das próprias conferências para (re) afirmar o papel do controle social. Especialmente o relatório da 9ª Conferência traz várias referências, além de conter o tópico “controle social”. O relatório da 10ª Conferência é pontual a respeito e o da 11ª Conferência menciona o papel das conferências várias vezes, inclusive sugerindo que a Conferência Nacional deveria eleger as entidades para compor o CNS¹⁶.

¹⁶ As referências históricas sobre as conferências de saúde foram baseadas no artigo de Escorel e Bloch (2005). Ver também Andrade et al. (2013).

A Lei nº 8.142/90 deixou vaga a composição dos participantes, em comparação aos conselhos de saúde, mas a representação dos usuários é paritária tanto nos conselhos como nas conferências de saúde. Historicamente, a importância das conferências vai mudando e ganhando força no cenário político.

A periodicidade das conferências é estabelecida pelos conselhos de saúde – no caso da nacional não devendo passar de quatro anos. As conferências municipais e estaduais são prévias à conferência nacional, por isso também são chamadas de pré-conferências, ou etapas municipais e estaduais.

Conferências de Saúde

- Instâncias colegiadas de caráter consultivo
- Objetivo: avaliar a situação da saúde e propor diretrizes a cada nível de governo
- Possibilitam o controle social no âmbito do poder Executivo
- Periodicidade estabelecida pelo CNS, não devendo passar de quatro anos
- São momentos importantes de articulação política
- Aqueles que não são delegados não podem participar de algumas sessões e não têm direito a voto
- As OSC que atuam com um determinado tema levam posições consensuadas, apresentando-se como um movimento coletivo. Desacordos em público podem ser desfavoráveis às alianças políticas
- Alguns debates chegam à Conferência Nacional de Saúde como resultado ou continuidade das Conferências Estaduais e/ou Municipais de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) é considerada um marco. Seu tema central foi: “Saúde como direito: reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial”. Com essa Conferência, houve mudanças nas com-

posições e representatividades, além da criação de uma dinâmica inédita. É considerada um marco porque:

- Alterou a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil
- Caracterizou o espaço das conferências como um fórum, que, mesmo convocadas pelo Executivo federal, passaram a ter “vida própria” (à parte, autônomas e independentes)
- Elaborou a participação como parte da constituição da política de saúde – produção, acompanhamento e fiscalização. O controle social emerge como efeito dessa participação
- Identificou o objetivo do controle social como o de compreender o setor da saúde em suas implicações recíprocas com as políticas sociais e econômicas
- Trouxe a reflexão sobre as instâncias de controle social inseridas no espaço público
- Incentivou as pré-conferências
- Apesar de anterior ao SUS, seu relatório é um pilar da reforma sanitária

A 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992) teve como tema: “Municipalização é o caminho”. Desde 1990, houve uma intensa pressão para a realização dessa conferência, que foi precedida por eleições de delegados estaduais e municipais, com direito a voto. Naquele momento, o papel dos conselhos de saúde, como o de controle externo, começou a se configurar. As cobranças pela implantação do SUS, a descentralização e a municipalização da saúde estiveram fortemente presentes.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) teve como tema: “Construção de modelo de atenção à saúde”. Foi precedida por cerca de 5 mil Conferências Municipais e Estaduais em todas as UF. Na ocasião, foi muito debatida a necessidade de avaliação e aprimoramento do SUS, assim como a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) e a redução da noção de

participação à prática externa do controle social. Legitimidade e coerência com a CF88.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000) teve como tema: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e buscou fazer um balanço sobre a implantação do SUS e o exercício do controle social. Diferenciou-se do referencial presente desde a 9ª Conferência, porque a participação começou a ser vista como prática decisória, diferente dos espaços institucionalizados, mas que deve fundamentá-los exigindo um diálogo contínuo entre as propostas e moções aprovadas na conferência e seu acompanhamento posterior pelo CNS. Na 11ª Conferência houve a preocupação em resgatar deliberações anteriores e cobrar seu cumprimento.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) teve como tema: “Saúde, um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. Esteve presente o resgate do “espírito” da 8ª Conferência e dos princípios e diretrizes da reforma sanitária. Procurou-se trabalhar de forma ascendente, seja na escolha de delegados, seja na elaboração do documento-base. A novidade foram as propostas referentes à intersetorialidade.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) teve como tema: “Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento” e os seguintes eixos temáticos: desafios para a efetivação do direito humano à saúde no séc. XXI; políticas públicas para a saúde e qualidade de vida; e a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Estiveram presentes 4.700 participantes (delegados, observadores, convidados, expositores) e registrada a realização de 4.430 conferências, como etapas municipais da CNS. Mais uma vez, os princípios da reforma sanitária foram retomados. No total, foram aprovadas 157 moções (apoios, repúdio, aplauso).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011) teve como tema: “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro”. Foram realizadas 4.374 conferências (municipais e estaduais) nos 26 estados brasileiros e no DF. A etapa nacional contou com

2.937 delegados de todo o país, que debateram com base em 15 diretrizes e propostas recebidas dos municípios e dos estados. O resultado foi o relatório final com 343 propostas votadas e aprovadas nos GT e na Plenária Final. Na ocasião, foi divulgada a Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde, pelo MS, dirigida à sociedade brasileira.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015), a última realizada, teve como tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Essa conferência foi precedida por 14 conferências setoriais e temáticas, e proporcionou a realização de cinco plenárias regionais de conselhos de saúde e movimentos sociais, populares e sindicais, uma por região. A 15ª CNS contou com mais de 4.000 conferências municipais, estaduais e no DF. Teve como eixo temático transversal: reformas democráticas e populares do Estado, abrindo o debate sobre as reformas políticas para os GT. Os eixos temáticos foram: direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; participação e controle social; valorização do trabalho e da educação em saúde; financiamento do SUS e relação público-privado; gestão do SUS e modelos de atenção à saúde; informação, educação e política de comunicação no SUS; e, ciência, tecnologia e inovação no SUS. Na conferência nacional, foi divulgado o “Manifesto em defesa do SUS” – <bit.ly/2DbcePr>

A 16ª Conferência Nacional de Saúde será realizada no final de 2019, mas as articulações para a organização já começaram. Em dezembro de 2017, o tema proposto pelo CNS foi aprovado pelo ministro da Saúde: “8ª + 8 = 16ª”. As etapas estaduais e municipais abordarão o mesmo tema previsto para a conferência nacional, iniciando os debates e gerando propostas prévias para a política de saúde. A expectativa é grande, devido ao marco da 8ª Conferência e à conjuntura política de sucateamento do SUS, especialmente após as Emendas Constitucionais nºs 86/15 e 95/16 (ver capítulo 12).

A realização das conferências estaduais e municipais depende de decisão política dos secretários de saúde, dos conselhos de saúde e, principalmente, dos governadores e prefeitos. Nos municípios, caso o prefeito não se envolva, o conselho precisa trabalhar para que a conferência seja uma estratégia de aproximação entre ele e outras instâncias do poder local. O mesmo vale no âmbito estadual.

Os documentos legais que referenciam as conferências de saúde são: decreto de convocação; portarias; e regimento. Dentro da dinâmica de trabalho nas conferências, na plenária final são aprovadas as propostas e moções, assim como são escolhidos os delegados para a Conferência Estadual de Saúde (ou Nacional). Após a realização da conferência, é elaborado um relatório final por um grupo previamente definido e previsto o monitoramento dele.

Fluxo decisório e operacional

Conferências

- Propõem diretrizes para a formulação de políticas, a partir da avaliação da situação de saúde

Conselhos

- Formulam estratégias e monitoram a execução das políticas de saúde nas instâncias correspondentes

Instâncias Executivas

- Devem incluir as deliberações dos conselhos no planejamento e na implementação de políticas de saúde

As conferências de saúde possuem regimento próprio, aprovado pelo respectivo conselho de saúde (Lei nº 8.142/90). Os regimentos devem constar no manual da conferência. Por sua vez, o regulamento da conferência é submetido à aprovação, logo após a cerimônia de abertura dela.

Por recomendação das Conferências Nacionais de Saúde ou por deliberação do CNS, conferências temáticas têm sido realizadas, propiciando debates específicos, como: saúde mental; saúde indígena; saúde do trabalhador; saúde da mulher; saúde bucal; ciência, tecnologia e inovação em saúde; recursos humanos; e medicamentos e assistência farmacêutica.

Propostas da Anvisa para a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

“1. Coordenação do SNVS – Definição das responsabilidades gestoras das três esferas de governo.

2. Articulação entre as Vigilâncias em Saúde – Articulação entre as distintas vigilâncias que compõem o trabalho de Vigilância em Saúde, com planejamento das ações prioritárias.

3. Território – Organização de práticas e processos de trabalho para articulação das ações de vigilância e da assistência no reconhecimento dos territórios de saúde.

4. Informação para a gestão – Definição de conjunto mínimo de dados compartilhados das ações de Vigilância Sanitária de cada ente do SNVS e disponibilização de ferramentas de análise no nível nacional.

5. Gestão do trabalho e educação em saúde – Formação de competências e desenvolvimento profissional.

6. Financiamento – Criação de novas fontes de receita para garantir o financiamento público do SUS, assegurando a qualidade da Atenção à Saúde e das ações de Vigilância em Saúde.

7. Laboratórios de saúde pública – Fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária, sob responsabilidade pública.

8. Controle social e relação com sociedade – Criação de Instâncias Intersetoriais de

Vigilância em Saúde nos Conselhos de Saúde, de acordo com Resoluções do CNS.

9. Informação e educação sanitária – Ampliação da visibilidade do papel do SNVS, em especial da Anvisa, junto à sociedade, a partir da identificação das ações de proteção e promoção à saúde da população.”

*Para as propostas na íntegra, ver: <bit.ly/2BUxc4o> para o Relatório das Conferências Livres da Anvisa (2017) – <bit.ly/2l26woO>

Em 2017, pela primeira vez, foi realizada a 1ª Conferência Livre de Comunicação em Saúde, com o tema “Direito à informação, garantia de direito à saúde” – <bit.ly/2nsHjp5> –, e as etapas municipal e estadual da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), realizada de 27/02 a 02/03/18. Estão sendo realizadas outras conferências temáticas para as quais são seguidas as regras de proporcionalidade na representação de usuários, trabalhadores da saúde e gestores e prestadores. No caso da 1ª CNVS, a Anvisa, com a SVS/MS e o CNS, organizou três conferências livres como etapas preparatórias à CNVS. Participaram em torno de 250 representantes das SES e SMS das capitais e os respectivos CMS, que contribuíram com a elaboração de propostas entregues ao CNS pela Anvisa.

“Foram 237 convidadas e convidados, 1.202 delegados e delegadas estaduais, 98 delegadas e delegados nacionais, 9 palestrantes, 27 participantes livres, indicados pelas Conferências Livres, 39 pessoas que trabalharam na equipe das relatorias, 24 acompanhantes, 106 pessoas do apoio, 17 pessoas das comissões ‘Comunicação e Mobilização’, ‘Formulação e Relatoria’, ‘Organizadora e Executiva’, 26 pessoas da imprensa externa, 25 da imprensa interna. Ao todo, foram 1.806 pessoas construindo a conferência | (Marques F., 2018).

O CNS divulgou o Relatório Nacional Consolidado – <bit.ly/2MExu7t>.

A Conferência Nacional de Saúde propicia o debate entre diversos atores sociais que atuam no campo da saúde, para que sejam analisados os avanços e desafios do SUS e propostas e diretrizes que contribuam para a formulação das políticas públicas de saúde.

Possíveis ações

- **Conhecer as atribuições do CNS, previstas no Decreto nº 99.438/90, disponível nos sites do CNS, do MS e do LegisVisa, do DOU e da Câmara dos Deputados**
- **Consultar resumos, documentos, anais e relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, disponíveis no Portal MS e no site do CNS**
- **Observar a divulgação do calendário do CMS, porque o Regimento Interno da Conferência Municipal de Saúde será debatido e aprovado pelos conselheiros**
- **Preparar-se para acompanhar o debate no CMS, como observador e/ou dialogando com os conselheiros**
- **Buscar informações nos CMS e com movimentos sociais em saúde sobre as articulações em andamento para a atuação nas Conferências Municipais e, posteriormente, acompanhar a dinâmica junto aos CES**
- **Ver as publicações do Conasems: “Conasems e 15ª Conferência Nacional de Saúde: a defesa do SUS e as etapas municipais” (2015a) e “Participação da Comunidade na Saúde: Conasems e a defesa do SUS nas Conferências Municipais de Saúde” (2015c)**

7.

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU)

A pesar de o foco desta publicação ser o campo da saúde e outros ministérios relevantes na implementação de políticas intersetoriais não terem sido explorados, o Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (2016) – <bit.ly/1rqmvcE> – é um catalisador de demandas de pessoas físicas e jurídicas e contribui para o controle sobre a gestão pública. As CGE e CGM são, respectivamente, as Controladorias-Gerais dos Estados e dos Municípios.

O volume de informações da CGU é grande. Destacam-se aqui três aspectos: transparência e controle social; ouvidorias; e Lei de Acesso à Informação (LAI).

Transparência e controle social

De julho de 2011 a abril de 2012, houve uma mobilização social em torno da 1ª Conferência Nacional sobre Transparência ao Controle Social (Consocial), realizada em maio de 2012, reunindo 1.200 delegados de todo o Brasil. Pela primeira vez, foram debatidos temas como a transparência do uso dos recursos públicos, a fiscalização sobre os gastos públicos e a mobilização da população para esses fins. A implantação de ouvidorias em todos os órgãos da administração pública foi uma das 80 propostas resultantes da Conferência.

O Portal da Transparência abriu um leque de debates, gerando propostas práticas, com recur-

sos impressos e audiovisuais, e experiências educativas visando familiarizar a linguagem e o uso de dados da administração pública. A exigência de maior rigor na fiscalização por parte dos tribunais de contas e conselhos gestores foi um ponto relevante. Em linhas gerais, muito do que se percebe na atual CGU carrega traços desses debates e encaminhamentos de propostas.

O Portal da Transparência do Governo Federal se consolidou como uma ferramenta de controle social. As consultas podem seguir várias vias de acesso, levando a diferentes informações, como: volume de recursos transferidos para estados e municípios, anualmente; gastos diretos; empresas que receberam recursos financeiros do governo federal; etc. Os dados sobre gastos são provenientes do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal. Através do Portal da Transparência não é necessário conhecer códigos e unidades, a busca é mais simples e ágil. No entanto, as buscas estão limitadas a trinta dias.

Dificuldades de acesso a dados públicos nos municípios

O acesso a dados públicos segue sendo difícil. O “Índice de Dados Abertos para Cidades 2018”, divulgado pela Diretoria de Análise de Políticas Públicas da Fundação Getúlio Vargas (DAPP/FGV) e pela *Open Knowledge Brasil*, identifica dificuldades de acesso devido a: forma de visualização dos

dados; falta de documentação; codificação incompreensível; e impossibilidade de baixar a base de dados completa (FGV, 2018).

No que se refere ao controle social, para a CGU, trata-se do controle social sobre a gestão pública. Parcerias com várias instâncias de controle e fiscalização, como os Tribunais de Contas e o Conselho Nacional de Saúde, têm sido realizadas. O Observatório da Despesa Pública (ODP), unidade permanente da CGU, levou sua metodologia aos tribunais de contas, visando fortalecer o controle dos gastos públicos. Em agosto de 2017, foram capacitados 66 servidores de 20 cortes de contas, consolidando 21 tribunais de contas na rede ODP (CGU, 2017). A parceria tem contribuído para o aprimoramento de um sistema informatizado que auxilia o monitoramento e a análise dos gastos públicos.

No campo da saúde, a CGU tem estabelecido parcerias com a Anvisa, a SES e com o CNS, entre outros. É a segunda vez que o CNS, por meio de sua Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin), firma parceria com a CGU para promoverem um ciclo de seminários em torno do tema: “Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS”. O objetivo é fortalecer o controle social por meio da melhoria da atuação de conselheiros de saúde no planejamento, no monitoramento e na avaliação e na fiscalização de recursos da saúde.

Controle social na Saúde: financiamento do SUS

Como segunda edição, o ciclo de seminários de 2018 prioriza a capacitação de conselheiros estaduais de saúde, preferencialmente os que atuam em Comissões de Orçamento e Financiamento. Foi traçado um cronograma para os seminários regionais, cobrindo os 26 estados e o DF. (FNS, 2018). Esses seminários são atividades da etapa

preparatória da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8 = 16ª), a ser realizada em 2019.

Ouvidorias

A ideia da 1ª Consocial de fomentar ouvidorias em vários órgãos públicos se consolidou e passou a ser trabalhada de forma integrada. Em uma página on-line, o cidadão pode se manifestar para vários órgãos e identificar a que órgão dirigir sua demanda.

O serviço de ouvidoria é responder aos questionamentos dos cidadãos e, dependendo do caso, sugerir o contato do órgão específico que responderia melhor à demanda, ou oferecer outras sugestões sobre os serviços públicos. Apesar do princípio geral, as ouvidorias possuem funcionamentos diferentes.

“A principal dica é: informar sempre que possível o quê, onde, quando e quem!

Vamos explicar melhor cada um desses itens.

O quê: Descreva a situação clara e objetivamente, para que a pessoa que vai analisar a sua manifestação consiga entender bem o fato, pois é preciso que ela entenda o que aconteceu ou o que você está elogiando ou sugerindo, a fim de que ela possa agir.

Onde: Informe o local onde aconteceu o fato (estado, município, órgão, empresa, unidade), pois nem sempre a pessoa que está analisando sua manifestação vai estar no mesmo local que você, e, sem essa informação, ela não saberá onde tem de agir.

Quando: Sempre que possível, informe a data (dia e mês) e horário aproximado dos acontecimentos (manhã, tarde ou noite), pois essa informação ajuda na verificação

do fato, e algumas vezes na identificação das pessoas envolvidas.

Quem: Se souber, informe o nome das pessoas envolvidas, se possível com sobrenome, para que não reste dúvidas sobre de quem você está reclamando ou quem você está elogiando” (CGU, 2017:22).

As ouvidorias também são vistas como um meio de conhecer a satisfação dos cidadãos com relação às políticas públicas e aos serviços públicos prestados à população. No caso das Ouvidorias do SUS, nas três esferas de governo, considera-se que elas também: “Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão” (Brasil; Doges, 2014:9). As ouvidorias do SUS apresentam-se como: canais de comunicação; instrumento de gestão; unidades de intermediação do acesso a serviços do SUS; e, instrumentos de disseminação de informações em saúde (Brasil; Doges, 2014).

Lei de Acesso à Informação (LAI)

A Lei nº 12.527/11 regulamenta o direito constitucional de obter *informações* públicas. Em maio de 2018, a LAI completou seis anos de implementação, desde que entrou em vigor. Apesar da saúde não ser um dos temas na lista dos dez pedidos de informação mais solicitados pelos cidadãos, certamente não está de fora. Do mesmo modo, inúmeras OSC têm visto na LAI um recurso para acessar informações às vezes básicas, que deveriam estar publicizadas. Leis nacionais e internacionais reconhecem que os cidadãos têm o direito fundamental a acessar as informações públicas. Além do acesso à informação propriamente dito, a LAI também põe em questão a transparência do uso de recursos, especialmente financeiros.

Quadro 1 – Classificação de demandas às ouvidorias do SUS

Demanda	Descrição
Denúncia	Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade ou indício de irregularidade na administração e/ou por entidade pública ou privada.
Reclamação	Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
Sugestão	Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do sistema de saúde.
Solicitação	Comunicação verbal ou escrita, que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde.
Elogio	Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde.
Informação	Comunicação verbal ou escrita na qual o(a) cidadão(ã) faz questionamento a respeito do sistema de saúde ou sobre a assistência à saúde.

Fonte: Doges/SGEP/MS apud Brasil; Doges, 2014:53.

O uso da LAI

- Em maio de 2017, a ADJ solicitou informações sobre o PCDT para as insulinas análogas de ação rápida. Desde a publicação da Portaria nº 10/17, em fevereiro, até maio do mesmo ano, não havia notícias sobre a inclusão das insulinas análogas na Rename 2017. O que, de fato, não ocorreu.
- Em junho de 2017, o Instituto Oncoguia solicitou o termo de cooperação entre o Executivo e o Sistema de Justiça, e o fluxograma do “Acessa SUS” – <bit.ly/2Lpc373>.

A LAI estimula as ideias de transparência ativa e passiva. Na primeira, o governo apresenta voluntariamente os dados públicos, por exemplo: agendas (de ministros, secretários, governadores, prefeitos, de instâncias colegiadas, etc.); cronogramas de reuniões, de viagens; organogramas; nomes de autoridades; atas; relatórios; etc. De acordo com o Art. 8º da LAI, é “dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas e custodiadas”.

No caso da transparência passiva, o poder público precisa ser provocado a dar a informação. A partir da LAI, pode-se solicitar dados mais detalhados sobre orçamentos públicos, administração pública, ciência e informação, previdência social, comunicação, educação, etc., sobre aspectos de gestão, políticos, econômicos ou de acesso. A solicitação pode ser feita através do Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC), a cargo da CGU, em âmbito nacional. Entretanto, como a LAI deve ser seguida por quaisquer órgãos dos poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, MP, Defensoria Pública, fundações, empresas, instituições controladas por um ente da federação e organizações sem fins

lucrativos que recebam recursos públicos, essas instituições podem (e devem) adquirir o e-SIC com a CGU – <bit.ly/2IJMcZL>.

Acesso à informação

- Desde que entrou em vigor, a LAI registrou 613,5 mil pedidos de informação ao governo federal (CGU, 2018)
- Pedidos respondidos: 610.923
- Negativas de acesso: dados pessoais; informação sigilosa; pedidos genéricos, incompreensíveis e desproporcionais, entre outros motivos
- Perfil dos solicitantes: 95,17% como pessoa física e 4,83% como pessoa jurídica
- Membro de ONG nacional (0,29%) e internacional (0,05%), entre outros cidadãos
- Pessoa jurídica: ONG (5,98%); sindicatos/conselhos profissionais (3,52%); órgãos públicos municipais (4,06%), estaduais (0,84%) e federal (1,42%); entre outras instituições

Fonte: CGU, 2018

Em vários setores há parcerias frutíferas de construção conjunta entre governo e sociedade civil, nas três esferas de governo. Entretanto, após a LAI, alguns fatos lamentáveis vieram à tona e foram denunciados pela organização por meio do Artigo 19, que atua com direitos humanos e tem como missão: “defender e promover o direito à liberdade de expressão e de acesso à informação em todo o mundo”. Em publicação recente (Artigo 19, 2018a), a organização registra 16 casos, em diferentes estados brasileiros, através dos quais se evidencia como a identidade de pessoas associadas à organização levou a tratamento inadequado por servidores públicos e gerou dificuldades para a obtenção de dados: “Nessa lista estão a sonegação de informações, episódios de constrangimento e até mesmo casos de perseguição.” (Artigo 19, 2018b).

Possíveis ações

- Explorar o “Quem é quem”, o regimento interno e as competências das unidades da CGU – <bit.ly/2nOpFOx>
- Conhecer o Portal da Transparência (CGU) – <bit.ly/1kpJvrs>
- Aprender a fazer buscas no Portal da Transparência: “Fiscalize também – Portal da Transparência do Governo Federal” – <bit.ly/2kpAEw8>
- Buscar informações sobre as controladorias de seu estado e município
 - Ouvidorias.gov – <bit.ly/2DegA85>
 - Ouvidorias municipais – <bit.ly/2K1JXgl>
- Identificar os sites das CGE e CGM, responsáveis por garantir o acesso à informação, respectivamente, nos estados e nos municípios
- Em caso de contato, anotar o número do protocolo para acompanhar o processo até receber retorno. Ao telefone, quando não houver número de protocolo, anotar os dados da chamada ou do atendimento (dia, hora e, se possível, nome do atendente)
- Conhecer a LAI – <bit.ly/1IMQYDF> – e como acessá-la – <bit.ly/2IFglst>
- Consultar, no site da CGU, a lista de Serviços de Informação ao Cidadão cadastrados no e-SIC – <bit.ly/2saYlan>
- Ficar atento aos links: e-SIC; Portal da Transparência; e/ou Lei de Acesso à Informação ou LAI, nos sites dos órgãos públicos dos três poderes e demais instituições mencionadas ao longo do texto
- Para solicitar informações através da LAI, utilize o e-SIC da CGU: <bit.ly/2uZINiE>
- Recorrer à CGU, caso o acesso à informação seja negado. Instâncias recursais da LAI:
 - Busca de decisões da CGU relativas

aos recursos no âmbito da LAI – <bit.ly/2jmeJYy>

- Busca de decisões da Comissão Mista de Reavaliação de Informações (CMRI) relativas aos recursos no âmbito da LAI – <bit.ly/2InL4Ks>

- Ouvidoria Geral do SUS – <bit.ly/2B1aA1X>
- Ouvidoria Geral da União (OGU-CGU) – <bit.ly/2BaPW1u>

e-SIC dos governos municipais e estaduais das capitais visitadas

- e-SIC AM – <bit.ly/2sfhlJp> e LAI Manaus – <bit.ly/2J9eVqj>

- e-SIC SP – <bit.ly/2Luag0o> e Prefeitura (Portal da Transparência) – <bit.ly/2fmvFk>

- e-SIC DF – <bit.ly/2KUD9BH>

- LAI Ceará – <bit.ly/2DjrmRb> e e-SIC Fortaleza – <bit.ly/2s8COV3>

- LAI Paraná – <bit.ly/2GSbNtB> e LAI Curitiba – <bit.ly/2scXgna>

8.

O papel do poder Legislativo na saúde

Cada vez mais, vivemos em uma sociedade regida por um conjunto de regras que normatizam as condutas e as relações individuais e coletivas, em todos os níveis, nos âmbitos público e privado. Há leis que regulam a dinâmica social sobre todos os temas que envolvem a vida em sociedade.

O poder Legislativo está presente nas três esferas da federação. Apesar da CF88 ressaltar o papel da descentralização, da regionalização e da municipalização, não raro, é visível uma atenção prioritária ao âmbito nacional, quando há dinâmicas que, no âmbito cotidiano, afetam a indivíduos e grupos que estão sob a responsabilidade dos poderes locais – evidentemente,, alinhados com interesses nacionais, mas com autonomia para iniciativas e decisões.

No âmbito nacional, o poder Legislativo efetiva-se através do Congresso Nacional, auxiliado pelo TCU no Congresso, no controle e na fiscalização externos; nos estados, através das Assembleias Legislativas e dos Tribunais de Contas; nos municípios, através das Câmaras Municipais de Vereadores e, onde houver, dos Tribunais de Contas.

incluídos os da administração indireta” (CF88, Art. 49, inciso V e X).

A incidência política sobre o Legislativo possui características próprias. O acompanhamento da dinâmica política e da atividade legislativa, especialmente quanto à elaboração e/ou à aprovação de Projetos de Lei (PL), é conhecido por *lobbying*. No Brasil, esse não é um termo usual entre as OSC, apesar de ser encontrado em alguns documentos. Ainda assim, uma organização que se apresenta como apartidária, não governamental e sem fins lucrativos não quer ver seu nome e sua história associados ao que, no Brasil, caracterizou-se como uma prática de tráfico de influências, que ignora valores democráticos e, em alguns casos, é associada à corrupção. Não é fácil reverter essa imagem. Algumas organizações preferem falar em assessoria parlamentar, outras em pressão política e defesa de interesses e, mais recentemente, *advocacy* legislativo.

8.1.

Âmbito Nacional

Congresso Nacional

No âmbito nacional, o poder Legislativo é exercido no Congresso Nacional, formado pela Câmara dos Deputados – <bit.ly/Meurzm> – e

São competências exclusivas do Congresso Nacional: “Sustar os atos normativos da Administração que exorbitem do poder regulamentar ou dos limites de delegação legislativa, bem como a de fiscalizar e controlar, diretamente, ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo,

pelo Senado Federal – bit.ly/2gQgY2Z –, no qual a aplicação de todas as leis é elaborada e fiscalizada. O Brasil adota o sistema bicameral, ou seja, se uma matéria inicia na Câmara dos Deputados, será revisada pelo Senado Federal e vice-versa. A maioria das proposições legislativas se inicia na Câmara dos Deputados.

Para que uma lei seja criada ou modificada é preciso um projeto, que pode ser proposto por um deputado ou um senador, por Comissões da Câmara ou do Senado Federal e pelo presidente da República. Também é possível a apresentação de PL pelo poder Judiciário, pelo procurador-geral da República e por iniciativa popular. Apesar da referência a um PL, na verdade, trata-se de um Projeto de Lei Ordinária, que é o tipo de projeto mais comum no Congresso Nacional.

A dinâmica de tramitação e aprovação de um PL depende da mobilização da sociedade, dos interesses dos parlamentares, dos partidos políticos e das articulações políticas governamentais. Para atuar no *advocacy* legislativo considere-se que, na maioria das vezes, trata-se de um trabalho de longo prazo que pressupõe interações face a face. É imprescindível conhecer a dinâmica interna do Congresso Nacional, tanto a atividade legislativa formal como a dinâmica política, e observar as OSC como atores políticos nesse cenário.

Do mesmo modo, é preciso conhecer a configuração parlamentar da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, especialmente após as eleições majoritárias. Estudar os perfis dos parlamentares, suas trajetórias, filiações partidárias, alianças locais e nacionais, temas de interesse, entre outros. Os sites das Casas Legislativas oferecem um começo (ver sugestões de vídeos), mas, também, vale a pena consultar cartilhas e publicações de outras OSC ou mesmo acadêmicas, dependendo do objeto e do propósito.

Advocacy legislativo – em busca de êxitos

- Identificar a questão-problema e o objetivo pretendido
- Na medida do possível, compreender o cenário político brasileiro atual e as implicações para o problema identificado pela OSC
- Criar estratégias de ação, ou seja:
 - Identificar saídas para o problema ao incidir sobre uma proposição, PL ou emenda
 - Estabelecer uma estratégia de comunicação
 - Incentivar e apoiar audiências públicas, levando tomadores de decisão a eventos que propiciem debates baseados em evidências científicas e pareceres técnicos
- Traçar um monitoramento legislativo e a análise dele (ver Vieira e Chaves, 2011)
- Traçar um monitoramento político mais amplo
- Agir. Manter diálogos frequentes com parlamentares e assessores, buscando apoios, por ex., a favor ou contra um PL em tramitação

Se as OSC precisam estar informadas sobre um PL em debate, para buscar apoio, ou mesmo para tentar propor um novo PL, faz-se necessário conhecer o caminho percorrido:

- A Mesa Diretora do plenário da Câmara dos Deputados ou do Senado Federal distribui os PL recebidos às comissões
- Todo PL é analisado por comissões técnicas. São 25 comissões permanentes na Câmara dos Deputados – bit.ly/1dKOpjr – e 14 no Senado Federal – bit.ly/2BtGkR6 –, além das temporárias (especiais, externas e Comissões Parlamentares de Inquérito – CPI)

- Cada projeto tem um relator, que emite um parecer sugerindo mudanças, aprovando ou rejeitando esse projeto
- Todos os projetos passam pela Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), que avalia se estão de acordo com a CF88
- Alguns projetos seguem para serem analisados pelo plenário, se não forem aprovados nas próprias comissões
- Depois de aprovado na Câmara, o PL vai para o Senado, onde passará por um percurso parecido. Se houver adendos ao PL, ele retorna à Câmara dos Deputados.
- Depois ele precisa ser sancionado pelo presidente da República. Entretanto, pode ser que seja aprovado ou vetado, total ou parcialmente
- Os parlamentares podem confirmar ou derrubar o veto do presidente em votação secreta
- A CF88 é a Lei Maior, a que organiza o Estado e define direitos e deveres. Pode ser alterada através de Proposta de Emenda à Constituição (PEC). A proposta deve ser apresentada por no mínimo um terço dos deputados, ou um terço dos senadores, pelo presidente da República, ou por mais da metade das Assembleias Legislativas com o apoio da maioria dos deputados estaduais

Caráter conclusivo de um PL – “Rito de tramitação pelo qual o projeto é votado apenas pelas comissões designadas para analisá-lo, dispensada a deliberação do Plenário. O projeto perde o caráter conclusivo se houver decisão divergente entre as comissões ou se, independentemente de ser aprovado ou rejeitado, houver recurso assinado por 52 deputados para a apreciação da matéria no Plenário” (site da Câmara dos Deputados).

O papel do relator é fundamental, especialmente quanto a questões orçamentárias. De acordo com Limongi e Figueiredo (2009:93): “O parecer preliminar, ao definir os parâmetros gerais que pautarão a apreciação do orçamento, estabelece o tom da reação do Congresso à política macroeconômica do Governo contida na proposta enviada”. Evidentemente, a disputa não acaba aí; ao contrário, perpassa todo o debate sobre a proposta em questão e a atuação dos relatores setoriais, que examinam as emendas individuais e coletivas apresentadas e emitem parecer para cada uma delas. Os relatores têm influência sobre as políticas públicas.

Apesar de a análise dos autores enfatizar o período de gestão 1995-2002, a partir de 2003 também é possível observar que a influência do Executivo no Legislativo foi mantida (Baptista, Machado e Lima, 2009). Por sua vez, há autores como Coradini (2010), que têm procurado evidenciar uma dinâmica própria à esfera do Legislativo, que dialoga fortemente com o Executivo, mas também sofre pressões de diferentes grupos de interesse. Por isso, as Frentes Parlamentares e os espaços que permitem a participação de grupos organizados da sociedade são de extrema importância e crescente atenção. De acordo com o autor, as Frentes Parlamentares estão associadas à politização de interesses organizados, criando assim uma dinâmica própria de interlocução entre os grupos de interesse e o espaço político.

O relator

- Se o deputado relator não quiser deliberar sobre o tema, pode devolver o PL sem manifestação. Será designado outro relator
- Quando o relator é sabidamente contrário à matéria e fica “sentado” no projeto, pode-se recorrer ao presidente da comissão ou ao autor do PL
- Qualquer pessoa pode solicitar a mudança da relatoria, mas depende de o presidente da comissão acatar ou não o pedido

- Com base no regimento interno, o deputado autor do PL pode solicitar a mudança do relator. Entretanto, não é uma boa política. Em geral, um deputado apenas o faz se não conseguir negociar e se tiver muito interesse no PL que está parado

Comissões de Legislação Participativa*

<bit.ly/2kaRcLn>

Devido às dificuldades para a sociedade civil conseguir apresentar um PL de iniciativa popular, em 2001, a **Câmara dos Deputados** criou a Comissão de Legislação Participativa (CLP) com o intuito de ampliar a participação da sociedade no processo legislativo.

- Diversas entidades sociais podem apresentar ideias e sugestões, exceto os partidos políticos
- As sugestões são analisadas e podem tornar-se proposições legislativas
- Pode-se sugerir requerimento solicitando audiência pública
- As entidades podem encaminhar estudos e pareceres técnicos de interesse do Legislativo
- Não podem ser apresentadas sugestões de proposta de emenda constitucional, de criação de CPI e de fiscalização e controle, por serem prerrogativas dos parlamentares

No Senado Federal

Em 2002, o Senado criou uma CLP, que a partir de 2005 passou a ser denominada Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH). Além das características mencionadas, à CDH do Senado compete opinar sobre os direitos humanos, tal como especificado no Regimento Interno do Senado.

Em 2012, o Senado criou o Portal e-Cidadania “com o objetivo de estimular e possibilitar maior participação dos cidadãos nas atividades legislativas, orçamentárias, de fiscalização e de representação do Senado” – <bit.ly/2iKCj7C>. Qualquer cidadão pode apresentar uma “ideia legislativa” e, se receber 20 mil apoios, a ideia será transformada em “Sugestão legislativa” e encaminhada à CDH.

CLP nos estados e municípios

Para saber se existe uma CLP na Assembleia Legislativa ou na Câmara Municipal, consulte os respectivos sites. Lembre-se de que o nome da CLP pode ser um pouco diferente. Por exemplo, na Câmara Municipal de São Paulo é denominada: “Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa”.

Banco de ideias

Ferramenta criada pela CLP que permite aos indivíduos apresentarem ideias, que serão organizadas em temas e disponibilizadas para consulta dos parlamentares e das OSC – <bit.ly/Qm5OTf>

* Recebe sugestões de iniciativa legislativa através de pareceres técnicos, exposições e propostas de entidades científicas e culturais, associações e órgãos de classe, sindicatos e OSC, exceto partidos políticos.

O Fluxo Constitucional está disponível no Portal da Câmara dos Deputados, assim como os fluxos para PL ordinários e tramitação das PEC, entre outros. Também há um documento específico sobre o processo legislativo que descreve toda a dinâmica de trabalho dos deputados federais, inclusive a estrutura interna à Câmara e os termos utilizados. A Constituição Federal define os tipos de lei:

- Projeto de Lei Ordinária, que é o mais comum
- Projeto de Lei Complementar
- Projeto de Lei de Resolução
- Proposta de Emenda à Constituição
- Projeto de Decreto Legislativo

O presidente da República pode editar uma medida provisória, em caso de urgência e relevância. A medida provisória entra em vigor imediatamente, mas somente torna-se lei depois de aprovada pelo Congresso Nacional. Há um tempo específico para sua análise e, caso isso não aconteça, ela tranca a apreciação de PL no plenário e passa a ser o primeiro item de apreciação na pauta. Note-se que com a atual forma de tramitação das medidas provisórias, instituída em 2001, observa-se a frequência de sessões deliberativas da Câmara dos Deputados trancadas por medidas provisórias. Sabidamente, é um mecanismo que se tornou parte das negociações entre os parlamentares e seus partidos. “A obstrução parlamentar permite às oposições provocar barganhas sequenciais com o Governo” (Inácio, 2009). Essa dinâmica interessa às OSC para estarem conscientes de que o percurso a ser seguido não é fácil e, mesmo depois de encaminhado um PL, ou uma proposta de alteração, isso não significa que ele será votado imediatamente.

Além de medidas provisórias, são prerrogativas institucionais do poder Executivo: urgência constitucional e veto presidencial. Quando um projeto tramita em regime de urgência constitucional, pode ser analisado simultaneamente na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Apesar de ser uma prerrogativa constitucional – Art.64 da CF88 –, alguns parlamentares argumentam que ela tem sido banalizada, descaracterizando o que se considera “urgência”, além de reduzir o tempo de debate e estabelecer o prazo de até 45 dias para votação. Tal fato foi questionado em alguns estados e, na Câmara dos Deputados, foi apresentada a PEC 369/13, de autoria do deputado Carlos Sampaio (PSDB/SP), que segue tramitando, sujeita à apreciação do plenário.

O trâmite e o tempo de cada processo iniciado dependerão de vários fatores, como: conjuntura política; pressão social; capacidade de articulações políticas; entre outros.

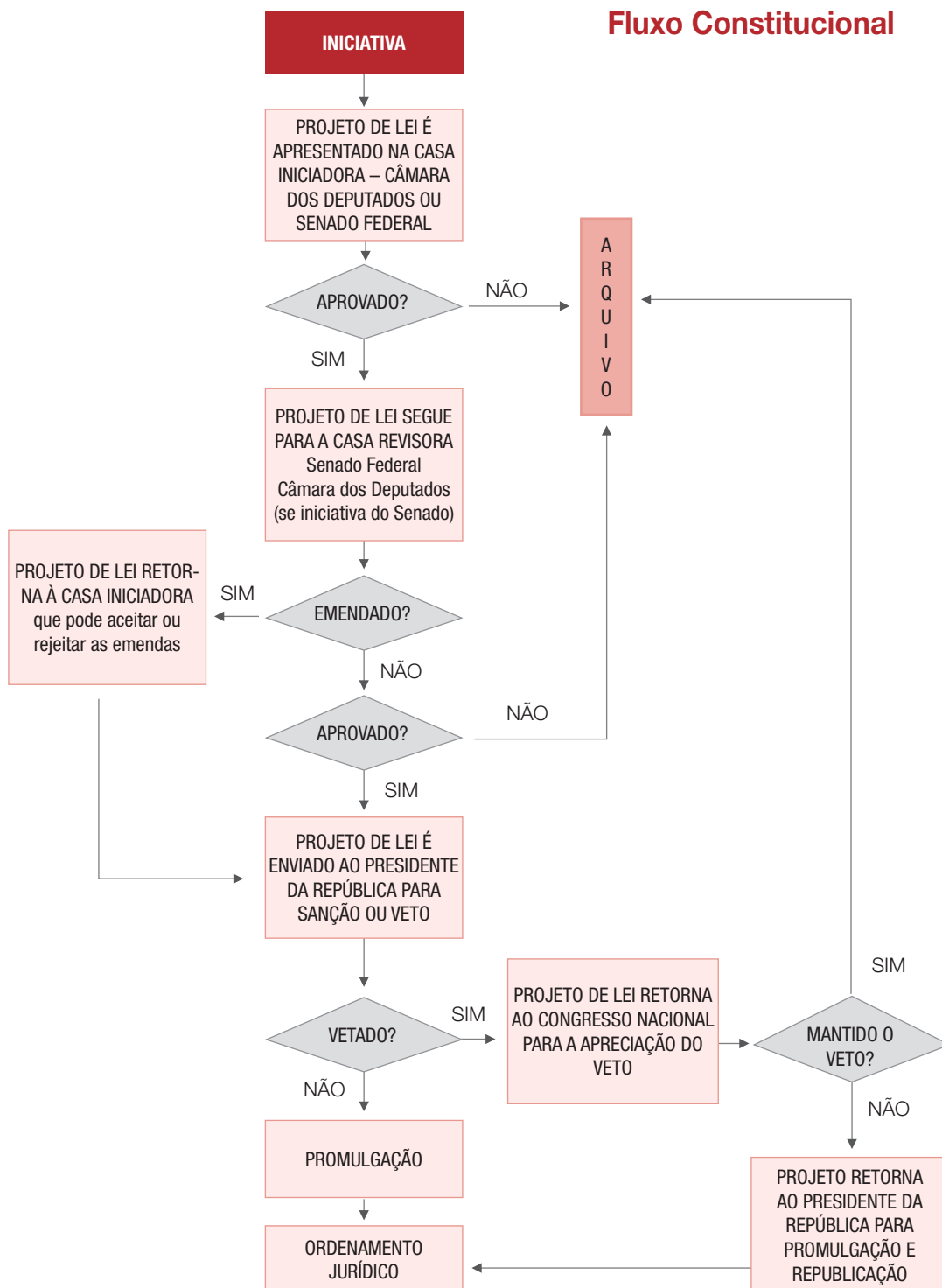
A elaboração da pauta é atribuição exclusiva da Presidência da Câmara, mas também depende das lideranças, dos interesses da sociedade, da pressão popular e de fatos relevantes no cenário político do momento. Muitas vezes a pauta atende a interesses do governo vigente, em especial quando ele tem a maioria no Congresso. De fato, os estudiosos no assunto afirmam que as propostas do governo dificilmente são derrotadas, sendo o poder Executivo responsável pela maioria das iniciativas que se tornam leis. Para isso, o Executivo possui um apoio sistemático do Legislativo, construído através das alianças partidárias (Limongi e Figueiredo, 2009). Entretanto, esse não é o único interesse em jogo. Cabe notar que os aliados políticos não “fecham” em todos os temas e os partidos não são monolíticos. Cada caso exige novas negociações e articulações, e com base no cenário atual é que as OSC precisam agir como sujeito político. A informação é sempre fundamental.

