

Programação

► DIA 22 DE MARÇO DE 2011 – TERÇA-FEIRA

8h30 Abertura

Senador Humberto Costa (PT/PE)
Senador Cristovam Buarque (PDT/DF)
Senador Rodrigo Rollemberg (PSB/DF)
Dóris Marize Romariz Peixoto - Diretora-Geral do Senado Federal
Bruno Dantas – Consultor-Geral Legislativo do Senado Federal
Haroldo Tajra - Diretor do Interlegis
Paulo Gadelha – Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Fernando Meneguim – Diretor do Centro de Estudos da CONLEG

► 9h Lançamento do Observatório da Saúde no Legislativo

10h Conferência – A emergência do Direito Sanitário como um novo campo do Direito.

Doutor Fernando Aith – Faculdade de Medicina - USP

► 14h - Mesa Redonda I – A produção legislativa em saúde. Coordenador: Marco Aurélio Antas Torronteguy – FIOCRUZ

TEMA I: A eficácia do Poder Executivo e o do Poder Legislativo na produção legislativa em saúde de 1988 a 2008.

Alcinda Maria Machado Godói – CONLEG-Senado Federal

TEMA II: A produção legislativa em saúde da Câmara Distrital na última legislatura.

Giliana Betini - Ministério da Saúde

TEMA III: A concretização do Direito à Saúde no Brasil: uma análise da legislação sobre doenças e agravos específicos.

Geraldo Lucchese – CONLEG-Câmara dos Deputados

► 16h30 – Mesa Redonda II – TEMAs atuais da produção Legislativa em Saúde I.

Coordenador: José Alves de Oliveira – CONLEG – Senado Federal

TEMA I: A instituição do princípio de responsabilidade sanitária pela via legal: os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional

Luiz Carlos Romero – CONLEG-Senado Federal

TEMA II: A apreciação e aprovação da Lei Seca pelo Congresso Nacional.

Gustavo Silveira Machado - CONLEG - Câmara dos Deputados

TEMA III - Regulamentação do conceito de integralidade e seus reflexos sobre a judicialização das políticas de saúde

Silvia Badim Marques – FIOCRUZ

SEMINÁRIO DE DIREITO SANITÁRIO

O Direito à Saúde na Produção Legislativa

► DIA 23 DE MARÇO DE 2011 – QUARTA-FEIRA

► 9h - Conferência – A Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29: dificuldades e perspectivas.

Nelson Rodrigues dos Santos - IDISA/UNICAMP

► 10h30 - Mesa Redonda III – O Direito Sanitário na Internet.

Coordenador: Sandra Mara Campos Alves – FIOCRUZ

TEMA I - O Observatório Permanente da Saúde no Legislativo: relato de experiência

Maria Célia Delduque – FIOCRUZ

TEMA II - Blog de Direito Sanitário: relato da experiência e resultados

Neilton Araújo de Oliveira - ANVISA

► 14h Mesa Redonda IV – TEMAs atuais da produção Legislativa em Saúde II.

Coordenador: Jarbas Ricardo de Almeida - FIOCRUZ

TEMA I - A regulamentação da publicidade de tabaco, bebidas e alimentos.

Ana Luiza Fleck Saibro – CONLEG – Senado Federal

TEMA II - A Lei do Ato Médico e a regulamentação profissional da Medicina.

Sebastião Moreira Jr – CONLEG – Senado Federal

TEMA III - Ambientes livres do tabaco: a atuação dos legislativos estaduais e do Congresso Nacional

Guilherme Eidt Gonçalves de Almeida - ACTBr

A REGULAMENTAÇÃO DA EC- 29: DIFICULDADES E PERSPECTIVAS

Seminário O Direito à Saúde na Produção
Legislativa 22/23/ Mar-2011

**Nelson Rodrigues dos Santos- Instituto de Direito Sanitário Aplicado-
IDISA**

% Orçamento para Saúde (Média Municipal)

(Fonte: MS - SIOPS)

2001 – 14,4 %

2002 – 16%

2008 – 19,5%

2009-21%

2007: Dos 5.277 Municípios que informaram o SIOPS, somente 38 destinaram % abaixo de 15%

R\$ 10 bi a mais

% Orçamento para Saúde (Média Estadual)

2007: 10,86%

Estados com 12% ou mais: 11

Estados entre 9 e 12%: 9

Estados entre 3,5 e 9%: 7

Orçamento Federal: VNP ano anterior

(Fonte: MS - SIOPS)

**% Participação Federal e de Estados + Municípios
no Financiamento Público da Saúde 1980-2006**

ANOS	1980	2006	2009
FEDERAL	75%	46,70%	45,60%
ESTADOS + MUNÍCIPIOS	25%	53,30%	54,40%

Fonte: SIOPS/MS/IPEA/Gilson Carvalho

% Participação na Arrecadação

FEDERAL	60%
ESTADUAL	24%
MUNICIPAL	16%

Variação da % da Receita Corrente da União/PIB
versus
Variação da % da Despesa do MS/Receita Corrente da União

ANOS	1995	2004
RCU/PIB	19,7%	26,7%
MS/RCU	9,6%	7,5%

Fonte: MS – MF

% Gasto Público Saúde no PIB

ANOS	2.000	2.006
Federais	1,73%	1,73%
Estados + Municípios	1,17%	1,74%
Total	2,90%	3,47% *

*Abaixo de Cuba, Argentina, Uruguai, Costa Rica e Panamá
(Países europeus, Japão e EUA: 6.5 a 8.5%)

Fonte: MS/MF

INTERVENÇÕES POLÍTICO – ADMINISTRATIVAS:

1.990 – 30% OSS (106,6 bi/2008) (48,4)

1.993 – 25% da CP (84,3 bi/2007) (44,3)

1.996 - CPMF

2.000 – EC-29

2003/2011 – PL 01/03 - PL 121/07 – 10% RCB (8,5% - 10%)

- PL 306- VNP + CSS- FUNDEB/ ESTADOS (7 bi)- DRU (3bi)= 5 bi

EM ANDAMENTO:

PEC 233/08: Extinção COFINS – CSLL – PIS/PASEP

SUS e SS: COBERT. E PER- CAPITAS

	SUS	SS
COBERT.	191mi – 100%	41,5 mi-21,7%
SÓ SUS	149,5 mi – 78,3%	
PER - CAPITA	545,00	1.185,00/ 1.730,00

- Fontes: ANS em “ Tributação e Equidade no Brasil” – IPEA, 2010
- MF, MPOG em Gilson Carvalho.

SUBSÍDIO PÚBLICO/ SAÚDE SUPLEM.

DEDUÇÃO IRPF/ IRPJ – 3,86 bi/ 1,96 bi(5,82 bi)-2008

INSENÇÕES HOSP. FIL. – 1,67 bi – 2008

INSENÇÕES IND.FARM. – 2,18 bi – 2008
9,67 (2009: 12,9 bi)

Fonte: RF

CO-FINANC.PL.PRIV.SEV.PÚBL. (Leg. Jud. MP?)

Fed.: 1,9 bi – 2006

BR: 1,8 bi – 2005

Não RESSARCIM. AO SUS: 1,5 – 2,0 bi(.3bi)

Fonte: MF em “Tributação e Equidade” – IPEA, 2010

FINANC./ INVESTIM. (ANS): 3,4 bi – BNDS, Até 69 mi/ proj. – BID

Fonte: Cardoso, A.A. – Diretor ANS

RELAÇÃO GASTOS DO MS / DEDUÇÕES E ISENÇÕES FISCAIS (*)

2003 – 26,4%

2004 – 27,0%

2005 – 25,7%

2006 – 30,6%

(*) IRPF – IRPJ – IND. FARM. – HOSP. SFL

GASTO TRIBUTÁRIO COM SAÚDE X GASTO DO MS 2003/2007

73,6% X 49,9%

Fonte: Carlos Octavio Ocké Reis - (IPEA) – “SUS: O Desafio de ser Único” – 2009
- Valor Econômico de 24. Jan.2011

MODELO DE ATENÇÃO

Necessidades da População

Promoção – Proteção – Recuperação.

Região / Micro – região

Profissionais de Saúde

Política de Pessoal

Prestadores de Serviços

Públicos

Privados Compl.

Fabricantes / Fornecedores

Medicamentos

Equipamentos

MODELO DE GESTÃO

Financiamento

- Fontes – Repasses – Fundos de Saúde

Planejamento/Orçamentação

- Metas – Custos – Prioridades - Etapas

Gestão de Sistema e Redes

- Esferas de Governo / Regiões de Saúde
- Colegiados Interfederativos - Pactuação

Gerencia/Execução

- Recursos Financeiros, Materiais, Humanos
- Administração Direta e Indireta. Autonomia Gerencial

Avaliação – Controle – Regulação

Relação Público – Privado

- Complementaridade – Parceria - Hegemonia

SISTEMAS DE SAÚDE: MODELOS

	EUROPEU	EUA	BRASIL
% Públ. – Priv.	80% - 20%	45% - 55%	44% - 56%
% Públ. - PIB	7/8% - 1,5/2% (9/10%)	4% - 12,2% (16,2%)	3,7% - 4,7% (8,4%)
pc Públ.. – Priv. (US\$)	2.000 – 400 (2.400)	2.000 – 6.333 (8.333)	340 – 426 (766)
APS	85/95%	*	40%

* 53% (163,2 mi): Segur. Priv. – 27% (83,1 mi): Gov. – 15% (46,2 mi): Desc. – 5% (15,4 mi): Direto

DESENVOLVIMENTO DO SUS

-Contexto: Política Pública e Jurídico – Legal

-Rumo Inicial Maior: CF e LOS

Princípios e Diretrizes

-Rumos Adicionais Menores: Estratégias

Realização da Política Pública

Forças/Interesses: sociais e políticos

Negociações/Normas infra-legais

Poder Executivo (Gestores e Conselhos)

EXECUTIVO E LEGISLATIVO NA PRODUÇÃO LEGAL EM SAÚDE, DE 1988 A 2008

**Alcinda Maria Machado Godoi
Consultora Legislativa
Senado Federal**

Objetivos

- Traçar um panorama da legislação federal de saúde produzida no período pós-constituente (1988-2008); e
- determinar o papel desempenhado pelos Poderes Legislativo e Executivo na formulação das políticas de saúde via produção legislativa.

MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

PESQUISA QUANTITATIVA

- Identificação da legislação de saúde do período de out/1988 a out/2008
- Identificação das proposições legislativas originárias e levantamento dos dados
- Classificação das leis
- Construção do banco de dados
- Tabulação e análise dos dados

CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS LEIS DE SAÚDE

- **Identificadas 135 normas legais: 129 leis ordinárias e 6 emendas constitucionais**
- **60% do Poder Legislativo e 40% do Executivo**
- **77% PL; 18,5% MPs e 4,4% PEC**
- **Menor tempo de tramitação para proposições originárias do Executivo (184 dias x 1.493 dias)**
- **Urgência: Executivo – 77% ; Legislativo – 11%**

CONTEÚDO DAS LEIS – POLÍTICA DE SAÚDE GERADA

	Executivo	Legislativo
Estruturante do SUS	13,8 (7)	1,2 (1)
Organizativa não-estruturante do SUS	15,7 (8)	-
Financiamento do SUS	3,9 (2)	3,6 (3)
Regulatória	45,1 (23)	47,6 (40)
Distributiva	21,6 (11)	23,8 (20)
Simbólica	-	23,8 (20)

ÁREA TEMÁTICA DAS LEIS DE SAÚDE

	Executivo	Legislativo
Organização e gestão do SUS	21,6	1,2
Financiamento do SUS	5,9	3,6
Saúde suplementar	5,9	2,4
Programas e ações de saúde	7,8	22,6
Vigilância sanitária	17,6	10,7
Prevenção de riscos à saúde	11,8	11,8
Profissões de saúde	7,8	7,1
Benefícios a grupos/instituições	17,6	4,8
Bioética e biodireito	3,9	9,5
Efemérides	-	26,2

TIPO E FORMA DE DISTRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS

	Executivo	Legislativo
Distributiva concentrada	29,4	14,3
Distributiva difusa	11,8	27,0
Subtotal	41,2	41,3
Regulatória concentrada	35,3	34,9
Regulatória difusa	23,5	23,8
Subtotal	58,8	58,7

SÍNTESE DOS RESULTADOS

- ✓ **Maior atuação proativa do Legislativo**
- ✓ **Utilização das prerrogativas constitucionais pelo Executivo: menor tempo de tramitação**
- ✓ **Primazia do Executivo na definição de políticas de saúde: leis estruturantes do SUS**
- ✓ **Preferência dos parlamentares por políticas de saúde pontuais, particulares e proposições simbólicas**
- ✓ **Maior prevalência de leis regulatórias**

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

- ✓ Não se pode aferir a força legiferante de cada um dos Poderes apenas pelo quantitativo de leis produzidas.
- ✓ As poucas leis estruturantes do Legislativo são altamente significativas.
- ✓ Importante incorporar outros aspectos na análise – como os destinatários dos benefícios; os limites constitucionais ao poder de legislar; os grupos de interesse.
- ✓ Necessidade de estudos qualitativos para avaliar em que medida a legislação federal contribui para a consolidação do SUS constitucional e sobre a efetividade das leis produzidas.

**Seminário de Direito Sanitário
O Direito à Saúde na Produção Legislativa**

A produção legislativa em saúde na Câmara Distrital-2008

Giliana Betini

Brasília
2011

O Legislativo e o direito a saúde

Estado Democrático de Direito

- ✓ Síntese que visa superar os limites do Estado de Direito e do Estado Democrático
- ✓ Lei representa a possibilidade da realização do princípio da igualdade e justiça
- ✓ **Separação de poderes**
 - Ampliação do Estado contemporâneo: rigidez inicial da separação dos poderes foi minimizada
 - Sistema dos freios e contrapesos: características da harmonia dos poderes
 - Crítica: a separação é formal, na prática observa-se o predomínio de um dos poderes sobre os demais.

Processo Legislativo no DF

- Inicia-se quando a proposição é apresentada para a Mesa Diretora
- Iniciativa: cabe aos membros ou órgão da Câmara Legislativa, ao Governador, ao Tribunal de Contas do Distrito Federal, ao Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas do Distrito Federal e aos cidadãos.

METODOLOGIA

➤ **Análise de Conteúdo**

➤ **Projetos de Lei apresentados na Câmara Legislativa do Distrito Federal no ano de 2008 (503)**

Projeto de Lei

Projeto de Lei Complementar

Proposta de Emenda à Lei Orgânica

➤ **Etapas de classificação e análise**

1) Geral- Organograma do governo do Distrito Federal (503)

2) Saúde- Lei Orgânica e no Regulamento da Secretária de Saúde do Distrito Federal (64)

3) Leis- contribuição para política de saúde do DF (24)

METODOLOGIA

Contribuição para a política de saúde do DF (Godoi, 2008)

Natureza

- 1) estruturantes do SUS
- 2) organizacionais e não-estruturantes do SUS
- 3) financiamento do SUS
- 4) distributivas
- 5) regulatórias
- 6) simbólicas

Objetivo/abrangência

1. leis distributivas difusas
2. leis distributivas concentradas
3. leis regulatórias difusas
4. leis regulatórias concentradas

Tema

- 1) organização e gestão do SUS
- 2) financiamento do SUS
- 3) saúde suplementar
- 4) programas e ações de saúde
- 5) vigilância sanitária
- 6) prevenção de riscos à saúde
- 7) profissões de saúde
- 8) benefícios a grupos específicos e instituições
- 9) bioética e biodireito
- 10) efemérides e outras leis simbólicas

RESULTADOS

Tabela: Proposições apresentadas na Câmara Legislativa do Distrito Federal segundo tipo, 2008.

Tipo	Nº	%
Proposta de emenda à Lei Orgânica	7	1,4
Projeto de lei complementar	50	9,9
Projeto de lei	446	88,7
Total	503	100,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa Legislativo e Saúde no DF

Principais temas – Legislativo

- ✓ 31,2% Simbólica ou Honoríficas - 40,2% única parlamentar
- ✓ 16,5% Saúde
- ✓ 12,2% Justiça, Direitos Humanos e Cidadania
- ✓ 10,4% Transporte

Principais características

- Legislativo: 65%
- Autoria: Individual
- Média: 10,9 projeto/deputado – 56 projetos de uma única parlamentar
- Situação: 54% (tramitação), 38% (Lei) e 9 % (arquivada)
- Lei: Executivo 70,4% e base aliada 26,3%
- Cidadãos: 1 proposição - Habitação
- Temas:
 - ✓ 20,7% Simbólicas e Honoríficas - Legislativo 98 %
 - ✓ 16,5% Planejamento e gestão - Executivo 84,3%
 - ✓ **Saúde 12,7% - Legislativo 84,4% !!**

RESULTADOS

Principais características - saúde

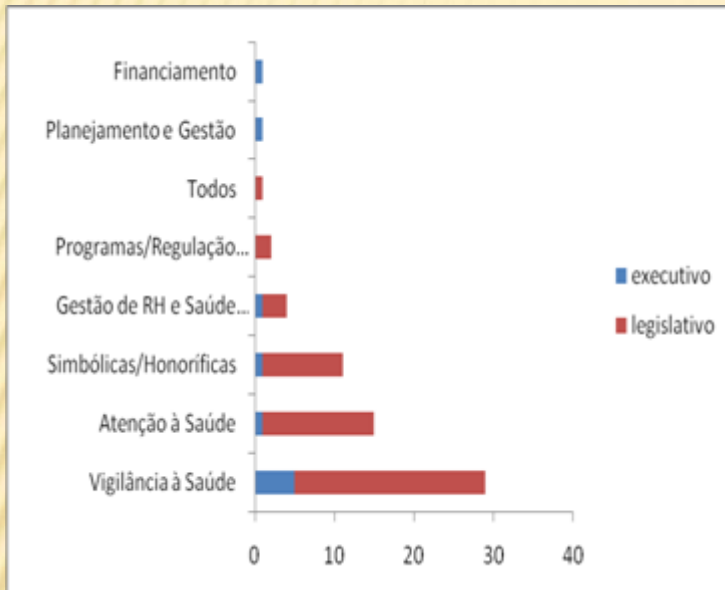


Gráfico: Proposições de saúde apresentadas pelo Poder executivo e Legislativo segundo temas. CLDF, 2008.

Fonte: Banco de dados da pesquisa Legislativo e Saúde no DF

➤ **64 proposições**
84, 4% Legislativo

➤ **Produção individual**

➤ **Profissão**

Empresário (26,4%)

Advogados (15,1%)

Médicos (13,2%)

Administradores (11,3%)

➤ **Partidos**

DEM (22,2%)

PMDB (20,4%)

PT (11,1%)

PMN e PSDB (9,3%)

➤ **Temas**

Vigilância à Saúde 45,3%

Atenção à Saúde 23,4%

Simbólicas/Honoríficas 17,2%

➤ **24 proposições de saúde transformadas em normas jurídicas: 70,8% do Legislativo e 29,2% do Executivo**

O Executivo conseguiu aprovação de 70% dos projetos de sua autoria contra 31,3% do Legislativo

Executivo conseguiu uma maior aprovação dos projetos !!!!!!!

RESULTADOS

Leis

Natureza

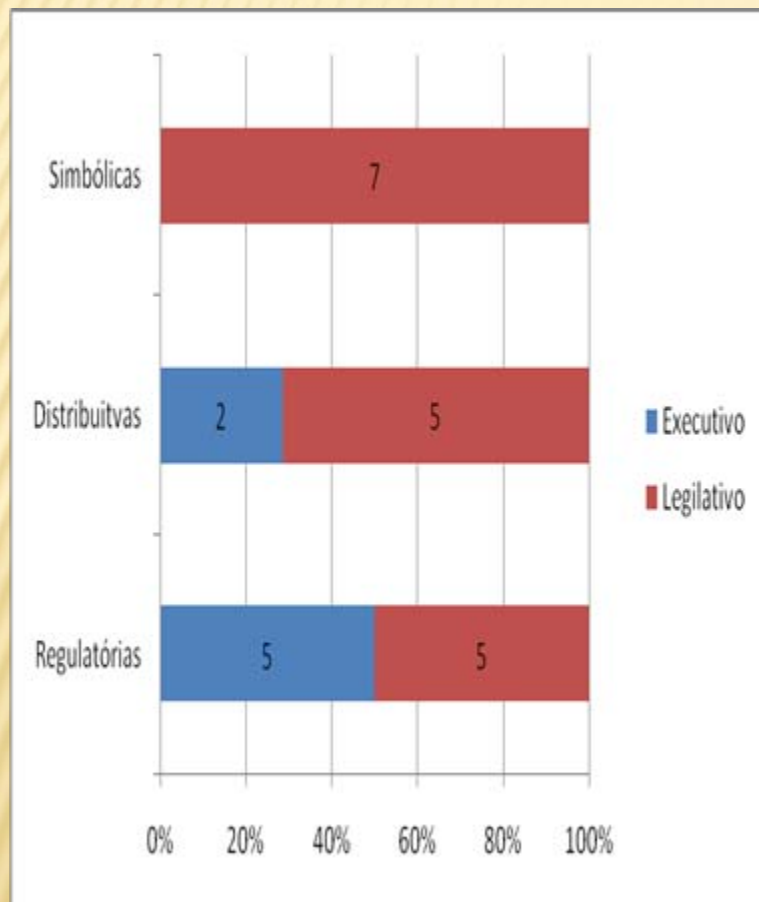


Gráfico: Leis de Saúde segundo a natureza, apresentadas pelo Poder executivo e Legislativo. Distrito Federal, 2008.