Congresso Nacional – atual composição com 513 deputados federais e 81 senadores

Antes das eleições, fique atento à conjuntura política e à divulgação do TSE sobre os candidatos barrados pela Lei da Ficha Limpa – <bit.ly/2mjpycy>. No caso dos que efetivarem a candidatura, é possível buscar informações sobre as trajetórias políticas deles. Por exemplo: o Departamento Sindical de Assessoria Parlamentar (Diap) costuma publicar uma análise sobre o processo eleitoral e um retrato da nova configuração do Congresso Nacional pós-eleição.

Em cada período pós-eleitoral, é importante observar a nova composição do Congresso Nacional e das Assembleias Legislativas, não somente quanto à proporcionalidade dos deputados com relação aos partidos, mas ao perfil de cada deputado. Afinal, os partidos não são homogêneos e os

Fluxo Constitucional



Fonte: Site da Câmara dos Deputados

parlamentares constroem suas trajetórias levando adiante alguns temas que lhes são mais ou menos afeitos.

Todo processo legislativo é público, portanto, pode e deve ser conhecido por todos os cidadãos. Para o *advocacy* legislativo, é importante observar quando há a necessidade de redefinir as articulações com interlocutores internos. O chamado presidencialismo de coalizão, entre outros fatores, acabou produzindo uma fragmentação partidária. Houve uma reconfiguração interna e, por exemplo, a importância dos líderes das bancadas dos partidos mudou. Um caminho é avaliar quais atores continuam sendo a referência para as interlocuções das OSC no Congresso Nacional. Por sua vez, talvez seja o momento de buscar outros interlocutores e/ou voltar a atenção para espaços de discussão diferentes.

Quando um tema de interesse estiver em votação, observar o quadro das votações pode ajudar a mapear a posição dos parlamentares no Congresso. As votações podem ser acompanhadas on-line ou pelas TV Câmara e Senado, nos respectivos sites ou no YouTube.

Os parlamentares pautam questões que são discutidas efetivamente nas comissões, o que exige deles mais atenção e monitoramento. Deve-se conhecer e acompanhar o *status* do projeto: se está tramitando bem, se está parado e se interessa fazê-lo andar ou não, além de observar os que são arquivados com base no Regimento Interno da Casa Legislativa.

Para as OSC, mais do que nunca, é preciso evidenciar que as respostas políticas do Congresso Nacional afetam diretamente a vida e a saúde das pessoas, a promoção e a prevenção ao tratamento.

Câmara dos Deputados

A Câmara dos Deputados – <bit.ly/Meurzm> – possui três funções primordiais: representar o povo brasileiro; legislar sobre os assuntos de interesse nacional; e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

O número de deputados é proporcional à população, calculado com base em dados do IBGE. Nenhuma UF pode ter menos de 8 ou mais de 70 deputados. No total, o número de deputados no Congresso Nacional não pode ultrapassar 513 (Lei Complementar – LC nº 78/93). Além do número mínimo de representantes, a lei determina que cada Território Federal seja representado por quatro deputados federais.

São funções do poder Legislativo: a elaboração do ordenamento jurídico e a fiscalização financeira e orçamentária.

A Mesa Diretora coordena os trabalhos legislativos e os serviços administrativos. É composta por sete deputados eleitos entre os parlamentares da Casa. A Mesa tem competências específicas, como: promulgar, com a Mesa do Senado Federal, as emendas à Constituição; e propor alterações ao regimento interno. O mandato dos membros da Mesa é de dois anos.

“O Congresso Nacional trabalha em períodos de tempo próprios, e ‘legislatura’ é o período de quatro anos em que o Congresso Nacional exerce as atribuições previstas na Constituição Federal. Cada legislatura é dividida, anualmente, em quatro sessões legislativas. Cada sessão legislativa ordinária tem início em 2 de fevereiro, é interrompida em 17 de julho, reiniciada em 1º de agosto e encerrada em 22 de dezembro” (Portal da Câmara dos Deputados)

Ao presidente da Câmara dos Deputados compete definir a pauta de proposições a serem deliberadas pelo plenário. Também é ele quem substitui o presidente da República, quando necessário, e integra o Conselho da República e o Conselho de Defesa Nacional.

O órgão máximo de deliberação da Câmara dos Deputados é o plenário, no qual os deputados discutem e votam as proposições em tramitação.

São deliberadas as matérias que não tenham sido decididas conclusivamente nas comissões. Discutido e votado o PL nas comissões, a votação pelo plenário é dispensada, excetuando-se os casos em que houver recurso de um décimo dos membros da Casa. O presidente da República pode sancionar (aprovar) ou vetar (recusar) a proposição. Se aprovado, o projeto torna-se lei, que deve ser publicada no Diário Oficial da União no prazo de 48 horas. Em caso de veto, as razões que o fundamentam são encaminhadas ao Congresso Nacional, que o mantém ou o rejeita.

A iniciativa das leis pode ser dos parlamentares, do presidente da República, do STF, dos Tribunais Superiores, do procurador-geral da República e de grupos organizados da sociedade.

Líderes na Câmara dos Deputados

“Os deputados, agrupados em representações partidárias ou blocos parlamentares, elegem seus líderes, que, entre outras atribuições, encaminham as votações nas Comissões e no Plenário, nos quais podem fazer uso da palavra, em qualquer tempo da sessão, para tratar de assunto de relevância nacional ou defender determinada linha política. Os líderes também indicam os deputados para compor as Comissões Técnicas e registram os candidatos para concorrer aos cargos da Mesa Diretora. O presidente da República poderá indicar deputado para exercer a Liderança do Governo, composta de um líder e cinco vice-líderes.

Órgão de discussão e de negociação política, o Colégio de Líderes é fundamental para o processo legislativo, pois viabiliza a conciliação entre os diferentes interesses das categorias representadas na Casa” (Portal da Câmara dos Deputados).

Em geral, os gabinetes dos deputados são mantidos por uma equipe de apoio administrativo e/ou voltada à política legislativa. Em seus

estados, os deputados mantêm um ou mais escritórios, dependendo do tamanho do estado e das temáticas priorizadas. Nos estados, a atuação está voltada a questões do cotidiano e, em maior ou menor grau, em diálogo com a população e grupos de interesse locais.

Os secretários parlamentares podem ter uma atuação primordialmente técnica, mais política ou mais jurídica –, depende do perfil e da escolha de cada deputado. Diferente do caso do Senado, que conta com uma cota a ser preenchida com exclusividade por funcionários do quadro efetivo do Senado Federal, inclusive com a chefia de gabinete, que pode vir a ser uma pessoa que não seja da confiança nem do mesmo partido que o parlamentar (Corrêa, 2011). O assessor acompanha a tramitação das proposições de autoria do deputado, articula apoio para as iniciativas, encaminha boa parte das demandas que chegam ao mandato, organiza reuniões para debater os temas que serão defendidos pelo mandato, entre outras ações.

Há vários tipos de sessões no plenário – <bit.ly/2DbRrOr>. Os deputados podem requisitar, por exemplo, uma sessão extraordinária, contando com convidados que poderão fazer uso da Tribuna da Câmara dos Deputados.

Instrumentos Legislativos

Iniciativa popular. Possibilita a um grupo de cidadãos e cidadãs apresentar projetos de lei para serem votados e eventualmente aprovados pelos deputados e senadores. É necessário: a) assinatura de 1% dos eleitores de todo o país, ou seja, aproximadamente 950.000 eleitores, distribuídos em pelo menos cinco estados brasileiros (Lei nº 9.709/98).

Plebiscito. Consulta à população sobre uma questão importante e polêmica. Essa questão é colocada em votação para que a população responda “sim” ou “não”. Somente o Congresso Nacional (Câmara

dos Deputados e Senado Federal) pode convocar um plebiscito, quando o tema é de interesse nacional. Por exemplo: Em 1993, a população votou sobre o sistema de governo (parlamentarismo ou presidencialismo e monarquia ou república). O plebiscito também pode ser chamado pelas Assembleias Legislativas e Câmara de Vereadores, quando for de interesse estadual ou municipal, respectivamente.

Referendo. Diferente do plebiscito, no caso do referendo, a população é consultada sobre uma medida ou lei já aprovada.

Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Na Câmara dos Deputados, a comissão permanente responsável pelo setor de saúde é a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) – <bit.ly/2fyG9YB>, que aborda os temas da saúde, da previdência e da seguridade social. A CSSF pode propor emendas aos Projetos de Lei Orçamentária e de Lei de Diretrizes Orçamentárias. Sua composição, com nomes, partidos políticos e números dos gabinetes de todos os membros estão acessíveis. Em “Notas Taquigráficas” estão as atas de algumas audiências públicas e reuniões ordinárias da comissão.

Cabe lembrar que os temas da saúde não se restringem à CSSF. Dependendo do aspecto, podem estar ligados à tributação, ao financiamento, à defesa do consumidor, à educação, etc., passando, também, pelas devidas comissões que analisam esses e outros temas. Por fim, todos os PL passam pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC ou CCJ), que analisa se está de acordo com a CF88. Depois da CCJC, ainda é possível que um deputado faça um recurso ao Plenário.

No site da Câmara dos Deputados, no link “Atividade Legislativa”, acessando “Comissões”, basta escolher uma procura. É possível

identificar quem é o relator de cada PL em tramitação. Também é possível acompanhar os PL e proposições dos parlamentares. Saber o número do PL de interesse facilita a busca.

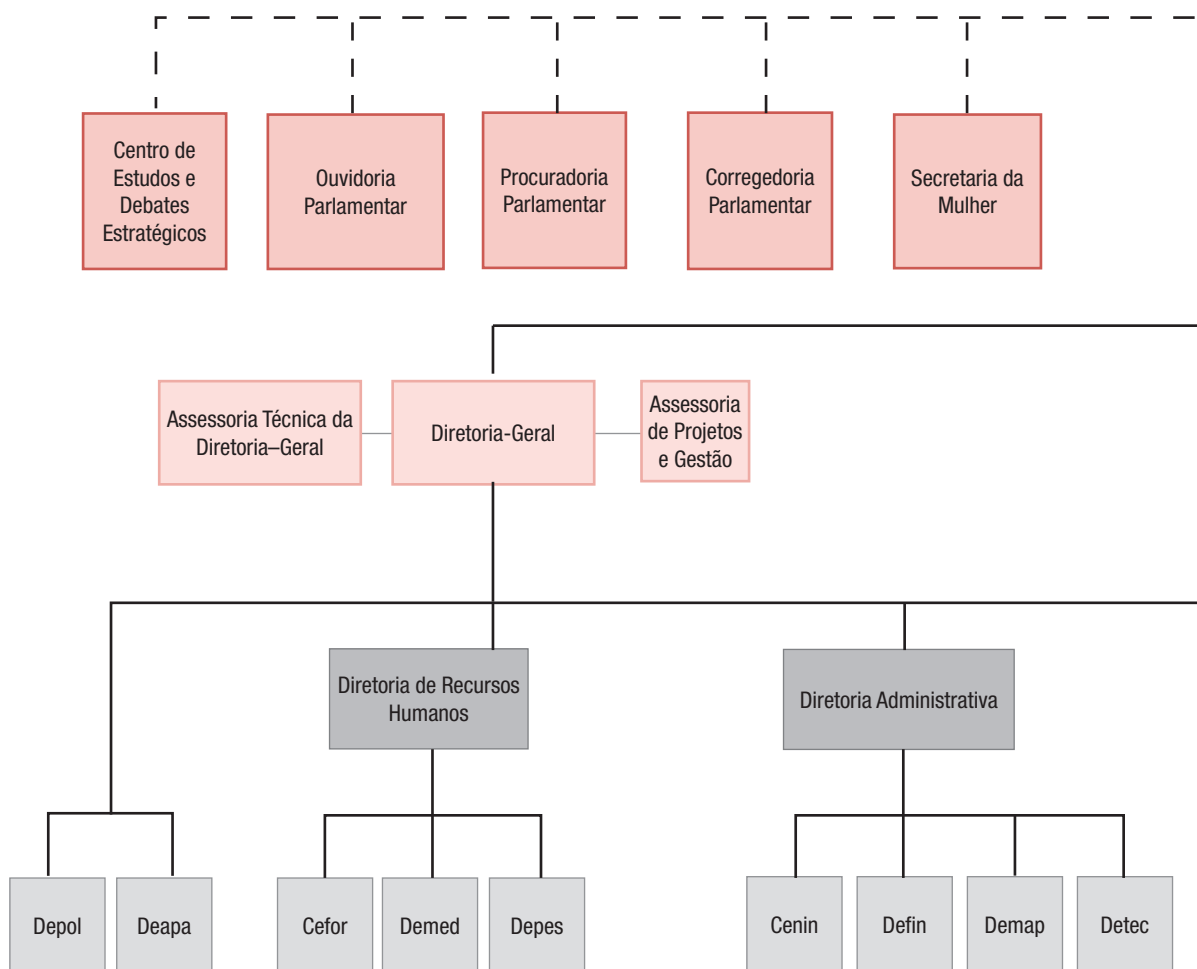
Entender o processo e a dinâmica é importante. Mesmo que se garanta a aprovação de uma lei é necessário monitorá-la, especialmente quando o tema é polêmico e pode gerar pedidos de alteração. O monitoramento é um trabalho de vigilância política sobre ganhos, mas, também, de prevenção de possíveis perdas.

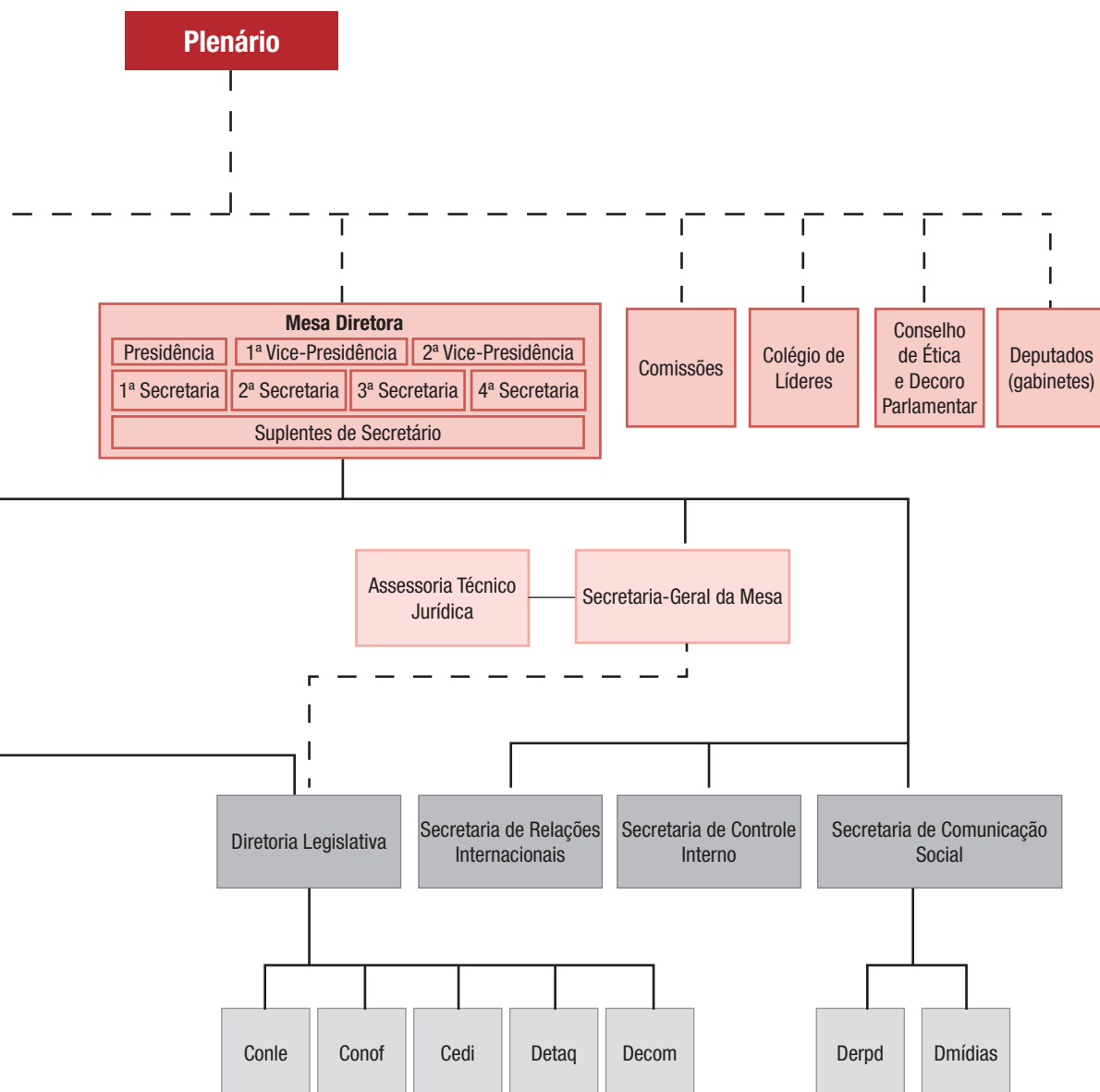
Entre as pessoas contatadas para esta publicação, foi possível conversar com a deputada federal Carmen Zanotto (PPS/SC) e sua assessora legislativa sobre a relatoria do PL nº 6.754/13 na CSSF e a criação da Frente Parlamentar Mista pela Causa do Diabetes. O referido PL, de autoria do deputado federal Raimundo Gomes de Matos (PSDB/CE), visa instituir a política nacional de prevenção do diabetes e de assistência integral à saúde da pessoa portadora de diabetes. O PL foi desarquivado em 2015, apensado por outros três projetos, e recebeu parecer favorável com substitutivos, que incluiu o direito a medicações, como os análogos de insulina, pela relatora. O parecer final – “pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa” – foi do deputado Rodrigo Pacheco (PMDB/MG), na CCJC. Em 19/10/17, o PL foi aprovado em caráter conclusivo, ou seja, votado na comissão sem necessidade de deliberação do plenário e, em 25/10/17, enviado ao Senado Federal, onde recebeu nova indexação: PLC nº 133/2017. Desde 07/08/18 está pronto para deliberação do Plenário.

Câmara dos Deputados – PL sobre diabetes mellitus

Busca por “diabetes mellitus”. Localizados 27 PL ativos, destacados 3 PL avançados na tramitação

PL nº 10376/18 do deputado Sibá Machado (PT/AC) – <bit.ly/2MmAq9z>. Versa sobre a movimentação do Fundo

Gráfico 8 – Organograma da Câmara dos Deputados



Fonte: bit.ly/2BVMjOi

de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) pelo trabalhador acometido por diabetes. Em 19/06/18, aguardando designação de relator na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP).

PL nº 9966/18 do senador Ronaldo Caiado (DEM/GO) – <bit.ly/2OSTB7M>. Dispõe sobre a assistência ao paciente com diabetes *mellitus* no âmbito do SUS. Em 11/06/18, aguardando designação de relator na CSSF.

PL nº 9937/18 do mesmo senador – <bit.ly/2Mn2jOC>. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para estabelecer a obrigatoriedade de realização de exames periódicos de rastreamento do diabetes *mellitus*, visando estimular a implementação de políticas públicas para diabetes. Em 21/05/18, aguardando parecer do relator na CTASP.

PL sobre doenças cardiovasculares

PL nº 7311/14 de Devanir Ribeiro (PT/SP) – <bit.ly/2AWgNKJ>. Aumenta a pena para o crime de falsificação, corrupção, adulteração ou alteração de medicamento destinado ao tratamento de doenças cardíacas, hipertensão e diabetes. Em 01/04/14, apensado ao PL nº 4898/12 – <bit.ly/2OOqH8L>. Proposição sujeita à apreciação do Plenário. Regime de tramitação: prioridade.

Possíveis ações

- **Conhecer a Câmara dos Deputados** – <bit.ly/Meurzm>
- **Conhecer as lideranças partidárias e as bancadas na Câmara dos Deputados** – <bit.ly/2Ca49Ku>
- **Conhecer a legislação vigente sobre HA, DM e DCV**
- **Visitar a Câmara dos Deputados com frequência, especialmente se a OSC possui ações de *advocacy* estruturadas e/ou se estiver acompanhando um PL.**
- **Se não for possível conversar com o parlamentar, buscar pessoas-chave, como assessores e chefes de gabinetes**
- **Na visita aos gabinetes, levar material relevante sobre o tema com o qual trabalha. Preferencialmente, com dados e informações, e não muito extenso**
- **Quando houver uma audiência pública com envolvimento da OSC, propor ao deputado interlocutor um Seminário no Congresso Nacional para dar visibilidade à questão**
- **Utilizar canais disponíveis on-line, caso não possa ir a Brasília com frequência. O site da Câmara oferece todos os contatos de seus parlamentares e respectivos gabinetes**
- **Buscar PL, arquivados e/ou ativos, disponíveis no site da Câmara dos Deputados** – <bit.ly/2AV3snq>. **Observar as orientações para a busca em “Como pesquisar”**
- **Em caso de petições on-line, contra ou a favor de um PL, pode-se incluir o e-mail do deputado federal autor do PL para que ele acompanhe o engajamento à petição**
- **No espaço “Fale Conosco” da Câmara dos Deputados** – <bit.ly/2jvdBxm>, **há formas diferentes de interação, desde o contato com os deputados e/ou comissões, até a apresentação de um PL para Banco de Ideias**
- **Acompanhar proposições em andamento, por e-mail:** <bit.ly/2msHQZ2>
- **Ligações gratuitas:**
Câmara dos Deputados: 0800 619 619
Alô Senado: 0800 61 2211
- **Conhecer e acompanhar seções do plenário na TV Câmara, no Canal Youtube ou na rádio Câmara**

Senado Federal

O Senado Federal – <bit.ly/2kR8U3s> – foi criado em 1824, com a primeira Constituição do Império. Representa a federação e, como tal, conta com o mesmo número de três senadores para cada um dos 26 estados e o DF. No total, são 81 senadores da República que cumprem um mandato de oito anos¹⁷.

As eleições para o Senado acontecem a cada quatro anos, para que sejam eleitos alternadamente um e dois terços dos senadores. No Portal do Senado Federal, através do “Mapa de Assentos no Plenário”, pode-se identificar os senadores, por partido político e estado de origem.

Entre as atribuições do Senado Federal estão: legislar sobre temas de interesse nacional e fiscalizar a aplicação de recursos públicos. Além da atuação conjunta com a Câmara dos Deputados, o Senado Federal tem como prerrogativas:

- Processar e julgar o alto escalão da República: presidente, vice-presidente, ministros do STF, membros do Conselho de Justiça e do Conselho Nacional do Ministério Público, procurador-geral da República, advogado-geral da União e aqueles ligados a crimes associados ao presidente ou ao vice-presidente
- Escolher: ministros do TCU indicados pelo presidente da República, presidentes e diretores do Banco Central do Brasil, procurador-geral da República, chefes de missão diplomática, entre outros
- Autorizar operações financeiras externas de interesse de todas as esferas de governo
- Fixar limites para a dívida consolidada da União e demais esferas de governo, atendendo à proposta do presidente da República

Se a matéria de interesse é conhecida e o processo está sendo acompanhado, é possível fazer a busca diretamente por:

- PEC – Proposta de Emenda à Constituição
- PLS – Projeto de Lei iniciado no Senado
- PLC – Projeto de Lei iniciado na Câmara
- PRS – Projeto de Resolução do Senado
- PDS – Projeto de Decreto Legislativo
- MPV – Medida Provisória
- PLV – Projeto de Lei de Conversão
- RQS – Requerimento

Comissão de Assuntos Sociais (CAS)

No Senado Federal, a comissão permanente que analisa a temática da saúde é a Comissão de Assuntos Sociais (CAS). No site não há muitas informações sobre o papel da CAS. É possível conhecer sua composição em: <bit.ly/1ZcNEWc>.

No site do Senado, no link “Atividade Legislativa”, acessando “Projetos e matérias”, é possível buscar os PL de interesse. Se tiver o número, isso facilita a busca. É possível conhecer o teor do PL na íntegra, identificar a tramitação de cada projeto e quem é o relator dele.

Assim como na Câmara dos Deputados, no Senado Federal os temas da saúde não se restringem à CAS. Dependendo do aspecto, podem estar em outras comissões, como finanças, educação, trabalho, etc. Por fim, todos os PL passam pela CCI, que analisa se estão de acordo com a CF88.

O monitoramento político pode fazer a diferença no acompanhamento dos PL.

Na visita ao Congresso Nacional, foi possível conversar com o assessor técnico do gabinete do senador Ronaldo Caiado (DEM/GO), autor de dois projetos de lei sobre diabetes que estão em tramitação avançada. Ambos foram aprovados no Senado Federal e enviados à Câmara dos Deputados e contam com nova numeração. O PL

¹⁷ Ver organograma do Senado Federal: <bit.ly/2mAoz8U>

nº 9966/18 versa sobre a assistência ao paciente com diabetes *mellitus* no âmbito do SUS, detalhando vários aspectos, como prevenção, diagnóstico, rastreamento, educação, tratamento, entre outros. Por sua vez, o PL nº 9937/18 e visa alterar a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para incluir a realização de exames periódicos de rastreamento do diabetes *mellitus* no local de trabalho. Ver box “Câmara dos Deputados – PL sobre diabetes *mellitus*”.

Do mesmo modo, foi possível conversar com o assessor de imprensa da senadora Ana Amélia (PP/RS) sobre projeto de sua autoria, que “Dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e visa instituir o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos”. O projeto foi aprovado no Senado Federal e aguarda parecer do relator, na CSSF da Câmara dos Deputados, como PL nº 7082/2017 – <bit.ly/2KMNmaz>

Em 18/04/18, última movimentação na Comissão de Ciência e Tecnologia, Comunicação e Informática (CCTCI), a deputada federal Luiz Erundina (PSOL/SP) declarou seu voto em separado – <bit.ly/2BZ8zhv>. Ela discordou sobre a criação de uma nova instância nacional, dada a existência da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do CNS. O PL também recebeu uma complementação de voto – <bit.ly/2PPnl3n>, registrada pelo relator, deputado Afonso Motta (PDT/RS).

Senado Federal – PL sobre diabetes *mellitus*

PLS nº 255/17 (altera CLT) do senador Cristovam Buarque (PPS/DF) – <bit.ly/2JDBArp> –, em 19/03/18, aguardando leitura de requerimento na Secretaria-Geral da Mesa do Plenário do Senado

PLC nº 133/17 (Política Nacional de Diabetes) do deputado federal Raimundo Gomes de Matos (PSDB/CE) – <bit.ly/2HHhgso>, em 07/08/18, Secretaria Legislativa, pronto para deliberação do Plenário

PLC nº 49/17 (capital nacional da maçã) do

deputado federal Ronaldo Benedit (MDB/SC) – <bit.ly/2FxaOyi>, em 19/02/18, na Secretaria Legislativa, pronto para deliberação do Plenário

PLS nº 148/16 (altera a Lei nº 8.080/90 para garantir rastreamentos) do senador Cristovam Buarque (PPS/DF) – <bit.ly/2HFRaWQ>–, em 08/08/18, na CAS, pronto para a pauta na comissão

PLS nº 523/11 (abatimento de compra de medicamentos no IRPF) do senador Álvaro Dias (PSDB/PR) – <bit.ly/2HIIISF>, em 20/11/15, na Secretaria Legislativa, aguardando leitura de requerimento

PLC nº 92/2011 (altera a Lei nº 9.503/97, por carteira de habilitação para pessoas com diabetes) do deputado federal Osmar Serraglio (PMDB/PR) – <bit.ly/2rbzb05>, em 10/03/15, na CCJC, aguardando designação do relator

PLS nº 489/2008 (altera Decreto-Lei nº 986/69 para identificação de cores em rótulos de embalagens de alimentos) do senador Cristovam Buarque (PPS/DF) – <bit.ly/2r9S4AS>, em 14/06/18, na CAS, matéria com a relatoria

PLS nº 389/2008 (complementar) (altera as Leis complementares nºs 7 e 8 para permitir o saque do Programa de Integração Social a portadores de diabetes) do senador Renan Calheiros (PMDB/AL) – <bit.ly/2rby5BA>, em 04/03/16, na Secretaria Legislativa, aguardando leitura de requerimento

PLS nº 365/2007 (altera a Lei nº 7.713/88 para incluir doenças cujos portadores tem isenção no imposto de renda sobre aposentadoria) do senador Paulo Paim (PT/RS) – <bit.ly/2jjmMCZ>, em 20/03/2018, na Secretaria Legislativa, aguardando inclusão da ordem do dia de requerimento

PLS nº 105/2007 (altera a Lei nº 7.713/88 para incluir diabetes entre os agravos que isentam o imposto de renda sobre aposentadoria) do senador Álvaro Dias (PSDB/PR) – <bit.ly/2w2Ebcj>, em

20/03/18, na Secretaria Legislativa, aguardando inclusão ordem do dia de requerimento

Sobre doenças cardiovasculares

RQS n° 659/2017 (requer a realização de Sessão de Debate Temático, para discutir as estratégias para redução da mortalidade cardiovascular no Brasil) – <bit.ly/2rezh6r>. Em 22/08/17, a matéria foi lida no Plenário do Senado Federal

Possíveis ações

- **Estudar o perfil dos parlamentares e identificar áreas de atuação e prioridades dos mandatos, antes de procurá-los. O Diap acompanha o Congresso Nacional e as trajetórias dos parlamentares**
- **Consultar a pesquisa do Diap: “Os “cabeças” do Congresso Nacional”** – <bit.ly/2jRzBpQ>. Desde 1994, a pesquisa anual identifica quem são os 100 parlamentares mais influentes. O Diap apresenta a composição do Congresso Nacional, após os períodos eleitorais
- **Identificar os deputados federais e senadores de seu estado, de todos os partidos políticos, especialmente aqueles comprometidos com a área da saúde ou afins (DM, DCV, outra DCNT, outras patologias, pessoas com deficiência, etc.)**
- **Visitar o escritório do deputado e/ou senador de interesse em seu estado. O contato local pode fazer a diferença**
- **Conhecer a dinâmica de trabalho dos deputados no Portal da Câmara dos Deputados. Para saber como participar e entrar em contato, ver: “Fale com a ouvidoria” e “Fale com o deputado”**
- **Analisar os PL em andamento e verificar quais são favoráveis ou não e como a organização pode atuar. É possível receber informações por e-mail sobre o andamento do PL ou proposição. Basta fazer o cadastro em: <bit.ly/2AV3snq>**
- **Observar se os deputados que interessam à causa estão nas lideranças e em bancadas do Congresso Nacional, além das comissões: <bit.ly/2AYcLI4>**
- **Identificar os percursos dos PL através das comissões da Câmara dos Deputados: bit.ly/2mtPWRj. O mesmo pode ser feito nas instâncias estaduais e municipais**
- **Conhecer os nomes, contatos e endereços dos gabinetes dos senadores em exercício – <bit.ly/2JmP6jL>**
- **Acompanhar/participar de audiências públicas sobre DM, DCV e/ou DCNT, de forma presencial ou on-line**
- **Quando houver uma audiência pública com envolvimento da OSC, propor ao senador interlocutor, um Seminário no Congresso Nacional para dar visibilidade à questão**
- **Em caso de petições online, contra ou a favor de um PL, pode-se incluir o e-mail do senador autor do PL para que ele acompanhe o engajamento à petição**
- **Acompanhar as atividades em andamento através do Portal do Senado Federal, fazendo buscas por tema ou pelo número do processo ou PL de interesse. Também, é possível conhecer as pautas e resultados das votações no plenário e dos trabalhos nas comissões.**
- **Conhecer o Interlegis – Comunidade Virtual do Poder Legislativo – <bit.ly/1kYrIXY>¹⁸**
- **Utilizar a Rede de Informação Legislativa e Jurídica (LexML Brasil) – <bit.ly/2BgZuJr>¹⁹**

¹⁸ Visa fortalecer institucionalmente o poder Legislativo brasileiro, promovendo a cooperação entre as Casas Legislativas nas esferas federal, estadual, municipal e distrital.

¹⁹ Projeto desenvolvido pela Secretaria Especial de Informática do Senado. Reúne dados do Legislativo, do Executivo e do Judiciário, permitindo a localização de registros nacionais, além de buscas por estado e por município sobre legislação, jurisprudência e proposições legislativas.

8.2. Âmbito Estadual

Assembleias Legislativas

No âmbito estadual, as Assembleias Legislativas exercem a função correspondente à Câmara dos Deputados. A estrutura interna é semelhante, mas é importante verificar em seu site. Em geral, há um link denominado “Entenda o processo legislativo”. A partir daí será possível encontrar caminhos para verificar a tramitação de PL. Do mesmo modo, cada Casa Legislativa possui seu regimento interno e variantes pertinentes à política estadual.

Há sessões plenárias que são abertas, constando nas informações sobre as agendas e os calendários das Assembleias Legislativas. Algumas Assembleias possuem programas veiculados em rádios e/ou TV e todas possuem sites na Internet.

A Assembleia Legislativa é a guardiã da Constituição Estadual e analisa os PL de âmbito estadual. Da mesma forma que a Câmara dos Deputados aprova o orçamento da União, as Assembleias Legislativas debatem e votam os orçamentos estaduais, nos quais há sempre um percentual alocado para o setor de saúde. Além disso, o FNS informa às Assembleias Legislativas quando é enviada uma remessa de recursos para o Fundo Estadual de Saúde, processo que também deve ser acompanhado pelos CES.

As Assembleias Legislativas dos Estados do Amazonas, do Ceará e de São Paulo foram visitadas. No Paraná, infelizmente não foi possível. Foram entrevistados deputado(a)s ou assessor(a)s – em geral, os presidentes das comissões de saúde, ou deputados estaduais atuantes em temas correlatos e aliados a pautas da saúde. Poucos possuíam atuação dirigida aos temas enfatizados aqui, mas estavam abertos ao diálogo.

Na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, o gabinete do deputado estadual Carlos Felipe (PcdoB/CE), presidente da Comissão de

Seguridade Social e Saúde, coordena a criação e atuação do “Fórum Permanente em Defesa do SUS, caminhos da saúde no estado do Ceará”. Trata-se de iniciativa dessa comissão para identificar boas práticas no estado e mediar a interlocução entre os atores, governamentais e não governamentais, que atuam no campo da saúde.

A deputada estadual Fernanda Pessoa (PR/CE), presidente da Frente Parlamentar dos Direitos da Mulher da Alec, por meio de seu mandato é uma aliada na área da saúde da mulher e da saúde em geral. Em diversas ocasiões, tem acolhido demandas de movimentos sociais, em geral, e de organizações que trabalham no enfrentamento do câncer no estado do Ceará.

O deputado Fernando Cury (PPS/SP) foi o único deputado estadual identificado que inclui o diabetes *mellitus* em seu mandato. Ver item 8.4.

Comissões de saúde

Nas Assembleias Legislativas, assim como no Congresso Nacional, grande parte das atividades legislativas ocorrem através de comissões de trabalho, como parte do procedimento da Casa. Em todas as assembleias Legislativas há uma comissão que trabalha com o tema da saúde, mesmo que cada Assembleia adote uma denominação diferente. Em geral, são comissões técnicas de caráter permanente.

Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas – <bit.ly/2KnOoT9>

Comissão de Saúde e Previdência –
<bit.ly/2L7cHFQ>

Assembleia Legislativa do Estado do Ceará – <bit.ly/2KqGI2l>

Comissão de Seguridade Social e Saúde
<bit.ly/2wJXYhj>

Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo – <bit.ly/2wLmrm7>

Comissão de Saúde – <bit.ly/2wN6CeU>

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná – <bit.ly/2kxHPSP>

Comissão de Saúde Pública – <bit.ly/2lptQsM>

Sites de outras Casas Legislativas estão disponíveis no Interlegis – <bit.ly/2MBaCXs>

Possíveis ações

- Identificar as áreas de atuação e prioridades dos mandatos dos deputados estaduais
- Conhecer a Constituição Estadual – <bit.ly/2jA0zAh>
- Identificar os deputados estaduais, de todos os partidos políticos, especialmente aqueles comprometidos com a área da saúde (HA, DM, DCV, DCNT ou outra patologia, pessoas com deficiência, saúde da mulher, etc.)
- Identificar a comissão de saúde da Assembleia Legislativa e por quem é presidida
- Identificar a comissão de direitos humanos da Assembleia Legislativa, as quais recebem denúncias de violação de direitos (maus-tratos, discriminação, preconceito, abandono, violência, atentados contra a dignidade humana, etc.)
- Observar se os deputados que interessam à causa estão nas lideranças, bancadas da Assembleia Legislativa e/ou nas comissões de saúde
- Identificar os percursos dos PL estaduais através das comissões, ou buscar o link “atividade legislativa” no site da Assembleia Legislativa
- Buscar PL de HA, DM, DCV e/ou DCNT com atenção ao conteúdo da matéria e ao autor do projeto
- Acompanhar/participar de audiências públicas sobre DM, DCV e/ou DCNT, de forma presencial ou on-line
- Quando houver uma audiência pública com envolvimento da OSC, propor ao deputado interlocutor um Seminário na Assembleia Legislativa para dar visibilidade à questão
- Manter os deputados estaduais e o presidente da comissão de saúde atualizados sobre a situação de HA, DM e DCV, identificando lacunas no estado, apresentando a posição da organização a respeito e/ou buscando espaços para manifestações, como uma data especial para a causa. Ver, por exemplo: “Manifesto da AMUCC na ALESC”, em outubro de 2017 – <bit.ly/2EFJ36S>

8.3. Âmbito Municipal

Câmaras Municipais de Vereadores

A partir da CF88, os municípios passaram a ser entes federados com autonomia política, administrativa e financeira, cabendo aos estados criar, incorporar, fundir ou desmembrar municípios. Um município é criado por uma lei estadual, que, de acordo com a CF88, deveria passar por consulta prévia (plebiscito) e por estudos de viabilidade municipal. Pela primeira vez no Brasil, o município passa a ser uma Unidade Constitutiva da Federação, com capacidade de criar sua Lei Orgânica Municipal (LOM), legislar sobre assuntos de interesse local e suplementar as legislações federal e estadual naquilo que lhe compete.

Criados, os municípios – e o DF – são regidos pelas Leis Orgânicas Municipais, que devem ser aprovadas por 2/3 dos votos da Câmara

Municipal. A Lei Orgânica não permite sanção ou veto do prefeito, pois sua promulgação é da competência do poder Legislativo.

A saúde e a assistência pública estão entre as competências municipais, em sua esfera de atuação, fixadas no Art. 30 da CF88. No âmbito municipal, os vereadores correspondem aos deputados estaduais e federais. É a Câmara Municipal de Vereadores que representa o poder Legislativo. O número de vereadores é proporcional ao número de habitantes.

Até poucos anos, a Câmara Municipal se pautava no modelo da Câmara dos Deputados. Entretanto, sob alguns aspectos, pode se organizar de acordo com a LOM, por exemplo, na definição do número de membros da Mesa Diretora, duração de seus mandatos e a possibilidade ou não de reeleição de seus membros. Como nas demais Casas Legislativas, a Câmara Municipal possui atribuições administrativas e legislativas, além de políticas. A Mesa Diretora tem autonomia para dirigir os trabalhos, mas não pode entrar em conflito com a Presidência da Câmara Municipal.

A deliberação sobre projetos, relatórios, concessões de licenças e de títulos são atribuições dos vereadores. As atividades legislativas estão centradas no trabalho em comissões e na tramitação de PL. Os atos normativos são semelhantes aos do Congresso Nacional, inclusive as Leis Complementares devem se ater a matérias que a CF88 estabelece e que orienta a todos os entes federados. Quanto à elaboração de leis, o trabalho na Câmara Municipal se dirige a leis locais. Em casos de emendas à LOM, pode-se considerar equivalentes às emendas constitucionais, salvo as devidas proporções.

Nas Câmaras Municipais debate-se e vota-se os orçamentos municipais, que incluem verbas para os orçamentos municipais da saúde. Do mesmo modo, as câmaras são notificadas pelo FNS sobre remessas de recursos enviadas aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), dinâmica que deve ser acompanhada pelos CMS.

Há vários mecanismos disponíveis, amparados por lei, para a manifestação de indivíduos e grupos junto à Câmara Municipal de Vereadores. Ver boxe “Instrumentos Administrativos Municipais”.

Comissões de Saúde

Nas Câmaras Municipais de Vereadores, as atividades legislativas ocorrem através de comissões de trabalho, como parte do procedimento da Casa. Como em todas as UF, na atuação legislativa municipal há uma comissão que aborda o tema da saúde, ainda que não exclusivamente. Podem ter denominações diferentes. Em geral, são comissões técnicas de caráter permanente.

Câmara Municipal de Manaus

<bit.ly/1O3vNv2>

Comissão de Saúde – <bit.ly/2lpd10Y>

Câmara Municipal de Fortaleza

<bit.ly/2lBg6PT>

Comissão Conjunta de Constituição e Saúde – <bit.ly/2waPkoc>

Câmara Municipal de São Paulo

<bit.ly/1dqaz2Y>

Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher – <bit.ly/2w1ZSa1>

Câmara Municipal de Curitiba

<bit.ly/2wN3eRe>

Comissão de Saúde, Bem Estar Social e Meio Ambiente – <bit.ly/2L4o6WZ>

Câmara Legislativa do Distrito Federal

<bit.ly/2lLAW7S>

Comissão de Educação, Saúde e Cultura – <bit.ly/2GIWhpm>

Nas Câmaras Municipais visitadas, de modo geral, todos os vereadores contatados são próximos às políticas públicas de saúde e têm referências nas SMS, devido a reuniões, participação no CMS e/ou eventos comuns. Entretanto, somente o vereador

Gilberto Natalini (PV/SP) havia promovido atividades sobre diabetes na Câmara Municipal.

O vereador Gilberto Natalini é médico, com uma longa trajetória na área da saúde, um dos motes de seu mandato. Põe em debate os temas de HA e DM. É um aliado da Associação Nacional de Atenção ao Diabetes (Anad), cujo presidente já foi homenageado na Câmara Municipal, e da Associação de Diabetes Juvenil (ADJ). É parceiro da SBD, instituição com a qual realizou eventos sobre diabetes infantil e publicou uma pequena cartilha educativa – *Entendendo o diabetes* –, amplamente distribuída, inclusive na antessala de seu gabinete e por e-mail. Possui alguns PL sobre diabetes e promoção da saúde, sendo bastante conhecido o Agita Sampa, transformado na Lei nº 14.405/09, que criou o programa de envelhecimento ativo na cidade.

O vereador incentiva a participação da sociedade civil nas reuniões da comissão de saúde, que são abertas. Também entrevista especialistas da saúde, divulgando informações e avanços científicos, através do programa *Sala de visita*, veiculado na TV Câmara.

Possíveis ações

- **Conhecer a Lei Orgânica do Município** – <bit.ly/2Pg6B7q>. Ela está para o município como a CF88 está para a União, salvo as devidas proporções
- **Verificar as pautas das sessões em plenário.** Se não estiverem disponíveis on-line, podem ser solicitadas na própria Câmara Municipal de Vereadores. Ao localizar telefones e endereços no site, observar se há uma secretaria ou pessoa responsável por contato ou agenda
- **Identificar a comissão de saúde da Câmara Municipal, por quem é presidida e como funciona**
- **Identificar a comissão de direitos humanos da Câmara Municipal, por quem é presidida e como funciona**
- **Conhecer o processo de discussão de um PL, antes de ser aprovado ou revogado, para acompanhar a tramitação de forma qualificada**
- **Identificar os percursos dos PL municipais através das comissões, ou buscar o link “atividade legislativa” no site da Câmara Municipal**
- **Buscar PL sobre HA, DM, DCV e DCNT, com atenção ao conteúdo e ao relator**
- **Acompanhar/participar de audiências públicas sobre DM, DCV e/ou DCNT, de forma presencial ou on-line**
- **Quando houver uma audiência pública com envolvimento da OSC, propor ao vereador interlocutor um Seminário aberto na Câmara Municipal para dar visibilidade à questão**
- **Manter os vereadores e o presidente da comissão de saúde atualizados sobre a situação de HA, DM e DCV, identificando lacunas no município, apresentando a posição da organização a respeito e/ou buscando espaços para manifestações, por exemplo, uma data especial para a causa**
- **Informar-se no site da Câmara Municipal de sua cidade se há transmissões ao vivo pela TV ou Internet. Na cidade de São Paulo é possível acompanhar reuniões das comissões técnicas, sessões plenárias e audiências públicas on-line** – <bit.ly/1WWbAqr>

Mecanismos de participação junto à Câmara Municipal de Vereadores

Petição à Mesa da Câmara: Instrumento utilizado para solicitar informações sobre o andamento de projetos ou relatórios encaminhados ao prefeito.

Uso da Tribuna Livre: Deve ser utilizado para denúncia de problemas, discussão de um tema ou apresentação de sugestões.

Opinião sobre projetos: Cidadãos ou OSC podem se inscrever para dar opinião sobre projetos que estão em discussão. Consulte o Regimento Interno da Câmara e a Lei Orgânica de seu município.

Assessoria e apoio técnico a

vereadores: Serve para contestar projetos prejudiciais à população. Pode também ser utilizado para apresentação de defesa de PL ou para indicações.

Convocação de Sessões Especiais sobre determinados temas:

Este instrumento deve ser utilizado em articulação com a Mesa Diretora da Câmara ou com vereadores e devem ser convidadas pessoas especialistas para debater o assunto.

Convocação de audiências públicas:

Deve ser utilizada em articulação com os presidentes das comissões da Câmara Municipal de Vereadores.

Convocação de administradores para

depor: Instrumento a ser utilizado em articulação com vereadores e membros das comissões.

Iniciativa de PL: Necessita da assinatura de 5% dos eleitores do município. É melhor estar articulado com algum vereador para apoiá-la. Mesmo sem o apoio de um vereador, a Mesa da Câmara tem obrigação de receber e encaminhar para a votação um PL de iniciativa da comunidade.

*Apesar de referido ao município, há instrumentos correlatos no âmbito do estado. Todos devem estar em sintonia com a legislação federal.

**Quando se diz que um instrumento deve ser utilizado “em articulação” significa que, de fato, não é a OSC quem propicia a reunião, a consulta, etc.

8.4. Frentes Parlamentares

As Frentes Parlamentares são instâncias de articulação política que reúnem parlamentares em torno de um determinado tema. É necessário identificar se há Frentes Parlamentares no estado e/ou município onde a OSC atua e avaliar as formas de aproximação e parcerias possíveis. Depois de identificadas, deve-se conhecer sua história, se possui caráter permanente ou temporário, quem está à frente da coordenação e se, em algum momento, abordou o tema de interesse da organização, entre outros aspectos.

A partir de um tema específico, as Frentes Parlamentares constroem e consolidam sua agenda. Podem propiciar um espaço de diálogo e participação da sociedade civil e parcerias intersetoriais, procurar garantir orçamento para o tema em questão e, com base no diagnóstico do problema, propor emendas através dos parlamentares engajados na Frente Parlamentar: na Câmara Municipal, na Assembleia Legislativa ou no Congresso Nacional.

No Congresso Nacional, as Frentes Parlamentares reúnem deputados federais e senadores de partidos políticos diferentes, por isso são denominadas suprapartidárias. Em alguns casos, conta-se com a participação de OSC e pessoas de outros setores; depende do presidente e da dinâmica que orientará a Frente. Em geral, as Frentes são mistas, mas, como a maioria dos parlamentares está na Câmara dos Deputados, é onde são iniciadas com mais frequência. A partir de 2005, as Frentes Parlamentares precisam de um registro para atuar e, para tal, devem atender a alguns requisitos, como contar com pelo menos um terço de parlamentares do Congresso Nacional. Deve-se elaborar um requerimento, acompanhado da ata de fundação e constituição, além do estatuto da Frente Parlamentar, entre outros.

No campo da saúde, durante muito tempo, a referência foi a Frente Parlamentar da Saúde (FPS) – bit.ly/2nUKGHx –, fundada em 1993, na Câmara dos Deputados. O deputado federal Darcísio Perondi (PMDB/RS) foi seu presidente por vários mandatos consecutivos. Em 2015, ao ser instalada, a FPS – bit.ly/2D3y9HD – passou a ser presidida por Osmar Terra (PMDB/RS), sendo constituída por 201 deputados federais e 10 senadores²⁰. As Frentes Parlamentares vigem durante os quatro anos da legislatura parlamentar e podem ser instaladas novamente na próxima legislatura, ou não. Depende de vários fatores, mas o mais provável é que o parlamentar que esteja na presidência, se reeleito, queira instalar novamente aquela Frente Parlamentar. Se não o for, outro parlamentar que compõe a Frente, se reeleito, ou um novo parlamentar, também podem tomar a iniciativa. No entanto, a sociedade civil é um ator central para mobilizar a criação e a atuação de uma Frente Parlamentar.

Além da FPS, há outras que atuam com temas específicos na área da saúde (HIV/Aids, saúde mental, câncer, doenças raras, etc.). Tanto a FPS como uma Frente voltada a um agravamento específico, em algum momento, talvez possa ser interlocutora de OSC que atua com DM e DCV. O mesmo vale para as Frentes Parlamentares em defesa dos ODS, identificadas na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (Alesp) e na Câmara Municipal de Curitiba.

Duas Frentes Parlamentares específicas sobre DM também foram identificadas:

- Frente Parlamentar Mista pela Causa do Diabetes, na Câmara dos Deputados – bit.ly/2N4HjbX
- Frente Parlamentar de Combate ao Diabetes, na Alesp – bit.ly/2Mlv4Vm

Frente Parlamentar Mista pela Causa do Diabetes – Câmara dos Deputados

Após relatoria do PL nº 6.754/13 na CSSF, a deputada federal Carmen Zanotto (PPS/SC), enfermeira e ex-gestora em saúde, propôs uma audiência pública sobre DM que se tornou uma referência. Participaram usuários, especialistas e duas convidadas – uma farmacêutica com experiência em DM nos Estados Unidos e a deputada ítalo-brasileira, Renata Bueno. A intenção era comparar os sistemas de saúde para avançar na resposta brasileira.

Em 06/11/17, a Frente Parlamentar Mista pela Causa do Diabetes, composta por 218 deputado(a)s federais e 20 senador(a)s, foi instalada. Como presidenta, a deputada Carmen Zanotto passou a falar em nome de um coletivo, garantindo-lhe mais peso político no Congresso Nacional.

De acordo com a deputada, uma Frente Parlamentar pressupõe a participação efetiva e o reconhecimento de ONG e pacientes ativistas na defesa de seus direitos. Pela experiência em outras Frentes Parlamentares, reunir parlamentares comprometidos e pessoas que levam informações sobre o que está acontecendo no mundo vivido faz a política avançar. A Frente Parlamentar amplia os debates, propondo mais audiências públicas que, por sua vez, enriquecem seu plano de trabalho.

A criação da Frente Parlamentar Mista pela Causa do Diabetes seguiu o Regimento Interno da Câmara dos Deputados e o Ato da Mesa nº 69/05, que passou a formalizar a criação das Frentes Parlamentares.

²⁰ Atuação parlamentar, ver: bit.ly/1ctHSWq

A Frente Parlamentar Mista pela Causa do Diabetes é fruto de uma articulação que envolveu associações de pacientes, médicos e outros profissionais que identificaram uma parlamentar sensível ao tema e com conhecimento no campo da saúde, além da experiência em outras Frentes. A articulação empreendida propicia a mobilização e a obtenção de êxitos, bem como exige que não se perca de vista a necessidade de essa recém-criada Frente Parlamentar ser retomada na próxima legislatura.

Através de manifestações públicas, como pronunciamentos em Plenário, audiências públicas e comissões parlamentares, as Frentes podem sensibilizar outros parlamentares e a opinião pública para sua agenda. Entretanto, as Frentes Parlamentares mais ativas são as que dialogam ou são pressionadas por OSC. Dois exemplos: a) o movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros (LGBT) há anos tem sido proativo, inclusive fomentando a criação de Frentes Parlamentares na defesa de seus interesses²¹; b) o movimento social de HIV/Aids tem cobrado a efetivação de Frentes Parlamentares de HIV/Aids, o compromisso dos parlamentares e seu papel de vigilância sobre as políticas públicas de saúde e afins²².

As Frentes Parlamentares podem desempenhar um papel de monitoramento e fiscalização sobre o tema em questão. Podem canalizar as demandas de organizações e movimentos sociais, bem como acompanhar a elaboração e a execução de políticas para HA, DM, DCV, DCNT e afins. Se não há uma FPS no estado e/ou no município, ou se ela não tem interesse em focalizar esses temas, talvez seja possível mobilizar alguns parlamentares para a criação de uma Frente Parlamentar específica.

O papel das OSC na criação de demandas e no monitoramento político faz a diferença. Ações de incidência política cobram o com-

promisso dos parlamentares e o papel do Legislativo. Dependendo do acolhimento do presidente da Frente Parlamentar, o diálogo estabelecido e as ações realizadas serão mais ou menos frutíferos.

Frente Parlamentar de Combate ao Diabetes – Alesp

A motivação do deputado estadual Fernando Cury (PPS/SP) para atuar com DM é referida por um caso de diabetes na família.

No início desse que é seu primeiro mandato, decidiu constituir a Frente Parlamentar de Combate ao Diabetes, lançada em 29/06/15, contando com 39 dos 94 deputados da Alesp.

A Frente procura agregar, além de parlamentares, gestores municipais, vereadores, prefeitos, associações de pacientes, entre outros. Na cidade de São Paulo, ADJ e Anad participaram de reuniões da Frente.

Em novembro de 2015, por indicação da Anad, o deputado foi convidado a participar do Fórum Mundial de Parlamentares em Diabetes, durante Congresso da IDF, em Vancouver. Apresentou a Frente Parlamentar paulista e a realização da Caravana Azul, uma ação itinerante para disseminar informações sobre o diagnóstico precoce do diabetes, especialmente para os municípios do interior do estado de São Paulo.

Em 2016, o deputado Fernando Cury apresentou três PL sobre diabetes *mellitus* na Alesp:

- **PL nº 963/16** – institui a Semana Estadual de Prevenção, Controle e Combate ao Diabetes (aprovado)
- **PL nº 964/16** – torna obrigatória a

²¹ Ver, no Anexo II, o “Modelo de Ficha de Adesão” (Frente Parlamentar).

²² Um exemplo: “ABIA e lideranças pressionam para consolidar a Frente Parlamentar de HIV/Aids no Rio de Janeiro” – <bit.ly/2qYECBY>

realização do teste de glicemia capilar em alunos matriculados no 6º ano do ensino fundamental e no 1º ano do ensino médio, nas escolas da rede estadual

• **PL nº 965/16** – garante um cardápio escolar especial ao aluno diabético, com alimentação adaptada a sua respectiva condição.

Possíveis ações

- **Conhecer as Frentes Parlamentares instaladas no Congresso Nacional – <bit.ly/2EFiDSs>, seus presidentes e componentes. Se não for identificado um site, ou e-mail de contato, pode-se procurar o gabinete do presidente da Frente Parlamentar**
- **Buscar informações sobre as ações desenvolvidas pelas Frentes Parlamentares nas Assembleias Legislativas – especialmente a de diabetes, na Alesp – e nas Câmaras Municipais**
- **Propor a criação de Frentes Parlamentares de DM e/ou DCV, na esfera de governo de interesse, desde que as OSC ou redes possam acompanhar sua criação e monitoramento**
- **Definir ações que contribuam com a atuação das Frentes Parlamentares**
- **Definir indicadores e/ou critérios para monitorar os ganhos, ou não, no diálogo com o Legislativo**
- **Desenvolver ações de *advocacy* junto aos presidentes e/ou membros das Frentes Parlamentares de interesse, no Congresso Nacional, nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras Municipais, para que sejam mantidas (ou iniciadas) após as eleições de 2018**

- **Desenhar um “plano de *advocacy* legislativo” para acompanhar a dinâmica parlamentar, considerando demandas diferentes, especialmente após as eleições de 2018**

8.5.

Tribunais de Contas (União, Estaduais, Distrito Federal e Municipais)

Embora o nome sugira, o Tribunal de Contas da União (TCU) não está ligado ao poder Judiciário, e sim administrativamente vinculado ao poder Legislativo. Os Tribunais de Contas são órgãos que auxiliam o poder Legislativo, em âmbito federal, estadual e em alguns municípios. Todos os estados e o DF possuem Tribunais de Contas dos Estados (TCE) e do DF. Os estados do Pará, Goiás e Bahia possuem Tribunais de Contas em municípios, que analisam as contas das cidades dos respectivos estados. Somente São Paulo e Rio de Janeiro possuem Tribunais de Contas dos Municípios (TCM) (Lupion, 2017).

A CF88 promoveu uma reorganização do controle externo que fortaleceu o TCU e, principalmente, o poder Legislativo. Houve uma mudança na definição do corpo deliberativo do TCU e um aumento significativo da responsabilidade do poder Legislativo em sua escolha, que até aquele momento era prerrogativa do Executivo. Dos nove ministros vitalícios, seis são indicados pelo Congresso Nacional e os outros três – dois devem ser funcionários de carreira do TCU –, nomeados pelo presidente da República, depois de aprovados pelo Senado Federal. Atualmente, o tribunal conta com uma assessoria parlamentar vinculada à presidência do TCU.

A CF88 também ampliou as atribuições do poder Legislativo no controle externo. Critérios

de legitimidade e economicidade passaram a propiciar auditorias de desempenho sobre a União e a administração direta e indireta. Não restando dúvida que a prestação de contas é para “qualquer pessoa física ou entidade pública que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou, por qualquer outra forma, administre dinheiros, bens e valores públicos, ou pelos quais a União responda, ou, ainda, que em nome desta assuma obrigações de natureza pecuniária” (Campanhole et al. apud Pessanha, 2009:9). As atribuições detalhadas do TCU estão na Lei nº 8.443/92, a Lei Orgânica do TCU, reforçada por instrumentos legais posteriores, como a Lei de Responsabilidade Fiscal.

A atuação dos Tribunais de Contas deve ser a posteriori. Controle prévio sobre atos ou contratos da administração direta ou indireta não possui respaldo constitucional. Por isso, as denúncias de irregularidades são importantes. Para chegar a se tornar uma auditoria, as demandas precisam ser consistentes, embasadas em fontes fidedignas e percorrer os canais devidos. Podem ser fruto de uma audiência pública, por exemplo. No caso do TCU, em geral, as demandas são apresentadas pelos deputados federais, através de uma comissão da Câmara dos Deputados.

Nos tribunais estaduais e municipais, as relações com as Assembleias Legislativas e as Câmaras Municipais não parecem ser muito próximas. Inclusive, em algumas visitas, houve relatos de que os tribunais de contas parecem trabalhar mais de forma autônoma do que assessorando os parlamentares.

“O Tribunal de Contas tem a função de auxiliar o Poder Legislativo no controle externo da União e das entidades da administração direta e indireta, exercendo a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, quanto à legalidade, à legitimidade, à economicidade, à aplicação das subvenções e à renúncia de receitas” (CF88, Art. 70 e 71).

Os Tribunais de Contas não possuem competência para editar atos normativos, mas somente atos administrativos normativos. Assim, por exemplo, a fiscalização da gestão administrativa de uma agência reguladora pelo TCU ocorre com base em aspectos de legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas.

A saúde é uma das áreas estratégicas de fiscalização e avaliação de desempenho por parte do TCU – <bit.ly/2MAeNCM>, que, desde 2013, tem organizado Relatórios Sistemáticos de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde), visando aprimorar o controle externo e subsidiar as comissões do Congresso Nacional e demais trabalhos da Câmara dos Deputados e do Senado Federal (Acórdão nº 643/14). Nesse mesmo ano, a Secretaria-Geral de Controle Externo foi reestruturada e foram criadas unidades especializadas em áreas estratégicas, como saúde, educação e meio ambiente, entre outras.

É realizado um “levantamento de auditoria”, uma compilação de dados referentes a temas escolhidos (orçamentários, financeiros e indicadores da saúde) a serem avaliados. O objetivo é elaborar um diagnóstico da saúde no Brasil e apresentá-lo ao Congresso Nacional, a órgãos governamentais e a entidades que atuam na área. Em 2013, o tema escolhido foi a assistência hospitalar no SUS. O levantamento de auditoria foi realizado pelas Secretarias do TCU nos 26 estados e no DF. No primeiro FiscSaúde, ano base 2013, foram apresentados resumos de trabalhos recentes do TCU na área da saúde, “selecionados com base nos critérios de relevância social do tema, alta materialidade e impacto dos respectivos resultados” (TCU, 2014).

No caso do DM, aparecem informações no FiscSaúde, 2014 (ano base 2013); no FiscSaúde 2017 (anos base 2015/2016), foi o primeiro tema escolhido para apresentar a situação da saúde, destacando-se a prevalência do diabetes. Também em 2017, o TCU realizou um levantamento nos conselhos nacional, estaduais e municipais

de saúde com o objetivo de obter e sistematizar informações sobre a governança e a gestão da saúde pública no Brasil.

Dados e informações do TCU são relevantes para as ações de *advocacy* legislativo, haja visto a função auxiliar do TCU ao Parlamento. Dados e informações refletem uma realidade passada, que pode se manter no presente. Em casos de recomendações, cabe notar se foram atendidas ou não, e por quê. Os resultados devem ser monitorados na dinâmica do *advocacy* legislativo, buscando identificar em que direção houve mudanças. É importante saber se os resultados foram úteis às políticas públicas e, principalmente, à população.

É possível localizar relatórios de auditoria do TCU, mas é mais difícil conseguir acompanhar se o órgão público fez adequações ou melhorias em resposta às recomendações da auditoria. Alega-se ser um processo administrativo. A alternativa é, face ao relatório de auditoria, buscar respostas diretamente no órgão público em questão e/ou observar se há o lançamento de um novo plano, projeto, campanha, etc. que atenda a algumas das recomendações, mesmo que não sejam mencionadas publicamente. O que interessa é a resolução do problema.

Possíveis ações

- **Conhecer o site do TCU** – <bit.ly/2Nid4hN>
- **Acessar a página “TCU e o Congresso”** – <bit.ly/2BHdXPz> – para conhecer, por exemplo, os tipos de solicitações do Congresso Nacional
- **Ouvidoria do TCU** – <bit.ly/2kpFE3y>
- **Conhecer os tribunais de contas nos estados e municípios. Pode-se buscar informações nos sites das Assembleias**

Legislativas e Câmara Municipais, ou no Google. A partir das cidades visitadas, foi identificado o seguinte:

- TC DF – <bit.ly/2LpPY7d>
- TCE Amazonas – <bit.ly/2rSDbDm>
- TCE Ceará – <bit.ly/2wVqhct>
- TCE SP – <bit.ly/2IzTak9>
- TCE PR – <bit.ly/2wVqlcd>
- TCM²³ SP – <bit.ly/2F0410G>.

O TCM SP oferece a ferramenta: Informações e Relatórios de Interesse Social (Íris) – <bit.ly/2GQq7mz>, que divulga dados orçamentários e licitações do município de São Paulo, por região

²³ Não há TCM de Manaus e de Curitiba. O TCM de Fortaleza foi extinto pelo STF em 08/08/17 – <globo/2rYCCaAu>

9.

O papel do poder Judiciário na saúde

O poder Judiciário realiza a função judicial. Atua como guardião do bem comum. Visa aplicar as leis a casos concretos de modo a minimizar, ou mesmo eliminar, conflitos de interesse entre as partes envolvidas no processo. Em linhas gerais, cabe ao Judiciário: garantir direitos, promover a justiça e impor sanções aos infratores, com base no ordenamento jurídico vigente.

No âmbito federal, o poder Judiciário se subdivide em Justiça Federal (comum) e as especializadas – Justiça do Trabalho, Justiça Eleitoral e Justiça Militar. Aos estados, cabe a organização das Justiças Estaduais – Juizados Especiais Cíveis e Criminais.

São órgãos do poder Judiciário:

- Supremo Tribunal Federal (STF)
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ)
- Superior Tribunal de Justiça (STJ)
- Superior Tribunal Militar (STM)
- Tribunal Superior do Trabalho (TST)
- Tribunal Superior Eleitoral (TSE)
- 5 Tribunais Regionais Federais (TRF) e juízes federais
- 24 Tribunais Regionais do Trabalho (TRT) e juízes do Trabalho
- 27 Tribunais Regionais Eleitorais (TRE) e juízes eleitorais
- 3 Tribunais de Justiça Militar dos Estados (TJM) e juízes militares
- 27 Tribunais de Justiça (TJ) e juízes dos Estados e do Distrito Federal e territórios.

O papel do Judiciário é essencial para garantir o acesso à saúde, porque muitas vezes os cidadãos que não conseguem atendimento no SUS ou na saúde suplementar recorrem ao sistema de justiça.

No Quadro 2, é possível observar como atuam os diferentes segmentos do poder Judiciário, em escalas diferentes de jurisdição e poder.

Quadro 2 – Características, estrutura e competências do poder Judiciário no Brasil

Características Segmentos	O que é	Como se organiza	Como se estrutura	Observações
Justiça Estadual <bit.ly/2Nxwglm>	Integra a justiça comum (com a Justiça Federal). É responsável por julgar matérias que não sejam da competência dos demais segmentos do Judiciário (competência residual).	Cada estado organiza sua justiça estadual. Somente o DF é organizado e mantido pela União.	Em duas instâncias ou graus de jurisdição: <u>1º grau</u> : composto por juízes de direito, varas, fóruns, tribunais do júri (julgam crimes dolosos contra a vida), juizados especiais e suas turmas recursais. <u>2º grau</u> : representado pelos Tribunais de Justiça (TJ), nos quais os magistrados são desembargadores que julgam principalmente demandas de competência originária e de recursos interpostos contra decisões proferidas no 1º grau.	Juizados especiais – Lei nº 9.099/95 Aos juizados especiais compete a conciliação, o processamento, o julgamento e a execução das causas cíveis de menor complexidade (cujo valor não exceda a quarenta vezes o salário mínimo, por exemplo) e das infrações penais de menor potencial ofensivo (pena máxima de até dois anos). As turmas recursais – integradas por juízes do 1º grau – julgam recursos contra decisões dos juizados especiais.
Justiça do Trabalho <bit.ly/2PVverh>	Concilia e julga as ações judiciais entre empregados e empregadores/ tomadores de serviços, entre outras. Acompanham as demandas que tenham origem no cumprimento de suas próprias sentenças, inclusive as coletivas.	A partir dos seguintes órgãos: TST, 24 Tribunais Regionais do Trabalho (TRT) e os juízes do trabalho, atuantes nas varas do trabalho.	Dividida em 24 regiões. <u>1º grau</u> : composto pelas varas de trabalho. Competência determinada pela localidade onde o empregado prestar serviços, independentemente do local da contratação (nacional ou internacional). <u>2º grau</u> : composto pelos TRT, onde são julgados recursos ordinários contra decisões das varas do trabalho, dissídios coletivos, ações originárias, ações rescisórias de suas decisões ou das varas e os mandados de segurança contra atos de seus juízes.	

Quadro 2 – Características, estrutura e competências do poder Judiciário no Brasil

Características Segmentos	O que é	Como se organiza	Como se estrutura	Observações
Justiça Federal <bit.ly/2LczCjo>	A Justiça Federal, com a Justiça Estadual, compõe a chamada justiça comum. É composta pelos TRF e pelos juízes federais.	Julga as causas em que a União, entidades autárquicas ou empresas públicas federais sejam interessadas (autoras, rés, assistentes ou oponentes); as causas que envolvam estados estrangeiros ou tratados internacionais; os crimes políticos ou aqueles praticados contra bens, serviços ou interesses da União; os crimes contra a organização do trabalho; a disputa sobre os direitos indígenas, entre outros.	<u>1º grau</u> (Lei nº 5.010/66): em cada estado e no DF, há uma seção judiciária. Nas capitais das UF, as seções são formadas por varas federais em que atuam os juízes federais, responsáveis pelo julgamento originário da maior parte das ações submetidas à Justiça Federal. <u>2º grau</u> : composto por cinco TRF, com sedes em: <u>Brasília (TRF 1ª Região)</u> – Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Piauí, Rondônia, Roraima e Tocantins; <u>Rio de Janeiro (TRF 2ª Região)</u> – Espírito Santo e Rio de Janeiro; <u>São Paulo (TRF 3ª Região)</u> – Mato Grosso do Sul e São Paulo; <u>Porto Alegre (TRF 4ª Região)</u> – Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina; <u>Recife (TRF 5ª Região)</u> – Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe.	Com a EC nº 45/04, a Justiça Federal passou a julgar causas relativas a graves violações de direitos humanos, apresentadas pelo procurador-geral da República ao STJ. Onde não houver vara federal, compete aos juízes estaduais processar e julgar determinados tipos de processos (Art. 15, Lei nº 5.010/66).
Justiça Eleitoral <bit.ly/2N49Bq1>	Organiza e realiza eleições, referendos e plebiscitos, julga questões eleitorais e elabora normas referentes ao processo eleitoral.	O TSE é seu órgão máximo, de última instância, e impõe a existência de um TRE na capital de cada UF e no DF.	<u>1º grau</u> : composto por um juiz eleitoral (juiz de direito escolhido), em cada zona eleitoral; e pelas juntas eleitorais provisórias (para as eleições), compostas por um juiz de direito e dois ou quatro cidadãos de notória idoneidade. <u>2º grau</u> : representado pelos TRE, compostos por dois desembargadores do TJ, dois juízes de direito, um juiz do TRF (desembargador federal) ou um juiz federal e dois advogados de notável saber jurídico e idoneidade moral. Os juízes dos TRE servirão por dois anos, no mínimo, e nunca por mais de dois biênios consecutivos.	Os TRE não possuem quadro próprio de magistrados. São órgãos colegiados de caráter temporário do 1º grau da Justiça Eleitoral. São constituídos 60 dias antes das eleições, até a diplomação dos eleitos. São responsáveis pela apuração dos votos e pela expedição dos diplomas aos eleitos. As demais competências constam no Art. 40 do Código Eleitoral.

Quadro 2 – Características, estrutura e competências do poder Judiciário no Brasil

Características Segmentos	O que é	Como se organiza	Como se estrutura	Observações
Justiça Militar Estadual <bit.ly/2PS418S> (MG) <bit.ly/2NCD8nX> (RS) <bit.ly/2wxUU4p> (SP)	Responsável por processar e julgar os militares dos estados (polícia militar e corpo de bombeiros) nos crimes militares definidos em lei e as ações judiciais contra atos disciplinares militares, ressalvada a competência do júri quando a vítima for civil.	Cada estado organiza sua justiça militar por meio de lei de iniciativa dos TJ. Porém, a criação de um TJM estadual depende de o estado possuir um efetivo superior a vinte mil integrantes das forças militares estaduais (polícia militar e corpo de bombeiros).	<u>1º grau</u>: constituída pelas auditorias militares, composta por um juiz de direito, também denominado juiz auditor, responsável pelos atos de ofício, e pelos Conselhos de Justiça, órgão colegiado formado por quatro juízes militares (oficiais das armas) e o próprio juiz auditor, com a função de processar crimes militares. <u>2º grau</u>: representado pelos TJM, nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. Nos demais estados e no DF, essa função cabe aos próprios TJ.	Todas as UF possuem justiça militar, mas somente três possuem TJM: Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo.
Justiça Militar da União <bit.ly/2PRTLxg>	Responsável por processar e julgar militares das Forças Armadas e civis que cometerem crimes militares previstos em lei.	A Justiça Militar da União se subdivide em: 1ª instância; Tribunal Superior; e Auditoria de Correição.	<u>1ª instância</u>: composta por 19 Auditorias, divididas em 12 Circunscrições Judiciárias Militares (CJM). As Auditorias têm jurisdição mista (julgam casos da Marinha, Exército e Aeronáutica). O julgamento é realizado pelos Conselhos de Justiça, formados por quatro oficiais e pelo juiz-auditor. <u>Tribunal Superior</u>: os recursos às decisões de primeira instância são remetidos diretamente ao STM, que também julga originalmente os oficiais-generais. <u>Auditoria de Correição</u>: exercida pelo juiz-auditor corregedor, com atuação em todo o território nacional. A Auditoria de Correição é um órgão de fiscalização e orientação judiciário-administrativa.	Segmento de Justiça mais antigo do Brasil. Foi a primeira Corte do país a ser criada, em 1808, pelo então Príncipe-Regente de Portugal, Dom João VI.

Quadro 2 – Características, estrutura e competências do poder Judiciário no Brasil

Características Segmentos	O que é	Como se organiza	Como se estrutura	Observações
Tribunais Superiores <bit.ly/2wr9JXh>	São os órgãos máximos de seus ramos de justiça, atuando tanto em causas de competência originária quanto como revisores de decisões de 1º ou 2º graus. São eles: STJ, STM, TSE e TST. Os magistrados que compõem esses colegiados são denominados ministros.	<u>STJ</u> – Tribunal Superior da Justiça comum (estadual e federal) para causas infraconstitucionais (não relacionadas diretamente à CF88), sendo composto por 33 ministros. <u>STM</u> – Órgão da Justiça Militar da União, composto por 15 ministros vitalícios, nomeados pelo presidente da República, aprovados pelo Senado Federal, sendo 3 oficiais-generais da Marinha, 4 oficiais-generais do Exército, 3 oficiais-generais da Aeronáutica – todos da ativa e do posto mais elevado da carreira – e 5 civis, escolhidos pelo presidente da República. <u>TSE</u> – Composto por 7 ministros titulares e 7 ministros substitutos, sendo 3 provenientes do STF, 2 do STJ e os outros 2 da classe jurista, advogados indicados pelo STF e nomeados pela Presidência da República. <u>TST</u> – Composto por 27 ministros. Sua principal função é a de uniformizar as decisões sobre ações trabalhistas, consolidando a jurisprudência desse ramo do direito.	<u>STJ</u> – Uniformizar e padronizar a interpretação da legislação federal brasileira, ressalvadas as questões de competência das justiças especializadas (eleitoral e trabalhista). <u>STM</u> – Julga os recursos da 1ª instância da Justiça Militar da União. Também possui a competência originária para processar e julgar os oficiais-generais e decretar a perda do posto e da patente dos oficiais das Forças Armadas julgados indignos ou incompatíveis para o oficialato. <u>TSE</u> – Sua principal função é zelar pela lisura de todo o processo eleitoral. Ao TSE cabe, entre outras atribuições, julgar os recursos decorrentes das decisões dos TRE, inclusive sobre matéria administrativa. <u>TST</u> – Julga recursos de revista, recursos ordinários e agravos de instrumento contra decisões de TRT e dissídios coletivos de categorias organizadas em nível nacional, além de mandados de segurança e embargos opostos às suas decisões e ações rescisórias, entre outras constantes no Art. 114 da CF88.	STJ – Competências previstas no Art. 105 da CF88, dentre as quais o julgamento em recurso especial de causas decididas em última ou única instância pelos TRF, TJ ou TJM dos estados, quando a decisão recorrida contrariar lei federal.

Fonte: CNJ, 2017a.

Supremo Tribunal Federal (STF)

O STF – <bit.ly/2BK2UUD> – é o órgão máximo do poder Judiciário. Suas principais atribuições são a guarda da Constituição Federal e o julgamento de ações penais contra autoridades com prerrogativa de foro, como parlamentares. Composto de onze juízes, nomeados pelo presidente da República sob referendo do Senado Federal, o STF é responsável por interpretar a CF88 e garantir a aplicabilidade das leis a situações concretas, de forma justa e legítima. Após serem nomeados, seus integrantes passam a ter status de ministros. A composição dos ministros do Supremo não é completamente renovada a cada mandato presidencial. O presidente da República somente indica um novo ministro quando um deles se aposenta ou vem a falecer.

O STF tem por atribuições principais:

- Processar e julgar Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) de lei ou ato normativo federal ou estadual
- Julgar a Ação Declaratória de Constitucionalidade (ADC) de lei ou ato normativo federal
- Julgar a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) decorrente da própria Constituição Federal
- Decidir sobre a concessão de *habeas corpus* a presidente e vice-presidente da República, membros do Congresso Nacional, ministros, procurador-geral da República, comandantes da Marinha, do Exército ou da Aeronáutica, membros dos Tribunais Superiores e do Tribunal de Contas da União e os chefes de missão diplomática de caráter permanente
- Resolver litígios entre Estado estrangeiro ou organismo internacional e a União, o Estado, o Distrito Federal ou o Território
- Apreciar extradição requerida por Estado estrangeiro
- Julgar o crime político

Os tribunais superiores estão uma estrutura abaixo do STF e do CNJ.

O STJ está encarregado de todos os temas que não são especiais, por isso é considerado o tribunal máximo da justiça comum. Os outros três tribunais são partes da justiça especializada.

Abaixo do STJ, há duas estruturas, uma federal, outra estadual. Na federal, estão os cinco TRF. Abaixo deles, há os juízes federais. Na estadual, estão os TJ – cada um organizado de acordo com o estado (única esfera do poder Judiciário que não é da União, com exceção do TJDF). Cada estado tem um TJ. Abaixo deles, os juízes de direito.

Os tribunais regionais são parte do 2º grau de jurisdição. Do 2º grau para cima há os órgãos colegiados. Abaixo do TST, estão os TRT cujo número depende das demandas judiciais. Em São Paulo há dois, mas às vezes há casos de um TRT para dois estados. Abaixo deles, estão os juízes do trabalho.

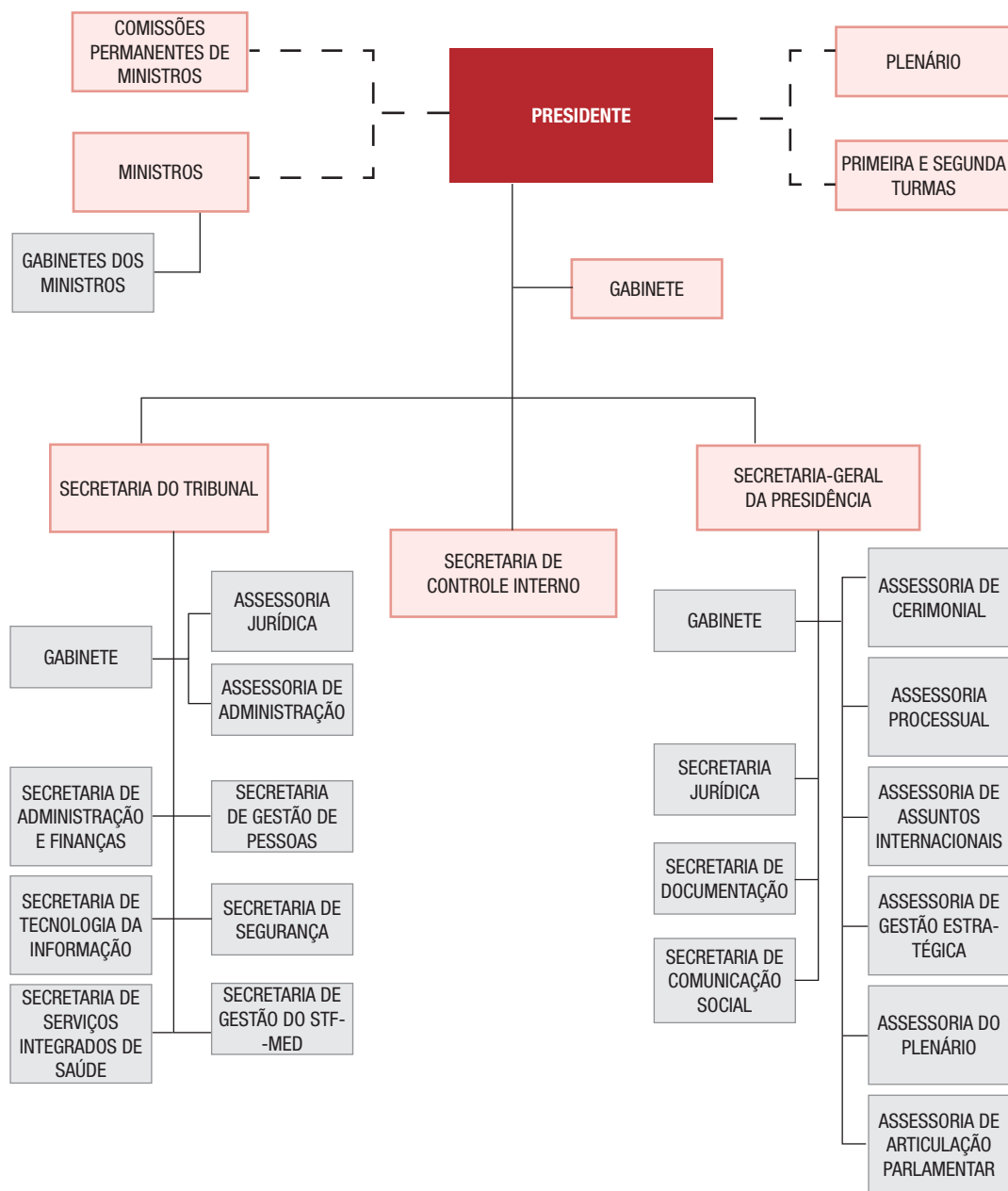
Abaixo do TSE, estão os TRE, em todos os estados. Abaixo constam os juízes eleitorais, apesar de haver uma composição diferenciada em função de períodos eleitorais, como mencionado no Quadro 2.

Os juízes são considerados “órgãos” do poder Judiciário, como previsto na CF88.

Abaixo do STM estão os tribunais militares. Abaixo deles, os juízes militares. Somente para o STM, os juízes são concursados e podem ser distribuídos para qualquer lugar do Brasil. Diferente dos outros TJ, toda a estrutura está concentrada no STM.

Os juízes fazem parte do 1º grau de jurisdição. O juiz singular. As 1ª e 2ª instâncias atendem à hierarquia processual. O juiz do TJ é chamado de desembargador. Nos tribunais superiores, eles são ministros.

A distribuição da atuação dos TJ orienta a sincronia com relação às diferentes instâncias de atuação do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União. Nesse sentido, e devido a suas interfaces institucionais, no conjunto, configura-se o Sistema de Justiça.

Gráfico 9 – Organograma do STF

Fonte: bit.ly/2N31oTe

No poder Judiciário, a Lei nº 9.868/99 introduziu a possibilidade de participação do *amicus curiae* e a audiência pública, visando maior legitimidade técnica e política às decisões proferidas. A figura do *amicus curiae* permite que algumas OSC representativas quanto ao tema em pauta pleiteiem ser aceitas como “amigas da Corte”. Ainda que não se posicione contra ou a favor, o *amicus curiae* deve auxiliar no posicionamento da Corte. Para a audiência pública, espera-se contar com pessoas com experiência e autoridade no tema em questão.

“O *amicus curiae* figura como terceiro que atua informalmente no processo. A oferta de suas razões justifica-se para ilustrar e enriquecer o arsenal de informações disponíveis aos julgadores. Saliente-se que as partes, na defesa de seus interesses, trazem a juízo apenas os fatos e argumentos que lhes beneficiam, expõem apenas suas versões particulares. O propósito do *amicus* é diversificar ou complementar pontos de vista, trazer conhecimento que já não esteja nos autos ou fortalecer algum aspecto” (Medeiros, 2008:287).

Trata-se de um “terceiro especializado”, que possibilita a escuta de grupos sociais e de indivíduos que possam vir a sofrer os efeitos da decisão.

Em 2007, foi realizada a primeira audiência pública no STF, convocada pelo ministro Ayres Britto, versando sobre a Lei de Biossegurança, no tocante à constitucionalidade do uso de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas para fins terapêuticos. Entretanto, foi com a Emenda Regimental 29/09 que as audiências públicas foram regulamentadas no STF.