Fonte: Banco de dados da pesquisa Legislativo e Saúde no DF

Tema

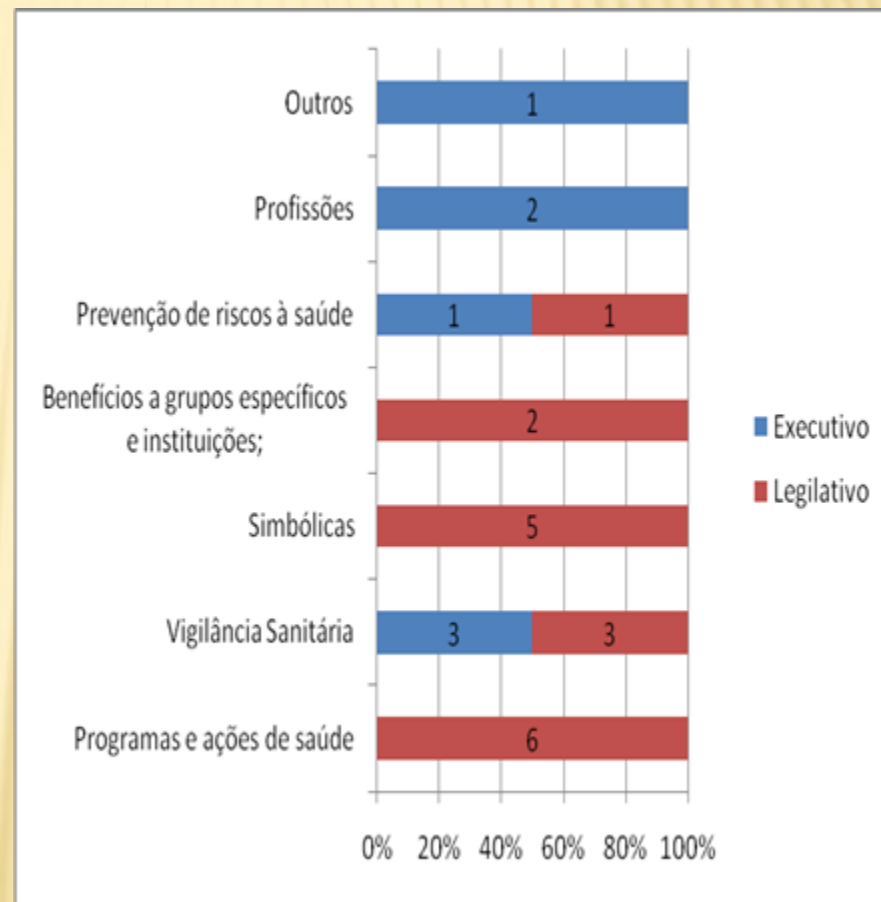


Gráfico: Leis de Saúde segundo o tema, apresentadas pelo Poder executivo e Legislativo. Distrito Federal, 2008.

Fonte: Banco de dados da pesquisa Legislativo e Saúde no DF

RESULTADOS

Leis: Objetivo/Abrangência

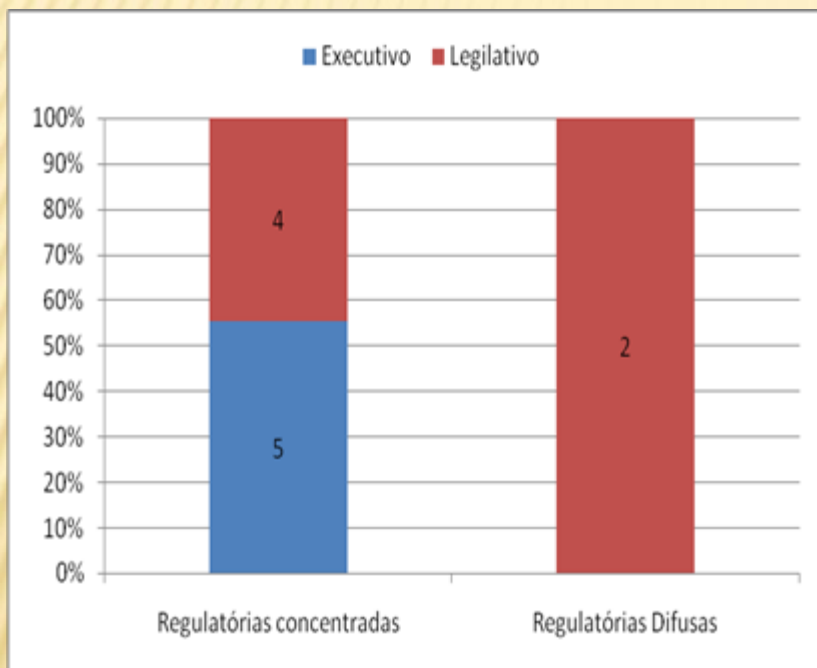


Gráfico: Leis de Saúde classificadas com a finalidade regulatória, apresentadas pelo Poder Executivo e Legislativo. Distrito Federal, 2008.

Fonte: Banco de dados da pesquisa Legislativo e Saúde no DF

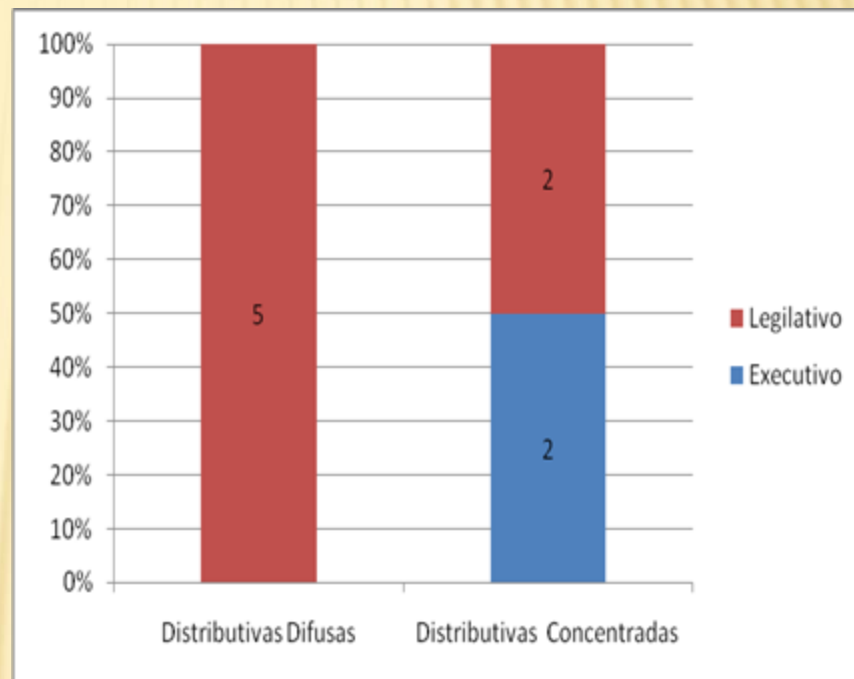


Gráfico : Leis de Saúde classificadas com a finalidade distributiva, apresentadas pelo Poder Executivo e Legislativo. Distrito Federal, 2008.

Fonte: Banco de dados da pesquisa Legislativo e Saúde no DF

Obs: Retiradas as simbólicas

Considerações Finais

- As proposições de autoria do Executivo não são predominantes no conjunto de propostas relacionadas à saúde, porém contam com maior “poder” de aprovação
- Prevaecem às propostas de autoria individual, característica do Legislativo no Brasil
- O custo das simbólicas e honoríficas

Conclusão

As leis aprovadas não tiveram como foco a política de saúde, no sentido de apresentarem contribuições para a estruturação, a organização ou o financiamento do SUS no âmbito do Distrito Federal. Predominam temas focais, voltados para ações e programas com perfil regulatório.

Seminário sobre Direito Sanitário

Fiocruz/Direb - Senado Federal/Centro de Estudos da Conleg

22 e 23 de março de 2011

A Concretização do Direito à Saúde no Brasil: uma análise da legislação sobre doenças e agravos específicos

Geraldo Lucchese

Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados

Introdução

- CF, art. 6º - saúde como direito social

- CF, art. 196 – determinação social da saúde
 - políticas públicas que visem a redução do risco de doença e agravos
 - acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde

Introdução

CF, art. 198 – o SUS como efetivador desse direito, com as 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.

Introdução

▪ **Leis 8.080/90 e 8.142/90**

- estrutura e funcionamento do SUS
- lei 8.080/90, art. 5º define os objetivos do SUS:
 - identificação e divulgação dos fatores condicionantes da saúde
 - formulação de políticas que visem a redução do risco
 - assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas

Introdução

▪ **Leis 8.080/90**

Art. 7º confirma as diretrizes e define os princípios do SUS:

I - universalidade de acesso em todos os níveis

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema

....

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie

Introdução

- **Leis 8.080/90 e 8.142/90**

⇒ atendimento universal de qualquer agravo em todos os níveis de complexidade

Introdução

▪ aprovação de leis específicas para garantir o direito à saúde:

- Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres de mama e de colo uterino no SUS.
- Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001, que cria o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata.

Justificativa

- **seriam necessárias estas leis específicas?**
- **não se tem conhecimento de estudo ou questionamento dessa situação**
- **necessidade de debate sobre o tema**
- **saber qual a tendência e quais as possíveis conseqüências**

Objetivos

- **geral**

discutir a necessidade de leis que assegurem à atenção à doenças ou agravos específicos para a concretização do direito à saúde no país.
- **específicos**
 - a) identificar e examinar as leis específicas que obrigam o SUS a realizar determinados procedimentos, serviços ou a fornecer produtos, atualmente em vigor;
 - b) levantar as iniciativas de projetos de lei que pretendem obrigar o SUS a realizar atenção específica a alguma doença ou agravo;
 - c) analisar as tendências e as possíveis conseqüências da existência de leis específicas a determinadas patologias no ordenamento jurídico do SUS.