Na ocasião da Lei da Biossegurança, advogados renomados falaram em favor das organizações interessadas como *amici curiae*. Independentemente de serem pró ou contra a matéria, os argumentos das partes foram fundamentados e externaram a

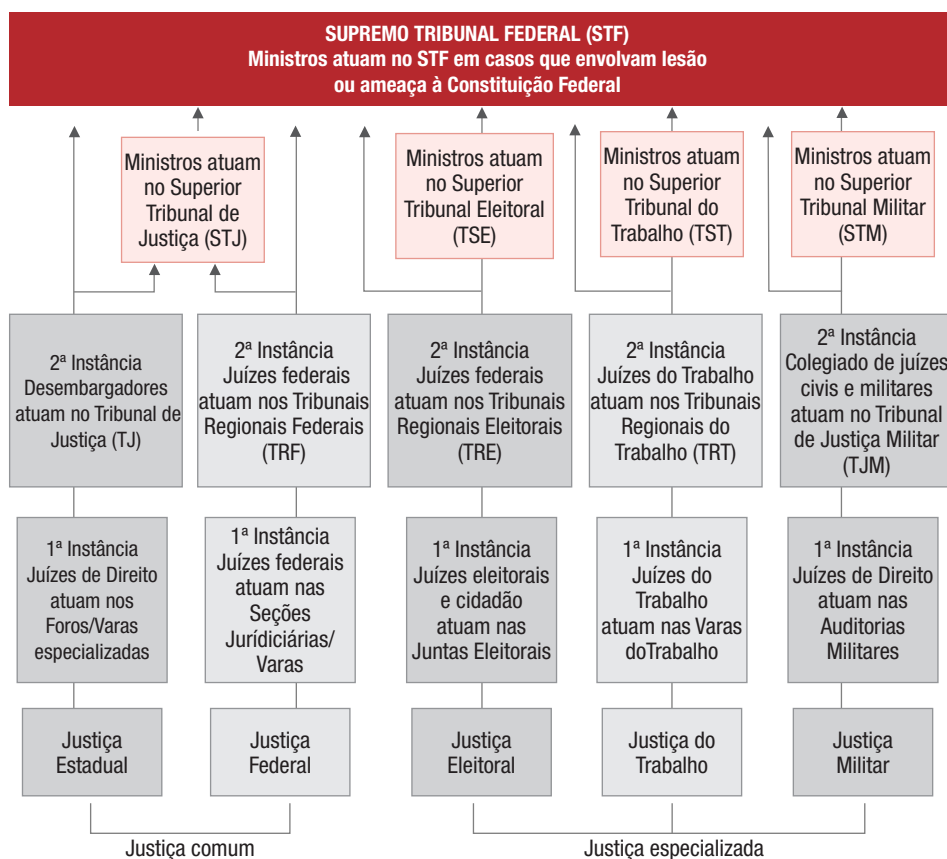
polêmica travada na sociedade, levantando pontos a serem considerados pela Corte (Medeiros, 2008).

No entanto, o fato de um ministro mencionar o *amicus curiae* em seu voto tem sido visto como uma influência indevida, fruto do *lobbying* no Supremo. Em março de 2018, uma matéria na *Folha de São Paulo* delineou uma “rede de *lobby*” no STF, identificando seus atores e como são favorecidos, ou podem estar influenciando as decisões e, por sua vez, favorecendo a imagem que a Corte quer passar para a opinião pública (Nery e Ferreira, 2018). O pano de fundo é a ausência de uma regulamentação para o *amicus curiae* no ordenamento jurídico brasileiro, o que às vezes é entendido como a necessidade de colocá-lo em um lugar de neutralidade. É um paradoxo, por tratar-se de pessoa física ou jurídica com representatividade e afinidade com o interesse de uma das partes.

Em 2009, a audiência pública sobre a judicialização da saúde, conhecida por Audiência Pública da Saúde, resultante de ações judiciais por medicamentos ou procedimentos médicos recorrentes, tornou-se referência. Na ocasião, o STF procurou definir parâmetros para orientar os juízes a trabalharem sob a mesma lógica. Na atenção à judicialização da saúde, o poder Judiciário trouxe à tona a tensão entre lugares referenciais e racionalidades diferentes.

“No primeiro semestre de 2009, o Supremo recebeu mais uma audiência relacionada à saúde. Dessa vez esteve em debate a judicialização da saúde pública – principalmente a viabilidade de decisões judiciais que obrigam o Estado a fornecer tratamentos e medicamentos de alto custo para doentes crônicos. Convocada pelo ministro Gilmar Mendes, essa foi a maior das audiências: durou seis dias (27, 28 e 29 de abril e 4, 5 e 6 de maio de 2009), nos quais foram ouvidos 50 especialistas – advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de Justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do Sistema Único

Gráfico 10 – Organograma do poder Judiciário



Fonte: Site do CNJ

de Saúde. O resultado desse debate foi percebido recentemente, no julgamento de Plenário do dia 17 de março, quando o Supremo indeferiu nove recursos interpostos pelo Poder Público contra decisões judiciais que determinaram ao Sistema Único de Saúde (SUS) o fornecimento de remédios de alto custo ou tratamentos não oferecidos pelo sistema a pacientes de doenças graves que recorreram à Justiça. Com esse resultado, essas pessoas ganharam o direito de receber os medicamentos ou tratamentos pedidos pela via judicial” (Notícias STF, 2010).

Outras audiências públicas sobre temas da saúde ocorreram no STF, mas em agosto de 2018: a audiência pública sobre a ADPF 422, referente à descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação, foi recorde na solicitação de *amici curiae*. Protocolada pelo PSOL e pelo Anis – Instituto de Bioética –, a ação questionava a constitucionalidade dos artigos 124 e 126 do Código Penal, que proíbem a interrupção voluntária da gravidez. O principal argumento é que a criminalização do aborto fere os princípios fundamentais da dignidade da pessoa humana, da cidadania e da não discriminação. A ADPF

422 recebeu 41 solicitações para *amici curiae*. O maior número que o STF recebeu até então.

As decisões dos Tribunais Superiores e da Suprema Corte alteram a vida cotidiana e, no campo da saúde, afetam diretamente a vida das pessoas. Sentenças no STF e no STJ impactam a operacionalização da Justiça em todo o país, em especial quando se trata do chamado regime dos recursos repetitivos, cujas decisões devem ser acatadas pelos tribunais federais, estaduais e juízes de primeiro grau. O STJ é o responsável por uniformizar os entendimentos para a aplicação da lei infraconstitucional.

Um exemplo foi o Recurso Especial nº 1.657.156, RJ, que levou a julgamento no STJ, a controvérsia sobre: “obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria nº 2.982/2009 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais)”. No primeiro momento, a discussão foi colocada em repercussão geral. Em 2016, em um novo recurso, o juiz atrelou o tema ao regime de recursos repetitivos, devido a nuances recorrentes. Após várias impugnações, questões de ordem, embargos de declaração, o tema passou a ser: se o Estado brasileiro é obrigado ou não a fornecer medicamento fora do que está previsto nos atos normativos do SUS.

De modo geral, os operadores do Direito argumentam que não se pode interpretar a lei sem ter os olhos na Constituição. A interpretação é a partir do que está previsto na CF88, e não o contrário. O recurso foi julgado e a decisão do STJ foi divulgada em 25/04/17. De acordo com a decisão, o poder público é obrigado a fornecer o medicamento, desde que atendidos os seguintes requisitos: “o medicamento deve ter registro na Anvisa; o paciente deve demonstrar que não tem recursos para pagar o tratamento; e o laudo médico deve atestar a necessidade do medicamento, além da ineficácia daqueles fornecidos pelo SUS” (STJ Notícias, 2018).

Repercussão geral – Instrumento

processual previsto na EC nº 45/04 (reforma do Judiciário). Os casos recebidos são selecionados por relevância econômica, política, social ou jurídica. É preciso demonstrar que o recurso extraordinário vai além do processo individual. A proposição é feita pelo relator e analisada pelo plenário virtual do STF. Se houver pelo menos oito votos contrários, a repercussão geral não será admitida. Nesse caso, não há julgamento e permanece a decisão final do tribunal. No entanto, se for admitida, a decisão definitiva ocorre em julgamento presencial. A decisão do STF define o posicionamento que os tribunais de instâncias inferiores deverão adotar para causas idênticas.

Recursos repetitivos – Instituído pelo STJ com a Lei nº 11.672/08, o instituto foi criado para reduzir o número de processos no Judiciário. O objetivo dos recursos repetitivos “é dar mais celeridade, isonomia e segurança jurídica no julgamento de recursos especiais que tratem da mesma controvérsia jurídica”. Esses casos podem ser selecionados por amostragem. O presidente ou vice-presidente do tribunal de origem encaminha o(s) caso(s) ao STJ para julgamento.

Fonte: Site do CNJ - <bit.ly/2usUqy2>

Paralelamente, no STF, havia procedimentos reconhecidos como de repercussão geral (Scocuglia, 2017). A fim de uma questão ser aceita para apreciação no STF, é necessário demonstrar no recurso extraordinário que ela tem repercussão geral, ou seja, que vai além do processo individual. O STF reconheceu repercussão geral em três recursos extraordinários. O primeiro refere-se à obrigatoriedade do Estado de fornecer medicamento de alto custo – RE nº 566471. Em 2007, esse recurso extraordinário teve a repercussão geral reconhecida, quando o medicamento de alto custo e o medicamento excepcional eram basicamente sinônimos pela

política que vigorava à época. O segundo, se o Estado brasileiro é obrigado ou não a fornecer medicamento que não esteja registrado na Anvisa – RE nº 657718. O terceiro, um recurso extraordinário que discute a partilha de responsabilidade entre os entes federativos para fornecer medicamentos determinados pelo poder Judiciário – RE nº 826691. Se vale o princípio da solidariedade e de que modo ele vale, ou se há uma partilha de responsabilidade. Os recursos estão em andamento e é preciso acompanhá-los para saber que mudanças trarão.

Possíveis ações

- Conhecer o site do STF – <bit.ly/2BK2UUD>. Explorar as sessões, ferramenta de busca, notícias, pautas de julgamento, audiências públicas, publicações, etc.
- Identificar a tramitação de ações de interesse, direto ou indireto, para a organização. Se a matéria for conhecida, é possível fazer a busca. No site do STF, logo acima, há um link para “processos” que permite o acompanhamento processual e de ações, entre outros. Entretanto, é importante ter um número, por exemplo: ADI 5658; ou um termo de busca preciso
- Acompanhar as atividades em andamento através das agendas dos ministros – <bit.ly/2KtZ0jx>. No frame à esquerda é possível identificar vários links relacionados a notícias e divulgação
- Assistir a audiências públicas sobre temas de interesse ao vivo – <bit.ly/1MmzvGM>, divulgadas no site do STF – <bit.ly/2KrAJdF>
- Pleitear à Presidência do STF – se a matéria estiver diretamente relacionada ao trabalho da OSC –, a participação como *amicus curiae*, desde que demonstre

a “representatividade adequada”, atenda ao perfil institucional e a demais exigências. Atenção: não raro, os representantes de OSC são operadores do Direito

- Manter os ministros informados sob aspectos pertinentes ao debate com documentos que demonstrem a relevância do tema, baseado em evidências trazidas por pesquisas acadêmicas, tratados internacionais, etc. que apresentem aspectos novos, precedentes, conclusões diferenciadas ou uma perspectiva comparativa. Em 2017, durante o julgamento sobre os aditivos do tabaco, a ACT Promoção da Saúde contribuiu com informações sobre o tema e sobre como tem sido abordado em outros países.

Uma organização aceita como *amicus curiae*, pode solicitar audiências com cada um dos ministros.

Se a audiência for aceita:

- É muito importante estar bem preparado(a): usar argumentos sólidos, frases curtas e mensagens breves. Procurar apontar aspectos novos aos ministros
- Conhecer o perfil do ministro e considerá-lo na preparação para a audiência

Se a audiência não for aceita:

- Fazer contato com o assessor e deixar o material que seria entregue ao ministro, com o assessor ou no balcão de seu gabinete
- O material entregue deve ser de altíssima qualidade
 - Uma carta de apresentação
 - O material propriamente dito (documento, artigo ou livro), de conteúdo específico e significativo quanto ao tema que será julgado, garantindo as evidências necessárias. Deve incluir dados

com fontes referidas (órgãos públicos, pesquisas em revistas indexadas, de instituições conceituadas)

- O documento deve ter boa impressão, em papel de qualidade

- Se passar muito tempo, pode-se levar novos documentos que atualizem a questão, por ex., uma nova pesquisa publicada. Depois do contato estabelecido, documentos e publicações podem ser enviados pelos Correios. Importante: os materiais entregues aos ministros devem ser idênticos, para nivelar a informação e evitar um contato diferenciado
- No monitoramento do processo, é possível manter contato por e-mail e telefone
- A OSC deve ter claro que será necessário fazer um investimento na identificação ou produção de conhecimento, e seu porta-voz deverá estar apto a defendê-lo.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

No organograma do poder Judiciário, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) – <bit.ly/2B-C3KQT> – está abaixo do STF. Ambos têm o mesmo presidente. Apesar de ser um órgão do poder Judiciário, o CNJ não possui função jurisdicional, mas é o responsável pelo controle da atuação administrativa e financeira dos tribunais. Responde pelo planejamento estratégico de todo o Judiciário e pela fiscalização da conduta dos magistrados.

A EC nº 45, publicada em dezembro de 2004, iniciou a reforma do Judiciário. O ponto de maior polêmica e divergências foi a criação do CNJ. Até então, não havia um órgão com a atribuição de fiscalizar a gestão administrativa e financeira dos tribunais e ter certo controle sobre a atuação e a conduta dos magistrados, inclusive

podendo propor punições de acordo com a legislação (AMB, 2005). As divergências apontavam para uma possível ameaça à independência dos três poderes, porque estava prevista a participação de indivíduos que não eram parte do Judiciário, indicados pelo Congresso Nacional.

O CNJ foi declarado constitucional e integrado ao Judiciário. Conta com 15 integrantes, com idades entre 35 e 65 anos, nomeados para mandatos de dois anos, passíveis de renovação.

Entre várias mudanças trazidas pela reforma, destaque-se o fim de férias coletivas do Judiciário e a criação de ouvidorias incumbidas de receber reclamações contra os membros do MP, por parte do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), e magistrados de todos os tribunais, por parte do CNJ.

A atuação do CNJ tem sido expressiva no cenário da judicialização da saúde. As demandas por ações judiciais estão associadas a medicamentos e procedimentos, como exames e cirurgias, e surgem primordialmente da necessidade de pacientes acometidos por doenças incuráveis e/ou crônicas. No entanto, a demora na incorporação de novos medicamentos e procedimentos pelo SUS, a lentidão na administração pública e as prescrições médicas, também são fatores que agravam a situação.

Inegavelmente, o número de ações e a diversidade de temas relacionados à saúde aumentou as demandas ao sistema de Justiça. O número crescente de ações judiciais repercutiu e levou à Audiência Pública da Saúde no STF, em 2009, pondo principalmente a União na condição de ré. Foram 51 palestrantes de instituições diferentes, sendo os grupos mais representados: operador de direito (14), gestor federal (10), academia (9) e usuários (8), de acordo com a classificação de Gomes et al., 2012.

“Cabe destacar que os argumentos dos vários segmentos representados na Audiência Pública são passíveis de um emaranhado de interesses, mas,

indubitavelmente, as falhas do sistema de saúde recaem principalmente sobre os usuários do SUS. A grande questão que se coloca é se o usuário é mais bem protegido por meio de políticas públicas ou por meio da via judicial. Evidenciou-se que as duas abordagens apresentam limitações: as políticas públicas possuem algumas falhas em aplicar os princípios do SUS no caso concreto (individual); e a judicialização deve ser vista como um recurso excepcional, não a regra do sistema. Parece razoável optar por uma decisão que não seja radical, o que parece ter sido a visão do STF, pois este priorizou as políticas públicas de saúde; no entanto, não se aventou a possibilidade de excluir o Judiciário de atuar no caso concreto, em âmbito do indivíduo. O recurso de acionar o Judiciário para pleitear tecnologias em saúde foi mantido como forma de evitar a dupla exclusão do usuário: por não ter sido contemplado em políticas públicas e por não ter a possibilidade de recorrer ao Judiciário” (Gomes et al., 2012:154).

Desde então, a proximidade entre as áreas jurídica e da saúde é evidente, com desdobramentos institucionais posteriores. O sistema de Justiça é essencial para a garantia do acesso à saúde, bem como do direito fundamental à vida.

O CNJ passou a se debruçar sobre o problema, ocupando um papel central como coordenador de uma dinâmica que visa minimizar a judicialização da saúde e seus impactos.

Para o CNJ, a conscientização de todos os atores dos Sistemas de Justiça e de Saúde é fundamental. No caso do Judiciário, desde o primeiro GT à consolidação do “Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde”, o Fórum da Saúde, há um esforço para qualificar o conhecimento sobre a matéria e subsidiar os magistrados, além de articular os diversos atores presentes. O instrumento norteador é a Recomendação nº 31/10.

CNJ – Judicialização da saúde

- 2009 – Portaria nº 650/09. Após a audiência pública sobre a judicialização da saúde no STF, o CNJ cria o GT “para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”
- 2010 – Recomendação nº 31/10. Recomenda aos tribunais a adoção de medidas para subsidiar os magistrados
- 2010 – Resolução nº 107/10. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde
- 2013 – Recomendação nº 43/13. Recomenda aos TJ e TRF que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações sobre saúde pública e priorizem os processos relativos à saúde suplementar
- 2016 – Resolução nº 238/16. Criação e manutenção, pelos TJ e TRF, de Comitês Estaduais de Saúde

Fonte: Fórum da Saúde – Documentos

Evidentemente, os sistemas de justiça e de saúde são os responsáveis por gerir as respostas às questões advindas da judicialização. Contudo, há demandas de setores organizados da sociedade por mais espaços de participação social e pela transparência dos critérios utilizados para selecionar organizações participantes de eventos, inclusive para que eles possam preenchê-los - em outra ocasião. Um exemplo foi a audiência pública sobre a judicialização da saúde realizada em 11/12/17, após a demanda de associações de pacientes de doenças raras (Notícias CNJ, 4/12/17).

É um fato relevante que a solicitação tenha sido acatada, mas certamente havia interesse por parte de outras organizações. Também há queixas sobre a ausência de transmissão vivo, o que já ocorre em vários órgãos públicos, inclusive no Judiciário, facilitando o acompanhamento

dos trabalhos e alcançando um número expressivo de pessoas de todo o Brasil – qualificando e uniformizando a informação, além de facilitar o diálogo entre atores locais.

A instalação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT) e a criação da plataforma digital com o cadastro nacional de pareceres, notas e informações técnicas, o e-NatJus, visa propiciar base científica para que os magistrados possam decidir sobre a concessão de determinado medicamento ou tratamento médico, em caso de ações judiciais. Em novembro de 2017, a notícia foi divulgada pela ministra Carmen Lúcia. Os profissionais recebem treinamentos no Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês.

O site do CNJ também disponibiliza “iniciativas estaduais” – <bit.ly/2PJGozo> – dos Comitês Estaduais de Saúde, em resposta a demandas judiciais. Os links estão disponíveis para: Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Tocantins e Rio Grande do Norte.

“Esses comitês vão elaborar pareceres para subsidiar o juiz na hora da decisão. O banco de dados nacional ficará disponível no site do CNJ, com notas técnicas, análises de evidências científicas e pareceres técnico-científicos consolidados emitidos pelos NAT-Jus, pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATs) e pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (Conitec), além de informações da biblioteca do Centro Cochrane do Brasil (instituição sem fins lucrativos) e outras fontes científicas”. (Crepaldi e Moraes, 2018).

Apesar de não haver um link, São Paulo parece estar trabalhando alinhado ao CNJ. Em dezembro de 2016, a SES-SP assinou um Termo de Cooperação, com o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), o Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP) e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP),

visando estabelecer um fluxo de serviços nos e entre os sistemas de saúde e de justiça, denominado “Acessa SUS”.

Depois do Acessa SUS, quem busca a DPE-SP e o MPSP pleiteando medicamentos ou procedimentos é encaminhado a uma comissão técnica do governo do estado (capital e grande São Paulo). O atendimento é realizado no Ambulatório Médico de Especialidades Maria Zélia, na capital. Em casos de medicamento e insumos não cobertos pelo SUS, orienta-se o paciente a voltar ao médico e solicitar uma substituição. Se não houver essa possibilidade, é formalizada a solicitação administrativa. De acordo com os autores: “Os técnicos da Secretaria de Saúde fazem a avaliação dos pedidos em até 30 dias; nos casos de urgência clínica, o prazo é de 72 horas.” (Crepaldi e Moraes, 2018).

A iniciativa tem sido considerada produtiva e apresentado resultados satisfatórios a SES-SP e demais parceiros, mas novamente há demandas por mais transparência dos órgãos públicos. Alguns dos dados aqui referidos provêm do site de uma associação que teve acesso a eles utilizando-se da LAI. Uma apresentação em PowerPoint foi localizada, mas com dados iniciais, de período anterior. Nos sites dos órgãos envolvidos no termo de cooperação, não foram identificadas informações sobre resultados, ainda que parciais, ou uma sistemática de monitoramento do trabalho. Em resumo, a ausência de dados e informações sobre os resultados do Acessa SUS inviabiliza o acesso à informação e o monitoramento e avaliação da iniciativa por parte dos cidadãos paulistanos.

O coordenador de um núcleo de estudos sobre judicialização da saúde, na Universidade de São Paulo, alerta que a queda do número de ações precisa ser observada em série histórica e que seria necessário incluir os processos contra as SMS para se ter mais elementos a fim de afirmar o porquê dessa queda (Reis, 2018).

Em síntese, o fato de a judicialização da saúde ter sido assumida pelo Judiciário é admirável, mas os desafios para o CNJ perduram. A pesqui-

sa “Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências” aponta alguns: evitar a reprodução de uma visão medicalizada da saúde; não ser refém do argumento econômico de restrição; enfatizar a saúde como uma política de Estado; intensificar o diálogo institucional; articulação com mecanismos participativos; acesso a dados sobre o Judiciário; não conceber o usuário como número, entre outros (CNJ, 2015).

Acessa SUS – Estado de São Paulo

Termo de cooperação técnica – <bit.ly/2BpFZdx>

Data da assinatura: 13/12/16

Implantado na capital: 13/02/17

Instituições: SES-SP, TJSP, MPSP e DPE-SP

Objetivo: “Estabelecer um protocolo de fluxos de serviços de triagem e orientação farmacêutica, nutricional e correlatos pelo SUS e seus reflexos no Sistema de Justiça, em especial nas instituições que o compõem”.

Resultados parciais: 517 pacientes, a maioria por demanda espontânea

- Adesão do TJSP: 18%
- MPSP: 3%
- DPE-SP: 50% das demandas distribuídas

Tipos de pedidos:

- Medicamentos: 70%
- Materiais: 21%
- Nutrição: 7%
- Outros: 2%

Procedimentos e medicamentos sem registro da Anvisa estão fora do escopo do projeto.

De acordo com a DPE-SP: “os acordos firmados em 2017 pelo Acessa SUS diminuíram em 70% as ações que a Defensoria Pública de São Paulo costumava propor no Judiciário. De fevereiro a junho de 2017, apenas 17% dos pedidos que chegaram ao órgão foram judicializados”

(Crepaldi e Moraes, 2018).

Segundo a SES-SP, houve uma redução de 16%, em 2017, gerando uma economia de R\$ 206 milhões no período de um ano.

Judicialização contra o governo de S. Paulo

	Nº de novas ações	Gastos com condenações
2015	18.045	R\$ 1.036,9 bilhão
2016	17.707	R\$ 1.091,9 bilhão
2017	14.890	R\$ 886,3 milhões

Fontes: Dados recebidos pelo Instituto Oncoguia, via LAI, divulgados em 14/08/17 – <bit.ly/2LrRlg6> e Crepaldi e Moraes, 2018

Possíveis ações

- **Conhecer o site** – <bit.ly/1CnaZql> – e a estrutura orgânica do CNJ – organograma e mapa de contatos – <bit.ly/2Kub3gt>
- **Compreender os macroprocessos do CNJ** – <bit.ly/2ILILkj>
- **Informar-se sobre a possibilidade de participação em reuniões do Fórum da Saúde**
- **Solicitar mais transparência sobre processos e decisões do Fórum da Saúde (e-mail, ouvidoria, petições, etc.)**
- **Acompanhar o desenvolvimento dos NatJus**
- **Convidar o coordenador ou membros do Fórum da Saúde para uma entrevista para participar de eventos não governamentais e apresentar os progressos e desafios em torno da judicialização da saúde**
- **Solicitar transparência de dados e informações que permitam à população conhecer o andamento do Acessa SUS (e-mail, ouvidoria, petições, etc.)**
- **Ouvidoria CNJ** – <bit.ly/18FGXCN>

10.

Procuradoria-Geral da República Ministério Público

Ministério Público Brasileiro (MPB)

O Ministério Público integra o sistema de justiça, que não se resume no poder Judiciário. O MP é uma instituição una, indivisível e independente, que possui autonomia funcional e administrativa. Seu papel primordial é trabalhar na defesa de interesses sociais e individuais indisponíveis. Também deve garantir que entidades, instituições e cidadãos atendam aos preceitos legais.

No Brasil, o MP é composto pelo Ministério Público da União (MPU) – <bit.ly/2wt6zRS>, que agrega os quatro Ministérios a seguir, e os Ministérios Públicos dos Estados (MPE) – <bit.ly/2At7Dcx>.

- MPF – Atua na Justiça Federal, em causas nas quais a CF88 considera haver interesse federal. A atuação pode ser judicial como fiscal da lei, cível e criminal, mas também pode ser extrajudicial, quando atua com recomendações e promove acordos por meio dos Termos de Ajuste de Conduta (TAC).
- MPT – Busca dar proteção aos direitos fundamentais e sociais do cidadão diante de ilegalidades praticadas na área trabalhista.
- MPM – Atua na apuração dos crimes militares, no controle externo da atividade policial judiciária militar e na instauração do inquérito civil, também para a proteção dos direitos constitucionais no âmbito da administração militar.

- MPDFT – O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios é o ramo do MPU responsável por fiscalizar as leis e defender os interesses da sociedade do DF e dos Territórios.

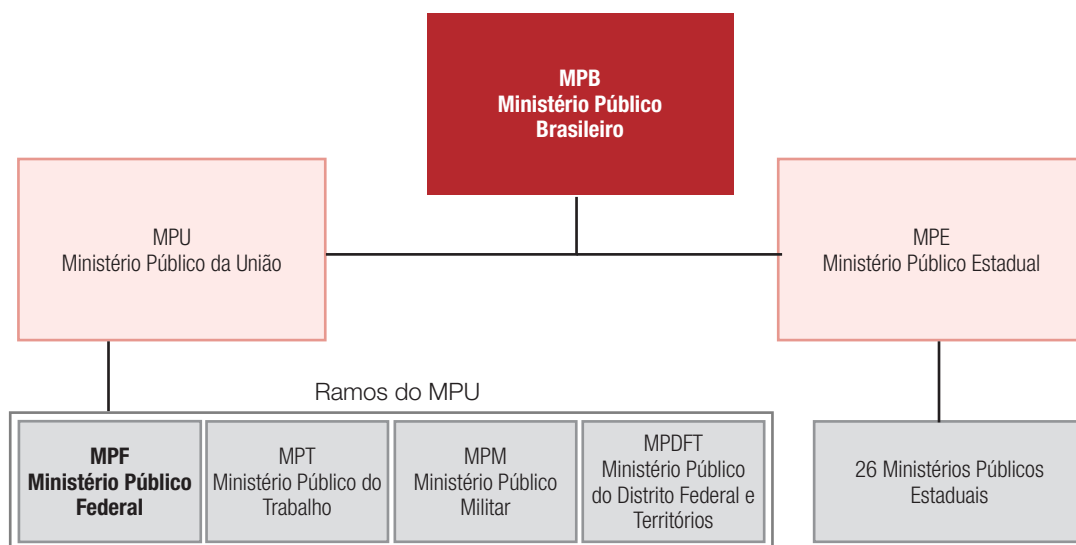
A organização e as atribuições do MPU estão na LC nº 75/93, conhecida como Lei Orgânica do Ministério Público da União.

Os MPU e MPF são chefiados pelo Procurador-Geral da República (PGR).

A Procuradoria-Geral da República é a sede administrativa do MPF, em Brasília. É a representação física, individualizada em cada capital de estado e nos municípios onde existirem varas da Justiça Federal. Por exemplo, a sede do MPF em Curitiba é denominada: Procuradoria da República no Estado do Paraná (MPF/PRPR).

“As Procuradorias da República são a representação física do MPF, presentes em cada capital e nos municípios onde existem varas da Justiça Federal. As Procuradorias dos Estados, por sua vez, são órgãos do Executivo integrantes da Advocacia Pública, cujo papel é defender o respectivo estado, judicial e extrajudicialmente. O procurador-geral da União e a Procuradoria-Geral da União são órgãos da Advocacia Geral da União e não se vinculam ao MP” (grifos meus).

Fonte: site do MPF - <bit.ly/24uurj8>

Gráfico 11 – Infográfico do Ministério Público Brasileiro

Fonte: Site do MPF – <bit.ly/2omdXLj>

O procurador-geral da República exerce as funções do MP junto ao STF e ao STJ, sendo também o procurador-geral eleitoral. Deve ser ouvido sempre, em todos os processos. No STF, o PGR é legitimado a propor Ações Diretas de Inconstitucionalidade, representação para intervenção federal nos estados e no DF, além de propor ações penais públicas e cíveis. Do mesmo modo, pode propor representação pela federalização de casos de crimes contra os direitos humanos e ação penal. Os subprocuradores-gerais da República são designados pelo PGR para exercer, por delegação, funções junto aos diferentes órgãos jurisdicionais do STF e do STJ.

- Procuradores [da República (MPF), do Trabalho (MPT) e eleitorais] – Representantes do MPU

- Procuradores de Justiça – Representantes do MPE que atuam junto aos TJ
- Promotor de Justiça – Representante do MPE e do DF que atua junto ao juiz de Direito

P.S.: Não confundir os procuradores do MP com os procuradores federais [Advocacia-Geral da União (AGU) – <bit.ly/2z1KQQq>, que defendem a União

O MP pode representar o cidadão judicialmente, mas é preciso que seu caso remeta a uma abrangência coletiva e sua demanda seja levada por meio de uma organização. O MP prima pelos interesses coletivos quando age na defesa de direitos sociais, como no caso da saúde, e poderá agir extrajudicialmente ou perante o poder Judiciário.

Ações e serviços de saúde são de relevância pública, sendo o MP o responsável pelo controle legal dos atos emitidos pelo poder Executivo referentes aos serviços de saúde e dos conselhos de saúde.

O MP tem a competência para acionar o poder Judiciário a fim de resolver conflitos entre o conselho de saúde e o poder Executivo.

Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC)

O MPF possui uma procuradoria voltada aos direitos do cidadão. A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) – <bit.ly/2N2WxRP>, em Brasília, está representada nas Procuradorias Regionais dos Direitos do Cidadão (PRDC) – <bit.ly/2rZJYeo>, unidades do MPF nas capitais dos estados.

Entre as atribuições do MPF, a CF88, em seu Art. 129, II, prevê: “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia”. Esse é o papel da PFDC, a quem cabe dialogar e interagir com órgãos de Estado, organismos nacionais e internacionais e representantes da sociedade civil, orientando as instituições na proteção e na defesa dos direitos individuais indisponíveis, coletivos e difusos – como dignidade, liberdade, igualdade, saúde, educação, assistência social, acessibilidade, acesso à justiça, direito à informação e livre expressão, reforma agrária, moradia adequada, não discriminação, alimentação adequada, entre outros.

Ao conhecer seus direitos e deveres, qualquer cidadão que tenha direitos violados ou ameaçados pode comunicar a uma unidade do MPF,

por telefone ou pessoalmente. Em Curitiba, há o Núcleo Especializado no Atendimento ao Cidadão, qualificado para oferecer informações e fazer o encaminhamento necessário – <bit.ly/2GJpT0m>. Os contatos estão disponíveis nos sites das unidades do MPF.

É função da PFDC

- Proteger os direitos humanos consagrados na Constituição Federal
- Defender os direitos individuais indisponíveis, coletivos e difusos
- Adotar as medidas adequadas para prevenir violações de direitos humanos
- Representar pela federalização dos crimes que importem em grave violação direitos assegurados em tratados internacionais de que o Brasil seja parte
- Acompanhar as políticas públicas que garantam a dignidade da pessoa
- Zelar pelo cumprimento dos tratados de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário
- Aprimorar mecanismos de coordenação visando à atuação uniforme dos procuradores dos Direitos do Cidadão em todo o País

Fonte: Relatório de atividades PFDC 2017

Ministério Público dos Estados (MPE)

A Lei Orgânica Nacional do Ministério Público nº 8.625/93 definiu as normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados (MPE), vinculando-os às Procuradorias-Gerais de Justiça dos Estados.

Os promotores de justiça atuam junto aos juízes de Direito e de forma extrajudicial, atendendo ao cidadão, realizando audiências públicas,

visitando instituições e promovendo ajustamentos de conduta. A partir da CF88, a atuação do MP foi intensificada na defesa dos direitos coletivos, em especial nas áreas do meio ambiente, consumidor, patrimônio público e cidadania. Os MPE recebem denúncias através de suas ouvidorias, que podem ser acessadas on-line ou por telefone.

As experiências dos Ministérios Públicos dos Estados do Amazonas e do Paraná são singulares. No Amazonas, observando a área da saúde com foco no diabetes, a situação dos pacientes renais crônicos salta aos olhos. A doença renal crônica é uma das comorbidades que podem ser agravadas em decorrência do quadro de saúde de pacientes com diabetes.

No Paraná, destaca-se o acompanhamento das demandas individuais e coletivas à luz da atualização de estudos e debates políticos que subsidiam o trabalho no Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública e, consequentemente, o exercício profissional de promotores que atuam com o tema.

MPE do Amazonas

O Ministério Público do Estado do Amazonas (MPAM) – <bit.ly/2wnGowR> – conta com uma promotoria voltada à saúde pública. Atua onde há verba estadual e serviços públicos estadual e municipais de saúde. A especialidade da promotoria da saúde são os serviços.

As demandas individuais mais frequentes são a falta de serviço e a inclusão em uma fila. O cidadão procura o MP quando não é atendido no serviço público de saúde, não encontra vaga em um hospital ou precisa fazer uma cirurgia e não consegue, porque não há médico, medicamentos, insumos, etc. Em resumo, de acordo com a informação do MPAM, 90% das queixas decorrem da fragilidade dos serviços. Em geral, em se tratando de serviços de média e alta complexidades, por serem casos de doenças em nível avançado. As denúncias são, majoritariamente, contra o estado do Amazonas.

Recepção de denúncias no MP

As denúncias são recebidas via internet, com a possibilidade do anonimato, por telefone, através de uma linha exclusiva para atender a essas demandas, ou nos estados, quando a pessoa pode ir diretamente ao MPE e procurar o atendimento ao cidadão. No MPAM, as denúncias recebidas são levadas ao promotor da área condizente. Também há uma triagem para orientar as pessoas a outros órgãos públicos, quando a demanda não cabe ao MPE. A triagem é feita por servidores, mas, se a pessoa preferir, pode ser atendida por um promotor.

Quando se trata de um direito fundamental, como o direito à vida, à liberdade e à saúde, a pessoa é encaminhada à Defensoria Pública. No entanto, quando são casos individuais que se repetem, demandam uma atenção ao coletivo. Quando uma pessoa chega dizendo que precisa fazer hemodiálise, mas não consegue e reclama da fila, o problema é identificado como de interesse coletivo porque não afeta somente àquele indivíduo.

Desde 2008, o MPAM tem um procedimento referente a reclamações de renais crônicos. Um TAC foi elaborado, devido à demanda reprimida nos serviços, cabendo ao MPE fiscalizá-los. Para começar, a Susam acordou que realizaria determinadas condutas para adequar o serviço à realidade. No TAC, o principal compromisso é a ampliação do número de vagas para a hemodiálise e do serviço de hemodiálise peritoneal no estado. Desde então, a cobrança com relação ao atendimento aos pacientes aumentou. A primeira conduta a ser adequada é a realização de transplantes. O serviço havia sido terceirizado, mas, em 2017, praticamente não era realizado. Há uma tentativa de incluir o transplante no sistema público, cabendo à Susam solicitar autorização ao MS.

Para responder à demanda reprimida, o estado abriu vagas nos três prontos-socorros de Manaus, onde os pacientes ficam até conseguir vagas nas unidades de saúde que oferecem o tratamento regular. Na capital, o atendimento é via o pronto-socorro e nas clínicas. O MPAM observou que, nas clínicas privadas, o tratamento do paciente é diferenciado por ser SUS. Outro problema é que, quando se movimenta um centro cirúrgico no estado que não está no programa para renais crônicos, interfere-se na cirurgia de outra especialidade. A demanda é crescente e a preocupação do MPAM é devido ao grande número de óbitos e a procura por tratamento. No final de 2015, tratava-se de mais de trezentas pessoas. Em julho de 2017, foi inaugurado um novo Centro de Hemodiálise, começando com trezentos pacientes (Crítica, 2017)²⁴.

O MPAM também entrou com uma ação sobre a situação da hemodiálise peritoneal, devido à redução do atendimento. Há somente duas empresas no Brasil que fazem o serviço e apenas uma aceitaria fazê-lo para a região Norte, pelo alto custo.

Em parte, o tratamento é custeado pelo governo do estado, pois a verba federal é insuficiente. Paga-se transporte de quem vai do interior para Manaus, às vezes aéreo, outras vezes de barco. Em geral, o paciente está debilitado devido à diálise peritoneal, necessitando de cuidados especiais, o que requer um custo maior, que a tabela do SUS não consegue cobrir. A ação coletiva está tramitando, tendo sido iniciada com 286 pacientes, mas, em 2017, contava apenas com 140, porque muitos foram a óbito.

O MPAM vem mapeando a situação e cobrando as atribuições do SUS. Foi promovido um workshop sobre a qualidade do atendimento, visando padronizá-lo. A relação médico-paciente é impessoal e o paciente que faz hemodiálise não conta com acompanhamento psicológico,

nem nutricional de qualidade. A ideia inicial era fiscalizar e implantar ao menos condições satisfatórias nos espaços coletivos onde acontecem os atendimentos. Também, foi solicitada uma inspeção da vigilância sanitária em cada clínica. Por sua vez, foram identificadas boas práticas no hospital da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), que propicia um tratamento mais humanizado (fisioterapia, atividades lúdicas, wi-fi disponível, etc.).

Outras duas preocupações do MPAM são melhorar a gestão da saúde e o funcionamento do conselho de saúde. No primeiro caso, tem-se buscado entender as filas, inclusive as que não são conhecidas. A fila não vai para o Sistema Nacional de Regulação do SUS (Sisreg). A fila de espera para hemodiálise é organizada de forma manual, em um caderno, e ninguém conhece seu número nela. Essa situação que gera outro problema, que são os casos dos que furam a fila. O caso está sendo considerado em outro procedimento, visando à transparência, tanto do controle de pontos de servidores e terceirizados como do direito à informação pelo paciente.

Há os que odeiam o Sisreg e há os que afirmam que o sistema é bom, mas os profissionais precisam de treinamento, especialmente quanto aos encaminhamentos entre os níveis de atenção. Pacientes atendidos no Hiperdia*, quando encaminhados ao especialista, passam a integrar o Sisreg. O agendamento é realizado por uma pessoa que alimenta o sistema, mas que muitas vezes desconhece a situação médica do paciente.

Exemplos atribuídos ao mau uso do Sisreg:

- Não atende à triagem, não prioriza os casos que deveria e os protocolos não são seguidos

²⁴ Em setembro do mesmo ano, foi inaugurado um ambulatório de pré diabético (Manaus Alerta, 2017).

- Perda do paciente quando, a partir do sistema, dizem a ele que não há vaga. Ele não retorna
- O sistema pode ou não indicar o mesmo médico para uma consulta de retorno
- O paciente vai ao médico sem os exames que haviam sido pedidos, porque ainda está na fila de exames
- Paciente com glicemia de 115 encaminhado ao especialista em vez de ao clínico
- Relatos de casos de pacientes com DM1 que receberam insulina de forma inadequada, chegando ao serviço especializado com perda de visão, nefropatia, evidenciando a ausência de monitoramento
- Na UFAM, às vezes há leitos ociosos na endocrinologia, enquanto o paciente que tem diabetes e alguma comorbidade é encaminhado a outro serviço. Provavelmente, um serviço referido pela outra doença
- Avalia-se que, se os clínicos fossem bem treinados, poderiam controlar o diabetes, e somente os casos mais críticos seriam encaminhados ao serviço especializado. O treinamento da equipe é considerado essencial, a começar pelos médicos, porque, ao se limitarem a encaminhamentos ao endócrino, ao cardiologista, etc., o fundamento do médico de família vai se perdendo. Há médicos capacitados que se tornam referência nos serviços, mas que não podem dar conta de todos os pacientes.

*O Hiperdia era o sistema de controle de casos de HA e DM, mas foi descontinuado. Em meados de 2017, os profissionais da Semsu estavam migrando para o e-SUS. Como a referência desses agravos é a atenção básica, o nome Hiperdia ficou associado ao serviço. Na ocasião, também estava sendo realizada, uma análise de estratificação visando melhorar o atendimento.

No que se refere ao conselho de saúde, o MPAM está atento a sua efetividade, porque sabe-se que há problemas em sua formação, além de ele ser considerado pouco democrático. O papel fiscalizador do MPAM tem sido exercido, por exemplo, sobre a homologação de contratos. Por um lado, a atuação junto ao conselho é intensa e envolve uma reformulação legislativa. Por outro lado, desenvolve-se um trabalho pedagógico. As promotorias que atuam com políticas públicas avaliam a gestão e procuram envolver mais pessoas no trabalho.

O MPAM acompanha o orçamento estadual para a saúde. É um momento de interface com o poder Legislativo estadual, que aprova o orçamento. Um outro momento são as aprovações dos relatórios trimestrais da saúde pelo Legislativo, que também deveriam ser aprovados pelo conselho de saúde, o que não ocorre.

MPE do Paraná

Internamente, os MPE possuem órgãos de apoio e órgãos de execução. Os órgãos de apoio são coordenados por um promotor e subsidiam os demais, em áreas específicas. No Paraná, há o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública (CAOP) do MPPR – <bit.ly/2MytgPD>. A promotora responsável pelo CAOP dedica-se a questões relacionadas à saúde pública e se encarrega de atualizar os demais promotores. Em outros MPE, mesmo que não haja um centro específico, a área da saúde é abordada pelos promotores e pode estar dentro de outras áreas, como a de garantias constitucionais. Devido ao histórico e ao contexto estadual, os centros de apoio priorizam as temáticas específicas mais pertinentes àquele estado. Quanto maior a cidade, há uma tendência de maior especialização. Em Londrina, por exemplo, o promotor que trabalha com saúde atua frente a outras áreas, mas as atividades de saúde são preponderantes.

A atuação do MPPR é quantitativamente significativa em interesses individuais – é provável que devido à organização tardia da Defensoria Pública no Paraná, que ainda não está provida de cargos em número suficiente para atender a população. O fato é que o MPPR acaba recebendo e atuando mais em relação a demandas individuais, se comparado a outros estados. Ainda que não seja majoritariamente o foco do MP, também lhe compete atuar nos direitos individuais indisponíveis, como são os direitos à saúde e à vida. Atuar em face das demandas individuais não exclui as demandas coletivas. Entende-se que as demandas individuais vêm a ser um sinalizador de demandas coletivas.

A principal demanda em saúde ao MPPR é na assistência farmacêutica, tendo sido criados alguns critérios para receber as demandas individuais:

- Ser paciente do SUS.
- Que seja demonstrado que, para aquele paciente, as alternativas do sistema foram esgotadas. Em caso de haver um protocolo de tratamento, se o paciente utilizou tudo o que está previsto e não há mais nada que o sistema possa oferecer a ele; ou se não há um protocolo, se as orientações gerais do sistema de saúde já foram utilizadas e não houve resultado.
- Se o que o paciente está pleiteando é eficaz. Para essa análise, há um setor médico no MPPR, que, como subsídio, solicita a cópia integral do prontuário médico e que o médico prescritor responda a um questionário-padrão, basicamente sobre a doença, o tratamento e os medicamentos utilizados. O médico deve declarar se tem ou não vínculo com a indústria farmacêutica, formal ou informal.

Esses critérios acabam servindo a uma espécie de triagem e, simultaneamente, fazem que as demandas recebidas de forma recorrente sinalizem onde está a deficiência do sistema público de saúde.

Na interdependência entre o individual e o coletivo, há pontos que diferenciam as posições institucionais frente aos processos individuais e coletivos presentes no CAOP. Relacionado especificamente ao diabetes, a eficácia do direito tem apresentado resultados diferentes quando se trata de um processo individual ou coletivo (Wang, 2011), promovendo um diálogo, direto ou indireto, entre os poderes Executivo e Judiciário (Bagatin, 2014).

Seguindo a lógica da promotora responsável pelo CAOP, ao que tudo indica, o impacto financeiro que uma demanda coletiva gera é muito mais significativo do que o de uma demanda individual. Por sua vez, parece haver uma tendência de o poder Judiciário não visualizar os eventuais impactos orçamentários e financeiros quando a questão diz respeito a uma única pessoa. Além disso, a demanda individual leva um nome e sobrenome de uma pessoa que vai sofrer com um agravo, devido à ausência de um medicamento. Na demanda coletiva, há um grupo de pessoas que sofrem com aquele agravo, mas não há a personalização da dor. Na demanda individual, a pessoa está presente.

Se as demandas individuais passam a ser recorrentes e às vezes nem contestadas, isso deveria sinalizar para o gestor que é necessário alterar sua política. No entanto, na prática não é assim que funciona.

“As decisões que possuem como beneficiários pacientes específicos, quando individualmente consideradas, possuem baixo nível de influência para promover alterações estruturais na referida política pública. No entanto, não deixam de gerar impactos orçamentários (algum valor sempre será gasto para adquirir o insumo pleiteado) e colocam em questão a isonomia (concede-se tratamento diverso somente para aqueles que recorrem ao Poder Judiciário).

Para que tais decisões possam produzir

modificações estruturais nas políticas públicas em relação a determinado agravo, é necessário que o número de processos que pleiteiam o mesmo insumo (e decisões que o deferem) seja tal que se torne economicamente mais vantajoso ao gestor alterar a política pública” (Bagatin, 2014:553).

De acordo com Bagatin, quando se observa que o Judiciário vem sendo mais benevolente com demandas individuais e muito exigente com demandas coletivas, quase nunca as concedendo, parece haver uma inversão de valores. Para o MPPR o momento é de transição, cabendo acompanhar as sentenças dos tribunais. O STJ proferiu a sentença em abril de 2017, como mencionado no Capítulo 9, obrigando o poder público a fornecer medicamentos fora do que está previsto nos atos normativos do SUS, de acordo com alguns requisitos indicados. Faltam ainda as sentenças do STF para que se adeque as formas de operacionalizar o cotidiano dos julgamentos de ações por medicamentos e procedimentos médicos na saúde, em sintonia com a atualização do ordenamento jurídico.

Possíveis ações

- **Conhecer melhor o MP. Várias unidades contam com sites na Internet, e a comunicação pode ser feita por e-mail**
- **Navegar em sites e redes sociais. Em geral, os sites institucionais disponibilizam informações sobre competências, serviços, notícias, publicações, vídeos e canais on-line (YouTube, Facebook, Twitter, etc.)**
- **Ouvidorias**
 - Ouvidoria do MPDFT – <bit.ly/2iTLVUy>
 - Ouvidoria do MPSP – <bit.ly/2iYQ3D7>
 - Ouvidoria do MPAM – <bit.ly/2ByZPDV>
 - Ouvidoria do MPCE – <bit.ly/2jBDam7>
 - Ouvidoria do MPPR – <bit.ly/2iSTKKi>
 - Ouvidoria do MPF – <bit.ly/2AgCPsh>
- **Procurar o MP nos casos de violações de direitos que atinjam a várias pessoas, ou de um ato ilícito da administração pública**
- **Pode-se ir à sede do MP local e protocolar uma representação por escrito, ou marcar uma audiência para que o representante da organização seja ouvido**
- **Identificar o representante do MP que atua na área da saúde em sua cidade, visando conhecer os mecanismos existentes e quando são utilizados. Em todos os municípios, há ao menos um profissional que poderá ser encontrado na sede do MP ou no fórum da cidade**

O que é

Procuradores de Justiça – Os procuradores de Justiça atuam em 2ª instância, isto é, oficiam e participam do julgamento dos recursos de processos, nos quais há interesse público, vindos dos tribunais cíveis ou penais. Solicitam ainda, quando é o caso, recursos aos Tribunais Superiores – STF e STJ – sempre que as decisões do TJ estiverem em desacordo com a CF88 ou com a lei em tese.

Procurador-Geral de Justiça – É o chefe do MP, responsável por propor ações penais contra políticos que não são julgados pela justiça comum quando cometem atos inconstitucionais. Caso julgue necessário, o procurador-geral de Justiça pode, inclusive, pedir o afastamento do governante.

Ação Civil Pública – É a possibilidade de o MP propor ações cíveis contra pessoas ou instituições que causam danos ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor estético, histórico, turístico ou paisagístico, aos patrimônios públicos, à ordem econômica e à economia popular, etc., em busca da conservação ou restituição de direitos coletivos, inclusive direitos da criança e do adolescente, saúde, etc.

Inquérito Civil Público – É um instrumento de investigação utilizado exclusivamente pelo MP para verificar se determinado direito coletivo foi violado ou não.

Ação de Improbidade – Visa punir administradores de patrimônio e bens públicos que se aproveitam de sua condição para enriquecer ilícitamente, ou que causam outros prejuízos aos cofres públicos, por exemplo, gastar desonestamente o dinheiro público ou cometer atos danosos à população. Para que seja movida uma ação contra esses servidores públicos, as denúncias devem ser encaminhadas ao MP ou aos próprios órgãos de fiscalização e controle da administração.

Representação junto ao MP – Utilizada através de petição ao promotor de Justiça com o objetivo de proteção do meio ambiente, do patrimônio público e social e de outros interesses coletivos.

Representação para ação de crime de responsabilidade – Denúncia levada ao delegado de Polícia, quando houver crime de responsabilidade (desvio ou utilização indevida de bens e recursos públicos; falta de prestação de contas no prazo; alienar ou onerar bens imóveis sem autorização da Câmara de Vereadores; contrair ou conceder empréstimo sem autorização da Câmara; adquirir bens sem licitação; nomeação ilegal de servidor; deixar de fornecer certidões de atos e contratos nos prazos; negar execução de lei ou descumprir decisão judicial).

Termo de ajustamento de conduta (TAC) – Cada vez mais utilizado pelo MP, visa à conformação das condutas às exigências da lei vigente quando da ocorrência da ameaça ou da violação do direito, por meio de solução diretamente negociada pelos atores e responsáveis pela reparação do dano.

Mandato de injunção – Visa proteger direitos dos cidadãos, assegurados na CF 1988. É utilizado quando os poderes Executivo e/ou Legislativo deixam de criar leis regulamentando o direito assegurado na CF 1988.

Adaptado do DHNet

11.

Defensorias Públicas

Defensoria Pública da União (DPU)

A Defensoria Pública – <bit.ly/2AooXf2> – foi criada com a CF88, para prestar assistência jurídica gratuita às pessoas que não têm condições de pagar um advogado e as despesas de um processo judicial. A primeira defensoria pública no Brasil foi criada em 1890, no estado do Rio de Janeiro, então Distrito Federal da República. No entanto, até então, a assistência jurídica gratuita não havia sido oficializada constitucionalmente.

No período da Assembleia Nacional Constituinte, a criação da defensoria pública foi alvo de debates. Alguns dos filiados à OAB e membros do MP resistiram à criação das Defensorias Públicas como “órgãos prioritários e especializados na assistência jurídica gratuita”²⁵. A articulação entre associações de defensores públicos e militantes na área contribuiu para a inclusão da defensoria pública na Constituição Federal.

De acordo com a CF88, toda lesão ou ameaça de direito deve ser apreciada. Entretanto, é preciso atender a formalidades e procurar uma assessoria jurídica ou assistência jurídica gratuita, porque, em geral, o acesso à justiça ocorre através de uma petição, que deve ser assinada por um advogado (exceto em alguns casos no Juizado Especial Cível).

A DPU começou contando com advogados de ofício da Justiça Militar da União, que não eram militares, mas atuavam como defensores na defesa de praças.

A Lei Orgânica da Defensoria Pública – LC nº 132/09 – visa organizar, ampliar e modernizar a DPU. Regulamenta sua autonomia e a caracteriza no papel de mediadora e conciliadora, buscando soluções extrajudiciais.

Para reiterar o foco na população carente, a lei determina que a atuação do órgão será descentralizada, priorizando as regiões “com maiores índices de exclusão e adensamento populacional”. A defesa dos direitos fundamentais deverá ser diferenciada para crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiências e mulheres vítimas de violência doméstica ou familiar.

Entre outras inovações, a LC nº 132/09 prevê a edição de normas, pelo Conselho Superior, que regulamentem a eleição do defensor público-geral federal; a participação de defensores públicos federais no Conselho Penitenciário, com direito a voz e voto; e o estabelecimento de prerrogativas, como o livre ingresso em estabelecimentos policiais, prisionais e de internação coletiva, independentemente de prévio agendamento.

A DPU atua perante a justiça da União:

- Justiça Militar – que diz respeito às forças armadas. Em geral, soldados e cabos são assistidos com grande frequência;

²⁵ Para saber mais sobre o histórico da DPU, ver: <bit.ly/2FFk8kT> e <bit.ly/2FBtQVB>

- Justiça do Trabalho – que é uma Justiça federal especializada. A assistência jurídica ainda é incipiente, devido ao número de defensores. Em geral, é feita a defesa de pessoas que não têm sindicato.
- Justiça Federal Comum – é a principal e gera o maior volume de trabalho na DPU. Atua em todos os temas, mas especialmente: previdência; saúde; justiça; e direito penal (no caso, na defesa da pessoa que é processada em um crime federal).

DPU – Demandas em Saúde

Principais demandas:

- Solicitação de medicamentos e insumos não fornecidos pelo SUS
- Pedidos de cirurgias e procedimentos negados pelo poder público
- Marcação de consultas com especialistas e exames
- Procedimentos emergenciais de saúde
- Tratamento Fora de Domicílio (TFD)
- Fisioterapia e reabilitação em geral
- Tratamento domiciliar

De acordo com a Resolução CSDPU nº134/17, a DPU presta assistência jurídica integral e gratuita às pessoas com renda familiar bruta de até R\$ 2.000,00. Há exceções para rendas acima do valor de referência, em casos de comprometimento de parte significativa da renda da pessoa com medicamentos de alto custo. O defensor público federal avalia caso a caso.

Fonte: Site DPU – <bit.ly/2jx8Bfx>

A diferença entre a DPU e as Defensorias Públicas dos Estados (DPE) é que estas últimas atuam na justiça estadual de cada ente. A DPU está em todos os estados da federação e atua perante os Tribunais Federais. Ou seja, onde há somente a Justiça Federal de 1º grau. Por exemplo, em Minas Gerais não há TRF. Sua referência

é o TRF de Brasília. Também atua nas Turmas Recursais, que é para onde vão os recursos dos Juizados Especiais Federais. E onde estão os cinco TRF do Brasil: Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Recife, além de atuar, em Brasília, no STJ e no STF.

A escolha do defensor-geral da União é muito parecida com a do procurador-geral da República. Deve ser alguém dentro da carreira, maior de 35 anos, submetido a uma lista tríplice para a escolha do presidente da República e sabatinado no Senado Federal. Ele atua perante o STF, mas, tal como acontece na PGR, como não daria conta de todos os processos, entre outros encargos administrativos, o defensor-geral escolhe alguns defensores de sua confiança entre aqueles com mais tempo de carreira. Em 2017, cinco defensores públicos da União estavam trabalhando junto ao STF, além do defensor-geral.

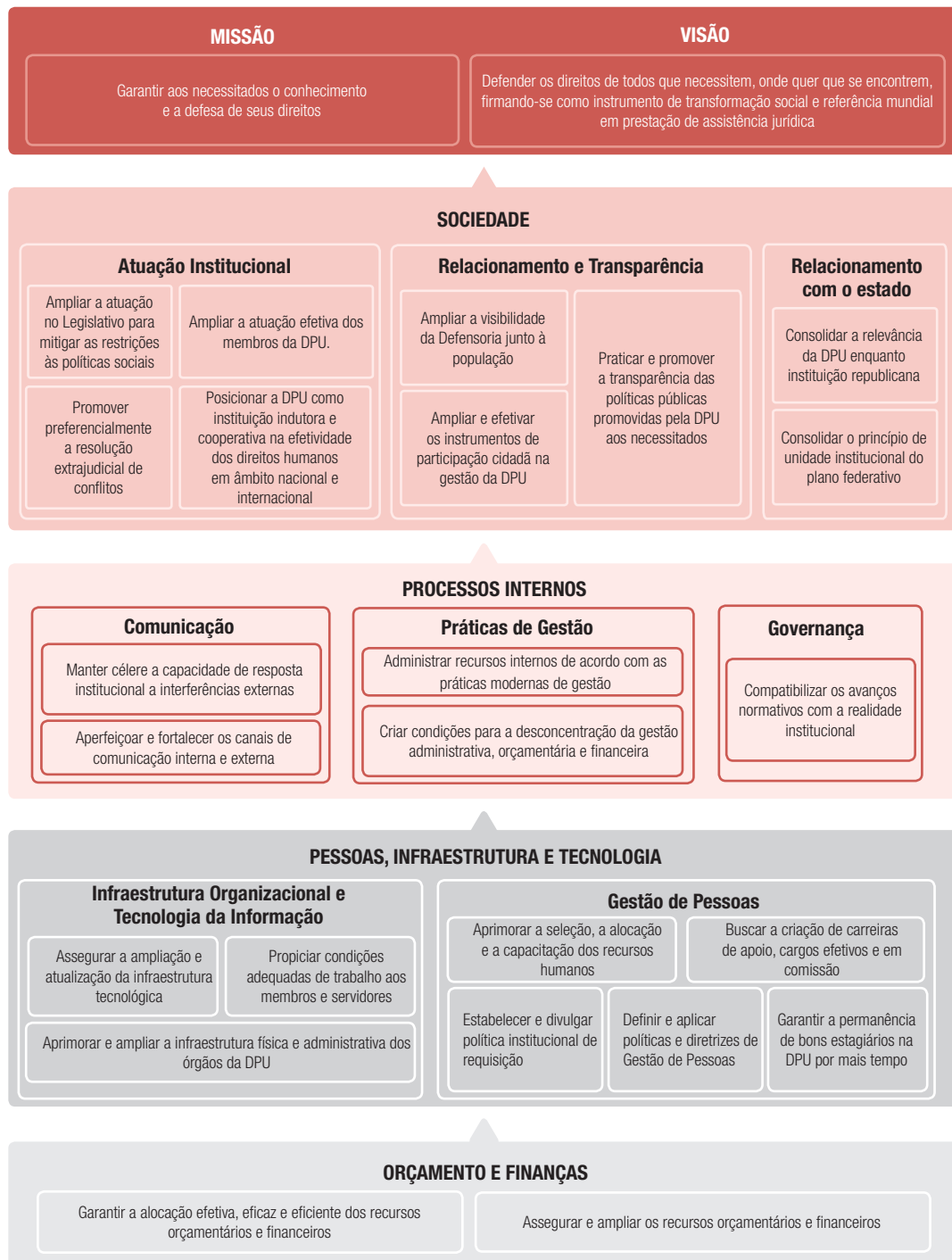
Herdeiros da advocacia de ofício da justiça militar, os defensores públicos optaram pela carreira de defensor e, em 2001, elaboraram o primeiro concurso para defensor público da União.

Quadro 3 – Atuação da DPU no Brasil

Área de atuação	Local	Defensores Públicos Federais
Justiça Federal de 1º grau e Turmas Recursais	Estados onde não há TRF	2ª categoria (inicial)
TRF	POA, SP, RJ, DF e Recife	1ª categoria (intermediária)
STJ e STF	Brasília	Categoria especial (final) e o defensor-geral da União

Gráfico 12 – Mapa Estratégico da DPU

ANEXO I - MAPA ESTRATÉGICO DA DPU



Fonte: DPU, 2017.

Em 2013, a Associação Nacional de Defensores Públicos (Anadep) e o Ipea elaboraram o Mapa da Defensoria Pública no Brasil, que apresentou um déficit de 66% no número de defensores públicos federais, com base na estimativa de que o adequado seria ter um defensor público para cada 100 mil pessoas com mais de 10 anos de idade e rendimento mensal de até 3 salários mínimos. Considerando as 140 milhões de pessoas no país que vivem nessa situação, seriam necessários 1.469 defensores públicos federais. Na ocasião, o Brasil contava com 506 espalhados pelas capitais e outros 40 municípios (Moura et al., 2013).

Defensorias Públicas dos Estados (DPE)

A DPU é uma e está presente em todos os estados. Entretanto, nos estados, a DPU e a Defensoria Pública dos Estados (DPE) atuam em áreas diferentes. Dependendo do problema, pode-se procurar:

- DPU – <bit.ly/2r6fpWr> – assume as causas nas quais o governo federal é uma das partes
- DPE – <bit.ly/1HZHtYX> – assume questões cíveis, inclusive quando o município for uma das partes, o que é frequente nas questões relacionadas ao SUS

Em alguns estados, as defensorias atuam com outros setores, públicos ou não, que atendem, por exemplo, a população privada de liberdade ou mulheres vítimas de violência sexual, entre outras.

De acordo com a CF88, as defensorias públicas não estão previstas para os municípios. Do mesmo modo, não há poder Judiciário e MP municipais. O que há são núcleos da DPE nos municípios. Em geral, esses núcleos são especializados em determinadas áreas.

De modo geral, o público-alvo das defensorias públicas é a população de baixa renda, que não pode pagar um advogado. Entretanto, também são atendidas pessoas em situação de vulnerabilidades específicas e pessoas jurídicas, desde que comprovem não poder pagar um advogado e atuarem em defesa de interesses coletivos.

Das capitais dos estados visitadas, foram contatadas a DPU em Brasília e a DPU no Ceará. Para as Defensorias dos Estados, seguem os links abaixo:

- Defensoria Pública do Distrito Federal <bit.ly/2kMGNCu>
- Defensoria Pública do Estado do Amazonas <bit.ly/2BgDaQh>
- Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará – <bit.ly/2CJcofz>
- Defensoria Pública do Estado do Paraná <bit.ly/2oPOU6y>
- Defensoria Pública do Estado de São Paulo <bit.ly/2kmKijl>

Todo(a) cidadão(ã) pode participar das reuniões semanais do Conselho Superior da Defensoria Pública em cada estado, levando assuntos de interesse da sociedade aos conselheiros. As ouvidorias das defensorias também são canais abertos. Em geral, são órgãos consultivos que contam com representantes da sociedade civil.

Orçamento e financiamento da saúde

O financiamento da saúde depende, em grande parte, do orçamento público. O orçamento apresenta um cálculo do que se pretende gastar baseado nos recursos disponíveis. A questão orçamentária é importante, mas de difícil compreensão, devido a questões de ordem técnica, bem como a atenção prioritária a aspectos estruturais, além de grupos de interesses diferenciados. É importante que elementos de *accountability* sejam incluídos no monitoramento das políticas públicas para HA, DM e DCV e que se possa acompanhar e influir na transparência das tomadas de decisões, na eleição de prioridades e no monitoramento de indicadores oficiais, em geral, e nos estados e municípios. Certamente um melhor conhecimento sobre os mecanismos existentes facilitará os diálogos, os entendimentos mútuos e o avanço nas respostas a essa problemática.

Os governos municipais (prefeito e secretários), estaduais (governador e secretários) e federal (presidente e ministros) elaboram planos orçamentários no longo prazo (quatro anos) e uma previsão anual. As Câmaras Municipais, Assembleias Legislativas e o Congresso Nacional, em sua esfera de atuação, aprovam ou fazem alterações sobre o projeto enviado pelos governos.

O orçamento público é um documento legal, porque é votado pelo Legislativo e aprovado por lei. Baseia-se na elaboração e execução de três leis, que, juntas, configuram o planejamento e a execução das políticas públicas. Tornam-se instrumentos orçamentários: o plano plurianual; a lei de diretrizes orçamentárias; e, a lei orçamen-

tária anual. São instrumentos desenvolvidos por etapas e, para cada uma delas, há prazos para o governo enviar a proposta ao poder Legislativo e para os parlamentares votarem e aprovarem o orçamento.

Plano Plurianual (PPA)

O PPA estabelece os projetos e os programas de longa duração do governo, definindo objetivos e metas da ação pública para um período de quatro anos.

No âmbito nacional, o projeto de PPA é elaborado pela Secretaria de Investimentos e Planejamento Estratégico, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e encaminhado ao Congresso Nacional pelo presidente da República, que possui exclusividade na iniciativa das leis orçamentárias. O PL é composto pelo texto da lei e diversos anexos, que devem ser encaminhados ao Congresso Nacional até 31 de agosto do primeiro ano de mandato presidencial para vigorar, a partir do ano seguinte, por quatro anos.

Recebido pela Câmara dos Deputados, o projeto inicia a tramitação legislativa. O PL é publicado e encaminhado à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO). O PPA contém as metas de governo, tomando por base a agenda da saúde e os Planos de Saúde. Tanto o PPA quanto suas revisões precisam ser aprovados como lei pelo Congresso Nacional.

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

A LDO é a lei anterior ao orçamento propriamente dito. Ela define metas e prioridades a partir de programas a serem executados pelos governos. A LDO prevê orientações para a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) e alterações da lei tributária, entre outros.

Com base no PPA, é elaborada a LDO que, por sua vez, orienta a elaboração do orçamento. Na prática, o PPA é um planejamento da administração pública para o médio prazo e a LDO responde ao curto prazo. De fato, essas três leis retratam decisões políticas das três esferas de governo.

Lei Orçamentária Anual (LOA)

A última fase de elaboração do orçamento público é a LOA, quando são definidos todos os gastos. Se não há previsão de gastos aprovada pelo Legislativo, não se poderá gastar no ano seguinte.

A LOA estabelece os orçamentos da União. Define recursos para o próximo exercício financeiro, estimando receitas e fixando despesas nos três poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário). Inclui todos os órgãos da administração direta e indireta, além de fundos, como o da saúde.

A LOA deve ser apresentada em sintonia com as metas do governo para o próximo exercício. O governo federal (poder Executivo) deve enviar sua proposta ao Legislativo até 30 de agosto de cada ano. Esta deverá ser aprovada até dezembro do mesmo ano.

Os parlamentares têm a prerrogativa de apresentar emendas à lei orçamentária, como no caso de outras leis que passam pelo Legislativo. Entende-se que é uma forma de adaptação dos projetos, atendendo a demandas da sociedade. Isso não implica em gastos extras, mas em redire-

cionamento de recursos previstos no orçamento público. Trata-se de um procedimento legal, mas que deve ser transparente para que a população possa verificar a quem se destinam as emendas e qual a efetiva utilização do uso dos recursos. Devido a irregularidades, esse procedimento é muitas vezes criticado e o destino das emendas torna-se alvo de investigação por parte do MP. A partir de 2015, a Câmara dos Deputados divulga o Boletim de Emendas Parlamentares com o propósito de apresentar a execução orçamentária e financeira anual das emendas parlamentares.

A dotação orçamentária é acompanhada pelo Tribunal de Contas da União, dos Estados e dos Municípios, correspondentes às respectivas esferas de governo.

Resumindo... PPA – LDO – LOA

- PPA – Define as diretrizes e metas para quatro anos e vigora do segundo ano do governo até o primeiro ano do próximo mandato. Consta diretrizes, programas e ações de governo, objetivos e metas da administração pública e previsão de despesas de investimento
- LDO – Anualmente, fixa metas e prioridades de programas, despesas, orientações para a LOA, alterações na legislação tributária e a política de aplicação das agências oficiais de fomento. É a lei anterior ao orçamento propriamente dito
- LOA – Onde são definidas as despesas e receitas anuais, onde são definidos os recursos
- Depois de aprovado, o orçamento público é levado ao prefeito, governador ou presidente para ser aprovado ou vetado, no respectivo âmbito de execução

No site do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), banco de dados alimentado pelos estados, municípios e o DF por meio de *software* do Datasus, é pos-

sível conhecer os dados sobre os orçamentos públicos relativos ao SUS e o montante que cada UF aplica em saúde. O Siops é um sistema de referência para o monitoramento e a fiscalização de recursos alocados para ações e serviços de saúde. Desde 1998, disponibiliza dados sobre receitas e gastos em saúde e, a partir de 2002, passou a ser preenchido semestralmente. O sistema informatizado é de alimentação obrigatória e acesso público.

12.1. Sobre fontes de recursos financeiros

Os recursos para a pasta da Saúde são provenientes de fontes tributárias e de contribuições para a seguridade social. Os tributos, ou seja, os impostos são pagos pelos cidadãos, como: Imposto de Renda (IR); Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI); Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA); Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), etc.

De acordo com a CF88, os custos da saúde seriam provenientes dos três entes federados, no entanto, não se definiu o que cada um deveria investir, nem quais seriam os critérios de distribuição dos recursos arrecadados, especialmente para estados e municípios. Com a Lei nº 8.080/90, alguns critérios foram definidos, como: perfil demográfico (número populacional) e epidemiológico (série histórica das doenças); características qualitativa e quantitativa da rede de saúde da área em questão; e desempenho técnico, econômico e financeiro na área em questão. Entretanto, o investimento de cada instância governamental continuou indefinido até o ano 2000. Durante dez anos, a União ficou responsável por cerca

80% do orçamento da saúde, dificultando uma cobertura adequada às demandas da população, inclusive porque a origem dos recursos não ficou explícita.

Em 2000, a EC nº 29/00 foi instituída, alterando vários artigos da CF88 e acrescentando um novo, para assegurar os recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A Resolução nº 322/03 do CNS definiu os cálculos para os percentuais mínimos a serem aplicados pelos estados e municípios até 2004, visando a ajustes graduais até a aprovação de Lei Complementar. Caso ela não fosse aprovada, a partir de 2005 deveriam prevalecer os percentuais de 2004: 12% para estados; 15% para municípios e DF²⁶; e a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) para a União, o que foi reafirmado pelo Pacto pela Saúde 2006.

Algumas alternativas à lógica de alocação de recursos centrada na oferta de serviços, no aporte tecnológico ou com base em séries históricas de gasto foram apresentadas na NOB 93, com o repasse global e automático estimulando o planejamento local. Na NOB 96, instituiu-se o PAB fixo com base no tamanho da população, no valor *per capita* nacional e no Pacto pela Saúde 2006, com os blocos de financiamento.

Pacto pela Saúde 2006

A partir do Pacto pela Saúde 2006, ficou definido que o custeio da saúde é de responsabilidade das três esferas de governo. A principal mudança no financiamento é que o custeio das ações e serviços de saúde passou a corresponder à alocação de recursos federais em cinco blocos, quais sejam:

²⁶ Percentuais equivalentes aos dos estados sobre as receitas referidas no Artigo 198, §2º, II e III, da CF88, e no Artigo 77, II; e percentuais equivalentes aos dos municípios mencionadas no Artigo 77, III, ambos do Ato de Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). O Artigo 77 foi acrescido à EC 29/00 com esse fim (Campelli e Calvo, 2007).

I. Atenção básica

- Piso da Atenção Básica (PAB) fixo – transferido mensalmente, de forma regular e automática, do FNS para os FMS; e
- PAB variável – destinado a estratégias específicas na atenção básica em saúde, priorizadas pelo Pacto pela Saúde 2006

II. Média e alta complexidades da assistência

- Componente limite financeiro da Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) e componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec)

Neste item estão inclusos o financiamento de incentivo permanente, como: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); hospitais de pequeno porte; incentivo de integração do SUS (IntegraSUS); e outros que venham a ser instituídos para custear ações de média e alta complexidades e não financiados por procedimento.

No caso do Faec, a 9ª Reunião Ordinária da CIT, de 28/09/17, aprovou a migração gradativa dos procedimentos financiados pelo Faec para o MAC dos estados, DF e municípios. Por sua vez, a Portaria nº 5/17 estabelece a migração dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, financiados pelo Faec, para o referido componente MAC.

III. Vigilância em Saúde

- Vigilância epidemiológica e ambiental
- Vigilância sanitária (inclusos vários incentivos)

IV. Assistência farmacêutica

- Componente básico
- Componente estratégico
- Componente medicamentos de dispensação excepcional
- Organização dos serviços de assistência farmacêutica

O Componente Básico é composto de uma parte financeira fixa e outra variável. A parte fixa consiste em um valor *per capita* destinado à

aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica, transferido ao DF, estados e/ou municípios, conforme pactuação nas CIT.

Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da parte fixa do componente básico, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da política de assistência farmacêutica vigente.

A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade intermedia a referência interestadual de usuários que necessitam de assistência de alta complexidade. Procedimentos em: cardiologia; neurologia; oncologia; traumatologia e ortopedia; e, procedimentos relacionados à cirurgia bariátrica.

Fonte: Portaria nº 688/17

A parte financeira variável do componente básico é dirigida a determinados programas. Podem ser executados pelo MS ou descentralizados, de acordo com a pactuação na CIT e mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nos programas. No caso dos medicamentos de dispensação excepcional, destaca-se a necessidade de definição de percentual de cofinanciamento entre as esferas de gestão federal e estadual. Nesse item, também está prevista a revisão periódica de valores da tabela de procedimentos. O MS transfere mensalmente às SES os valores financeiros apurados com base nas emissões de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac). Por fim, o Componente de Organização da Assistência Farmacêutica é constituído por recursos federais.

V. Gestão – componentes

- Regulação, controle, avaliação e auditoria
- Planejamento e orçamento
- Programação

- Regionalização
- Participação e controle social
- Gestão do trabalho
- Educação na saúde
- Incentivo à implementação de políticas específicas

Com o Pacto pela Saúde, o fundo a fundo passou a ser a modalidade preferencial de transferência de recursos federais para estados, municípios e DF, observando-se as normas referentes a cada bloco. Considera-se que há uma maior liberdade de uso dos recursos pelos gestores locais, dentro de cada bloco, exceto no caso da assistência farmacêutica. O financiamento da saúde foi pactuado de forma tripartite.

Depois do Pacto pela Saúde 2006

- Fundo a fundo – modalidade preferencial para repasse com base na PPI
- Os fundos de saúde são responsáveis por receber e repassar os recursos financeiros da União para estados e municípios
- Os investimentos apresentados ao MS por parte dos estados deverão estar aprovados nos respectivos conselhos de saúde e na CIB, refletindo as prioridades regionais

Com a municipalização da saúde, a SMS deve elaborar um plano de ações a ser desenvolvido por sua equipe técnica, que deverá ser aprovado pelo CMS.

O PAB é calculado com base no total da população da cidade. Além desse piso fixo, o repasse pode ser incrementado conforme a adesão do município aos programas do governo federal.

Quanto aos repasses para serviços hospitalares e ambulatoriais, a remuneração é feita por serviços produzidos pelas instituições credenciadas no SUS. Públicas ou privadas, elas devem estar cadastradas e credenciadas para realizarem os procedimentos pelo serviço público de saúde.

O pagamento é feito mediante a apresentação de fatura, que tem como base a Tabela de Procedimentos do SUS, que especifica quanto vale cada tipo de procedimento. Há um teto financeiro para controlar quanto os estados e os municípios podem receber do MS por procedimentos de média e alta complexidades realizados. O teto financeiro é calculado com base nos perfis populacionais e epidemiológicos de cada região e a partir de parâmetros da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Do mesmo modo, a alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidades da Assistência será definida de acordo com a PPI.

No bloco referente à gestão do SUS, cabe destacar os seguintes componentes:

- Incentivo à participação do controle social
- Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica
- Incentivo à implantação e/ou qualificação de políticas específicas

Casos em que as transferências de fundo a fundo podem ser suspensas

- Não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o MS creditar na conta bancária do Fundo Estadual/DF/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos do SIH/SUS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas
- Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano
- Indicação de suspensão decorrente de relatório da auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido

Ressalte-se que, após o Decreto nº 7.508/11, a CIT pactuou a transição gradativa das responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, do Pacto pela Saúde para o Coap. Do mesmo modo, a adesão ao Pacto pela Saúde ou a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (Portaria nº 399/06) deixou de ser uma exigência para o repasse financeiro do MS a estados, DF e municípios, conforme a Portaria nº 1.580/12.

Emendas Constitucionais

Com o objetivo de regulamentar a EC nº 29/00, iniciada no Senado, o PLS nº 121/07 não aprovou a versão original que previa a aplicação da União em, no mínimo, 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), o que poderia ter acrescentado 43 bilhões ao orçamento da saúde em 2013. Houve pressão do governo federal para que a base de cálculo não fosse aprovada, argumentando-se que não havia uma fonte específica para tal. Em 2007, a CPMF acabou como fonte exclusiva para a saúde.

Os recursos para a EC nº 29/00 seriam provenientes de um imposto que foi suspenso. Também entrou em discussão: o que poderia ou não ser considerado como ações e serviços públicos de saúde vinculados a esses recursos; a insuficiência dos recursos previstos; e a utilização vinculada a um percentual dos estados e municípios. Esses aspectos necessitavam de regulamentação através de leis complementares. Ainda assim, o próprio MS evidenciava um crescimento nos orçamentos municipais para saúde (Pires e Oliveira Neto, 2008).

Na Câmara dos Deputados, o PLP nº 306/08 visava regulamentar os §§ 2º e 3º do Art. 198 da CF88 e criar a Contribuição Social para a Saúde (CSS), substituindo a CPMF. Tal projeto foi transformado na LC nº 141/12, que regulamentou a EC nº 29/00.

Apesar das referências de descumprimento da EC nº 29/00, houve um aumento do gasto

público em saúde de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,8%, em 2010, ainda que insuficiente para garantir a universalidade e a integralidade no SUS (Mendes, A., 2013). Os gastos da União caíram de 1995 (11,72%) a 2011 (7,3%). Essa queda foi inversamente proporcional ao aumento relativo dos gastos de estados e municípios. Nem todos os municípios cumprem os mínimos, mas observa-se que a diferença é pequena. Em 2009, em média, os municípios investiram 21,9% em saúde. Entre 2000 e 2009, os municípios investiram R\$ 11,5 bilhões a mais [Índice Geral de Preços do Mercado (IGPM)/dez/2010]. Do mesmo modo, nem todos os estados cumprem seu mínimo. Entre 2000 e 2009, os estados deviam para a saúde R\$ 31,8 bilhões (IGPM/dez/2010). (Carvalho apud Mendes, A., 2013).

Mesmo que o financiamento público da saúde esteja vinculado ao crescimento da receita ou ao aumento do PIB, avalia-se que esses recursos irão, em grande parte, para o setor privado (prestadores privados; subsídios a planos de saúde, etc.). Em 2011, os planos e seguros de saúde movimentaram mais de R\$ 84 bilhões. O orçamento maior do que o MS destina ao SUS, mas os planos atendem apenas a 25% da população. Do mesmo modo, o aumento do gasto direto das famílias passou de R\$ 46,8 bilhões, em 2005, para R\$ 79 bilhões, em 2009 – um crescimento de 69%. Também deve-se considerar o montante de recursos que o SUS repassa às Organizações Sociais (OS), entidades privadas, para a gestão de unidades públicas. De acordo com Mendes (2013), cerca de 25% do total do orçamento da SES/SP, em 2012, foi alocado para a Coordenadoria de Gestão de Contratos, responsável pelas OS.

Por um lado, os artigos 17 e 19, da LC nº 141/12, trouxeram avanços quanto a mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos das esferas federal e estaduais para os municípios, com base na redução das disparidades regionais de saúde. Também alguns artigos da Lei nº 8.080/90 foram retomados.

“Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. [...] § 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro” (LC 141/2012).

Por outro lado, a referida lei complementar apresenta pontos desfavoráveis ao SUS, como as revogações de:

- § 1º do Art. 35, desconsiderando que o valor total do repasse da União para os demais entes federativos fosse de 50% do total e realizados de acordo com o critério *per capita*
- Art. 3º da Lei nº 8.142/90, acabando com a obrigatoriedade de que 70% dos recursos da União devessem ser destinados aos municípios e 30% aos estados.
- § 2º do Art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da CF88, introduzido pela EC nº 29/00, acabando com o mínimo de 15% para os recursos da União a serem aplicados nos municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde.

Dado o exposto, alguns pesquisadores introduziram o debate sobre a renúncia fiscal, considerando sua interferência negativa no financiamento do SUS (Ocké-Reis, 2018; Mendes, A. e Weiller, 2015). Considera-se necessária uma política de renúncia fiscal “para entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejudicar a capacidade do gasto do Estado” (Mendes, A., 2013).

“I. O gasto tributário foi e é peça-chave para a reprodução do sistema duplicado e paralelo;

II. O subsídio associado ao mercado de planos de saúde não influencia a calibragem da política de reajustes de preços dos planos individuais praticada pela ANS – por exemplo, a Anvisa monitora a redução do preço dos medicamentos, a partir da desoneração fiscal patrocinada pelo governo voltada à indústria farmacêutica.

III. O montante da renúncia associado ao IRPF e ao IRPJ não é controlado pelo MS, tampouco pelo Ministério da Fazenda – condicionada pela renda, este depende, exclusivamente, do nível de gastos com saúde dos contribuintes e dos empregadores” (Ocké-Reis, 2018:2.041).

Em síntese, a renúncia da arrecadação fiscal propicia o crescimento do mercado de planos de saúde e, em consequência, impacta negativamente sobre o orçamento do SUS.

A EC nº 86/15, que ficou conhecida como a “Emenda do Orçamento Impositivo”, foi revogada pela EC nº 95/16 e, também, foi impugnada pelo STF. O procurador-geral da República ajuizou a ADI nº 5595 junto ao STF, solicitando a suspensão de dispositivos e a inconstitucionalidade da emenda. Seu argumento era que tal emenda traria uma redução ao orçamento da saúde que poderia levar à violação de diversos preceitos constitucionais, como: “os direitos à vida e à saúde e aos princípios da vedação de retrocesso social e da proporcionalidade e em descumprimento do dever de progressividade na concretização dos direitos sociais, assumido pelo Brasil em tratados internacionais” (STF, 2016). Além disso, a CF88 assegura que nenhum dos entes federados pode reduzir sua contribuição de forma unilateral.

Recursos provenientes de petróleo e gás natural seriam fontes de custeio da saúde, que com a EC nº 86/15 foram incluídos no gasto mínimo em saúde pela União. O relator da ADI 5595, o ministro Ricardo Lewandowski, deferiu a liminar em caráter de urgência, dado que tal emenda passaria a submeter o piso federal do orçamento da saúde a partir de 2018. De acordo com o relator, os artigos 2º e 3º da EC nº 86/15: “inegavelmente constroem a estabilidade jurídica e o caráter progressivo do custeio federal das ações e serviços públicos de saúde” (STF, 2017). A liminar foi submetida ao referendo do plenário do STF.

Paralelamente à nº ADI 5595 no STF, o CNS rejeitou as contas do MS de 2016, baseado no déficit na aplicação do piso federal em saúde. A EC nº 86/15 tenderia a agravar as violações mencionadas e as desigualdades no acesso a direitos fundamentais.

Ameaças à saúde pública

EC nº 86/15 – Altera os Arts. 165, 166 e 198 da CF/88, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

EC nº 93/16 – Prorroga a DRU e possibilita ações correlatas nos estados, DF e municípios.

EC nº 95/16 – Altera o ADCT, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

Para agravar a situação do financiamento público da saúde, a EC nº 93/16 altera o Art. 76 do ADCT para prorrogar a Desvinculação de Receitas da União (DRU) e estabelecer a possibilidade de desvinculação do mesmo tipo de receitas dos estados, DF e municípios (DRE e DRM). A emenda prevê a desvinculação de 30% das receitas da União (o percentual anterior era de 20%) até 2023 e dispõe que, em relação à DRE e à DRM, o remanejamento não pode afetar

recursos destinados à saúde e à educação. Além disso, os efeitos seriam retroativos a 01/01/16. Originalmente, o Art. 76 do ADCT previa que seriam desvinculados de órgão, fundo ou despesa, 20% da arrecadação da União de impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico, instituídos ou a serem criados, seus adicionais e respectivos acréscimos legais.

Com o objetivo de afastar determinadas vinculações constitucionais obrigatórias e dar maior mobilidade ao governo para gastar os valores arrecadados com tributos, a DRU foi criada, prorrogada e modificada por meio de diversas EC, sendo a EC nº 93/16 a mais recente. De acordo com informações no site do Senado Federal, a expectativa era liberar R\$ 117,7 bilhões para uso do Executivo apenas em 2016, sendo R\$ 110,9 bilhões de contribuições sociais, R\$ 4,6 bilhões da Contribuição para Intervenção no Domínio Econômico (Cide) e R\$ 2,2 bilhões de taxas.

Até o final de 2023, 30,0% das receitas oriundas de contribuições sociais e da Cide seriam desvinculadas, ou seja, utilizadas para cobrir despesas distintas as quais estão previstas. Em outras palavras, as contribuições sociais não financiariam integralmente a seguridade social até 2023, exceto o salário educação. Tal medida ignora o Art. 167, inciso XI, da CF/88, que veda a utilização de recursos de contribuições sociais provenientes da “Cota patronal da empresa sobre a folha de salários” e da “Contribuição social do trabalhador” para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social.

O STF recebeu várias ADI questionando a EC nº 95/16, que institui um novo regime fiscal, vigente no país, estabelecendo um teto para os gastos públicos da União por 20 anos. As ADI foram ajuizadas por instituições de natureza diferentes:

- ADI nº 5633 – Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB), Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho

(Anamatra) e Associação dos Juizes Federais do Brasil (Ajufe)

- ADI nº 5643 – Federação Nacional dos Servidores e Empregados Públicos Estaduais e do Distrito Federal (Fenasepe)
- ADI nº 5680 – Partido Socialismo e Liberdade (PSOL)
- ADI nº 5658 – Partido Democrático Trabalhista (PDT)
- ADI nº 5715 – Partido dos Trabalhadores (PT)
- ADI nº 5734 – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE)

A Ministra Rosa Weber é a relatora do tema que reúne as ações. De modo geral, as entidades de classe e os partidos políticos argumentam que a referida emenda não seguiu os ritos previstos na CF88, no Congresso Nacional, portanto, sendo inconstitucional. Argumentam, ainda, que houve violação de princípios constitucionais, no que tange a direitos e garantias fundamentais à saúde e à educação, além do princípio democrático e a separação entre os poderes.