Metodologia

- identificação das leis específicas já aprovadas:
 - consulta aos bancos de leis - a partir de 1990
- identificação dos projetos de lei em andamento:
 - sistemas de informação da Câmara dos Deputados e do Senado Federal
 - uso de proposta de classificação das proposições legislativas relacionadas à saúde
- descrição das leis existentes
- elaboração de matriz dos projetos de lei em curso – separar por ano – 2006 a 2008
- análises e redação do texto final

Direitos sociais e dignidade humana

▪ **séc. XVII e XVIII – direitos de primeira geração**

- idéia de liberdade - Estado mínimo

▪ **séc. XX – direitos de segunda geração**

- idéia da igualdade – mais plena
- direitos sociais – posituação constitucional
- redistribuição de riquezas
- Estado de prestações – serviços
- fundamento jurídico maior e mais complexo

Direitos sociais e dignidade humana

▪ **direitos sociais**

- modificam o comportamento passivo do Estado
 - direitos individuais: menos intervenção possível
 - direitos sociais: exigem intervenção na relação privada

▪ **dignidade da pessoa humana**

- **liberdade**
- **igualdade**
- **mínimo existencial**
 - educação, saúde e renda

Proliferação legislativa

- **multiplicação das leis e outras normas**
 - **deterioração da qualidade dos ordenamentos jurídicos**
 - múltiplos aspectos da vida como objeto de legislação – diversidade e demandas
 - leis mais específicas, cada vez mais técnicas
 - pouca qualidade – técnica legislativa
 - racional x vontade
- ⇒ **crise da lei** – desvalorização, dificuldade de conhecer e interpretar o direito

Proliferação de leis específicas no campo do SUS

- **desde 1990 – 10 leis em vigor**

- lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, que institui a distribuição gratuita de medicamentos, pelo SUS, para os portadores do vírus da imunodeficiência humana HIV;
- lei 9.797, de 6 de maio d 1999, que obriga o SUS a realizar cirurgia plástica reparadora da mama nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer;
- lei 10.289, de 20 de setembro de 2001, que institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata;
- lei 10.516, de 11 de junho de 2002, que institui a Carteira Nacional de Saúde da Mulher no âmbito do SUS;
- lei 11.255, de 27 de setembro de 2005, que define as diretrizes da Política de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite, em todas as suas formas, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, e dá outras providências;

Proliferação de leis específicas no campo do SUS

- lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
- lei 11.347, de 27 de setembro de 2006, que obriga o SUS a fornecer aos diabéticos ‘os medicamentos necessários para o tratamento da sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar’;
- lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que prevê o direito da gestante ‘ao conhecimento e à vinculação à maternidade na qual será realizado o parto; e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal’;
- lei 11.633, de 27 de dezembro de 2007, que altera a Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 para garantir a toda a mulher ‘o acesso à informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto’;
- lei 11.664, de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

Projetos de lei com objetivos semelhantes

- em 2006, 21 projetos de lei

- pl 6473, que dispõe sobre a obrigatoriedade da realização gratuita de cirurgia plástica para a correção de lesões em crianças vítimas de queimaduras graves, pelo SUS – Sistema Único de Saúde;
- pl 6968, que dispõe sobre a criação do Programa Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer de Pele, da Semana Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer de Pele, da obrigatoriedade de distribuição gratuita de protetor solar, pelo sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências;
- pl 6968, que dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de exames médicos pra detectar precocemente doenças ou restrições alimentares, em todos os alunos do ensino fundamental de todo o território nacional;

Projetos de lei com objetivos semelhantes

- em 2007, 26 projetos de lei, entre os quais:
 - pl 217 , que dispõe sobre a garantia de imediato atendimento médico, psicológico e social às vítimas de violência sexual;
 - pl 669, que dispõe sobre o programa de Combate e Prevenção ao Câncer de Pele junto aos pescadores em todo o território nacional;
 - pl 1395, que cria a obrigatoriedade, no âmbito do SUS, da realização de exames de diagnóstico de glaucoma, em cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, em todo o território nacional, priorizando os recém-nascidos;
 - pl 2458, que obriga o Sistema Único de Saúde a instalar bancos para coleta e manutenção de cordões umbilicais nas cidades que especifica.

Projetos de lei com objetivos semelhantes

- em 2008, 26 projetos de lei, entre os quais:
 - pl 2782, que institui o Programa Federal de Combate e Prevenção à Osteoporose;
 - pl 3037, que dispõe sobre a obrigatoriedade da instalação, nos hospitais da rede pública, de pontos com solução anti-séptica e placas de orientação para a prevenção de infecções hospitalares;
 - pl 3158, que dispõe sobre o fornecimento pelo Ministério da Saúde de kits para 'teste de gravidez' para a rede pública de saúde;
 - pl 4239, que cria Programa de Casas de Apoio destinadas ao atendimento de adolescentes grávidas.

Análises e conclusões

a) existe a tendência de continuidade da apresentação de projetos de lei cujo objeto são grupos particulares de pacientes; doenças ou agravos, diagnósticos e até procedimentos específicos

b) situação confirma o fenômeno da proliferação legislativa no Brasil

- normatização voltada a grupos populacionais e objetos cada vez mais específicos
- erros de técnica legislativa, inconstitucionalidades
- leis autorizativas, que não têm juridicidade
- crise da lei, desvalorização das normas, dificuldade de conhecer a legislação

Análises e conclusões

c) esta proliferação afronta a diretriz do atendimento integral e os princípios da universalidade de acesso e da igualdade da assistência

- compromete a equidade pois é provável que grupos de pacientes com melhor organização e mais recursos consigam aprovar alguma lei de seu interesse
- SUS acabará contemplando os grupos mais fortes, que conseguem consumir seus interesses no parlamento

d) acesso diferenciado promove a desigualdade social

- SUS como política de promoção da cidadania e igualdade social - busca de equidade

e) tendência a um ordenamento emaranhado, confuso, fragmentado e desqualificado que compromete mesmo a concepção de direito e de justiça – insegurança jurídica

Análises e conclusões

f) hipótese explicativa: estas leis e projetos de lei refletem um estado de ânimo quanto ao SUS

- devidos às falhas e carências do SUS, em especial no acesso aos serviços, há uma tendência de se aprovar leis específicas para obrigar o sistema a realizar determinados procedimentos, cuidados ou atenção à agravos específicos

g) refletir sobre a racionalidade dos legisladores

- são leis justas?
- representam o meio adequado para alcançar os fins propostos?
- como vai ser aceita?
- que efeitos vai produzir?

Análises e conclusões

h) necessidade de novas pesquisas:

- qual seria o grau de cumprimento das leis específicas em vigor?
- a vigência destas leis alteraram a situação do SUS?
- qual o impacto destas leis ad hoc na “judicialização” da política de saúde?

i) a concretização do direito à saúde no Brasil depende de políticas públicas voltadas à reduzir o risco de adoecer e da efetividade do SUS em oferecer serviços e ações de saúde aos brasileiros

Análises e conclusões

j) a efetividade do SUS depende de sua organização e estruturação administrativa e financeira

k) é questionável a utilidade das leis específicas para a concretização do direito à saúde - não parece ser o caminho a trilhar, uma vez que pode aprofundar a desigualdade

- de quantas leis precisaríamos?

OBRIGADO

geraldolucchesi@camara.gov.br

Centro de Estudos / Conleg / Senado Federal
Prodisa / Fiocruz

Seminário sobre Direito Sanitário

A INSTITUIÇÃO DO PRINCÍPIO DA RESPONSABILIDADE SANITÁRIA PELA VIA LEGAL

Luiz Carlos P. Romero
Consultoria Legislativa/Senado Federal

Brasília, 23-24 de março de 2011.

objetivo:

- ❑ Caracterizar, do ponto de vista do Direito Administrativo, Civil e Penal, as proposições legislativas que versam sobre responsabilidade sanitária de gestores do SUS formuladas nas duas últimas legislaturas (2003-2010).
-

especificamente:

- ❑ Como se justificam.
 - ❑ Que agentes alcançam; que ações e omissões são sancionáveis ou criminalizáveis; como se exerce o controle e com que processualística.
 - ❑ Caracterizar (adm/civil/penal) as ações e omissões sancionáveis e as consequências (sanções).
-

características das proposições legislativas que objetivam instituir o princípio da responsabilidade sanitária – identificação, data de apresentação, autoria e ementa

Projeto	PL 4.010/2004	PL 4.606/2004	Anteprojeto MS	PL 21/2007	PLS 190/2009
Apresentação	11/08/2004	09/12/2004	31/05/2005	05/02/2007	12/05/2009
Autor	Dep. Roberto Gouveia (PT-SP)	Dep. Roberto Gouveia (PT-SP)	Poder Executivo / Ministério da Saúde	Dep. Dr. Rosinha (PT-PR)	Sen. Augusto Botelho (PT-RR)
Ementa	Dispõe sobre a aplicação de penalidades administrativas no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.	Dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas.	Dispõe sobre a Responsabilidade Sanitária, cria o Sistema Nacional de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS e dá outras providências.	Dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas.	Altera a Lei nº 8.080, de 19/09/90, para definir procedimentos a serem adotados na apuração de responsabilidades e estabelecer sanções a serem aplicadas aos agentes públicos responsáveis pelo descumprimento injustificado de obrigações assumidas no âmbito do SUS.

características das proposições legislativas que objetivam instituir o princípio da responsabilidade sanitária –

mérito: esfera jurídica e agentes alcançáveis

Projeto	PL 4.010/2004	PL 4.606/2004 e PL 21/2007	Anteprojeto do Ministério da Saúde	PLS 190/2009
Esfera jurídica	Administrativa	Administrativa	Administrativa e penal	Administrativa e penal.
Agente alcançável	•Agente público	•Agente público •Agente privado (contratado ou conveniado com o SUS)	•Agentes públicos •Entes privados contratados ou conveniados com o SUS.	•Gestor

o gestor como agente

- Adoção da definição dada pelo art. 2º da Lei de Improbidade Administrativa (aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função)
 - No âmbito do SUS
 - Poder de decisão sobre a alocação de recursos para a área de saúde
-

características das proposições legislativas que objetivam instituir o princípio da responsabilidade sanitária – **categorias de ilícitos**

- ❑ descumprimento de determinações constitucionais sobre aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde;
 - ❑ descumprimento de determinações da Lei Orgânica da Saúde, referentes à estruturação e funcionamento de fundo de saúde, conselho de saúde e sistema de auditoria;
 - ❑ obstar ações de controle e avaliação;
 - ❑ ausência ou descumprimento de plano de saúde.
-

características das proposições legislativas que objetivam instituir o princípio da responsabilidade sanitária – mérito: **ilícitos**, tipificação e sanções/penalidades cominadas.

Projeto Ilícito	PL 4.010/2004		PL 4.606/2004 e PL 21/2007		Anteprojeto do Ministério da Saúde		PLS 190/2009	
	Tipo	Sanção	Tipo	Sanção	Tipo	Sanção	Tipo	Sanção
Deixar de aplicar os recursos mínimos determinados pela Constituição Federal (art. 198 § 2º).	Não tipificado	-	INFR. ADM.	Advertência e/ou multa	CRS	Reclusão, de 1 a 4 anos; suspensão dos direitos políticos ; e multa	CRS (CP 315)	Reclusão, de 2 a 8 anos, e multa.
Dar aplicação diversa da estabelecida em lei a verbas destinadas ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.	Não tipificado	-	INFR. ADM.	Advertência e/ou multa	CRS	Reclusão, de 1 a 4 anos, e multa	CRS (CP 315)	Reclusão, de 2 a 8 anos, e multa.
Deixar de apresentar plano de saúde ou relatório de gestão ao conselho de saúde por dois anos.	INFR. ADM.	Multa	INFR. ADM.	Advertência e/ou multa	CRS	Detenção, de 6 meses a 2 anos, e multa.	INFR. ADM.	Advertência e/ou multa.

características das proposições legislativas que objetivam instituir o princípio da responsabilidade sanitária – mérito:

ilícitos, tipificação e sanções/penalidades cominadas.(cont.)