Fonte: Site do STF; STF, 2017a; e STF, 2017b

Há uma grande mobilização pela revogação da EC nº 95/16. O conjunto das ADI no SFT põe em questão as consequências negativas decorrentes da emenda, que impõe um “teto” (limite máximo) para as ações em saúde e educação, substituindo o “pisso” (limite mínimo) para o período 2018-2036, o que já havia sido anunciado pela PEC nº 241/16. As despesas serão ajustadas apenas pela variação anual da inflação, o que reduzirá as despesas por habitante com o SUS e a educação pública, de forma cumulativa, devido ao crescimento da população e, por exemplo, ao impacto dos custos crescentes com o envelhecimento dela.

A EC nº 95/16 impõe a redução do investimento em direitos sociais, como a seguridade social (saúde, assistência e previdência social). Há mani-

festações de inúmeras entidades de classe, sindicatos e OSC contrárias à emenda. Algumas delas pleitearam o direito à voz como *amici curiae* no plenário do STF. O Sindicato dos Especialistas de Educação do Ensino Público Municipal de São Paulo foi uma das aceitas (Sinesp, 2017).

Como parte da 21ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, uma preparação para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019), no dia 05/04/18 foi organizada uma caminhada para a entrega do abaixo-assinado “O SUS não pode morrer” ao STF. Com 70 mil assinaturas contra a EC nº 95/16, que congela os investimentos públicos em saúde e educação até 2036, o abaixo-assinado foi anexado à ADI nº 5658 (Ascom CNS).

Contas nacionais em saúde

As primeiras iniciativas de construção de um sistema de contas de saúde no Brasil são de 1995. Em 2000, o trabalho foi retomado, mas somente nos anos de 2002 e 2003 houve algum avanço. A Portaria Interministerial nº 437/06, expedida pelos Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, foi o primeiro passo para institucionalizar as Contas-Satélite de Saúde, que são extensões do Sistema de Contas Nacionais, mantido pelo IBGE.

O sistema permite que os resultados e índices produzidos nas contas de saúde estejam metodologicamente vinculados ao PIB. É uma ferramenta que retrata toda a economia do país, evidenciando a saúde como um dos setores. Baseia-se em dados de fontes diferentes: pesquisas do IBGE sobre produção de medicamentos, registros administrativos sobre comércio exterior, bases do MS, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Siops, dados da ANS e dados da contabilidade pública, como os do Siafi, entre outros. Posteriormente, cruza os dados obtidos com conceitos e quadros do próprio sistema, visando identificar informações sobre

consumo, produção, importação e exportação de bens e serviços de saúde. Também estima-se o emprego e a geração de renda nas atividades de saúde, com acompanhamento anual.

A Lei da Transparência entrou em vigor em maio de 2010. A LC nº 131/09 acrescentou dispositivos à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e determinou que a União (Executivo, Legislativo e Judiciário), estados, municípios e o DF disponibilizem na Internet, em tempo real, informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira.

A fiscalização da aplicação dos recursos é dever dos Conselhos de Saúde, das Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas, dos Tribunais de Contas e do MP. A sociedade civil tem o papel de pressionar para que essas instâncias cumpram com suas funções fiscalizadoras.

- **Identificar, no site do FNS – <bit.ly/2APH53b>, quais os recursos transferidos do MS para estados e municípios através de diferentes modalidades (fundo a fundo, convênios, etc.)**
- **Acompanhar os gastos orçamentários em saúde pelo Siops – <bit.ly/2ItSQ20>**
- **Consultar o site do IBGE, que divulga as Contas-Satélite de Saúde referentes a períodos cobertos pelas gestões governamentais – <bit.ly/2o9yDWO>**
- **Acessar a Conta-Satélite de Saúde 2010-2015: <bit.ly/2NfxY0W>**
- **Visitar sites de organizações que fazem o monitoramento sobre o orçamento e têm conseguido incidir no momento de debate do PPA, como Inesc – <bit.ly/1CLJPNd> e Diap – <bit.ly/2kt4e4r>**
- **Monitorar a tramitação das ADI contra a EC nº 95/16 no STF**

Possíveis ações

- **Participar de audiência pública do PPA, coordenada nos estados**
- **Consultar o site do Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento (SIGPlan) e o Portal Orçamento do Senado Federal, buscando mais detalhes para o acompanhamento e a avaliação do PPA**
- **Acompanhar os PPA estaduais e municipais**
- **Consultar o *Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde* (CNS) – <bit.ly/2yqVL5L>**
- **Consultar a *Cartilha políticas públicas e o ciclo orçamentário* (Queiroz, 2016; Diap) – <bit.ly/2OL9bCk>**

13.

Defesa do consumidor

Como mencionado, a saúde pública no Brasil atende a grande maioria da população. Entretanto, é expressivo o número de brasileiros que possuem planos e seguros privados de saúde. Como são contratados, configura-se uma relação comercial entre as partes e, para defender os interesses dos usuários, no caso, os consumidores, existem algumas instituições. Destaque-se o Idec e o Procon.

Apesar de a defesa do consumidor estar mais voltada aos direitos individuais, o fato de as violações de direitos se repetirem gera um precedente coletivo. Além disso, essas instituições possuem um papel político relevante no cenário mais amplo, incentivando a participação social na regulação da saúde.

O Idec preside o Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor – <bit.ly/2r6zBaG>, criado em 1997, reunindo 24 associações de 13 estados brasileiros.

No caso do Procon, trata-se de entidades públicas de defesa do consumidor, que atuam nas três esferas de governo.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)

O Idec – <bit.ly/2oaRkct> – foi criado em 1987. Trata-se de uma associação de consumidores mantida por seus sócios e pela venda de publicações e cursos. No âmbito da saúde, sua

atuação ocorre em duas áreas: planos de saúde e saúde pública. No primeiro caso, o trabalho é desenvolvido na defesa dos consumidores que possuem planos de saúde, no que se refere à garantia da assistência, especialmente quando uma operadora se nega a cobrir determinada doença ou a pagar procedimentos mais caros.

Em 2017, o Idec coordenou a campanha “Não mexam na minha saúde” – <bit.ly/2jsSi5o>, esclarecendo aos consumidores sobre mudanças na Lei de Planos de Saúde, em discussão na Câmara dos Deputados, e orientando-os sobre como se manifestar a respeito. A pressão fez que os deputados revissem uma proposta que alteraria o Estatuto do Idoso. Para monitorar o debate na Comissão Especial de Planos de Saúde, criada na Câmara, foi disponibilizado o perfil dos deputados da comissão, para a votação do relatório, em dezembro de 2017. O Idec ofereceu informações a respeito de possíveis mudanças desfavoráveis na referida lei e incentivou que os consumidores de planos de saúde se dirigissem aos deputados utilizando um texto padrão.

O Idec moveu dezenas de ações e acompanha de perto a atuação da ANS, tendo inclusive participado da Câmara Técnica de Saúde Suplementar, além de participar ativamente de audiências e consultas públicas referentes ao tema.

Quanto à saúde pública, a atuação do Idec está voltada à educação e à conscientização das pessoas sobre o SUS e o direito à saúde, além de buscar maior eficiência e eficácia do SUS

para que não haja uma dependência de planos e seguros de saúde, especialmente no que se refere a cuidados básicos. Em 2003, o Idec lançou a publicação *O SUS pode ser seu melhor plano de saúde*, elaborada para o MS. Em sua terceira edição, de 2006, essa publicação continua sendo uma referência. Há outras cartilhas: *Medicamento: um direito essencial* (2006) e *Seu plano de saúde: conheça seus direitos contra abusos e armadilhas* (2011).

Outra área de atuação do Idec é a da alimentação. Em 2016, o Instituto conseguiu um ganho inédito, publicado em abril de 2017, sob o título: “Direitos sem ruído: a histórica decisão do STJ sobre publicidade de alimentos dirigida à criança”. Em votação unânime, o STJ considerou a publicidade de alimentos para o público infantil abusiva, abrindo um precedente sobre a questão. O julgamento foi considerado histórico, dada a relevância para a proteção da criança e a defesa do consumidor, em sintonia com acordos e recomendações internacionais que associam diretamente o consumo de alimentos ultraprocessados ao aumento de doenças ligadas à obesidade. A publicação foi promovida pelo Idec e o *Bloomberg Philanthropies*, traduzida em espanhol e em inglês.

Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (Procon)

Os Procon – <bit.ly/1zCnNYZ> – são órgãos estaduais e municipais criados para atender à defesa dos interesses do consumidor. Há Procon nos 26 estados e no DF e em vários municípios, que recebem as demandas de indivíduos lesados em diversas relações contratuais. Através da página Direito do Consumidor, no site do Ministério da Justiça, é possível identificar os endereços dos Procon estaduais e municipais.

Por sua vez, o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC), da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, é responsável pelo Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) – <bit.ly/2wd8rip>.

O SNDC reúne os Procon, MP, Defensoria Pública e entidades civis de defesa do consumidor, como o Idec, que atuam de forma articulada e integrada com a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon).

14.

Mecanismos para a incidência política

Monitoramento e ação. Há várias formas de participação social na administração pública. Quando se fala em controle social no SUS, faz-se referência aos conselhos e às conferências de saúde, espaços regulados por lei. Entretanto, também há mecanismos que permitem a participação de indivíduos e/ou grupos sociais organizados em outras esferas que tem, ou podem vir a ter, um papel importante nas políticas de saúde.

Construa seus Direitos

“Acompanhar e participar diretamente das decisões que afetam o nosso dia a dia é um direito de todo cidadão, garantido pela Constituição Federal. A participação popular, principalmente por meio das associações de classe, organizações de defesa do consumidor e outras entidades, tem sido muito importante na definição de regras para o setor produtivo, que em geral exerce muita pressão para adequá-las aos seus interesses econômicos em detrimento dos direitos do consumidor.

As consultas e audiências públicas constituem a oportunidade de os órgãos reguladores conhecerem as necessidades da sociedade e, também, avaliarem o impacto social do regulamento a ser emitido.”

Fonte: Idec – <bit.ly/2GoYi4r>

Audiências públicas

As audiências públicas são reuniões abertas que acontecem em instâncias dos três poderes e propiciam a participação social. Podem ser pensadas com a sociedade civil, mas a prerrogativa de assegurar sua realização é do órgão que a recebe. No Brasil, a audiência pública está assegurada na CF88, nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais.

A audiência pública possui caráter consultivo. Gera uma decisão política ou legal a qual é atribuída legitimidade e transparência, por se tratar de um acontecimento público. As pessoas que participam de audiências públicas, em geral, são aquelas afetadas pelas medidas em questão. Entretanto, a participação social está voltada a temas de interesse público. A realização de uma audiência pública depende da relevância da questão.

Além da possibilidade da participação de indivíduos e grupos na dinâmica da administração pública, as audiências buscam melhorar a legitimidade das decisões tomadas. Por um lado, visam evitar atos ilegítimos, por outro, influenciar decisões. Elas contribuem para uma avaliação da política em questão e para a melhoria na definição de prioridades de investimentos estatais nas políticas públicas. A formação de um consenso pressupõe transparência e democratização do poder.

É fundamental que os representantes de OSC convidados como palestrantes na audiência pública estejam bem preparados para o debate, informados e com capacidade de expor suas ideias com clareza. Do mesmo modo, como representantes, estarão defendendo os interesses de um grupo de pessoas, de uma organização ou rede.

No Executivo, uma das finalidades da audiência pública é demonstrar o propósito do gestor para uma melhor decisão, apresentando aos interessados o conteúdo de uma política pública em análise para evitar dúvidas e obter críticas e sugestões a respeito do assunto em pauta. Do mesmo modo, é uma oportunidade de ouvir expositores de instituições diferentes, que podem introduzir aspectos não previstos sobre a questão.

Em geral, a audiência pública é um mecanismo utilizado de acordo com a decisão das autoridades e órgãos competentes. No campo da saúde, em âmbito nacional, tem sido mais utilizada pelo MS, pela ANS e pela Anvisa. No caso da ANS, por exemplo, está previsto em seu regimento interno a realização de audiência pública sempre que o processo decisório vier a afetar os direitos sociais em saúde ou os direitos dos consumidores, tanto decorrentes de ato administrativo da ANS quanto de anteprojeto de lei proposto por ela.

“A Audiência Pública propicia o debate público e presencial com representantes da sociedade civil e com os atores afetados pela atuação regulatória. Na prática, trata-se de uma modalidade de consulta pública, mas com a particularidade de se materializar por meio de debates orais em sessão previamente designada para esse fim” (Portal Anvisa).

No Legislativo, as audiências públicas estão previstas nos regimentos internos das Casas Legislativas, nas três esferas de governo. No Congresso Nacional, as audiências são gravadas e transcritas, e alguns pesquisadores das ciências humanas

utilizam os registros como fontes de informação. Por mais que se monitore um PL, que se busque sensibilizar o relator de uma comissão, deve-se considerar que o relator não tem poder de agenda. Não pode decidir isoladamente e depende do trabalho com os demais membros de uma comissão. Em momentos como esse, as audiências públicas podem ser muito importantes.

Audiência pública – “Reunião realizada por colegiado parlamentar (Comissão ou Ouvidoria) com entidade da sociedade civil para instruir matéria legislativa em trâmite ou para debater assuntos de interesse público relevante, referentes à área de atuação da Comissão ou da Ouvidoria Parlamentar, respectivamente. A realização de reunião de audiência pública depende de aprovação pela maioria simples do colegiado de proposta com esse objetivo apresentada por qualquer de seus membros ou pela entidade interessada, para que sejam ouvidas as autoridades, as pessoas interessadas e os especialistas ligados às entidades participantes. É proibido convidar a depor nessas reuniões membros de representação diplomática estrangeira. RICD, Arts. 21-A, VII, 255 a 258” (Portal da Câmara dos Deputados – glossário).

O caráter das audiências públicas é também um fator de controvérsias. Por um lado, trata-se de um espaço de participação social. Por outro, nem sempre é fácil garanti-la. Em determinado contexto, ou para determinado órgão público, a audiência pública pode ser considerada pouco efetiva à tomada de decisão. No entanto, também pode ser utilizada para reafirmar atos administrativos e/ou interesses e posições políticas.

No sistema de justiça, em 2007, a primeira audiência pública foi realizada no STF, sobre o uso de células-tronco embrionárias, como mencionado no Capítulo 9. Foi convocada pelo ministro Ayres Britto, que afirmou:

“Esse aporte em informações científicas contribuirá para o melhor conhecimento da causa e incorpora à nossa decisão um teor de legitimidade, uma vez que a sociedade – pelos seus setores cientificamente organizados – está nos subsidiando para uma tomada de decisão mais consciente” (Notícias STF, 2010).

Em 2011, o TST incorporou as audiências públicas para propiciar debates polêmicos, mas foi com o Sistema Integrado de Gestão Judiciária e de Participação da 1ª Instância do TRT que a prática se consolidou. Buscou-se, através da audiência pública sobre conflitos de massa envolvendo relações de trabalho e consumo: “[...] subsidiar estratégias de ações interinstitucionais, a gestão, a prevenção, o enfrentamento da litigância habitual e do conflito de massa no campo da prestação de serviços terceirizados nas áreas de telefonia, bancária e financeira.” (Vasconcelos e Soares, 2015). De acordo com os autores, a audiência pública é aberta a todos os interessados, tendo sido institucionalizada de forma a aproximar o Judiciário da sociedade, sem comprometer sua imparcialidade.

No âmbito do MP, de certa forma, esse mecanismo subsidia a tomada de decisão. Cabe aos órgãos do MP promover audiências públicas com o intuito de identificar demandas sociais.

Art. 1º [...] auxiliar nos procedimentos sob sua responsabilidade, na identificação de demandas sociais que exijam a instauração de procedimento, para elaboração e execução de Planos de Ação e Projetos Estratégicos Institucionais ou para prestação de contas de atividades desenvolvidas. (Res. nº 159/17)

Ao final da audiência pública, o representante do MP deverá registrar os encaminhamentos, como alguma das seguintes providências: instauração de procedimento, inquérito civil ou policial; prestação de contas das atividades desenvolvidas em determinado período; e elaboração e revisão de plano de ação ou de projeto estratégico institucional (CNMP, 2017). A experiência do MPPR apresenta as audiências públicas, também, como canais para a resolução de conflitos, tentando evitar que a questão chegue ao Judiciário – <bit.ly/2rNBZfZ>

Nas Defensorias Públicas, a LC nº132/09 incluiu o item XXII no Art. 4º, atribuindo-lhes, entre outras funções: “convocar audiências públicas para discutir matérias relacionadas às suas funções institucionais”. Há inúmeros e diversos exemplos de experiências de audiências públicas nas defensorias de todo o país. De acordo com o tema em debate, pode ser algo muito participativo, como a decisão sobre o uso do orçamento da própria defensoria, ou exigir uma reflexão mais detida, em geral com menos público, mesmo que a audiência seja aberta. Seja qual for a proposta, ambas devem ser igualmente pertinentes a aspectos que afetem a população.

Defensoria Pública da União no Ceará – 26 out. 2016

“A Defensoria Pública da União no Ceará (DPU/CE) realizará, no dia 17 de novembro, às 14 horas, a audiência pública ‘PEC 241: impactos para a garantia de direitos sociais’. Ao instituir um teto para o gasto público federal, a PEC poderá acarretar em inúmeros retrocessos na garantia de direitos sociais, especialmente nas áreas de Educação, Saúde e Seguridade Social.

Com a audiência, que é aberta ao público geral, a Defensoria objetiva ampliar o acesso da população às informações sobre o tema, bem como construir, de forma participativa, possíveis ações em defesa de

direitos. Participarão das discussões, além de representante da DPU/CE, o presidente do Sindifisco no Ceará, Helder Costa da Rocha, e as pesquisadoras Isabela Soares (ENSP/Fiocruz) e Antônia de Abreu (IFCE). Agende-se!

Audiência Pública ‘PEC 241: impactos para a garantia de direitos sociais’

Data: 17 de novembro, às 14h

Local: Sede da DPU/CE (Rua Costa Barros, 1227. Aldeota)”

Fonte: @DPUCeara – Facebook – <bit.ly/2ONrSFw>

conhecendo o histórico da participação social”. (Portal Brasil – Consultas públicas – <bit.ly/2BOK87L>).

Logo abaixo ao texto citado no box, encontram-se os links direcionados a consultas públicas de diversos órgãos públicos. No caso do MS, o internauta é direcionado ao link “Chamamentos, audiências e consultas públicas”, no Portal Saúde – <bit.ly/2P3tkne>. Não há informações sobre o porquê de os três instrumentos estarem agrupados. Ao seguir a lista de divulgação, os instrumentos se misturam e podem gerar confusão sobre seu propósito. Afinal, locação de imóvel não necessariamente interessa a quem busca uma consulta pública sobre uma vacina, ou sobre o guia alimentar para crianças de dois anos. Parece não haver diferença entre públicos-alvo, nem na relação que se estabelece com cada um deles.

Para localizar a consulta pública do MS, nessa página, o mais indicado é utilizar a ferramenta de busca. Depois de localizada a consulta pública, abrindo o link, na maioria das vezes há apenas o título da consulta e alguns arquivos em anexo. Provavelmente, um deles será a publicação no DOU, no qual se encontra o período de vigência da consulta pública. Caso o interesse seja mantido, o caminho é abrir os anexos.

No caso da ANS, é possível verificar as consultas públicas em andamento – <bit.ly/2EHZLaj> – e acessar a lista de consultas públicas encerradas – <bit.ly/2mzCH1n>. Em geral, há o título da consulta e/ou um breve enunciado descrevendo o objetivo dela. Basta clicar no título ou na descrição de interesse e acessar todo o processo da consulta, com documentos de referência e as contribuições recebidas, até o desfecho dela.

Consultas públicas

A consulta pública visa verificar a opinião da população sobre um determinado tema. Deve ser um instrumento para a participação da sociedade e, de certa forma, para a transparência por parte, especialmente, de órgãos públicos. Na forma atual, é um mecanismo instituído na CF88, através do qual o poder público visa receber contribuições de setores especializados, assim como da população em geral, sobre as políticas e os encaminhamentos realizados.

Do mesmo modo que a audiência pública, a consulta pública é utilizada na saúde, especialmente pelo MS, pela ANS e pela Anvisa.

“As consultas públicas são processos democráticos para construção conjunta de políticas públicas entre governo e sociedade. Com a colaboração dos cidadãos, empresas, movimentos e organizações da sociedade as ações e programas do governo poderão atingir seus objetivos e ser aprimorados de acordo com as demandas coletivas. Acesse abaixo as consultas disponíveis nos portais dos órgãos federais, fazendo contribuições, dialogando com outros participantes ou

ANS – Consultas públicas

“Consultas Públicas são discussões de temas relevantes, abertas à sociedade, nas quais a ANS busca subsídios para o processo de tomada de decisão.

Espera-se, assim, tornar as ações governamentais mais democráticas e transparentes.

A Consulta Pública deve contar com a participação tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade, como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado.”

Fonte: Site ANS – Consultas e participações públicas – <bit.ly/2EHZLaj>

A Anvisa utiliza quatro mecanismos – <bit.ly/2PAQUZY> – de “escuta da sociedade”: audiências públicas; consultas públicas; editais de chamamento; e tomada pública de subsídios. A consulta pública – <bit.ly/2zjljSI> – é o mecanismo mais utilizado. As contribuições da população visam subsidiar o processo de tomada de decisão por parte da diretoria da Anvisa.

No link da consulta pública, estão disponíveis: arquivo com o texto objeto da consulta; referências ao DOU; período da consulta; e assunto. Também há informações administrativas, como o número do processo, a área responsável, seu diretor e o regime de tramitação.

Em alguns casos, a instituição organiza audiências públicas com o intuito de fomentar o debate sobre uma questão que está sob consulta pública.

Anvisa – consultas públicas

“Mecanismo de Participação Social mais utilizado pela Anvisa, a Consulta Pública é obrigatória nas propostas em regime comum e se caracteriza pelo recebimento de contribuições por um período determinado. Atualmente, é utilizado o sistema eletrônico FormSUS para envio das manifestações.

- Destaca-se que as manifestações recebidas não têm caráter decisório

sobre os assuntos abertos à discussão e, portanto, não são computadas como voto, mas possuem o objetivo de obter subsídios e informações da sociedade para o processo de tomada de decisões pela diretoria da Agência.”

Fonte: Portal Anvisa – Conceitos e definições – <bit.ly/2PAQUZY>

Comissões de ética

As comissões de ética estão ligadas aos Conselhos de Medicina e visam fiscalizar o desempenho ético dos médicos de uma instituição. Por sua vez, os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são obrigatórios em todos os serviços de saúde que realizam pesquisas clínicas com seres humanos, visando garantir os direitos de voluntários nas pesquisas, entre outros aspectos.

A comissão de ética pode ser acionada se houver alguma conduta médica inadequada, como omissão de socorro ou negligência. Em geral, a orientação refere-se a casos individuais, mas interessa às ações de incidência política, pois, muitas vezes, quando há problema, não se trata de um fato isolado, mas de uma prática que atinge a diversas pessoas e evidencia um problema institucional. Além da defesa dos direitos individuais daqueles diretamente atingidos, assegurada por lei, o fato pode desencadear um diálogo político com os órgãos responsáveis pela regulação e pelo controle do sistema e com as entidades da sociedade civil, como CFM e Idec, entre outras. Depende do caso.

Quanto aos CEP, devem seguir as normas de experimentos com seres humanos no país. Cada vez mais, há um esforço para que os CEP trabalhem mais próximo da Conep, que muitas vezes recebe demandas que poderiam ser resolvidas no âmbito local.

Como mencionado anteriormente, a Conep é uma comissão do CNS, criada pela Resolução nº

196/96. Seu principal papel é o de zelar pelos aspectos éticos das pesquisas, elaborar e atualizar diretrizes e normas que visam à proteção daqueles envolvidos nelas. É a Conep que coordena a rede de CEP existentes nas instituições. A título de exemplo, pode-se citar um posicionamento contrário da Conep ao PL nº 200/15, que tentou extinguir o sistema atual de análise ética, pondo em risco os direitos dos participantes de pesquisa e excluindo a possibilidade do controle social sobre as pesquisas que acontecem no país. O documento *Análise técnica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sobre o Projeto de Lei nº 200/2015* está disponível no site do CNS – <bit.ly/2FDdwU9>.

“Cabe a Conep avaliar e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais como: genética e reprodução humana; novos equipamentos; dispositivos para a saúde; novos procedimentos; população indígena; projetos ligados à biossegurança e como participação estrangeira” (site do CNS).

Os aspectos éticos também devem ser considerados em pesquisas nas ciências humanas. Por diferenciarem-se das pesquisas médicas com seres humanos, o CNS elaborou a Resolução nº 510/16 sobre a ética em pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Ação civil pública

Dois instrumentos bastante utilizados são: inquérito civil público e ação civil pública. São mecanismos que visam à garantia dos direitos difusos e coletivos. Têm sido empregados na defesa de pessoas portadoras de deficiência física, crianças e adolescentes, pelo direito a um meio ambiente equilibrado, entre outros.

O inquérito civil é privativo do MP, que poderá instaurá-lo de ofício ou provocado por uma pessoa ou associação. Trata-se de um procedimento preparatório para o principal: a ação civil pública. Esta tem por objetivo impedir prejuízos ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico do patrimônio público e social e a outros interesses difusos.

O cidadão, ou grupo de cidadãos, que acionar o MP deve fornecer informações sobre o fato que denunciar e argumentos que possam subsidiar uma ação civil pública.

Uma associação também pode entrar com uma ação civil pública. Entretanto, é necessário que ela esteja juridicamente constituída há pelo menos um ano e que os interesses difusos ou coletivos estejam incluídos em suas finalidades. Os objetivos específicos da associação, relacionados ao objeto da ação civil pública a ser proposta, devem constar em seu estatuto. A partir dos anexos desta publicação, é possível consultar alguns exemplos.

Observatórios sociais

Apesar de existirem observatórios sociais em instituições com características bastante diversas, sua origem está associada a grupos de interesse e pressão. Seu papel primordial é a vigilância e o monitoramento sobre o cenário que envolve o tema em questão (direitos humanos, violência contra a mulher, patentes de medicamentos, etc.).

Os observatórios podem ser núcleos associados a OSC ou universidades. No caso da pressão política, cada vez mais, podem ser localizados on-line. Para que um observatório funcione de fato, deve ser constantemente atualizado e apresentar resultados de maneira pública. Em geral, apresentam suas fontes de financiamento, ao menos os logotipos, para evitar ou minimizar

conflitos de interesse. Reúnem informações de fontes diferentes sobre o tema abordado:

- Governamentais ou não, locais, nacionais e internacionais
- Levantamentos, estudos e debates produzidos por outras OSC
- Resultados de pesquisas, teses, etc.
- Legislação que ampara o tema (indicando suas lacunas) e pactos internacionais dos quais o Brasil é signatário
- Publicações produzidas pelo observatório (cartilhas, dossiês, estudos de caso, pesquisa de opinião, análise de conjuntura política, etc.)

Além disso, envolvem profissionais de áreas diversas na elaboração de estudos, publicações, entrevistas on-line, etc. Dialogam com a mídia, mas, por definição, são fontes de informação, inclusive para os profissionais da comunicação.

Aparentemente, pode parecer mais um site institucional, mas seu diferencial está no trabalho interdisciplinar articulado e atualizado, com objetivos bem definidos a partir de um foco constante e, em especial, na vigilância social para coibir violações de direitos, garantir o acesso a informações, serviços e apoio necessários às demandas enfatizadas.

Os observatórios sociais cumprem dois papéis: ambos evidenciam o problema em questão, tornando-o um tema de debate público; e, informam e mobilizam a opinião pública.

Quadro 4: Incidência política e defesa de interesses coletivos

EXECUTIVO				
Propósito	Público-alvo	Amparo legal	Destinatário	Observações
Aprovação de propostas e moções referentes a DM e DCV nas etapas municipais e estaduais da Conferência Nacional de Saúde de 2019	Participantes, especialmente os delegados das conferências	Lei nº 8.492/90	Secretários estaduais e municipais de Saúde, CES e CMS	Os participantes podem ser: delegados, observadores, convidados e expositores. Pode-se participar dos debates nos conselhos de saúde sobre o regimento interno e organização das conferências, para entender a dinâmica de funcionamento delas
Aprovação de propostas e moções referentes a DM e DCV na Conferência Nacional de Saúde de 2019	Participantes, especialmente os delegados da Conferência Nacional de Saúde	Lei nº 8.492/90	Ministro da Saúde e CNS	Idem a observação anterior. Em todas as etapas da Conferência Nacional, os representantes de OSC devem estar preparados para defender sua posição política e estabelecer articulações, visando à apresentação, à votação e à aprovação de suas propostas e moções. Os delegados são os que têm direito a voto nas plenárias
Audiência com tomadores de decisão	Gestor público, parlamentares, procuradores, etc.	CF88	Ministro da Saúde, secretários de Saúde, senadores, deputados, vereadores, procuradores, etc.	A associação pode solicitar uma audiência, mas é preciso identificar o melhor canal para fazê-lo, ter clareza do que pretende, consistência na proposta e condições técnicas e políticas para responder ao compromisso acordado
Participação nos conselhos de saúde	Gestor público, conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais, fóruns de patologias, etc.	Lei nº 8.492/90 Resolução nº 333/03	Diversos	Mesmo não tendo assento como conselheiro de saúde, o representante da associação pode levar os temas aos conselhos de saúde. Pode participar das reuniões como observador, fazer alianças com os conselheiros e contribuir com os debates nas comissões e/ou GT temáticos. Também pode participar de conselhos locais e distritais, os quais não deliberam, mas levam questões aos CMS.

Propósito	Público-alvo	Amparo legal	Destinatário	Observações
Denúncia de irregularidade/ilegalidade	Gestor público	CF88, Art. 74, §2º Lei Orgânica do Município Constituição Estadual	TCM ou TCE, Câmara Municipal e Assembleia Legislativa	A denúncia pode ser feita pelo cidadão ou por grupos organizados, como: sindicatos, ONG, entidades de classe, etc.
Fiscalização (anual) das contas municipais	Prefeitura e Câmara Municipal	CF88, Art. 31, §3º	Prefeitura e Câmara Municipal	Pode ser solicitada pelo cidadão. A documentação mensal deve estar à disposição para exame. O não cumprimento pela autoridade implica em crime de responsabilidade. Pode-se questionar a legitimidade das contas perante o TCM
Fiscalização (mensal) das contas municipais	Prefeitura e Câmara Municipal	Lei Orgânica do Município	Prefeitura e Câmara Municipal	Pode ser solicitada pelo cidadão. Exame de documentação e questionamentos
Licitações	Gestor público	Lei nº 8.666/93, Art.4º, § 3º	Se o público-alvo for o município (ou estado), o controle externo é do poder Legislativo, ou seja, da Câmara Municipal (ou Assembleia Legislativa). O TCM (ou TCE) exerce o controle externo sobre o poder Legislativo	Qualquer cidadão pode acompanhar um processo licitatório. Pode-se impugnar a licitação; usar mandado de segurança; ação popular; e ação penal pública
Acompanhamento das sessões da Câmara Municipal e da Assembleia Legislativa	Vereadores e deputados estaduais	Lei Orgânica do Município Regimento Interno da Câmara Municipal Constituição Estadual	Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas	Cidadãos e associações. A sessão somente será secreta por decisão da maioria absoluta e por motivo relevante
Petição sobre informações	Diversos	Lei Orgânica do Município Regimento Interno da Câmara CF88, Art. 58, § 2º, IV	Mesa da Câmara Municipal Presidente de comissão em questão	Cidadãos e associações

Quadro 4: Incidência política e defesa de interesses coletivos

LEGISLATIVO				
Propósito	Público-alvo	Amparo legal	Destinatário	Observações
Reclamações, queixas, representações	Diversos	Lei Orgânica do Município Regimento Interno da Câmara CF88, Art. 58, § 2º, IV	Presidente de comissão e autoridades	Cidadãos. Apuração de atividades. Omissões de autoridade pública
Tribuna Livre	Vereadores	Lei Orgânica do Município Regimento Interno da Câmara	Plenário da Câmara de Vereadores	Cidadãos e associações. Inscrição prévia. A duração depende da Lei Orgânica do município ou do Regimento Interno
Discussão de PL – 1ª discussão	Vereadores e deputados estaduais	Lei Orgânica do Município Regimento Interno da Câmara Constituição Estadual	Plenárias da Câmara de Vereadores Plenárias da Assembleia Legislativa	Cidadãos e associações. Inscrição prévia para participar da Tribuna Livre
Apresentação de denúncias, debates e sugestões	Diversos	Lei Orgânica do Município Regimento Interno da Câmara	Plenária da Câmara de Vereadores	Cidadãos e associações. Inscrição prévia – Tribuna Livre. A duração depende do Regimento Interno
Denúncia de irregularidades	Vereadores	Lei Orgânica do Município Regimento Interno da Câmara	Comissão de Fiscalização da Câmara de Vereadores	Cidadãos, partidos políticos, associações, sindicatos, etc. A apuração é feita pela Comissão
Audiências públicas	Diversos	CF88, Art. 58, § 2º, II Lei Orgânica do Município	Comissões	Associações. A decisão é dada pela Comissão
Participação no debate de PL nas comissões	Diversos	Lei Orgânica do Município Regimento Interno da Câmara	Presidente da Câmara de Vereadores e da Comissão em questão	Associações. Requerimento prévio, decisão do presidente da Comissão
Iniciativa ou PL	Diversos	CF88, Art. 29, XIII	Câmara de Vereadores	5% do eleitorado. Identificação através do título eleitoral
Defesa de PL de iniciativa popular	Diversos	CF88	Plenário da Câmara de Vereadores Plenário da Assembleia Legislativa Plenário da Câmara dos Deputados e do Senado Federal	Cidadãos e associações. Garante a participação da sociedade civil
Participação nas Comissões de Legislação Participativa (CLP)	Membros da CLP	Resolução nº 21/01 da Câmara dos Deputados	Presidente da Comissão	Associações. Possibilita sugestões de PL, emendas e audiência pública no âmbito do poder Legislativo

Quadro 4: Incidência política e defesa de interesses coletivos

SISTEMA DE JUSTIÇA				
Propósito	Público-alvo	Amparo legal	Destinatário	Observações
Ação civil pública	Poder Público	Lei nº 7.347/85 Lei nº 7.853/89 Lei nº 8.069/90 Lei nº 8.078/90	Autoridades	Exige o cumprimento de atos que garantam direitos coletivos que não estejam sendo respeitados. Poderá ser proposta por autarquia, empresa pública, fundação e pelo MP
Representação ao MP	Poder Público	Lei nº 8.666/93, Art.101 CF88, Art.129, III Lei nº 7.347/85	MP	Cidadãos e associações. 1. Fornecer ao representante do MP informações sobre fatos que podem ser objeto de ação penal pública; 2. Promover inquérito para proteção de direitos; meio ambiente; patrimônio político e social
Mandado de injunção	Poder Público	CF88, Art. 5º LXXI	Autoridades	Cidadãos e associações. Proteção de direitos individuais e coletivos com expedição de normas. Obriga o Poder Público a cumprir algumas normas definidoras dos direitos sociais e coletivos que não estejam sendo praticadas, pela ausência de leis ou normas específicas.
Ação civil coletiva de responsabilidade	Poder Público	Lei nº 8.078/90, Art. 91º	Autoridades	Cidadãos e associações. Interesses e direitos difusos; e interesses e direitos coletivos – individuais e homogêneos
Representação ao MP para ação de crime de responsabilidade	Poder Público	CF88, Art. 208, § 2º LDB – Art. 5º § 4º Decreto-Lei nº 201/67	Tribunal de Justiça, Prefeitura e Secretaria da Saúde	Cidadãos e associações. Em casos de negligência

* No caso da saúde, sugere-se enviar cópia das denúncias e/ou correspondências ao CMS e/ou ao CES.

Considerações Finais

Esta publicação é, ao mesmo tempo, um guia de *advocacy* e um registro datado sobre o campo da saúde no Brasil. Apesar da sistematização de informações, precisará ser atualizada constantemente, porque a política, os mandatos, as gestões, etc. mudam e geram novos rumos. O mapeamento é uma síntese sobre os canais e mecanismos existentes, que possibilitam a participação cidadã e social, criando um terreno propício às ações de *advocacy* em saúde. Buscou-se introduzir referências institucionais dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, bem como do MP e das Defensorias Públicas, entre outros, identificar atores sociais com os quais as associações de DM e DCV poderão criar ou fortalecer interlocuções e parcerias, individualmente ou em rede. E fazer escolhas. É necessário compreender como funcionam as estruturas de poder e os mecanismos que propiciam a incidência política, identificar as questões que estão em jogo e as dificuldades para atuar e monitorar os compromissos assumidos, além de valorizar iniciativas governamentais que venham a melhorar a política e os serviços de saúde, e as conquistas provenientes de ações em rede envolvendo associações de pacientes, sociedades médicas e profissionais de áreas diversas.

Não há nada nas instituições que seja automático ou imutável. As instituições não funcionam sem a política. É preciso conhecer os meios através dos quais a agenda governamental é proposta e aprovada, como avança no Congresso Nacional. Há mudanças nas leis (alterações ou revogações), resoluções e decretos de órgãos públicos, composições políticas internas, intersetoriais e interinstitucionais. Conhecer as estruturas institucionais é visualizar o quanto se

entrelaçam, simultaneamente, facilitando alianças e parcerias e inibindo ações autônomas. As entradas são múltiplas e pode ser interessante vislumbrar portas de saída.

Certamente seu olhar sobre essa teia de relações será menos ingênuo e as dicotomias serão minimizadas ao perceber que nem tudo está em preto e branco; ao contrário, há muitas zonas cinzentas. Do mesmo modo, não há instituição que seja una, porque não há sociedade sem indivíduos que pensam a partir de seus referenciais, valores e interesses. O desafio é saber negociar e compor, apresentar-se publicamente como sujeito coletivo e conquistar as parcerias que interessam. Para isso, não basta estar ciente de suas convicções, é imprescindível reconhecer e diferenciar aliados e adversários.

A expectativa é que este guia gere processos de aprendizagem, familiaridade com os temas e fontes de informação com os quais se pretende trabalhar. Que contribua com a reflexão a partir de uma questão, considerando que há facetas que escapam e podem levar a percursos desconhecidos. Espero ter contribuído minimamente para elucidar o desenho geral e que, em cada ponto de atuação, cada ativista e cada profissional possa perceber seu trabalho como parte das respostas condizentes às necessidades de pacientes usuários de serviços de saúde. São pessoas que, na maioria dos casos, dependem exclusivamente da expertise dos profissionais e depositam sua confiança neles. Que não conseguem dimensionar o que se passa em seus próprios corpos, nem por que precisam recorrer a outras instituições para a garantia de melhores condições de saúde e dignidade da vida, até o fim.

Sugestões bibliográficas

ABREU, A.A. O que é o Ministério Público? Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010.

ALY, C.M.C. et al. O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. Saúde debate, Rio de Janeiro, v.41, n.113, p.500-512, abr. 2017. Disponível em: <bit.ly/2j5fDXa>. Acesso em: 10 ago. 2018.