Projeto	PL 4.010/2004		PL 4.606/2004 e PL 21/2007		Anteprojeto do Ministério da Saúde		PLS 190/2009	
	Tipo	Sanção	Tipo	Sanção	Tipo	Sanção	Tipo	Sanção
Ilícito								
Dar causa ao descumprimento do plano de saúde, deixar de executar ou interromper injustificadamente ações previstas, causando agravos à saúde da população.	Não tipificado	-	INFR. ADM.	Advert. e/ou multa	INFR. ADM. grave.	Advert. e/ou multa	CRS (CP 315)	Reclusão de 2 a 8 anos, e multa.
Aplicar recursos em atividades não previstas no plano de saúde (exceto emergências).	INFR. ADM.	Multa	INFR. ADM.	Advert. e/ou multa	INFR. ADM. grave.	Advert. e/ou multa	CRS (CP 315)	Reclusão de 2 a 8 anos, e multa.

características das proposições legislativas que objetivam instituir o princípio da responsabilidade sanitária –
mérito: processo

Projeto	PL 4.010/2004	PL 4.606/2004 e PL 21/2007	Anteprojeto do Ministério da Saúde	PLS 190/2009
Agências / instâncias que exercem o controle	<ul style="list-style-type: none"> •Conselho de saúde; •Sistema Nacional de Auditoria do SUS; •Tribunal de Contas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Sistema Nacional de Auditoria do SUS; •Tribunal de Contas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Conselho de Saúde; •Sistema Nacional de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria do SUS; •Tribunal de contas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Conselho de saúde; •Sistema Nacional de Auditoria do SUS; •Tribunal de Contas; •Ministério Público.
Competência para fiscalização	<ul style="list-style-type: none"> •Sistema de Auditoria do SUS; •Tribunal de Contas; •Conselho de Saúde. 	Serviços dos sistemas de auditoria, controle e avaliação do SUS (por amostragem)	<ul style="list-style-type: none"> •Conselho de Saúde; •Sistema Nacional de Regulação ...; •Tribunal de contas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Conselhos de saúde; •Sistema Nacional de Auditoria.
Rito	Processo administrativo próprio, com ritos e prazos a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	Processo administrativo próprio.	“Regulamento próprio que estabeleça um processo administrativo que assegure o contraditório, ampla defesa e o direito ao recurso, na forma prevista na Lei nº 9.784/99.”	Rito ordinário. (Art. 17 da Lei nº 8.429, de 2/6/92.)

características das proposições legislativas que objetivam instituir o princípio da responsabilidade sanitária –
mérito: processo (continuação)

Projeto	PL 4.010/2004	PL 4.606/2004 e PL 21/2007	Anteprojeto do Ministério da Saúde	PLS 190/2009
Previsão de termo de ajuste de conduta	Não trata	Permitido quando a infração não causar prejuízo direto para a saúde da população (infrações leves).	Previsto para “correção de impropriedades no funcionamento do Sistema”.	Não trata.
Acompanhamento do cumprimento do termo	Não trata	<ul style="list-style-type: none"> •Conselho de Saúde; •Ministério Público. 	Conselho de saúde.	Não trata
Possibilidade de intervenção por parte da União e dos Estados	Não trata	Não trata	Competências de gestão de recursos e regulação do sistema passíveis de transferência, por prazo determinado, nos casos de “gestão inadequada (...) face às responsabilidades sanitárias” e na ausência de termo de ajuste de conduta sanitária.	Não trata

conclusões (1) – evolução do conceito

- ❑ Responsabilidade objetiva do Estado com a concretização do dever constitucional em relação à saúde; realização do princípio de integralidade da atenção; dimensão política.
 - ❑ Responsabilidade solidária dos três entes federados; estabelecimento de mecanismos de cooperação e controle mútuo entre entes federados com vistas à efetividade de políticas de saúde; ampliação da responsabilidade subjetiva do gestor.
 - ❑ Reconhecimento de valor jurídico a novas fontes de Direito; ampliação da responsabilidade 'administrativo-sanitária' que decorre apenas de normas legais.
-

conclusões (2) – **natureza**

- ❑ Da responsabilidade objetiva do Estado para a responsabilidade subjetiva do gestor
 - ❑ Da responsabilidade do ente público para responsabilidade do agente público
 - ❑ Teoria do Risco Administrativo x Teoria da Culpa Administrativa
 - ❑ Falta do serviço como fato gerador da responsabilidade sanitária
 - ❑ Em oposição ao 'risco inerente' à ação Estatal, o reconhecimento de um 'risco real' para a saúde da população em razão da falta do serviço
-

conclusões (3) – **esfera jurídica**

- ❑ Ampliação da responsabilidade em esfera administrativa e tipificação de crimes de responsabilidade sanitária
 - ❑ Sanção administrativa insuficiente para fazer cumprir a norma, reparar o dano e infundir respeito à ordem jurídica (responsabilização criminal).
 - ❑ Perda de direitos políticos.
-

conclusões (4) – **pluralismo normativo**

- ❑ Do descumprimento de obrigações constitucionais e legais ao reconhecimento de valor jurídico aos acordos pactuados entre os gestores das três esferas de governo e à obtenção de 'resultados mínimos'
 - ❑ Pluralismo normativo – reconhecimento de valor jurídico a novas fontes de direito (acordos interfederativos, planos de saúde) / ampliação de obrigações para além das cominadas em normas legais.
-

conclusões (5) – **processo**

- ❑ De um processo 'formal e ineficiente' a um 'procedimento próprio'
 - ❑ Tentativa de manter a questão no âmbito do SUS em vista de insuficiências e limitações do controle judicial
 - ❑ 'Termo de Ajuste de Conduta Sanitária' como inovação processual e reforço do papel dos conselhos de saúde
 - ❑ Instituição de processualística complicada e inefetiva.
-

Luiz Carlos Romero

romero@senado.gov.br

Seminário de Direito Sanitário

O Processo de aprovação da Lei nº 11.705, de
19 de junho de 2008

Gustavo Silveira Machado

gsmachado@uol.com.br

1 - Introdução

- A Lei 11.705/08 (“Lei seca”) resulta da MP 415/2008, editada em 21/1/2008, cujo texto previa 1) a proibição de venda de bebidas alcoólicas às margens de rodovias federais e 2) a inclusão de representante do MJ no CONTRAN

- O texto final, apesar da curta tramitação (de 7/2 a 19/6), foi bastante modificado, passando a introduzir várias alterações na Lei nº 9.503/97, (CNT) principalmente aumentando as restrições e punições a motoristas que consumam bebidas alcoólicas (“alcoolemia zero”)

- A nova lei foi bem recebida pela imprensa e grande parte do público leigo, mas criticada por juristas e operadores do direito, por inadequação à lei penal brasileira e por em certos casos surtir efeito oposto ao pretendido (art. 306 do CNT)

- Como e por que o texto inicial foi tão profundamente alterado, em sua curta tramitação?
- O processo de aprovação foi adequadamente fundamentado? (dados científicos, estatísticos, etc)

[...] antes do advento da Lei 11.705/2008 o crime de embriaguez ao volante (art. 306 do CTB) não exigia nenhuma taxa de alcoolemia. Bastava a comprovação de um condutor bêbado (dirigir sob a influência do álcool) e uma direção anormal (que coloca em risco a segurança viária). Agora, depois da Lei 11.705/2008, só existe crime quando a concentração de álcool no sangue atinge o nível de 0,6 decigramas [6 decigramas].

Conclusão: todas as pessoas que estão sendo processadas ou mesmo que já foram condenadas pelo delito do art. 306 cometido até o dia 19.06.08, desde que tenham sido surpreendidas com menos de 0,6 decigramas [6 decigramas] de álcool por litro de sangue, foram "anistiadas". Todas! Houve abolição do delito. Em outras palavras: o que antes era delito se transformou em mera infração administrativa. Nenhuma consequência penal pode subsistir para esses motoristas. A lei seca trouxe lá sua surpresa: na parte criminal, beneficiou os processados ou condenados.

Prova inequívoca: não havendo prova segura de que o motorista, antes da nova lei, tinha 0,6 decigramas [6 decigramas] de álcool por litro de sangue, impõe-se a absolvição. A lei nova exige essa prova de modo incontroverso. Diante de sua ausência, só resta a absolvição. Na dúvida, absolve-se o réu (in dubio pro reo).

Lei mal redigida: se a nova lei um dia irá alcançar seu objetivo de reduzir o número de mortes no Brasil não sabemos, o que é certo, desde logo, é que ela [...] veio beneficiar milhares de motoristas embriagados que foram condenados ou que estão sendo processados pelos delitos que cometeram.

GOMES, Luiz Flávio. Lei seca: já não evita mortes e ainda gera impunidade. Informativo Jurídico Consulex. Brasília, ano XXIII, nº. 37, p. 23-26, setembro, 2009

Metodologia

1) REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- Estado de direito, divisão de poderes, Poder Legislativo, processo legislativo
- Acidentes de trânsito, efeitos fisiológicos do álcool e influência como causa de acidentes
- Estudos e levantamentos estatísticos sobre consumo de álcool e acidentes de trânsito

Metodologia

2) PESQUISA DOCUMENTAL

— Tramitação passo a passo da MP 415/2008

— Emendas, relatórios, pronunciamentos, discussões, votos, redação final

Constituição Federal

- Separação de poderes: art. 2º
- Poder Legislativo: arts. 44 a 75
 - Congresso Nacional: arts. 44 a 47
 - Atribuições do C.N.: arts. 48 a 50
 - Câmara dos Deputados: art. 51
 - Senado Federal: art. 52
 - Deputados e Senadores: arts. 53 a 56
 - Reuniões: art. 57
 - Comissões: art. 58
 - Processo legislativo: arts. 59 a 69
 - Fisc. contábil, financeira e orçamentária: arts. 70 a 75

Constituição Federal

- Separação de poderes: art. 2º
- Poder Legislativo: arts. 44 a 75

- Processo legislativo: arts. 59 a 69

Processo legislativo

- Emendas à Constituição
- Leis complementares
- Leis ordinárias
- Leis delegadas
- Medidas provisórias
- Decretos legislativos
- Resoluções

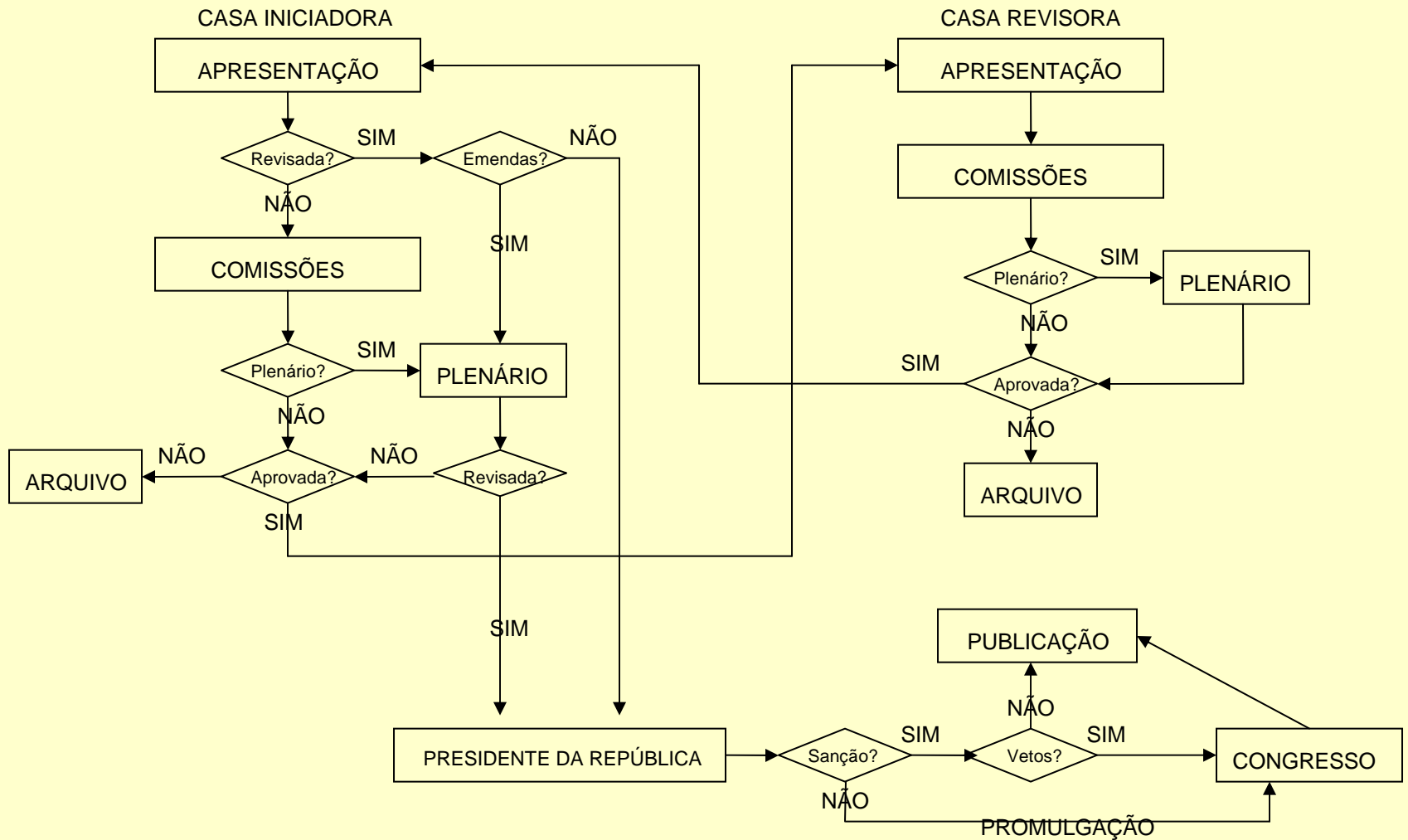
Processo legislativo

- Emendas à Constituição
- Leis complementares
- Leis ordinárias
- Leis delegadas
- Medidas provisórias
- Decretos legislativos
- Resoluções

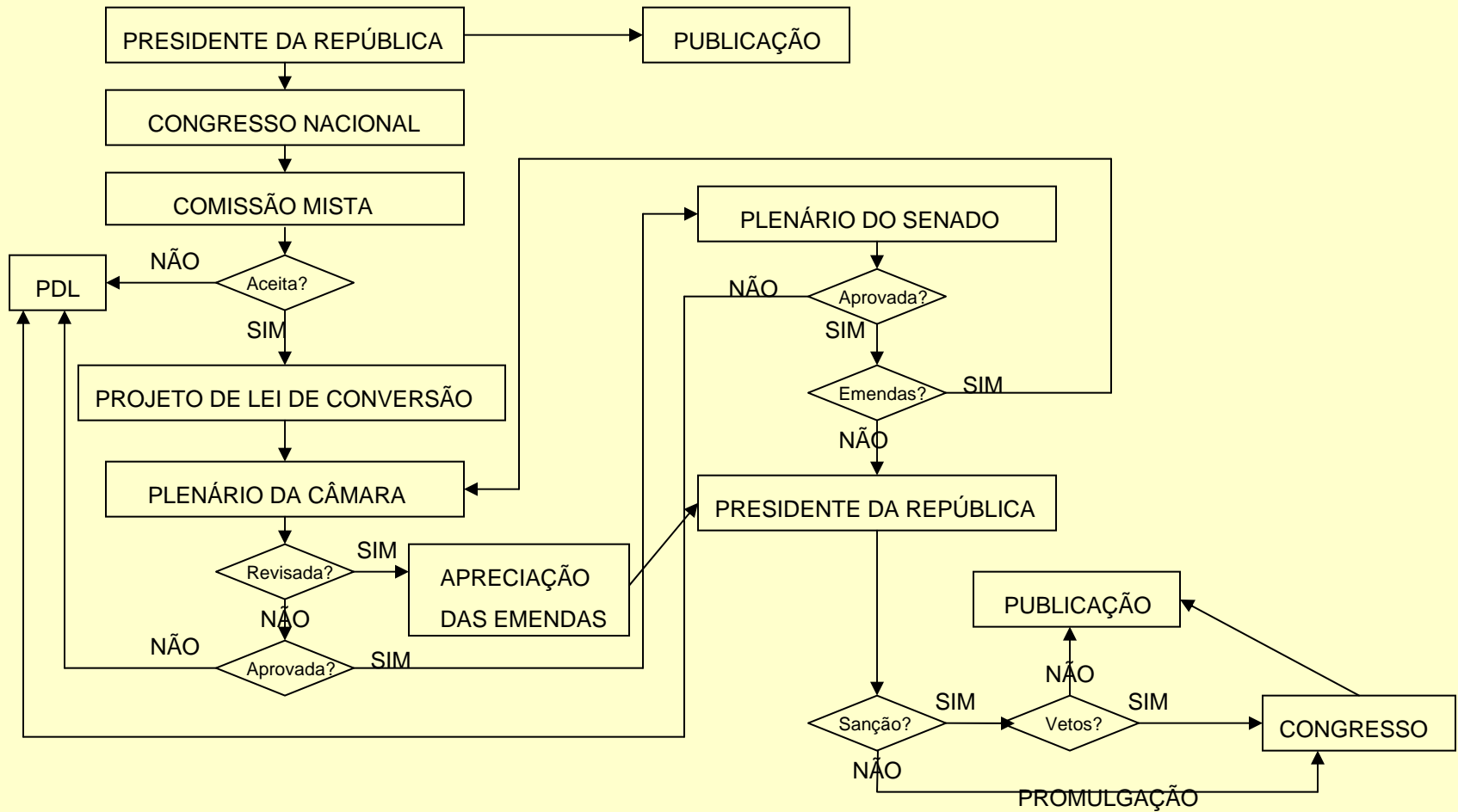
Medidas provisórias

- Mais poderes para o Executivo
- Força de lei desde a edição
- 60 + 60 dias para tramitar
- Pressupostos de relevância e urgência

Processo legislativo



Processo legislativo MP's



Acidentes de trânsito

- Acidente: evento não intencional que produz dano
- No mundo: 1.183.000 mortes (2002)
- No Brasil: 35.155 mortes e 124.013 internações (2007)
- Brasil: 18,3 mortes/100.000 hab.; Argentina: 13,7/100.000;
EUA: 13,9/100.000; Alemanha: 6,0/100.000; Egito:
41,6/100.000

Infrações e crimes de trânsito

- Lei 9.503/97 - Código de Trânsito
- Dirigir sob influência de álcool ou outros entorpecentes
- Limite de 0,06 g/dL
- Art. 306 - Conduzir veículo sob influência de álcool ou análogo expondo a incolumidade de outrem

Efeitos do álcool

- Depressão neuronal por ação direta dose-dependente
- Prejuízo às habilidades psicomotoras acima de 0,05 g/dL
- Aumento do risco de acidentes é exponencial

Análise das estatísticas

- Correlação entre alcoolemia e acidentes positiva
- Dados tratados de modo pouco claro
- Trabalhos em geral não discriminam qual(is) envolvido(s) apresentava(m) alcoolemia positiva

Análise das estatísticas

Tabela 1: Alcoolemia em vítimas fatais de acidentes de trânsito. Alcoolemia expressa em g/dL e números em porcentagem do total

	Zero	0,01-0,04	0,05-0,14	0,15-0,24	≥0,25
Pedestres	37,5	5,4	12,0	20,5	24,7
Passageiros	62,6	4,7	14,0	13,7	5,0
Condutores	48,2	5,3	18,2	18,8	9,5
Ciclistas	61,3	3,2	15,1	14,0	6,5

Fonte: GLOBAL ROAD SAFETY PARTNERSHIP. **Beber e dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito.** Genebra: Global Road Safety Partnership, 2007.

Análise das estatísticas

Tabela 2: Responsabilidade pelo acidente de trânsito relacionada com intoxicação alcoólica no tocante a categorias de participantes no trânsito.

Responsabilidade pelo acidente	Alcoolemia positiva		Alcoolemia negativa	
	nº.	%	nº.	%
Motoristas	41	91,1	61	66,3
Pedestres	37	82,2	34	50,7
Ciclistas	18	90,0	6	31,6
Total	96	87,3	101	56,7

Fonte: KURUC et al. The responsibility of alcohol-impaired road users in fatal road traffic accidents. In: **Bratisi Lek Listy** 2009, 110 (12) 802-806

Outros países

Tabela 3: Níveis de alcoolemia permitidos para motoristas em diversos países.

País	Alcoolemia (g/dL)	País	Alcoolemia (g/dL)
Alemanha	0,05	Lesoto	0,05
Austrália	0,05	Luxemburgo	0,05
Áustria	0,05	Holanda	0,05
Bélgica	0,05	Nova Zelândia	0,08
Benin	0,08	Noruega	0,05
Botsuana	0,08	Portugal	0,05
Brasil	0,00	Federação Russa	0,02
Canadá	0,08	África do Sul	0,05
Costa do Marfim	0,08	Espanha	0,05
República Tcheca	0,05	Suazilândia	0,08
Dinamarca	0,05	Suécia	0,02
Estônia	0,02	Suíça	0,08
Finlândia	0,05	Uganda	0,15
França	0,05	Reino Unido	0,08
Grécia	0,05	Tanzânia	0,08
Hungria	0,05	Estados Unidos	0,08 ou 0,10
Irlanda	0,08	Zâmbia	0,08
Itália	0,05	Zimbábue	0,08
Japão	0,00		

Fonte: GLOBAL ROAD SAFETY PARTNERSHIP. **Beber e dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito.** Genebra: Global Road Safety Partnership, 2007.