AMB – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO. Evidências científicas sobre tabagismo para subsidiar o Poder Judiciário. São Paulo: AMB, 2013. Disponível em: <bit.ly/2lWY9QV>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Ouvidoria. REA-Ouvidorias: relatório estatístico e analítico do atendimento das ouvidorias: ano base 2016. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em: <bit.ly/2BkxLXp>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2016. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <bit.ly/2ziFvNt>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BAHIA, Lígia et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.12, 2016. Disponível em: <bit.ly/2nQGA2U>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <bit.ly/2ypFcHo>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Gestão do SUS. Publicações: Painel de indicadores do SUS; Série Articulação Interfederativa; folders; e, folheto pertinentes à articulação interfederativa vigente. Disponível em: <bit.ly/2lw1e4s>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Portaria nº 34, de 21 de novembro de 2014. Altera o Art. 2º da Portaria nº 14/SVS/MS, de 28 de junho de 2012, que institui o Comitê Técnico Científico Assessor das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Ministério da Saúde (CTA-DCNT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.227, 24 nov. 2014. Seção 2, p.38. Disponível em: <bit.ly/2C3EQIB>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.85, 3 maio. 2012. Seção 1, p.29. Dis-

ponível em: <bit.ly/2iwQg3A>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Portaria nº 2.952 MS/GM, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2CYFHe9>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Portaria nº 2.686, de 16 de novembro de 2011. Redefine o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.220, 17 nov. 2011. Seção 1, p.87. Disponível em: <bit.ly/2BpKKDC>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Portaria nº 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.58, 24 mar. 2006. Seção 1, p.51. Disponível em: <bit.ly/2AKrkx0>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. SVS – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <bit.ly/1p-GJggz>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Levantamento do CFM avalia gasto per capita em saúde pública; indicadores mostram que valores aplicados pelos municípios sofreram queda de mais de R\$ 10 bilhões. Site do CFM, 29 fev. 2016. Disponível em: <bit.ly/2BpxRcL>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Manual de vistoria e fiscalização da medicina no Brasil. Resolução CFM nº 2.153/2016. Publicada no D.O.U., 18 set. 2017, seção I, p.87. Disponível em: <bit.ly/2Am6Qqq>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros e conselheiras de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <bit.ly/2yqVL5L>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <bit.ly/2BxuiCl>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Resoluções. Disponível em: <bit.ly/2keaJbd>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Resolução nº 553, de 9 de agosto de 2017. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2jvMu7G>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- _____. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União, 24 maio 2016. Disponível em: <bit.ly/2PzP3Ep>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Série Pactos pela Saúde 2006. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2kUHPY>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3.ed.. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <bit.ly/2An3N23>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Direito à saúde. Brasília: Conass, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS). Disponível em: <bit.ly/2yqHKVC>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Planificação da atenção primária à saúde nos estados. Brasília: Conass, 2011. (Conass Documenta, 23). Disponível em: <bit.ly/2o2Bdk3>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- COSTA, K.S. et al. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.25, n.1, p.33-44, mar. 2016. Disponível em: <bit.ly/2CJQ9Ha>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; RODRIGUES, J.F.C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.419-438, 2009. Disponível em: <bit.ly/2jTg9rU>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO. Portal Anvisa. Disponível em: <bit.ly/2ISD6qi>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CORTELLA, M.S.; RIBEIRO, R.J. Política: para não ser idiota. Campinas, SP: Papirus 7 Mares, 2010.
- COSTA, E.V. STF: O Supremo Tribunal Federal e a construção da cidadania. 2.ed. São Paulo: Ed. Unesp, 2006.
- CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de ética médica: código de processo ético profissional, conselhos de medicina, direitos dos pacientes. São Paulo: Cremesp, 2017. Disponível em: <bit.ly/2rl0TYr>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- DELGADO, G.C.; BERGAMASCO, S.M.P.P. (Orgs.). Agricultura familiar brasileira: desafios e perspectivas de futuro. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2017. Disponível em: <bit.ly/2AVZ73x>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- DIAS, F.A.C. Desvinculações de receitas da União, ainda necessárias? Núcleo de Estudos e Pesquisas do Senado Federal. Texto para Discussão nº 103. Brasília: Senado Federal, 2011. Disponível em: <bit.ly/2B-gKJqg>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- FALCÃO, J. O Supremo. Rio de Janeiro: Edições de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2015.
- FARHAT, S. Lobby. O que é. Como se faz. Ética e transparência na representação junto a governos. São Paulo: Peirópolis: Aberje, 2007.
- FRANCO NETTO, G. et al. Vigilância em saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.137-3.148, out. 2017. Disponível em: <bit.ly/2lqXst3>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- GONÇALVES, G.V.O.; BRITO, L.C.S.; FILGUEIRA, Y.G.S. (Orgs.). IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Reforma do Judiciário, 2015. Disponível em: <bit.ly/2Ezc8Rj>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- GUIMARÃES, R.C. Controle judicial de políticas públicas e a atuação do Ministério Público para efetivação dos direitos fundamentais. Conteúdo jurídico. Disponível em: <bit.ly/2kqOHRD>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <bit.ly/1jbVMmk>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- IDEC – INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Agências reguladoras e tutela do consumidor. São Paulo: Idec, 2010. [Projeto Pensando o Direito, da Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça (SAL). Apoio: PNUD]. Disponível em: <bit.ly/2jssUwz>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Direitos sem ruído: a histórica decisão do STJ sobre publicidade de alimentos dirigida à criança. São Paulo: Idec; Bloomberg Philanthropies, 2017. Disponível em: <bit.ly/2BE5UIE> e <bit.ly/2LqXs9T>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. 3ª.ed. Brasília: Idec, 2006. Disponível em: <bit.ly/1d5T-vXa>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Seu plano de saúde: conheça seus direitos contra abusos e armadilhas. São Paulo: Idec, 2011. Disponível em: <bit.ly/2AsNmVp>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- IDEC; CREMESP; CRF-SP - CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Medicamento: um direito essencial. São Paulo: Idec; Cremesp; CRF-SP, 2006. Disponível em: <bit.ly/2iZisJ8>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- INESC – INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Manual de formação em orçamento e direitos – Orçamento público para a promoção de direitos humanos. Brasília: Inesc, 2013. Disponível em: <bit.ly/2zbix5d>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. Disponível em: <bit.ly/2ADYxL3>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- JURBERG, C.; OLIVEIRA, E.M.; OLIVEIRA, E.S.G. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4513-4523, nov. 2014. Disponível em: <bit.ly/2yqUvzz>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- LANCET (The). The Lancet Taskforce on NCDs and economics. Disponível em: <bit.ly/2wP5qYh>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- LIMA, L.D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.11, nov. 2012. Disponível em: <bit.ly/2BiBcy5>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- LIMA, N.T. et al. (Orgs.). Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- MARINHO, F. Situação epidemiológica das DCNT no Brasil: mortalidade por DCNT – Saúde Brasil 2015/2016; morbidade, fatores de risco e monitoramento das metas do Plano de Enfrentamento das DCNT. In: FÓRUM PARA O MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, 5., 2017, Brasília. Disponível em: <bit.ly/2i4QkUh>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MARTINS, C.S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. Saúde debate, Rio de Janeiro, v.37, n.98, set. 2013. Disponível em: <bit.ly/2BB-MhYo>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MEDINA, M.G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? Saúde debate, Rio de Janeiro, v.38, n. especial, p.69-82, out. 2014. Disponível em: <bit.ly/2j6yxwS>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- NCD ALLIANCE; PLWNCD. Our views, our voices. Community conversation guide. London: NCD Alliance, 2017. Disponível em: <https://adobe.ly/2tEaoUR>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- NICOLAU, J. Representantes de quem? Os (des)caminhos do seu voto da urna à Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.
- OLIVEIRA, M.A.; BERMUDEZ, J.A.Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ONUBR – NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Disponível em: <bit.ly/2yqeIFB>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Roteiro para a localização dos ODS: implementação e acompanhamento no nível subnacional. Brasília: ONUBR, 2016. Adaptação do documento original de Global Task Force of Local and Regional Governments; ONU Habitat e PNUD. Disponível em: <bit.ly/2zbqhUW>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Série uso racional de medicamentos. Portal Opas. Disponível em: <bit.ly/2zU2avP>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La salud y los derechos humanos: documento conceptual. 50º Consejo Directivo y 62ª Sesión del Comité Regional. Washington D.C., 27 sept. – 1 oct. 2010. Disponível em: <bit.ly/2BCRjDU>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- PAGOTTO, L. et al. O longo e tortuoso caminho da regulamentação do lobby. Jota – Notícias jurídicas que fazem a diferença, 22 mar. 2017. Disponível em: <bit.ly/2ncpZWj>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- PAIM, J.S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, [online] 9 May 2011. Disponível em: <bit.ly/2AMriVy>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- PEREIRA NETO, A. et al. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, supl., dez. 2015, p.1.653-1.671. Disponível em: <bit.ly/2Ai-t6V3>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- POLITIZE! Orçamento participativo digital: conheça a iniciativa que mudou a forma de interação dos cidadãos de Belo Horizonte com o orçamento municipal. Disponível em: <bit.ly/2Ap2L5N>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- RADIS – Comunicação e Saúde. Programa nacional e permanente de jornalismo crítico e independente em saúde pública, iniciado em 1982, na Ensp/Fiocruz. Disponível em: <bit.ly/2y4LkX>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SADEK, M.T. (Org.). O sistema de justiça. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em: <bit.ly/2P4fUr9>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Cardiômetro: mortes por doenças cardiovasculares no Brasil. Disponível em: <bit.ly/2BS5Q1n>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SENADO FEDERAL. CONORF – CONSULTORIA DE ORÇAMENTOS, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE. Orçamento em discussão. Brasília: Conorf, 2017. Disponível em: <bit.ly/2kVrPxy>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. O poder legislativo municipal no Brasil: papel institucional, desafios e perspectivas. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: <bit.ly/2kvHPCO>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SNDC – SISTEMA NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Disponível em: <bit.ly/1u5xlqL>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SOARES, F.M.; JARDIM, T.D.M.; HERMONT, T.B.V. Lei de acesso à informação no Brasil: o que você precisa saber. Brasília: Senado Federal; Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <bit.ly/2nHzJsH>. Acesso em: 10 ago. 2018.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Orientações para conselheiros de saúde. 2.ed. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. Disponível em: <bit.ly/2AF8SkR>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Perfil nacional de governança dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Relatórios. Brasília, 31 maio 2017. Disponível em: <bit.ly/2Ap3uUz>. Acesso em: 10 ago. 2018.

UN – UNITED NATION. The Sustainable Development Goals Report 2016. New York: United Nation, 2016. Disponível em: <bit.ly/2mS4bSu>. Acesso em: 10 ago. 2018.

VAN DEN BERG, R.D.; NAIDOO, I.; TAMONDONG, S.D. (Eds.). Evaluation for Agenda 2030: providing evidence on progress and sustainability. Exeter, UK: IDEAS, 2017. Disponível em: <bit.ly/2rQCQA2>. Acesso em: 10 ago. 2018.

VIANA, A.L.A. (Coord.). Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. Relatório teórico-metodológico. São Paulo; Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; DMP/FM/USP. Disponível em: <bit.ly/2jAgrTv>. Acesso em: 10 ago. 2018.

WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <bit.ly/2b7hBFz>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Sugestões de links

Alimentação saudável, nutrição e segurança alimentar

Atual agenda de Segurança Alimentar e Nutricional e suas perspectivas (A) – <bit.ly/2D9fll9>

Controle social na alimentação escolar – Instituto Kairós – <bit.ly/2D6JwiY>

Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde – <bit.ly/2jz18Nw>

Dossiê científico e técnico contra o projeto de lei do veneno (PL nº 6.229/2002) e a favor do projeto de lei que institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos – PNARA. Parte 1. Abrasco e Associação Brasileira de Agroecologia (ABA) – <bit.ly/2LDhvmO>

Guia alimentar para a população brasileira – MS – <bit.ly/20bv8cb>

Joio e o trigo (O) – <bit.ly/2CFdHvY>

Manual de nutrição. Pessoa com diabetes – SBD – <bit.ly/2BCaxNL>

Manual de nutrição. Profissional da saúde – SBD – <bit.ly/2BAGupw>

Política Nacional de Alimentação e Nutrição – MS – <bit.ly/2dmzktW>

Relatório nacional de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos – MS – <bit.ly/2wxN7By>

Bibliotecas virtuais

Biblioteca de Saúde Pública – Fiocruz – <bit.ly/2kOfFmj>

Biblioteca Digital do Conass – <bit.ly/2AW0q2r>

Biblioteca Digital do Senado Federal – <bit.ly/2BLooAl>

Biblioteca do CNS – <bit.ly/2INx8cN>

Biblioteca do STF – <bit.ly/2Iu9uyG>

Biblioteca Virtual em Saúde – MS – <bit.ly/1B1bDZb>

Coleção OGU – <bit.ly/2IP9ysU>

Scielo Saúde Pública – <bit.ly/1jffIXL>

Blogs

#susconecta_ Saúde. Pessoas. Lugares. Redes ligadas – <bit.ly/2wqDwlf>

Ao Trabalho! Os altos e baixos de quem tem diabetes e precisa controlar a glicemia! – <bit.ly/2BNoB5W>

Biabética – <bit.ly/2BftHsm>

Blog da saúde – <bit.ly/1hIQB84>

Blog do coração – <bit.ly/2oOYIxB>

Clube do diabetes – <bit.ly/2D79thR>

Convivência com diabetes – <bit.ly/2BKR4cK>

De bem com a vida – <bit.ly/2oTw0vE>

Diabetes Diamantina – <bit.ly/2D4q1a5>

Diabetes e daí – <bit.ly/2D9ehmD>

Diabetes e democracia – <bit.ly/2Bh3869>

Diabetes e você – <bit.ly/2kMZ5mV>

Eu e a Bete – <bit.ly/2kKHhca>

Insulina portátil – <bit.ly/2z0gdeb>

Monitor de saúde – <bit.ly/2qM0koD>

Só mais uma DM1 – <bit.ly/2BzMy21>

Supremo em pauta – <bit.ly/2BB33qT>

TiaBeth.com – Vida saudável com diabetes – <bit.ly/2kP67rs>

Boletins eletrônicos, periódicos on-line e redes

Boletim DCNT – <bit.ly/2LI45uw>

Boletim da SBEM – <bit.ly/2knWMY7>

Boletim do Idec – <bit.ly/2kQsvAu>

Boletim Eletrônico Gais – <bit.ly/2BCVccs>

Diabetes, a revista da SBD – <bit.ly/2knhhEd>

Diabetology & Metabolic Syndrome – <bit.ly/2B-Cvu7T>

IELS – Informe Eletrônico de Legislação em Saúde – <bit.ly/2OSMtZ0>

Jornal Anad Informa – <bit.ly/2kQhG1I>

Jota – Notícias jurídicas que fazem a diferença – <bit.ly/2D705KW>

MemeNews – Utiliza memes e gifs na abordagem da agenda política e jurídica – <bit.ly/2rAgQJx>

Nexo – <bit.ly/23EVE1Y>

Poder 360 – <bit.ly/2GeMyl3>

Redes da ONU Brasil – <bit.ly/2BiuhUC>

Revista Diabetes Clínica (Anad) – <bit.ly/2oQjVXZ>

Revista Em Diabetes – <bit.ly/2N6Wq4o>

Saúde Legis – <bit.ly/1fg9mgd>

Texto completo de legislação em saúde – <bit.ly/2BhKKdo>

Conselhos e associações profissionais

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva – <bit.ly/2CIgBjH>

AMB – Associação Médica Brasileira – <bit.ly/1S-VbxyX>

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – <bit.ly/2z0SQRf>

CFM – Conselho Federal de Medicina – <bit.ly/1t-Cx38u>

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem – <bit.ly/2B2U54I>

*Disponível os links para os Conselhos Regionais de Enfermagem

IDF – International Diabetes Federation – <bit.ly/2Bczk-mX>

Poder e saúde – <bit.ly/2BhAEJn>

Site da AMB acompanha informações legislativas e normativas do poder Executivo

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia – <bit.ly/2CInMs8>

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes – <bit.ly/1zS-vs6W>

SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – <bit.ly/2z00cVQ>

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão – <bit.ly/2BAdzi1>

WHF – World Heart Federation – <bit.ly/2hbYglT>

Documentários, filmes, vídeos e TV

1ª. Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – <bit.ly/2K4IVBF>

8ª Conferência Nacional de Saúde [apresentação de Sérgio Arouca, gravação da Fiocruz disponível no Youtube em 5 pequenos vídeos] – <bit.ly/2ANqlcE>

Anvisa – vídeo Idec – <bit.ly/2AM9TJN>

Canal Saúde – Fiocruz – <bit.ly/1jpHFbi>

Canal Saúde – Reforma sanitária, saúde e cidadania – <bit.ly/2kqoLWc>

Como pesquisar atuação e biografia de deputado(a) federal – <bit.ly/2La193C>

Como pesquisar proposições [Câmara dos Deputados] – <bit.ly/2wjfPYI>

Debate sobre o encerramento do Programa Farmácia Popular – Rede Própria (PFP-RP) na Câmara dos Deputados, 5 dez. 2017 – <bit.ly/2l5uTHv>

“Defensores” – Série sobre a atuação da Defensoria Pública na TV Brasil – <bit.ly/2FSfbnR>

Desembargadores, promotores, procuradores, juízes, auditores de tribunais e demais profissionais de direito falam sobre a judicialização da saúde e suas implicações para o SUS [Conass] – <bit.ly/2l2FvHi>

Entrevista: Conselheiro Arnaldo Hossepian – O Conselho Nacional de Justiça e suas atribuições – <bit.ly/2AJXQ2v>

Fiscalize também – Portal da Transparência do Governo Federal. Video da Escola Superior do MPU – <bit.ly/2kpAEw8>

História da saúde pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções (A) – Fiocruz Video – <bit.ly/2B7qgml>

Mobiliza saúde: histórico das Conferências Nacionais de Saúde – <bit.ly/2ACLFah>

OMS: Enfermedades No Transmisibles (ENT) – Video de la cerimonia de apertura – Conferencia Mundial – <bit.ly/2PV046g>

Orçamento fácil – Série de vídeos produzida pelo Senado Federal – <bit.ly/2fxdOR3>

Pacientes e médicos cobram do SUS oferta de insulina. Audiência pública na Câmara dos Deputados – <bit.ly/2JwN2JS>

Pacto pela Saúde – Lumena Furtado (sobre a elaboração do Pacto) – <bit.ly/2jAqmbV>

Pacto pela Saúde 2006 – PPI – <bit.ly/2yqh1Qp>

Poder Legislativo no Brasil (O) – <bit.ly/2z3r6yW>

Sabia que ler rótulos pode te ajudar a se alimentar melhor? – <bit.ly/2AO0bq2>

Senador Paulo Paim fala sobre a conclusão do Relatório da CPI da Previdência – <bit.ly/2AOLq6E>

Série SUS – Você já ouviu falar bem do SUS? – <bit.ly/2kpcFwE>

Série SUS – Por que o SUS hoje é assim? – <bit.ly/1GR-nBf9>

Série SUS – Os princípios do SUS – <bit.ly/1O8OkY8>

TV Câmara – <bit.ly/1o3rnFP>

*As TV Câmara, Justiça, Senado e STF, entre outras, disponibilizam suas programações e transmissão on-line, nos próprios sites e/ou no Youtube

TV Justiça – <bit.ly/1h16Nld>

TV Senado – <bit.ly/2BOjyT4>

Veneno está na mesa (O) – Documentário de Sílvio Tandler – <bit.ly/17pjZQJ>

Veneno está na mesa II (O) – Documentário de Sílvio Tandler – <bit.ly/1nP4QO8>

Video explicativo sobre processo legislativo [Câmara dos Deputados] – <bit.ly/2DIXoI5>

História

Casa de Oswaldo Cruz – <bit.ly/10oPDdz>

Histórico da Saúde Pública – <bit.ly/2ANCJcF>

Revista: História, Ciências, Saúde – Manguinhos – <bit.ly/2isU465>

Observatórios e outros canais de monitoramento e incidência política

Congresso em foco – <bit.ly/1GZ20OL>

De olho nas metas – <bit.ly/2BiJoPK>

De olho nas patentes – <bit.ly/2CFLzJm>

Manchetômetro – <bit.ly/1rRUYTv>

Observatório da sociedade civil – <bit.ly/2PWD6LV>

Tag Archives: #MROSC – <bit.ly/2jyMVxu>

Observatório da saúde – <bit.ly/2Nj4srd>

Observatório de análise política em saúde – <bit.ly/2oR-X7Hi>

Observatório do direito à comunicação – <bit.ly/2jA-2vJ3>

Observatório do terceiro setor – <bit.ly/2kojIXc>

Observatório em oncologia – <bit.ly/2kMYCkV>

Observatório sobre as estratégias da indústria do tabaco – <bit.ly/2BAXskb>

Supremo em números – <bit.ly/2kOsEV9>

Orçamento público

CFFC – Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados – <bit.ly/2nhSRjn>

Cofin – Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento do CNS – <bit.ly/2Byaoa6>

Contas públicas (TCU) – <bit.ly/2BDYdvM>

Fiscalize o orçamento – Câmara dos Deputados – <bit.ly/2njfwMr>

Repasse financeiros – Ministério da Saúde – <bit.ly/2A-vNlj>

Siga Brasil, Sistema de informações sobre orçamento público do Senado Federal – <bit.ly/2fsdiEz>

Tesouro Nacional – <bit.ly/2BCFPka>

Prefeituras e governos estaduais – <bit.ly/2BiRPdy>

Organismos internacionais

OEA – Organização dos Estados Americanos – <bit.ly/1yovPqO>

ONU-BR – Nações Unidas no Brasil. As Nações Unidas e os Direitos Humanos – <bit.ly/2KLufto>

ONU-BR – Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável – <bit.ly/1Po5zlk>

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil – <bit.ly/2knUVm9>

WHO – Noncommunicable diseases and mental health – <bit.ly/2BDYymB>

Organizações da sociedade civil

Acedh – Associação Cearense dos Diabéticos e Hipertensos – <bit.ly/2COU8BI>
 ACT Promoção da Saúde – <bit.ly/2u4tJQe>
 ADB – Associação de Diabetes de Brasília – <bit.ly/2Bbn6Lu>
 ADJ – Associação de Diabetes Juvenil – <bit.ly/2Dju-qGv>
 Amucc – Associação Brasileira de Portadores de Câncer – <bit.ly/2C82k4o>
 Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável – <bit.ly/2BRiT33>
 Anad – Associação Nacional de Atenção ao Diabetes – <bit.ly/2zF96vT>
 Apad – Associação Paranaense do Diabético – <bit.ly/2C5Tjc1>
 Artigo 19 – <bit.ly/2ILVG5O>
 Associação Nossa Casa de Apoio a Pessoas com Câncer – <bit.ly/2MDMaV8>
 Conectas – Direitos Humanos – <bit.ly/2Kq4cpi>
 Contas Abertas – <bit.ly/2DJ3jLy>
 DHNet – Direitos Humanos na Internet – <bit.ly/2Diyy7I>
 Diap – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – <bit.ly/2kt4e4r>
 Femama – Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – <bit.ly/2MF3NnN>
 Fenad – Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes – <bit.ly/2z5RN31>
 Idisa – Instituto de Direito Sanitário Aplicado – <bit.ly/2Bc4rPl>
 Inesc – Instituto de Estudos Socioeconômicos – <bit.ly/1CLJPND>
 Instituto Doce Desafio – <bit.ly/2CNGSgC>
 Instituto Kairós – <bit.ly/2BR0eo6>
 Instituto Oncoguia – <bit.ly/2Be63Zj>
 Intervozes – Coletivo Brasil de Comunicação Social – <bit.ly/2BpDGeQ>
 Jusbrasil – <bit.ly/2BJF3SF>
 NCD Alliance – <bit.ly/2cYGG6Cr>
 Oxfam Brasil – <bit.ly/2EwEQa4>
 Politize! – <bit.ly/1QLYRoc>
 Rede Brasil AVC – <bit.ly/2wjENHJ>
 RNP+ Brasil – <bit.ly/2kvRPFQ>
 RPU Brasil – Comitê Brasileiro de Direitos Humanos e Política Externa – <bit.ly/2kTeW3w>

Redes sociais na Internet

A maioria dos sites institucionais estão nas redes sociais on-line. São espaços que possibilitam a interação e informações em tempo real
 Facebook – <bit.ly/188dxN0>
 Flickr – <bit.ly/1hL2A7U>
 Instagram – <bit.ly/1hy7tR6>
 Twitter – <bit.ly/1CFCzV>
 YouTube – <bit.ly/1bdCiX8>

Referências

AMB – ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS BRASILEIROS. O judiciário ao alcance de todos: noções básicas de jurídiquês. Brasília: AMB, 2005. Disponível em: <bit.ly/2i6CeC7>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ANDRADE, L.L.; PINA, A.R.M.; SILVA, I.C.F.; GOMES, K.M.; GONÇALVES, T.C. As conferências nacionais de saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v.7, n.1, p.263-279, 2013. Disponível em: <bit.ly/2lkrLCg>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS repassa valor recorde ao SUS em 2017a. Notícias ANS, 20 dez. 2017a. Disponível em: <bit.ly/2kREaPF>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. ANS suspende venda de 31 planos de saúde de 10 operadoras. Notícias ANS, 30 nov. 2017b. Disponível em: <bit.ly/2BpdaSZ>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Planos de saúde vão oferecer 18 novos procedimentos em 2018. Notícias ANS, 7 nov. 2017c. Disponível em: <bit.ly/2zLFZgZ>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Revisão do Rol de procedimentos e eventos em saúde – 2018: Relatório de atividades do Grupo Técnico do Cossaúde para apreciação de propostas via formulário eletrônico para as alterações no Rol de procedimentos e eventos em saúde 2018. Rio de Janeiro, 12 abr. 2017d. Disponível em: <bit.ly/2kuHf8W>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: ANS, 2017e. Disponível em: <bit.ly/2ku8bpk>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Resolução normativa – RN nº 242, de 7 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas. Disponível em: <bit.ly/2BRdr05>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ASCOM. Diabetes: autorizada primeira insulina biossimilar. Ascom, 17 maio 2017. Disponível em: <bit.ly/2PICGpq>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- _____. GEVIT – GERÊNCIA DE PRODUTOS DIAGNÓSTICOS DE USO IN VITRO. Orientações aos fabricantes e importadores de instrumentos para diagnóstico in vitro. Brasília, 2015. Disponível em: <bit.ly/2s4eEtY>. Acesso em 10 ago: 2018.
- _____. GQUIP – GERÊNCIA DE TECNOLOGIA EM EQUIPAMENTOS. Manual para regularização de equipamentos médicos na Anvisa. Brasília, out. 2017. Disponível em: <bit.ly/2eJrtpN>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006. Aprova e promulga o Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e dá outras providências. Portal Anvisa. Disponível em: <bit.ly/2BQHrH0>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. RDC – Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 26 de agosto de 2015. Dispõe sobre a classificação de risco, os regimes de controle de cadastro e registro e os requisitos de rotulagem e instruções de uso de produtos para diagnóstico in vitro, inclusive seus instrumentos e dá outras providências. Portal Anvisa. Disponível em: <bit.ly/2KKawHv>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ARQUIVO 19. Identidade revelada: entraves na busca por informação pública no Brasil. São Paulo, 2018a. Disponível em: <bit.ly/2II2I21>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Publicação narra casos de retaliações contra autores de pedidos de informação pública. São Paulo, 15 maio 2018b. Disponível em: <bit.ly/2KWIAjV>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na atenção primária à saúde. Interface – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.16, n.40, p.67-82, mar. 2012. Disponível em: <bit.ly/2PfkUJw>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- BAGATIN, A.C. As demandas judiciais em busca de assistência farmacêutica e a atuação do poder Executivo frente ao protagonismo do poder Judiciário: o caso da dispensação de insulinas análogas pelo sistema público de saúde brasileiro. Boletim de ciências econômicas, Univ. Coimbra, v. LVII / I, p.527-556, 2014. Disponível em: <bit.ly/2zCDp3h>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes. Ciênc. e saúde coletiva, v.14, n.3, p.829-839, 2009. Disponível em: <bit.ly/2LwqeGe>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.217, 11 nov. 2016. Seção 1, p.3. Disponível em: <bit.ly/2AvICNM>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.123, 29 jun. 2011. Seção 1, p.1. Disponível em: <bit.ly/2ivF0oj>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2AjVENQ>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a responsabilidade dos prefeitos e vereadores e dá outras providências. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2Tac7eG>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Site do Planalto. Brasília, 8 set. 2016. Disponível em: <bit.ly/2CF74OQ>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Entendendo o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <bit.ly/2xToxfh>. Acesso em: 27 abr. 2018.
- _____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2kgYaqe>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.20-A, 29 jan. 2000. Edição extra, seção 1, p.5. Disponível em: <bit.ly/2kR4adT>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 9.709, de 18 de novembro de 1998. Regulamenta a execução do disposto nos incisos I, II e III do Art. 14 da Constituição Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.222, 19 nov. 1998. Seção 1, p.9. Disponível em: <bit.ly/2zS1WFI>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.116, 22 jun. 1993. Seção 1, p.1. Disponível em: <bit.ly/2kcWtCq>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993. Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2i58421>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- ____. Lei complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.100, 28 maio. 2009. Seção 1, p.2. Disponível em: <bit.ly/2ismJrN>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Lei complementar nº 78, de 30 de dezembro de 1993. Disciplina a fixação do número de deputados, nos termos do Art. 45, §1º da Constituição Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.3, 5 jan. 1994. Seção 1, p.1. Disponível em: <bit.ly/2jzFoly>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portal da imprensa nacional. Disponível em: <bit.ly/2bbzi4i>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 15, de 3 de janeiro de 2018. Estabelece a migração de procedimentos financiados pelo Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC para o Componente Limite Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade – MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.4, 5 jan. 2018, Seção 1, p.27. Disponível em: <bit.ly/2lq3x9X>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 2.500, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.190, 3 out. 2017. Seção 1, p.46. Disponível em: <bit.ly/2njSJA2>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.183, 22 set. 2017. Seção 1, p.68-76. Disponível em: <bit.ly/2zDaj3Q>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 2.001 MS/GM, de 3 de agosto de 2017. Altera a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.156, 15 ago. 2017. Seção 1, p.41. Disponível em: <bit.ly/2lYnO5Q>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 688, de 6 de abril de 2017. Reformula o Regulamento Técnico da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC). Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2K2ozla>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 704, de 8 de março de 2017. Define a lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos dos anexos a esta Portaria. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2wm1Kx8>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 2.011, de 19 de outubro de 2016. Designa os representantes para compor o Plenário da Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.202, 20 out. 2016. Seção 2, p.38. Disponível em: <bit.ly/2C5dNwS>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 – Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS e estabelece diretrizes para as linhas de cuidado. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2AyKOod>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2oJVvOM>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 1.580, de 19 de julho de 2012. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2la5J1a>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.251, 31 dez. 2010. Seção 1, p.88-93. Disponível em: <bit.ly/2j5llsk>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/1CQvF8m>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2MCKxqL>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.132, 11 jul. 2007. Seção 1, p.47. Disponível em: <bit.ly/2BpLecU>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.39, 23 fev. 2006. Seção 1, p.43-51. Disponível em: <bit.ly/2AmH9Hi>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- _____. Portaria nº 545 MS/GM, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2LfgGAi>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2I64a8p>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Revoga as Resoluções nº 33 (1992) e nº 319 (2002). Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2j3Hibi>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde resolve: Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. Disponível em: <bit.ly/2ek103l>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Sispacto – Aplicativo do Pacto pela Saúde. Disponível em: <bit.ly/2iucymI>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CÂMARA, C. Mapeamento político da saúde no Brasil: um recurso para ONGs atuando em câncer de mama. São Paulo: Grafi, 2011. Disponível em: <bit.ly/2is-s2Yf>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Ato da Mesa nº 69, de 10 de novembro de 2005. Cria o registro de Frentes Parlamentares na Câmara dos Deputados. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2Llr-VpJ>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Boletim de emendas. Disponível em: <bit.ly/2InM4yO>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. CONOF – CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA. Entenda o orçamento – Câmara dos Deputados. Brasília, 2016. Disponível em: <bit.ly/2kbTKJl>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Disponível em: <bit.ly/2ngjpS4>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde – CNS e dá outras providências. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2pDqg9u>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2BVLOAE>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Emenda Constitucional nº 45, de 31 de dezembro de 2004. Altera a PEC nº 96/92, que introduz modificações na estrutura do poder Judiciário. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2MLmGEO>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Fluxos do processo orçamentário. Disponível em: <bit.ly/2BpfSmW>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor 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. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2BSvV14>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei Complementar nº 132, de 7 de outubro de 2009. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e da Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, e dá outras providências. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2qYoQac>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei de acesso à informação: cartilha de orientação ao cidadão. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. Disponível em: <bit.ly/2ByRKle>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2wm-72Gh>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2kZHxEs>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2jz4vBi>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

- Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2FVMt5G>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992. Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas da União e dá outras providências. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2wxzLYf>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. PDC nº 786, de 3 de outubro de 2017. Susta a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2AUHilu>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. PEC nº 241, de 15 de junho de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2c1vkff>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. PL nº 6.754, de 13 de novembro de 2013. Institui política nacional de prevenção do diabetes e de assistência integral à saúde da pessoa portadora de diabetes. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2r58yva>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Projeto torna obrigatória a realização de audiências públicas com transmissão via Internet. Câmara Notícias; Administração pública, 19 out. 2017. Disponível em: <bit.ly/2CIW6d3>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Resolução nº 21, de 30 de maio de 2001. Cria a Comissão Permanente de Legislação Participativa. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2AO5nNE>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Substitutivo ao Projeto de Lei Complementar nº 306/2008, de 4 de junho de 2008. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, institui contribuição social destinada à 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 três esferas de governo. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <bit.ly/2zEHYDH>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CAMPELLI, M.G.R.; CALVO, M.C.M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, n.23, n.7, p.1.613-23, 2007. Disponível em: <bit.ly/2zbpS4T>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CGU – MINISTÉRIO DA TRANSPARÊNCIA E CONTROLAGORIA-GERAL DA UNIÃO. Acesso à informação pública. Uma introdução à Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília: CGU, 2011. Disponível em: <bit.ly/2yqkzL2>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. CGU conclui capacitação em tribunais de contas sobre monitoramento de despesas. Auditoria e fiscalização. Ascom, 1º ago. 2017. Disponível em: <bit.ly/2w2u4Ad>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. OGU – OUVIDORIA-GERAL DA UNIÃO. Guia prático da cidadania: falando com a administração pública. Brasília: CGU, 2017. Disponível em: <bit.ly/2shWEga>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Pesquisa de relatórios. Disponível em: <bit.ly/2BHNrBM>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Relatório de pedidos de acesso à informação e solicitantes, 2018. Disponível em: <bit.ly/2wm29w2>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CIT – COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Política Nacional de Atenção Básica, 31 ago. 2017. Disponível em: <bit.ly/2o0TSgl>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Comitês estaduais da saúde debatem melhorias no e-NatJus. Notícias CNJ, 18 maio 2018. Disponível em: <bit.ly/2we3x4Q>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. e-NatJus. Portal CNJ. Disponível em: <bit.ly/2M-QIWov>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Fórum da Saúde – Documentos. Portal CNJ. Disponível em: <bit.ly/2o6GzIv>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Coord.: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: CNJ, 2015. Disponível em: <bit.ly/1NeKskX>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Justiça em números 2017: ano-base 2016. Brasília: CNJ, 2017a. Disponível em: <bit.ly/2miE18F>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Ministra lança plataforma para subsidiar decisões com evidência médica. Notícias CNJ. Disponível em: <bit.ly/2LtAzCh>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Trinta e duas entidades estarão na audiência sobre judicialização da saúde. Notícias CNJ, 4 dez. 2017. Disponível em: <bit.ly/2BOzKVn>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Supremo em ação 2017: ano-base 2016. Brasília: CNJ, 2017b. Disponível em: <bit.ly/2CVkjXL>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS cobra explicações do Ministério da Saúde após o fim da Farmácia Popular. Notícias 2017, Brasília, 6 dez. 2017. Disponível em: <bit.ly/2BIQh38>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. CNS pressiona e Ministério da Saúde afirma que não reduzirá insulina. Notícias 2017, Brasília, 9 nov. 2017. Disponível em: <bit.ly/2MzQpQP>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [Série E. Legislação de Saúde]. Disponível em: <bit.ly/2Ah5mkm>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- _____. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2keqEJ6>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Composição do CNS – 2017. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2C3e0QW>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Notícias 2017. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2BOJizz>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Recomendação nº 013, de 12 maio de 2017. Recomendação ao Ministério da Saúde pela manutenção da Farmácia Popular. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2DPXe9M>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017. Define diretrizes para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2RzvRb>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012. Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2rNTDEW>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003. Diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2Q60JiC>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Resumo Executivo da 299ª. Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 9 e 10 nov. 2017. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2K4zW3m>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CNS; DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Siacs – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Consulta Conselhos. Site do CNS. Disponível em: <bit.ly/2Av1EE7>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CNMP – CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. CNMP publica resolução que dispõe sobre audiências públicas no MP da União e dos Estados. Ascom CNMP, 3 mar. 2017. Disponível em: <bit.ly/2Iolctr>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- COLLUCCI, C. Pedidos de remédio na Justiça caem, e SP evita gastos de R\$ 205 milhões. *Folha de S. Paulo*, 10 mar. 2018. Disponível em: <bit.ly/2LonsTi>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- COMPARATO, F.K. Pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais. In: A afirmação histórica dos Direitos Humanos. 3ª.ed. ver.amp. São Paulo: Saraiva, 2003.
- CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Conasems e 15ª Conferência Nacional de Saúde: a defesa do SUS e as etapas municipais. Brasília: Conasems, 2015a. Disponível em: <bit.ly/2CRCZYu>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Lei Complementar nº 141: guia prático para a gestão municipal. Brasília: Conasems, 2015b. Disponível em: <bit.ly/2EyTNnf>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Assistência farmacêutica; QualifarSUS. Notas, 30 out. 2017. Disponível em: <bit.ly/2KK3UsA>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Participação da Comunidade na Saúde: Conasems e a defesa do SUS nas Conferências Municipais de Saúde. Brasília: Conasems, 2015c. Disponível em: <bit.ly/2D27teu>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal. Brasília: Conasems, 2009. Disponível em: <bit.ly/2i5dlkJ>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Relatório Final: XXXIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Porto Alegre, 14 e 15 jul. 2017. Brasília, set. 2017. Disponível em: <bit.ly/2jA9tOI>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CONASEMS; CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota conjunta Diretoria Colegiada da Anvisa, 20 set. 2017. Site do Conasems. Disponível em: <bit.ly/2zUtk5O>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Nota conjunta – Financiamento da Saúde, 26 set. 2017. Site do Conasems. Disponível em: <bit.ly/2BphdtY>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Guia de apoio à gestão estadual do SUS [on-line]. Site do Conass. Disponível em: <bit.ly/2BPUDyx>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Nota técnica 13/2006: Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Financiamento – Portaria nº 698/GM de 30.03.2006. V.4. Brasília: Conass, 2006. Disponível em: <bit.ly/2zCgpkL>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CONECTAS DIREITOS HUMANOS. RPU Brasil. Disponível em: <bit.ly/2kTeW3w>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CONITEC – COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. Ata da 61ª reunião da Conitec, 8 e 9 nov. 2017a. Site Conitec. Disponível em: <bit.ly/2MHB1lw>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Consulta pública nº 25, de 8 de setembro de 2016. Site Conitec. Disponível em: <bit.ly/2rXkQ7Q>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Portaria nº 10, de 21 de fevereiro de 2017. Torna pública a decisão de incorporar insulina análoga de ação rápida para o tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 1, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 38, 22 fev. 2017. Seção 1, p.49-50. Disponível em: <bit.ly/2K-F7HYf>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Portaria conjunta nº 08, de 15 de março de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellitus Tipo 1. Portal Saúde. Disponível em: <bit.ly/2IRwY3Z>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Protocolos e diretrizes. Site Conitec. Disponível em: <bit.ly/2DYur2J>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- _____. Relatório de recomendação, nº 245, fev. 2017. Insulinas análogas de ação rápida para Diabetes Mellitus Tipo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <bit.ly/2IAScQj>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Relatório de Recomendação, nº 114. Insulinas análogas para diabetes mellitus tipo 1. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2013. Disponível em: <bit.ly/2MyO5cL>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Relatório de recomendação, s/n, set. 2017. Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas Diabetes Tipo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <bit.ly/2CRPB5P>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Relatório para a sociedade nº 29 – decisão final. Informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS – Insulinas análogas rápidas no tratamento do diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Brasília, mar. 2017c. Disponível em: <bit.ly/2IAdEoC>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CORADINI, O.L. Frentes parlamentares, representação de interesses e alinhamentos políticos. Rev. sociol. polít., v.18, n.36, p.241-256, 2010. Disponível em: <bit.ly/2ANanPF>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CORRÊA, M.B.B. Lobbying parlamentar. Rev. Elet. Portas, São Paulo, v.4, n.4, p.62-68, 2011. Entrevista. Disponível em: <bit.ly/2nTECl9>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CREPALDI, T.; MORAES, C. Com judicialização da saúde, juízes passam a ditar políticas públicas do setor. Consultor jurídico, 15 ago. 2018. Disponível em: <bit.ly/2w8q2qP>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- CRITICA (A). Novo Centro de Hemodiálise é inaugurado no Hospital Adriano Jorge, em Manaus. Manaus, 31 jul. 2017. Disponível em: <bit.ly/2PPNJgl>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- DANIEL, H. Vida antes da morte. Rio de Janeiro: Jabuti, 1989.
- DATASUS. Tabela de CIR – Comissões Intergestoras Regionais. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <bit.ly/2kdFyiU>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- DIAS, B. CNS decide pela organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde em 2019. Abrasco Notícias, 14 dez. 2017. Disponível em: <bit.ly/2kO1aiB>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Ação de inconstitucionalidade pauta debate da macrojustiça do direito à saúde no STF. Abrasco Notícias, 31 out. 2017. Disponível em: <bit.ly/2AW5aVa>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- DPU – DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. Assistência jurídica integral e gratuita no Brasil: um panorama da atuação da Defensoria Pública da União. Assessoria de Planejamento, Estratégia e Modernização. 3ª ed. Brasília: DPU, 2018. Disponível em: <bit.ly/2Ljn64c>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Mapa estratégico da DPU. Anexo I da Portaria GABDPGF DPGU nº 1109, de 7 de dezembro de 2017. Boletim eletrônico interno da DPU – BEIDPU, ed. 271, Brasília, 11 dez. 2017. Disponível em: <bit.ly/2zzW1jx>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. STF mantém liberação de remédios de alto custo a pacientes graves. Notícias, 22 mar. 2010. Disponível em: <bit.ly/2BpivFk>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ESCOREL, S.; BLOCH, R.A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- ESTRATÉGIA ODS. Disponível em: <bit.ly/2nkE07W>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Pense SUS – Conferências de Saúde. Disponível em: <bit.ly/2x3gTit>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- FNS – FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <bit.ly/2ktmbja>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. CGU realiza seminários sobre controle social em recursos do SUS. Últimas notícias, 6 abr. 2018. Disponível em: <bit.ly/2Lws0YV>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Considerações sobre a Portaria nº 3.992, de 28/12/2017, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. Portal FNS, 2 jan. 2018. Disponível em: <bit.ly/2Ct2Sxs>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Consulta – Repasses do dia. Disponível em: <bit.ly/2nl3Skc>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- FORMENTI, L. Ministério da Saúde estuda tirar insulina do Farmácia Popular se preço não for reduzido. O Estado de São Paulo, 15 set. 2017. Disponível em: <bit.ly/2faK7Zm>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- FUCHS, F.D. Comparação entre medicamentos para tratamento inicial da hipertensão arterial sistêmica. Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica, Brasília, v.1, n.3, mar. 2016. Disponível em: <bit.ly/2PryN8x>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- GARCIA, G. Senado aprova destinar impostos incidentes sobre derivados do tabaco para a saúde. G1 – Globo, 21 nov. 2017. Disponível em: <glo.bo/2CsSDgt>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- GAZETA ONLINE. Impasse pode acabar com o Farmácia Popular. Notícias, Brasil, 30 set. 2017. Disponível em: <bit.ly/2BSfpy4>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- GOMES, D.F. et al. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? Saúde debate, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.139-156, mar. 2014. Disponível em: <bit.ly/2oqFXAb>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- GTSC – GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA AGENDA 2030. Relatório luz da agenda 2030 de desenvolvimento sustentável – Síntese. Disponível em: <bit.ly/2AwjZAA>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Relatório luz da agenda 2030 de desenvolvimento sustentável – Síntese II. Disponível em: <bit.ly/2wnx-gYq>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- HALLAL, A.C. (Coord.). Relatório da sociedade civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: evolução dos indicadores de prevalência dos principais fatores de risco e de proteção. São Paulo: ACT Promoção da Saúde, 2015. Disponível em: <bit.ly/2jSQYY>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- HUNT, P.; KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. Sur. Rev. int. direitos human., São Paulo, v.5, n.8, p.100-121, jun. 2008. Disponível em: <bit.ly/2BpI4pG>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- IDF – INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas – 8th Edition, 2017. Brussels: IDF, 2017. (Interativo). Disponível em: <bit.ly/2rVqRSB>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- IDPC – INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA. Disponível em: <bit.ly/2kRXdcA>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- INÁCIO, M. Mudança procedimental, oposições e obstrução na Câmara dos Deputados. In: INÁCIO, M.; RENNÓ, L. (Orgs.). Legislativo brasileiro em perspectiva comparada. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.
- INSTITUTO ONCOGUIA. Oncoguia recebe do governo de SP dados sobre o Acesso SUS. Oncoguia em ação, 14 ago. 2017. Disponível em: <bit.ly/2ng8tE6>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- KHALIFA, O.G. Les conditions favorable aux innovations portées par les patients/usagers. Associations et volontariat à l'AP-HP: l'engagement auprès des patients. Paris: Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2016.
- LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Poder de agenda e políticas substantivas. In: INÁCIO, M.; RENNÓ, L. (Orgs.). Legislativo brasileiro em perspectiva comparada. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.
- LUPION, B. Para que servem e como funcionam os Tribunais de Contas dos Estados. Nexo, 29 mar. 2017. Disponível em: <bit.ly/2nFTKAr>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MACIEL, V. Reajuste no Farmácia Popular garante medicamentos gratuitos à população. Agência Saúde, 27 abr. 2018. Disponível em: <bit.ly/2KTjl2v>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Diabetes care, v.15, n.11, p.1509-16, 1992.
- MANAUS ALERTA. 28 de Agosto ganhará ambulatório de pé diabético e atendimento de acupuntura para pacientes de ortopedia. Manaus, 19 set. 2017. Disponível em: <bit.ly/2wx0Drg>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MARQUES, F. Conferência de Vigilância em Saúde destaca garantia do financiamento das ações. Portal Saúde, 5 mar. 2018. Disponível em: <bit.ly/2FnEy1v>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MATHERS, C.D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med., v.3, n.11, e442, 2006.
- MDIC – MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR. Procons. Portal do consumidor. Disponível em: <bit.ly/1L-13blj>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Inmetro – Instituto Nacional de Meteorologia, Qualidade e Tecnologia. Programa de análise de produtos: relatório sobre a análise em manuais de instrução de uso de glicosímetros e seus acessórios. Brasília, 2009 [?]. Disponível em: <bit.ly/2KK5ta1>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MEDEIROS, D.B. Amicus Curiae: um panorama do terceiro colaborador. Revista da Escola Superior de Magistratura do Rio Grande do Norte, v.7, n.1, p.279-298, 2008. Disponível em: <bit.ly/2kaiJG>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MENDES, A. Financiamento da saúde universal: embates e tensões. Apresentação em Power Point, 2013. Disponível em: <bit.ly/2AISSEc>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MENDES, A.; WEILLER, J.A.B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.491-505, jun. 2015. Disponível em: <bit.ly/2lYakFO>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MENDES, E.V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <bit.ly/2jBlwem>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <bit.ly/2jz8RIE>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <bit.ly/2isCK0T>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- MENEZES, D. Lei de Acesso completa 6 anos com 613,5 mil pedidos ao governo federal. Poder 360, Brasília, 15 maio 2018. Disponível em: <bit.ly/2rOy-VEX> Acesso em: 10 ago. 2018.
- MENGUE, S.S. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.50, supl. 2, 4s, 2016. Disponível em: <bit.ly/2MEzFYE> Acesso em: 10 ago. 2018.