Outros fatores de risco

Tabela 4: Comparação de riscos relativos de acidentes para aumento de velocidade e consumo de álcool.

Velocidade (Km/h)	Velocidade (risco relativo)	Alcoolemia (g/dL)	Alcoolemia (risco relativo)
60	1,0	0,00	1,0
65	2,0	0,05	1,8
70	4,2	0,08	3,2
75	10,6	0,12	7,1
80	31,8	0,21	30,4

Fonte: PEDEN, Margie *et al.* **World Report on Road traffic injury prevention.** Genebra: OMS, 2004.

Outros fatores de risco

Tabela 5: Prevalência de comportamentos de risco no trânsito - comparação entre motoristas com alcoolemia positiva e negativa

	Prevalência expressa em %			
	Erro	Violação	Violação agressiva	Viol. agressiva interpessoal
Alcoolemia –	88,7	84,8	73,7	60,4
Alcoolemia +	92,5	79,2	67,9	60,4

Fonte: FALLER, Sibeles *et al.* Psicopatologia e comportamento de risco em motoristas privados e profissionais no Brasil. *In:* **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos.** Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

Determinação da alcoolemia

- Sangue, urina, saliva, suor, ar alveolar
- Resolução 306/CONTRAN: pelo menos sangue ou ar alveolar ou exame clínico ou exame em laboratório especializado
- Bafômetro é sujeito a erros, inclusive por etanol e outras substâncias endógenas

Tramitação da MP 415/2008

- Leitura e nomeação da Comissão Mista em 7/2/2008
- 47 emendas apresentadas até 11/2/2008
- 27 emendas para flexibilizar a venda de bebidas em rodovias
- 12 emendas relacionáveis à saúde pública
- Restrição ao consumo de bebidas alcoólicas

Projetos de lei em tramitação

- PL nº 4.846/1994 - 125 projetos apensados
- Os textos de diversas emendas e mesmo da MP 415/2008 correspondem aos de projetos em tramitação

Frente Parlamentar em Defesa do Trânsito Seguro

- 208 parlamentares
- Iniciativas em prol da melhora da segurança viária
- Relator da MP 415/2008 integra a Frente

Audiência Pública

- Representantes da CONTRATUH, FNHRBS, CNTur, MJ, DPRF e DETRAN
- Defesa das atividades econômicas afetadas; “troca” por maior rigor com motoristas
- Não foram apresentados dados objetivos nem números estatísticos

Texto final da lei 11.705/08

- Proibição de venda de bebidas não se aplica a áreas urbanas
- Qualquer concentração de álcool no sangue
- Penalidades a motoristas que recusem submeter-se a teste
- Dolo presumido (subst. psicoativa, racha, alta velocidade)
- Suspensão em caso de reincidência
- Detenção de 6 a 12 meses em caso de alcoolemia $\geq 0,06$ g/dL

ADI nº 4.017

- Impetrada contra a MP 415/2008 pela CNC em 8/2/2008
- Pendente de deliberação
- Modificações já acolhidas na Lei 11.705/08

Considerações finais

- Como e por que o texto inicial foi tão profundamente alterado, em sua curta tramitação?
- O processo de aprovação foi adequadamente fundamentado? (dados científicos, estatísticos, etc)

Considerações finais

- Ação perceptível da pressão do setor de comércio e serviços para reverter disposições da MP
- Frente parlamentar específica
- Projetos de lei pré-existent

Considerações finais

- Modificações não são suportadas por base científica ou estatística
- Melhora da segurança no trânsito depende de medidas administrativas
- Álcool: facilmente mensurável; (representações sociais?)

Considerações finais

- Distorção decorrente do escasso prazo para votar medidas provisórias
- Excesso de prerrogativas nas mãos do Presidente da República
- Uso inadequado do instrumento
- “Carona”

Regulamentação do Conceito de Integralidade e seus reflexos sobre a judicialização das políticas de saúde

Sílvia Badim Marques

Fiocruz

Brasília, 22-23 março 2011

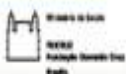
SEMINÁRIO DE DIREITO SANITÁRIO

O Direito à Saúde na Produção
Legislativa

22 e 23 de março de 2011

Local: Auditório Antônio Carlos Magalhães, térreo, INTERLEGIS
Via N2 - Anexo E - Senado Federal, Brasília - DF

MAIS INFORMAÇÕES
AQUI



www.anvisa.gov.br

REDE **DIREITO SANITÁRIO:** *relato da experiência e resultados*

Neilton A. Oliveira
Diretor Adjunto - ANVISA

**Desde Tácito, Dante Alighieri,
Montesquieu e outros, mais importante
do que ter boas Leis,
é ter um efetivo e permanente
cumprimento e respeito
às mesmas...**

**Como conseguir isso, especialmente
com relação ao atendimento de
DIREITOS, como o da SAÚDE ?! ...**



O SETOR SAÚDE

...É um dos mais dinâmicos em termos de prática, de desenvolvimento ,e em termos de postos de trabalho e movimentação financeira.

Identificado e centrado na doença e com enfoque predominantemente individual, o Modelo Assistencial no entanto, vem experimentando nas 2 últimas décadas mudanças orientadas pelos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, num forte processo de Descentralização e Municipalização

Só há Desenvolvimento com **Sistema de Saúde Eficiente !!**

DEMOCRACIA E CIDADANIA: Lutas Antigas, Desafios perenes, 2 Décadas de Avanços

- **Constituição 1988:** Cidadania, Seguridade social...
- **Código de Defesa do Consumidor e Sist Nac de Defesa do Consumidor (SNDC)** - Lei 8078, set/90
- **Sistema Único Saúde (SUS):** Leis Orgânicas da Saúde: 8080, set.90 e 8142, dez.90.
- **Saúde como Direito de Cidadania**
- **ANVISA e Sist.N.V.Sanitária (SNVS)** - Lei 9872-99

Marco Legal, Marco Regulatório consistente



Direito à Saúde e o Sistema Único de Saúde

- 21 anos de implementação das Leis Orgânicas e todo um conjunto de normativas Saúde
- Luta vitoriosa com grande significado para a cidadania, a democracia e a qualidade de vida
- Vencida a fase da adolescência, entramos agora na fase da maturidade !...

Liberdade e Saúde... e Cidadania, afetam todas as pessoas, todas, indistintamente! E ninguém pode ficar alheio a isso... Por mais complexa que sejam essas questões !



Para questões complexas, SOLUÇÕES COMPLEXAS!