MESA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS; MESA DO SENADO FEDERAL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.241, 16 dez. 2016. Seção 1, p.2-3. Disponível em: <bit.ly/2BCBxZR>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.52, 18 mar. 2015. Seção 1, p.1-2. Disponível em: <bit.ly/2j5jWly>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Emenda Constitucional nº 29, de 14 de maio de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF88 e acrescenta artigo para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.178-E, 14 set. 2000. Seção 1, p.1. Disponível em: <bit.ly/2iv4wd5>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MOURA, T.W. et al. Mapa da Defensoria Pública no Brasil. Brasília: Anadep: Ipea, 2013. Disponível em: <bit.ly/1UDs1qu>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MPDG – MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO; Secretaria de Governo da Presidência da República. Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Brasil 2017. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em: <bit.ly/2ASDq3T>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MPPR – MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ; CAOP – CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE PÚBLICA. Disponível em: <bit.ly/2BnWx1>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MPSP – MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Termo de cooperação técnica nº 049/2016. Sobre protocolo de fluxos de serviços de triagem e orientação farmacêutica, nutricional e correlatos pelo SUS e seus reflexos no Sistema de Justiça. São Paulo, MPSP, 17 dez. 2016. Disponível em: <bit.ly/2BpFZdx>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série A. Normas e manuais técnicos, Série Pactos pela Saúde, v.1). Disponível em: <bit.ly/2BzFv1S>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Plano Nacional de Saúde – PNS 2016-2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <bit.ly/2azV1wC>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Mais gestão é mais saúde: governança para resultados no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <bit.ly/2zHbX48>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PFPB – PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL. Apresentação em Power-Point, dez. 2016b. Disponível em: <bit.ly/2CaIsMY>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, v.3. Disponível em: <bit.ly/2Bo9gFq>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Relatório de Gestão: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica 2009-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <bit.ly/2kMzQ5a>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SAS – SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DAB – DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Portal Saúde. Disponível em: <bit.ly/2i3i8Un>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.36). Disponível em: <bit.ly/1uZfXsF>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <bit.ly/20Dly7i>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SAS; SCTIE – SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Portaria conjunta nº 08, de 15 de março de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellito Tipo 1. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellito Tipo 1. Portal Saúde. Disponível em: <bit.ly/2IRwY3Z>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Portaria conjunta nº 2, de 10 de janeiro de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Insípido. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Insípido. Portal Saúde. Disponível em: <bit.ly/2IzPr1E>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SCTIE; DAF – DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <bit.ly/2paB6yB>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Qualifar-SUS – Eixo Estrutura: orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <bit.ly/2MVqRxT>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <bit.ly/2w3MDpD>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- _____. SECRETARIA EXECUTIVA; SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS. Regimento Interno do Ministério da Saúde: Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. SGEP – SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. Contrato organizativo da ação pública da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <bit.ly/2yihgWr>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. DOGES – DEPARTAMENTO DE OUVIDORIA-GERAL DO SUS. Manual das ouvidorias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <bit.ly/2Cg4vij>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. SNA – SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA; DENASUS – DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS. Consulta auditorias. Disponível em: <bit.ly/2yi4Iyp>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. SVS – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais de 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <bit.ly/2qO-5GRO>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <bit.ly/2L98Qbm>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- NERY, P.F.; FERREIRA, D. Como se relacionam os influenciadores do Supremo, Folha de S.Paulo, 18 mar. 2018. Disponível em: <bit.ly/2ppsmHH>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- OCKÉ-REIS, C.O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.2.035-2.042, jun. 2018. Disponível em: <bit.ly/2LjhT8D>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- OLIVEIRA, E. STJ suspende processos que tratam do fornecimento de medicamentos pelo Estado. Jusbrasil, 17 maio 2017. Disponível em: <bit.ly/2KMSfJy>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- OUVERNEY, A.M.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. O Coap e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1.193-1.207, abr. 2017. Disponível em: <bit.ly/2B1ABBI>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015. (Coleção Temas em Saúde interativa). Disponível em: <bit.ly/24vRn0h>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- PARANÁ. CIB/PR – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Deliberação CIB nº 118/2006, de 15 de agosto de 2006. Aprova o protocolo clínico para dispensação de análogos de insulinas de longa duração e de curta duração para atendimento do paciente com Diabetes Mellitus Tipo 1, na rede pública de saúde. Site da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Disponível em: <bit.ly/2MyVObz>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. SESA – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Protocolo clínico para dispensação de análogos de insulina para pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 na rede pública de saúde do Paraná – SESA-PR, 2006. Disponível em: <bit.ly/2s0RYMb>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- PCNA ADVOCACY TOOLKIT: Creating a community & voice. Madison; Wisconsin: Preventive Cardiovascular Nurses Association. [s/d]. Disponível em: <bit.ly/2kc-yUI4>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- PESANHA, C. Controle externo: a função esquecida do Legislativo no Brasil. In: Schwartzman, L.F. et al. (Orgs.). O sociólogo e as políticas públicas: ensaios em homenagem a Simon Schwartzman. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2009.
- PIRES, M.C.C.; OLIVEIRA NETO, J.C.C.O. Uma análise dos sistemas municipais de saúde brasileiros nos últimos anos. In: CARVALHO, A.X.Y; ALBUQUERQUE, C.W., MOTA, J.A., PIANCASTELLI, M. (Orgs.). Dinâmica dos municípios. Brasília: Ipea, 2008. Disponível em: <bit.ly/2NgjA8E>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. Relatório de atividades PFDC 2017. Brasília: MPF; PFDC, 2017. Disponível em: <bit.ly/2GF-FeyV>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- QUEIROZ, A.A. de. Cartilha de políticas públicas e o ciclo orçamentário. Brasília, DF: Diap, 2016. Disponível em: <bit.ly/2OL9bCk>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- REDE BRASIL AVC. AVCBASIL: modelagem da Rede de Estruturação dos Centros Especializados do AVC (Portarias MS nº 664 e 665/2012 e 800/2015). Disponível em: <bit.ly/2i6PZAL>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- REIS, V. Mário Scheffer fala sobre a queda da judicialização do SUS paulista. Site Abrasco, Opinião, 12 mar. 2018. Disponível em: <bit.ly/2LrUHFv>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ROSA, T. O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica? Consensus, Edição 24, matéria de capa. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2017. Disponível em: <bit.ly/2ArzYA5>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Disponível em: <bit.ly/1zSvs6W>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Ed. Clannad, 2017. Disponível em: <bit.ly/2vWraxY>. Acesso em: 10 ago. 2018.

- . Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <bit.ly/2kdNQHA>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015b. Disponível em: <bit.ly/2zX4YWu>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <bit.ly/2wqAA51>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Revisão sobre análogos de insulina: indicações e recomendações para a disponibilização pelos serviços públicos de saúde. Posicionamento oficial da SBD nº01/2011, fev. 2011. Site SBD. Disponível em: <bit.ly/2PHGO9f>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- SCHULZE, C.J. O papel do Conselho Nacional de Justiça na judicialização da saúde. Direito à Saúde. Brasil: Conass, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS). Disponível em: <bit.ly/2AXysGV>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- SCOCUGLIA, L. STJ julga fornecimentos de remédios fora da lista do SUS. Jota – Notícias jurídicas que fazem a diferença, 28 set. 2017. Disponível em: <bit.ly/2PP8UiQ>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- SENADO FEDERAL. e-Cidadania. Disponível em: <bit.ly/2wvE7Hm>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Projeto de Decreto Legislativo (SF) nº 198, de 2017. Susta a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Site do Senado Federal. Disponível em: <bit.ly/2pERcFO>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Projeto de Decreto Legislativo (SF) nº 193, de 2017. Susta a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Site do Senado Federal. Disponível em: <bit.ly/2Dhd4cj>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Projeto de Lei do Senado nº 69, de 2018. Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências, para estabelecer período mínimo de ausência de vínculo com empresas do setor regulado como condição para o exercício do cargo de diretor. Site do Senado Federal. Disponível em: <bit.ly/2MD-sAHJ>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Projeto de Lei do Senado nº 147, de 2015 – Agenda Brasil 2015. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para determinar que o produto da arrecadação dos impostos federais do Art. 153, incisos I, II e IV, da Constituição Federal incidentes sobre medicamentos e derivados do tabaco, bem como o produto da arrecadação do imposto federal do Art. 153, inciso III, da Constituição Federal incidente sobre os lucros apurados das empresas produtoras desses bens sejam vinculados ao Fundo Nacional de Saúde. Site do Senado Federal. Disponível em: <bit.ly/2Nlt3Pu>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Projeto de Lei do Senado nº 661, de 2015. Altera a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências, para dispor sobre a disponibilização de medicamentos de forma gratuita ou subsidiada pelo Poder Público. Site do Senado Federal. Disponível em: <bit.ly/2Decjkn>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- SHIMIZU, H.E. et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. Ciênc. saúde coletiva, v.22, n.4, p.1.131-1.140, 2017. Disponível em: <bit.ly/2kC1vEN>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- SILVA, C.L.C. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, Supl. 2, p.S129-139, 1998. Disponível em: <bit.ly/2B9GkE1>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- SILVEIRA FILHO, R.M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. Physis. Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.853-878, set. 2016. Disponível em: <bit.ly/2AlqYTU>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- SINESP – SINDICATO DOS ESPECIALISTAS DE EDUCAÇÃO DO ENSINO PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO. STF admite o Sinesp como “amicus curiae” em ação contra Emenda do teto de gastos. Imprensa, 29 nov. 2017. Disponível em: <bit.ly/2iX-Q2iC>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade (Med. Liminar) – 5715. Dispositivo legal questionado: Emenda Constitucional nº 95/2016. Entrada no STF: 5 jun. 2017a. Relatora: Min. Rosa Weber. Site do STF. Disponível em: <bit.ly/2N9A8m7>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Ação Direta de Inconstitucionalidade (Med. Liminar) – 5658. Dispositivo legal questionado: Emenda Constitucional nº 95/2016. Entrada no STF: 15 fev. 2017b. Relator: Min. Edson Fachin. Site do STF. Disponível em: <bit.ly/2yUauX2>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . ADI questiona dispositivos da emenda do orçamento impositivo que tratam da saúde. Notícias STF, 28 set. 2016. Disponível em: <bit.ly/2jbzzYf>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Audiências públicas abrem os microfones do Supremo à sociedade. Notícias STF, 19 abr. 2010. Disponível em: <bit.ly/2IJQyz7>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- . Medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5595 Distrito Federal. Trata-se de Ação Direta de Inconstitucionalidade, com pedido de cautelar,

- proposta pelo procurador-geral da República, contra os arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional nº 86/2015. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. [Site do STF](#). Brasília, 31 ago. 2017c. Disponível em: <bit.ly/2zwfKkC>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Ministro suspende regras sobre orçamento impositivo na área da saúde. [Notícias STF](#), 31 ago. 2017d. Disponível em: <bit.ly/2ewelAd>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Novas ações questionam emenda constitucional que limita gastos públicos. [Notícias STF](#), 31 ago. 2017e. Disponível em: <bit.ly/2uMBkjj>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Presidente do STF decide ação sobre fornecimento de remédios com subsídios da audiência pública sobre saúde. [Notícias STF](#), 19 set. 2017f. Disponível em: <bit.ly/2PzCWrl>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Recurso Extraordinário 566471. [Site do STF](#). Disponível em: <bit.ly/2x6b6xl>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Recurso Extraordinário 657718. [Site do STF](#). Disponível em: <bit.ly/2knDp0N>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Recurso Extraordinário 826691. [Site do STF](#). Disponível em: <bit.ly/2J1YFHy>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- STJ – SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.657.156 – RJ. Documento: 1595643 - Inteiro Teor do Acórdão. [Site do STJ](#). Disponível em: <bit.ly/2PPGZzt>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos não contemplados em lista do SUS é tema de repetitivo. [STJ Notícias](#), 12 maio 2017. Disponível em: <bit.ly/2kl8VNe>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. Primeira seção define requisitos para fornecimento de remédios fora da lista do SUS. [STJ Notícias](#), 25 abr. 2018. Disponível em: <bit.ly/2vPgUL7>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. [Relatório Sistemático de Fiscalização – Saúde – 2015-2016](#). Brasília: TCU, 2017. Disponível em: <bit.ly/2PxJM0f>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. [Relatório Sistemático de Fiscalização – Saúde – 2013](#). Brasília: TCU, 2014. Disponível em: <bit.ly/2wgMf6h>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- TUOMILEHTO, J.; et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. [The New England journal of medicine](#), v.344, n.18, p.1343-50, 2001.
- VASCONCELOS, A.G.; SOARES, M.F. Audiência pública no exercício da jurisdição no estado constitucional democrático. [Revista Direito em Debate](#), ano XXIV, n.44, p.114-129, jul.-dez. 2015. Disponível em: <bit.ly/2rOM8wo>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- VASCONCELLOS, J. CNJ defende direito de o cidadão recorrer à Justiça para garantir atendimento à saúde. [Agência CNJ de Notícias](#), 18 nov. 2010. Disponível em: <bit.ly/2Lknc7E>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- VENEKLASEN, L.; MILLER, V. [A new weave of power, people & politics: the action guide for advocacy and citizen participation](#). United States: Stylus Publishing, 2007.
- VIANA, A.L.; LIMA, L. (Orgs.). [Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil](#). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- VIANA, A.L.; LIMA, L.; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. [Ciênc. saúde coletiva](#), v.15, n.5, p.2317-2326, 2010. Disponível em: <bit.ly/2jHHXP>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- VIEIRA, M.F.; CHAVES, G.C. Advocacy em saúde e propriedade intelectual: desafios para a efetivação do direito à saúde em âmbito nacional. [Rev. Elet. Portas](#), São Paulo, v.4, n.4, p.38-61, jun. 2011. Disponível em: <bit.ly/2nTEC19>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- WANG, D. et al. Judiciário e fornecimento de insulinas análogas pelo sistema público de saúde: direitos, ciência e políticas públicas. [Casoteca DIREITO SP](#), São Paulo, 2011. Disponível em: <bit.ly/19JOSkp>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- WHO – World Health Organization. [Global report on diabetes](#). Geneva: WHO Press, 2016. Disponível em: <bit.ly/1REa7Gv>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- _____. [Global status report on noncommunicable diseases 2014](#). Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <bit.ly/1Gjm5B9>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Anexo I

Divulgação e incidência política

Três exemplos

As DCNTs e os fatores de risco

Câncer, doenças cardiovasculares, pulmonares e diabetes. O que essas doenças têm em comum? E por que fazem parte do grupo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs)?



Todas dividem os mesmos fatores de risco: tabagismo, má alimentação, consumo excessivo de álcool e sedentarismo. Enfrentar esses fatores de risco ajuda a reduzir a incidência destas doenças.



As DCNTs são a principal causa de morte e incapacidade no mundo. No Brasil, são responsáveis por mais de 70% das mortes.

Para a ACT+ é preciso discutir as causas dessas doenças e buscar as soluções, que já são conhecidas pela comunidade científica.

MUDANDO O CONTEXTO SOCIAL

Promover mudanças no contexto social gerando ambientes mais saudáveis e sustentáveis garantem uma maior probabilidade de sucesso na melhoria da qualidade de vida.

Algumas políticas públicas que criam contextos favoráveis:

- 1 Aumento de preços e impostos para cigarros, bebidas alcoólicas e açucaradas, alimentos ultraprocessados e com excesso de açúcar e sal
- 2 Melhoria do sistema público de transporte, que inclua a possibilidade do uso de bicicletas e do caminhar para promoção da atividade física e da mobilidade urbana
- 3 Restrições de marketing de produtos que fazem mal à saúde, principalmente para crianças e adolescentes, e melhoria na rotulagem dos alimentos

Nós podemos fazer isso juntos.

FAÇA PARTE DESTA REDE: dcnt@actbr.org.br

Compartilhe essa campanha em suas mídias sociais:



"As DCNTs e os fatores de risco", que está neste link: <http://actbr.org.br/comunicacao/campanhas/as%20dcnts%20e%20os%20fatores%20de%20risco/DCNT-mailmkt-1.jpg>

Fonte: ACT + Promoção da Saúde - bit.ly/2wMvkJa



Atuando em rede

Rede Cearense de Combate ao Câncer de Mama – Rede Mama

Fundada em 2014, conta com 19 associações e grupos de apoio (10 do interior e nove de Fortaleza). Sua missão é congregar instituições que apoiam mulheres com câncer, atuando em parceria, visando à redução da mortalidade e disseminando conhecimento.

Objetivos

- Contribuir para a formulação de políticas públicas para os cânceres que atingem as mulheres no estado do Ceará
- Desenvolver ações de *advocacy* visando empoderar as mulheres e informar a sociedade quanto aos direitos dos pacientes com câncer
- Organizar e promover eventos, campanhas e ações sobre câncer nas mulheres
- Contribuir para a disseminação da informação acerca da doença, através da educação em saúde
- Promover o fortalecimento institucional das associações participantes

O trabalho em rede na prática

Um trabalho desafiador, devido à diversidade das associações (maturidade, nível de envolvimento, diferenças culturais e formas de atuação). No entanto, também, gratificante pelos resultados alcançados.

Resultados alcançados

- Mudança no perfil e fortalecimento das associações, antes restritas ao assistencialismo. Atualmente, desenvolvem ações de incidência política
- Configuração de uma identidade coletiva, reunindo vozes que atuam em sintonia
- Extensão do trabalho para o interior, ampliando o controle social e a realização de ações conjuntas, além de mudanças na postura e discurso frente ao poder público, obtendo mais conquistas. Por exemplo, a fiscalização dos serviços de mamografia e o diálogo direto com secretários de Saúde para apresentar demandas e cobrar resultados
- Diálogo constante com as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, Defensorias Públicas, centros de diagnóstico e tratamento, imprensa e os poderes Legislativo e Executivo
- Conquistas no nível estadual, por exemplo: recursos do poder Legislativo para a realização de mais de 2.000 biópsias mamárias, através de convênios com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
- Vice-Presidência do Comitê de Controle do Câncer de Mama, em Fortaleza. Espaço permanente de discussão sobre câncer de mama, na cidade e no estado do Ceará

Dificuldades

- Manter o trabalho em rede, devido à distância física entre as associadas
 - Recursos financeiros limitados para garantir os objetivos da Rede Mama
- Cláudia Belém Moura Cabral – diretora institucional da Associação Nossa Casa de Apoio a Pessoas com Câncer (Nossa Casa) e coordenadora da Rede Mama
- Daniele Castelo Branco Pires Rebouças – vice-presidente da Nossa Casa e coordenadora da Rede Mama

Contatos: associacaonossacasa@gmail.com e redemamaceara@gmail.com



“Cartografando a qualidade dos serviços em DST/Aids no Município de São Paulo”

Bit.ly/cartografandoSP

Projeto do Fórum de ONG/Aids do Estado de São Paulo, aprovado em edital público e financiado pelo Programa Municipal de DST/Aids/SMS-SP/Prefeitura de São Paulo.

O projeto teve a duração de dois anos e, em 2017, foi aprovado em uma nova seleção pública para projetos de OSC, por mais dois anos. As organizações afiliadas ao Fórum de ONG/Aids decidiram que o projeto estaria a cargo de duas organizações diferentes, por ano.

1º ano – Projeto Bem-me-quer

2º ano – Grupo de Incentivo à Vida (GIV)

3º ano – GIV

4º ano – Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Grupo Pela Vidda-SP)

O objetivo é avaliar a qualidade do atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids nos serviços municipais de DST/Aids. A organização responsável pelo projeto convida pessoas de seu público-alvo que frequentam os serviços a participarem de oficinas. São quatro oficinas por ano, cada uma contando, em média, com 25 pessoas. As demandas, queixas e elogios são agrupados e é preenchido um mapa que identifica os serviços de saúde no Google Maps. Registra-se o ocorrido, associando o fato ao respectivo estabelecimento de saúde. A metodologia visa não identificar especificamente um usuário, mas checar sua informação, sua demanda que, se for compartilhada por outros, será acolhida como uma demanda coletiva.

Ao final de cada ano de exercício do projeto é realizado um encontro entre usuários e gestores, para apresentar os resultados às Coordenadorias Regionais de Saúde e aos Programas Municipal e Estadual de DST/Aids. Nesse último caso, considera-se as instalações estaduais presentes na área circunscrita pelo projeto. Um exemplo frutífero dessas reuniões foi a resposta a denúncias de racismo institucional, respaldada pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde²⁷. Imediatamente, a direção do Programa criou um GT formado por profissionais de saúde para monitorar o atendimento, o acolhimento e a humanização dos serviços para os usuários.

O projeto “Cartografando a qualidade dos serviços em DST/Aids no Município de São Paulo” abre um novo espaço de controle social, dando voz aos usuários – pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo eles ativistas ou não.

27 Idealizada após o Pacto pela Saúde, em 2009, essa Carta foi aprovada pelo CNS. Em maio de 2017, o CNS atualizou-a e iniciou uma consulta pública para a nova Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde: <bit.ly/2jvMu7G>.

Anexo II

Modelos de correspondências

Os nomes e situações apresentados são fictícios.
Entre parênteses, seguem as orientações para a elaboração das correspondências, que, como tais, não deverão aparecer na redação final a ser enviada

Ofício – tipo de documento endereçado a uma autoridade com o objetivo de comunicar um fato ou fazer uma solicitação oficial

Ofício nº ____/____

Prezada dra. Mariana Alves, (nome)

Secretária da Saúde do Município de Casimiro de Abreu (cargo)

Secretaria Municipal da Saúde de Casimiro de Abreu (empresa ou órgão)

Eu, José de Anchieta Souza (nome), brasileiro, casado (estado civil), eletricitista (profissão), presidente da Associação Refazer inscrita no CNPJ sob o nº (informar), com sede à (informar endereço), sirvo-me do presente para, em nome da referida associação, comunicar a V.Sa., fatos que vêm ocorrendo na Unidade de Saúde (US) Santo Antônio (a seguir, descrever a situação ou a solicitação e qual a finalidade do ofício).

Participantes da Associação Refazer têm reclamado de forma recorrente do atendimento recebido na US Santo Antônio, incluindo a falta de médicos. Na semana passada, após uma longa espera, duas pessoas não receberam medicamentos de uso contínuo.

O fato é que o médico da referida US estava ausente e a enfermeira de plantão disse não estar autorizada a solicitar exames ou prescrever medicamentos, como estava sendo pedido.

Sabe-se que, recentemente, o juiz federal Renato Borelli, do Distrito Federal, emitiu uma liminar favorável a essas restrições. No entanto, as entidades de enfermagem têm reafirmado que tais práticas são atribuições dos profissionais de enfermagem: <bit.ly/2kQVtQS>. Ocorre que, na ausência do médico, os pacientes ficam sem o atendimento necessário.

Por esse motivo, gostaríamos de comunicar a V.Sa. o ocorrido para que sejam tomadas as devidas providências quanto à garantia ao acesso à saúde integral e seus encaminhamentos necessários. Vale lembrar que a Portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007, do Ministério da Saúde, versa sobre as atribuições da enfermagem e que assuntos dessa natureza são de competência da gestão pública de saúde, atendendo à diretriz nacional e garantindo a operacionalidade das ações locais.

Limitando-me ao exposto, despeço-me com votos de estima e consideração.

Casimiro de Abreu, 1º de novembro de 2018

(assinatura)

José de Anchieta Souza (seu nome)

Requerimento – pedido formal, oficial, dirigido a uma autoridade

EXMO. SR. SECRETÁRIO DE SAÚDE

(espaço de umas 10 linhas antes de começar o texto. Este espaço será utilizado para o despacho da autoridade em questão)

JOSUÉ DE SOUSA, brasileiro, casado, carteiro, voluntário da Associação de Diabetes, vem expor e requerer o seguinte:

- I Sua esposa Isabel Maria da Silva Sousa, que completou 52 anos no último mês, após o recebimento do resultado de exame (nome do exame) encaminhado em caráter de urgência, aguarda atendimento médico no Hospital de Referência Santa Cruz há 78 dias.
- II A diretora do hospital alega a superpopulação atendida com relação ao número total de médicos existentes. De fato, uma situação evidenciada em levantamentos realizados pela associação.
- III No entanto, sabe-se que várias pessoas, inclusive de outros bairros, têm sido atendidas em consultas médicas por possuírem planos de saúde.
- IV Sabendo que é seu direito receber atendimento médico condizente no Hospital de Referência mencionado, pois a Constituição garante a todos a igualdade no acesso à saúde, não podendo haver discriminação de ninguém, por qualquer motivo, vem requerer que seja garantido o acesso à saúde por sua esposa Isabel Maria da Silva Sousa, e que sejam esclarecidos os incidentes que a prejudicaram.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Campo Grande, 1º de setembro de 2018
JOSUÉ DE SOUSA

Ação Civil Pública

1. Ação Civil Pública em razão de exclusão de doença em contrato de plano de saúde²⁸

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA (número) VARA CÍVEL DA COMARCA DE (nome da cidade), ESTADO DO (nome do estado)

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE (nome do estado), por suas representantes ao final assinadas, nos termos do Art. 129-III da Constituição Federal, do Art. 25-IV “a” da Lei Orgânica Nacional do Ministério Público (LONMP), Arts. 3º, 4º, 5º, 11 e 12 da Lei nº 7.347/85-Lei da Ação Civil Pública (LACP)–, e Art. 81-III, da Lei nº 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor (CDC) vem, com fundamento nos Arts. 47 e 51-IV e seguintes da mencionada Lei nº 8.078/90 (CDC), propor a presente AÇÃO CIVIL PÚBLICA COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA em face de Administradora de Planos de Saúde – (nome) LTDA, sita à Rua (endereço completo)/ CNPJ (número), na pessoa do seu representante legal, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos.

PRELIMINARMENTE

DA LEGITIMAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO PARA PROPOR A AÇÃO

Para buscar melhor elucidação à ação ora interposta, e até como subsídio para a fundamentação de mérito, é necessário firmar, desde logo, que a relação que se forma entre as Administradoras de Planos de Saúde (denominadas por elas próprias como “Contratadas”) e os usuários desses planos (denominados pelas Administradoras como “Contratantes”) é uma RELAÇÃO DE CONSUMO, formada, de um lado, por um fornecedor de serviços de assistência médico-hospitalar, que no caso é a Administradora demandada, nos termos do Art. 3º, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/90, e, de outro lado, um consumidor destinatário final desses serviços, conforme o Art. 2º do mesmo CDC.

Desse modo, as normas prevalentes que regem essa relação, são as normas do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), que são de ORDEM PÚBLICA E DE INTERESSE SOCIAL, nos termos do seu Art. 1º.

A relação “Administradora de Plano de Saúde/Usuário” é indubitavelmente uma relação de consumo. Caracteriza-se, portanto, e com absoluta certeza, a presença dos interesses transindividuais, ou metaindividuais, tutelados pelo Código de Defesa do Consumidor, e pela Lei da Ação Civil Pública (Lei nº 7.347/85), que é a expressão do agir processualístico do referido Código. É a LACP (Art. 1º-II e IV, e Art. 5º), como também a LONMP (Lei nº 8.625/93) aos Arts. 1º e 25-IV “a”, que também consagram a legitimidade do Ministério Público para pleitear em juízo na defesa dos aludidos interesses transindividuais, sejam eles difusos, coletivos ou individuais homogêneos. Dúvidas já houve, no passado, sobre a legitimidade do Ministério Público para pleitear em juízo na defesa dos interesses individuais homogêneos.

Foram, porém, inteiramente dirimidas, e já não se discute, hoje, a respeito. Tanto é que o STJ, em decisão publicada no DJU de 17/10/93 (Resp. 49.272-6-RS-1ª T - J. 21/9/94, Rel. Min. Demócrito Ramos Reinaldo), assim se pronunciou:

²⁸ Adaptado de: IGF – Intellect Gerenciamento Financeiro – <bit.ly/2BnQL8m>. A ação civil pública, mesmo que seja elaborada pela associação, requer orientação jurídica.

“PROCESSUAL CIVIL – AÇÃO CIVIL PÚBLICA PARA DEFESA DE INTERESSES E DIREITOS INDIVIDUAIS HOMOGÊNEOS – [...] – POSSIBILIDADE” (Grifamos)

Ora, vale ressaltar que a Lei nº 7.347/85 caracteriza-se, basicamente, como uma lei processual que rege o procedimento da Ação Civil Pública, compatível com os dispositivos constantes no Título III do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90).

Isso redundaria em que, sendo ambas as Leis, a LACP e o CDC, de igual hierarquia, e tendo a Lei nº 7.347/85(LACP), no Art. 21, remetido aos dispositivos do mencionado Título III da Lei nº 8.078/90(CDC), é óbvio que incluem-se eles na compreensão daquela (LACP), passando a integrar o seu contexto.

E o Ministério Público, além dos dispositivos da LONMP, mencionada no preâmbulo, também é legitimado pelos Arts. 81, 82, 91, 92 do já referido “Título III” do CDC, integrante da LACP. Então, o referido Art. 21 da Lei nº 7.347/85, inserido pelo Art. 117 da Lei nº 8.078/90, expandiu os limites da Ação Civil Pública, de modo a abarcar a defesa dos interesses e direitos individuais homogêneos, e legitimou o Ministério Público, extraordinariamente, como substituto processual a exercê-la, tanto quanto legitimado já fora à defesa aos interesses e direitos difusos e coletivos.

DO MÉRITO DOS FATOS

A fornecedora ora demandada, como Administradora de Planos de Saúde destinados à “Prestação de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar”, conforme consta no Contrato de adesão de cópia anexa, no item denominado “Do contrato”, compromete-se, pela Cláusula 1ª, à “prestação de Assistência Médico-Hospitalar” aos contratantes/consumidores e seus dependentes.

Está-se, no caso, diante de um tipo de contrato, o de adesão, em que as cláusulas são previamente estabelecidas, unilateralmente, por uma das partes, sem que a outra participe da configuração do conteúdo negocial. Isso significa que a parte que tem a faculdade de preestabelecer suas condições, insere, amiúde, cláusulas que podem romper a relação de equivalência entre direitos e obrigações, contrariando o tradicional pressuposto da igualdade jurídica entre as partes, e tornando iníquo o princípio do pacta sunt servanda. Por consequência, o contrato que assim se forma, expressa a lei do mais forte, no caso, a Administradora demandada, traduzindo-se em um manifesto desequilíbrio, que transforma em uma quimera, a tradicional ficção da igualdade jurídica entre as partes, embotando o princípio da liberdade contratual.

No corpo do contrato de adesão imposto pela fornecedora/demandada aos consumidores que desejarem contratar os seus serviços de fornecedora de assistência médica, encontramos, no capítulo VI – DAS EXCLUSÕES CONTRATUAIS.

Ora, MM. Juiz, tais dispositivos embotam e contrariam frontalmente o próprio objeto do contrato, que é o de prestar serviços de Assistência Médico-Hospitalar, restringindo-o a priori, sem cumprir o objeto do contrato, que é a prestação de serviço adequado, garantindo a saúde do segurado/contratante.

DO DIREITO

Essas regras contratuais são defeituosas e caracterizam um vício intrínseco na prestação de serviços, principalmente por lidar com a saúde, que é um serviço de relevância pública, nos termos

dos Arts. 196, 197, e seguintes, da Constituição Federal de 1988. Ressalta, desde logo, o enquadramento dessas cláusulas contratuais à hipótese prevista na norma do § 1º e incisos, do Art. 14 do CDC, que diz:

Art. 14 § 1º: O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

I - o modo de seu fornecimento

II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam

III - a época do seu fornecimento

Da análise da cláusula questionada emerge a falta de uma razoabilidade. A exclusão de doenças como a meningite por ser infecto contagiosa é inconcebível a quem tem a obrigação contratual de prestação de serviço de saúde. Isso porque doenças de modo geral são infecto contagiosas, assim vejamos: um resfriado, um “pano branco”, “fungo de unhas”, até mesmo uma simples “acne”, ou uma dessas viroses tão comuns hoje em dia, a “dengue”, por exemplo, são infecto contagiosas, eis que provocadas por bactérias, fungos ou vírus, transmissíveis até pelo ar que respiramos, ou por um mosquito que é o vetor.

Ora, MM: juiz, a tutela antecipada cabe ao caso, uma vez que há milhões de consumidores que, apesar de pagarem o plano de saúde, estão doentes e sem tratamento. Já está o periculum in mora. Caso não se conceda a tutela antecipadamente, será tarde para um tratamento, com relação a essas pessoas que não pedem nada mais do que um direito seu, tutelado pela Carta Magna. O fumus também encontra-se presente, pois trata-se de um direito essencial da população, ter acesso a um tratamento.

DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer, liminarmente, o MINISTÉRIO PÚBLICO a incorporação dos serviços nos planos de saúde dos consumidores, por ser de direito destes a prestação deles. Para os consumidores que aderirem futuramente aos serviços da ré, requer-se que conste no contrato o tratamento de tais doenças.

Requer a aplicação de multa no valor de R\$ (inserir o valor) a cada serviço negado. Além disso, requer a aplicação de multa de R\$ a ser revertida ao fundo de amparo ao consumidor.

Requer a citação do réu para, querendo, contestar a ação.

Protesta provar o alegado por todas as provas em direito admitidas.

Dá-se à causa o valor de R\$ (inserir o valor).

Nesses termos,

Pede deferimento.

(Local), (dia) de (mês) de (ano).

(Assinatura)

2. Outros exemplos:

Ação civil pública

Objeto da ação: Insumos capilares para diabéticos

4ª Promotoria de Justiça – Com atribuição na defesa dos direitos das pessoas idosas e das pessoas portadoras de deficiências. Comarca de Jacareí – SP

<bit.ly/2z6YIc4>

Ação civil pública com pedido de antecipação de tutela

Objeto da ação: fornecimento de análogos de insulina

MPF – Procuradoria da República no Pará

<bit.ly/2BFyuQF>

Para denunciar falta de higiene em hospital

(fonte: Idec, 2006)

(Local, data)

Ao diretor da Vigilância Sanitária (da sua cidade ou do seu Estado)

C/c ao secretário de Saúde e ao diretor do (Hospital, Pronto-Socorro, Unidade ou Serviço de Saúde)

Prezado senhor,

Em (data), compareci ao (nome do estabelecimento de saúde), localizado à (endereço), pretendendo receber atendimento. O estabelecimento de saúde, todavia, encontrava-se em péssimas condições de higiene, como (se quiser, você pode relatar alguns exemplos do que viu), colocando em risco minha saúde e a dos pacientes que ali estavam sendo atendidos. A Lei nº 8.080/90 inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica, o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, além do controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

À Vigilância Sanitária cabe a fiscalização dos estabelecimentos hospitalares, a fim de que seja garantida a preservação da limpeza e da higiene desses locais, evitando a proliferação de doenças. Diante do exposto, solicito que a Vigilância Sanitária cumpra o seu papel de fiscalização e tome as devidas providências para que a limpeza e a higienização adequadas do referido estabelecimento de saúde sejam restabelecidas, garantindo aos pacientes que nele forem atendidos a preservação de seus direitos à saúde e à vida, protegidos pela Constituição Federal (em especial pelos artigos 1º, inciso III, 5º caput, 196 e 198, inciso II).

Certo(a) de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos como cidadão(ã), agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de 10 (dez) dias, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

Para solicitar providências ao Ministério Público

(fonte: Idec, 2006)

Local, (Local, data)

Ilustre senhor

Dr. (nome do Promotor de Justiça)

Ministério Público de (colocar o seu Estado)

Prezado senhor:

Em (data), compareci ao (nome do estabelecimento de saúde), localizado à (endereço), para (explicar o tratamento, medicamento que você foi buscar ou o motivo que o levou a buscar uma unidade do sistema público de saúde).

Ocorre que (relatar o que aconteceu, o problema que você enfrentou ou presenciou. Explique a situação ao promotor de Justiça com todos os detalhes que você conseguir, como nome e cargo das pessoas envolvidas, testemunhas que presenciaram o fato, documentos, como receitas, prontuários médicos, comprovantes de agendamento de consultas, exames, guia de internação, etc.).

O fato relatado representa ofensa à Constituição Federal de 1988 (especialmente aos artigos 1º, III, 3º, IV, 5º, 6º, 196 e seguintes) e à Lei nº 8.080/90, que, dentre outras atribuições, regula o SUS (Sistema Único de Saúde), do qual o(a) (hospital, centro ou unidade de saúde) mencionado acima faz parte.

Sendo a saúde um direito fundamental do cidadão e também serviço de relevância pública (artigo 197, CF88), cumpre ao Ministério Público zelar pela sua proteção face ao descaso do poder público (Artigos 129 e 127 da CF88).

Sendo assim, solicito que sejam tomadas as medidas necessárias para apurar e combater os problemas aqui relatados, que poderão implicar em sérios prejuízos à saúde dos cidadãos usuários do sistema público de saúde.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

Modelo de Ficha de Adesão (Frente Parlamentar) – frente

(adaptado do Guia de Advocacy no Legislativo para LGBT, 2007 – <bit.ly/2kt3wn9>)

_____ de _____ de 2018

Senhor(a) Deputado(a),

Assunto: Frente Parlamentar para o Enfrentamento do Diabetes

(Apresentar a Frente) ... a Frente tem a finalidade de contribuir com as respostas socioculturais e políticas no enfrentamento do diabetes no Brasil.

O intuito da presente correspondência é convidá-lo(a) a integrar esta Frente e se unir aos esforços para minimizar a incidência e a prevalência do diabetes e melhorar as condições de tratamento e a qualidade de vida de pessoas que passam pela experiência da doença.

Na expectativa de contar com seu apoio, solicitamos o preenchimento da Ficha de Adesão anexa, e informamos que faremos novo contato para convidá-lo(a) às atividades da Frente Parlamentar para o Enfrentamento do Diabetes.

Estamos à disposição através do telefone _____ ou e-mail _____

Atenciosamente,

Nome do(a) parlamentar coordenador(a) da Frente

Modelo de Ficha de Adesão (Frente Parlamentar) - verso
(adaptado do Guia de Advocacy no Legislativo para LGBT, 2007)

FRENTE PARLAMENTAR PARA O ENFRENTAMENTO DO DIABETES

FICHA DE ADESÃO

Nome do(a) parlamentar:	
Partido:	
Gabinete N°:	Anexo:
Assessor(a) responsável:	
Telefone/Fax:	
E-mail:	
Assinatura:	
(se encaminhar por e-mail, não precisa de assinatura)	

Após preenchida e assinada a Ficha de Adesão, por favor, encaminhe para o gabinete de _____
coordenador(a) da Frente Parlamentar para o Enfrentamento do Diabetes

A/C pessoa, endereço do gabinete, fone, fax, e-mail

Fundada em 1970, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) é uma associação civil, sem fins lucrativos, que reúne médicos e profissionais de saúde com interesse em diabetes *mellitus*. É filiada à *International Diabetes Federation*. A SBD tem como missão: “Contribuir sempre para a prevenção e tratamento adequado do diabetes, disseminando conhecimento técnico-científico entre médicos e profissionais de saúde, conscientizando a população a respeito da doença, melhorando a qualidade de vida das pessoas com diabetes e colaborando com o Estado na formulação e execução de políticas públicas voltadas para a atenção correta dos pacientes e para a redução significativa do número de indivíduos com diabetes em nosso país.”

Cristina Câmara é bacharel em Ciências Sociais, mestre em Sociologia e doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fez parte da diretoria do Grupo Pela Vidda (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids) do Rio de Janeiro. Trabalhou no Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids do Ministério da Saúde, como chefe do setor de Articulação com a Sociedade Civil e de Direitos Humanos. Foi consultora da *American Cancer Society*, tendo elaborado o “Mapeamento político da saúde no Brasil: um recurso para ONGs atuando em câncer de mama” (2011), que orientou esta publicação. A autora trabalha como consultora independente. É associada da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), parecerista do Comitê Científico da *International AIDS Society*, do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e de revistas acadêmicas.

ISBN 978-85-906535-0-9