Hartz, Z. 2002



Fundamentos da República

**Pluralismo
Político**

**Valores sociais do
trabalho e livre iniciativa**

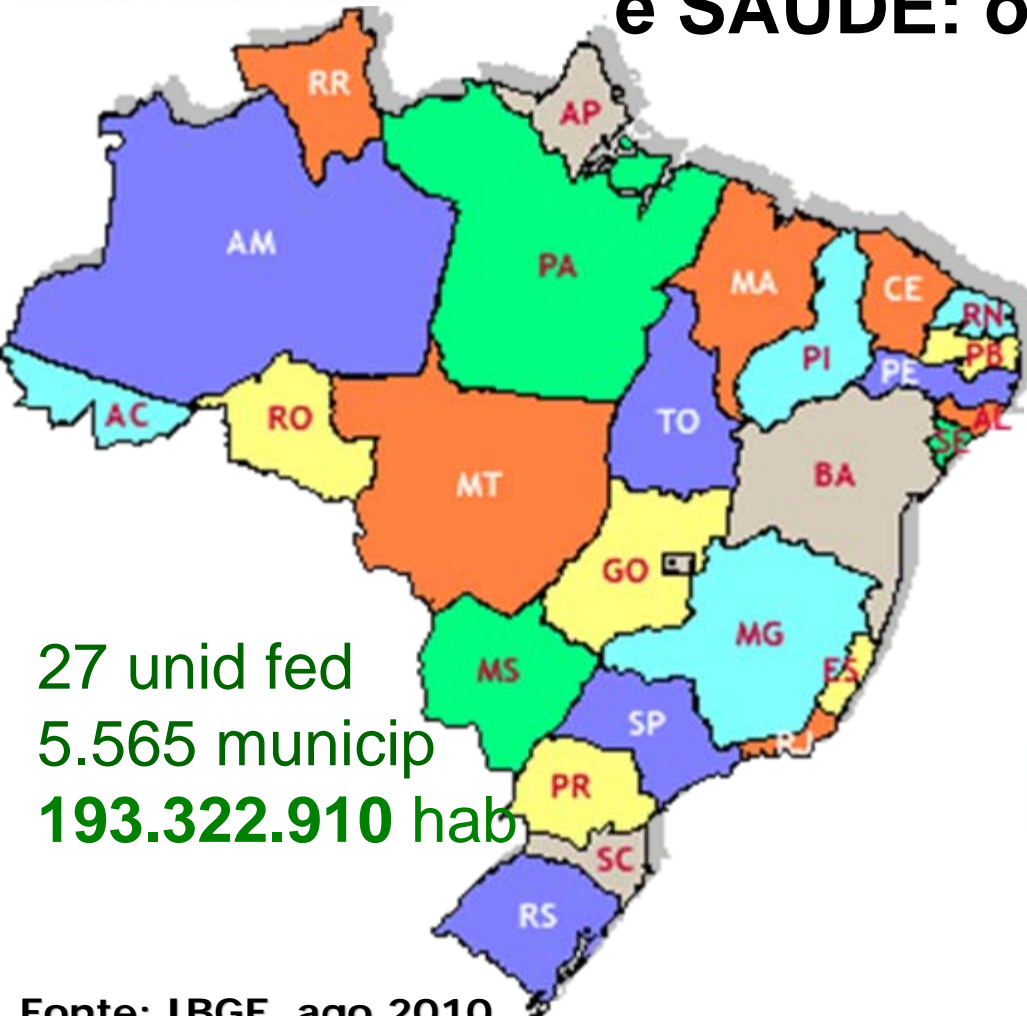
Dignidade da pessoa humana

Cidadania

Soberania



Diversidade Regional, Globalização e SAÚDE: o Desafio da Cooperação em REDE



27 unid fed
5.565 municip
193.322.910 hab

Fonte: IBGE, ago.2010



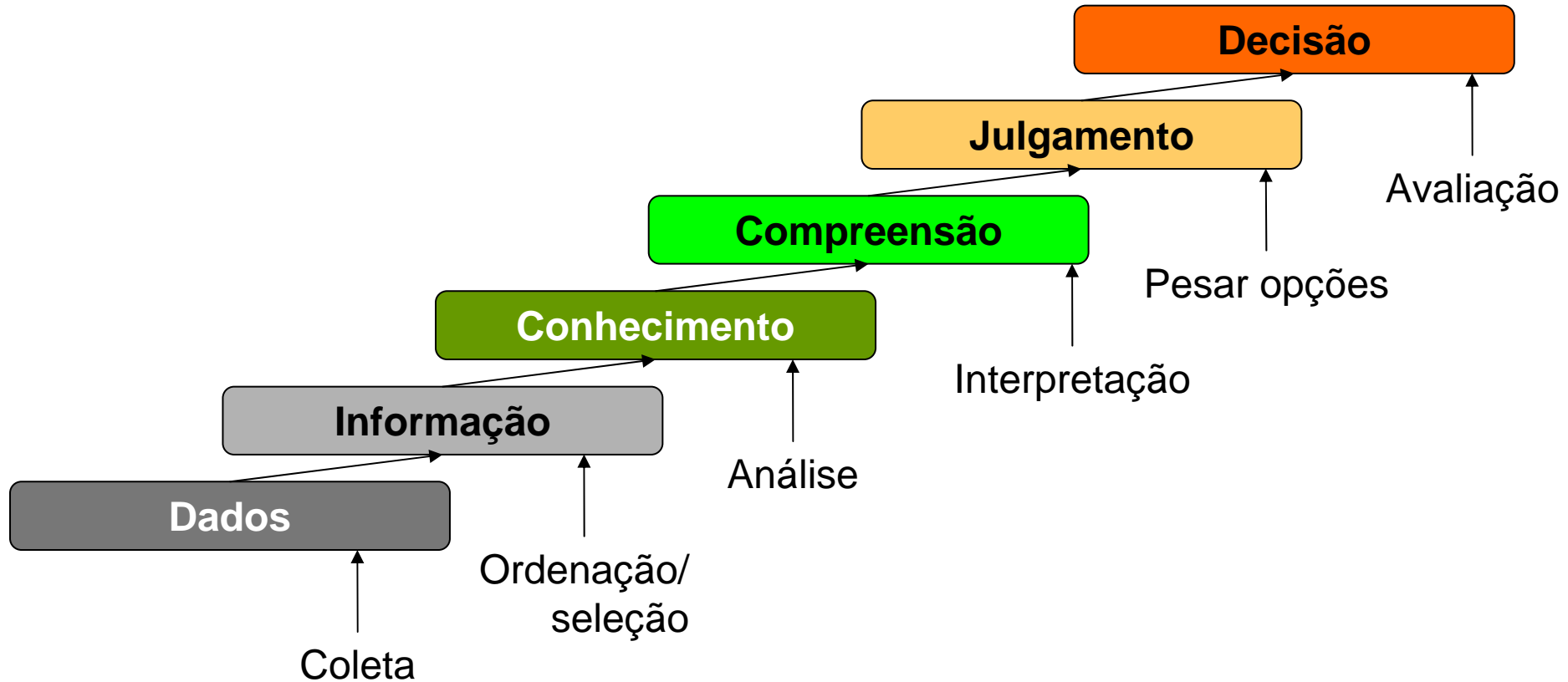
Saúde-Regulação Sanitária-Globalização



Sistema Nacional de Vigilância Sanitária



Modelo de Tomada de Decisão



Fonte: Design and Implementation of Health Information Systems. WHO, 2000. pág. 35 (modificado)

**Vivemos numa Economia Global, porém necessitamos de Respostas Regionais !
Sem conhecimento, sem articulação e cooperação, enfrentaremos isolados os múltiplos desafios de um mundo global.**

Numa Economia Globalizada, Nossa Resposta precisa ser Globalizada e, também, loco-Regionalizada !!!

REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania

<http://blogs.bvsalud.org/ds/>

ABRANGÊNCIA E ÂMBITO DE ATUAÇÃO

Articulação Interinstitucional e intersetorial, no campo do direito à saúde, em REDE, voltada para o desenvolvimento do direito sanitário como instrumento de democratização do Estado e de fortalecimento da cidadania, com estratégica atuação nos campos doutrinário, jurisprudencial, legislativo e político - social.

**Uma Oportuna Articulação, e Mobilização
Política Estratégica, em Defesa do SUS**

REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania

Síntese Histórica

2005/06 - Movimentos preliminares: MS, Ampasa e outros

2007 - Esvaziamento e dispersão

2008 - *jun*: Retomada da proposta; *out*: Novas Reuniões e
Decisão de articular em Rede (REDE DS)

5 EIXOS: Defesa do Direito à Saúde
Fortalecimento do SUS
Cidadania
Produção e Difusão de Conhecimentos DS
Mobilização Política e Social

REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania

Bandeiras: assumidas criticamente, propositivamente e com mobilização: Reforma Sanitária, Seguridade Social, Reforma Tributária, Reforma do Estado, Reforma Política, outras.

COMUNIDADES POPULARES DS: Busca de representação e potencialização comunitária da REDE DS

COMUNICAÇÃO VIA INTERNET: Criação do BLOG DS

<http://blogs.bvsalud.org/ds/>

BLOG REDE DS : Saúde e Cidadania

<http://blogs.bvsalud.org/ds/>

Grupo Editorial : Lenir (Conasems), Romero (Cebes)
Neilton (Anvisa), Bisol (Ampasa) Jurandi (Conass)

Projeto BVS-Direito Sanitário: Elaborado em 2010,
sua implantação está em discussão

Conselho Gestor : Nelsão (Idisa), Elias Rassi (Abrasco)
Neilton (Anvisa), Ênio Conasems) Jurandi (Conass)
Bisol (Ampasa), L. Odorico (MS), Romero (Cebes),
além do representante da BIREME.



REDE DIREITO SANITÁRIO – REDE DS

Próximos Passos

- Atualizar e ampliar o Conselho Gestor
- Agilizar a implantação do Proj. BVS-DS
(ainda no 1º sem 2011)
- Dinamizar a discussão do Direito Sanitário – aproveitar os diversos eventos nacionais (Abrasco, Conasems, 14ª CNS, para ampliar o debate sobre DS e preparar a
- Realização do 1º Congresso Nacional de DS-maio/12
- Ampliar e Dinamizar a participação no **Blog DS**

BLOG REDE DS : Saúde e Cidadania

<http://blogs.bvsalud.org/ds/>

- **43 Posts publicados**
- **Mais 8 posts aguardando publicação...**
- **Cerca de 35 autores**
- **Inúmeros comentários**

NUVEM DE TAGS... Palavras Chaves

Postagens marcadas com a Tag 'Cidadania'

1. January 21, 2010

Direito Sanitário: para além da judicialização da saúde, um campo novo de conhecimento, uma nova articulação política e plural pela cidadania

Neilton Araujo de Oliveira[1]

A primeira idéia que vem à mente sobre a expressão direito sanitário, para a maioria das pessoas, é a do estudo e desenvolvimento de um novo ramo do direito e que, com a crescente judicialização da saúde, passa a ter uma maior visibilidade. Por isso mesmo, existe o risco de alguns aliarem [...]

2. November 30, 2009

“Rede Direito Sanitário: Saúde e Cidadania”, uma oportuna articulação e mobilização política estratégica em defesa do SUS

Neilton Araujo de Oliveira[1]

Fortalecer a defesa do Direito à Saúde é, fundamentalmente, avançar no processo de consolidação do SUS. A luta pela construção do SUS está associada ao enfrentamento das profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando ao longo das últimas décadas, que têm levado a mudanças consideráveis no quadro [...]

Nuvem

administ
saúde assis
primária Cid
Saúde cons
Controle soc
Direito
saúde Est
farmácia fun
saúde gestã
gestão p
Integralidade
da Saúde
Medicamento
atenção moc
padrão de in
em saúde
DS Regula

SUS « Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania - Windows Internet Explorer

http://blogs.bvsalud.org/ds/tag/sus/ Live Search

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos Sites Sugeridos Galeria do Web Slice Hotmail grátis HotMail gratuito Links personalizados

SUS « Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania

as com a tag SUS

à Saúde no SUS

angelista[1]
 discussão tripartite entre CONASS, CONASEMS e MS, finalmente foi aprovada na
 retrizes para a Rede de Atenção à Saúde no SUS, e publicada em Portaria pelo
 30 de dezembro de 2010, [...]

na coordenação do SUS

Um recente post sobre o papel do Estado no SUS não poderia deixar de considerar
 para legislar na área da saúde. Nos termos do art. 23, XII, da CF, compete à
 e aos Estados legislar concorrentemente sobre saúde pública. Poderia [...]

Comunidade no SUS não pode ser um mito

Brasil – SUS – contempla muitas inovações político-administrativas, como o
 o qual deve articular seus serviços de maneira integrada para sua melhor
 a. Contudo, a mais importante inovação é a que traz para dentro do serviço de
 comunidade.
 [...]

Nuvem de Tags

administração pública assistência à
 saúde assistência farmaceutica atenção
 primária Cidadania comércio Conselhos de
 Saúde consumidor consumo de saúde
 Controle social Democracia Direitos
Direito Sanitário direito à
 saúde Estado estatísticas em saúde
 farmácia fundação estatal Gastos com
 saúde gestão da saúde gestão hospitalar
gestão pública integralidade
 Integralidade da assistência Integralidade
 da Saúde Judicialização da Saúde
 Medicamento Mobilização Política modelo de
 atenção modelo de atenção à saúde Município
 padrão de integralidade Paridade prevenção
 em saúde princípios constitucionais Rede
 DS Regulamento Sanitário Internacional
 Regulação Sanitária Saúde saúde da
 família Saúde do Viajante saúde e consumo
 saúde pública STF **SUS**

Concluído Internet 100%

Iniciar Caixa de entrada ... Anais autorização ... Microsoft PowerPoi... 2 Internet Explorer 14:11

Postagens marcadas com a Tag 'gestão pública'

Operativa do SUS – Projeto de Lei 5.203, de 2009

de Andrade[2]
a do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o disposto no art. 198 da CF, ções e serviços públicos de saúde de todos os entes federativos sejam organizados a e hierarquizada. Essa determinação constitucional impõe ao SUS um modelo

Pública e democracia: ampliando o debate

reira[1]
nos uma interessante notícia sobre uma comissão a respeito de juristas notáveis, tório do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG, 2010), cujo trabalho – voluntário um importante documento e que em diversas oportunidades, e por instituições o apresentada e debatida. Sobre isso [...]

ção da Administração Pública: necessidade urgente de superação

res administrativos do Estado brasileiro
reira[1]
as, contratada em dezembro de 2007 (RFB, 2008) pelo Ministério de Planejamento

Search

Nuvem de Tags

- administração pública
- assistência à saúde
- assistência farmaceutica
- atenção primária
- Cidadania
- comércio
- Conselhos de Saúde
- consumidor
- consumo de saúde
- Controle social
- Democracia
- Direitos
- Direito Sanitário**
- direito à saúde
- Estado
- estatísticas em saúde
- farmácia
- fundação estatal
- Gastos com saúde
- gestão da saúde
- gestão hospitalar
- gestão pública**
- integralidade
- Integralidade da assistência
- Integralidade da Saúde
- Judicialização da Saúde
- Medicamento
- Mobilização Política
- modelo d
- atenção
- modelo de atenção à saúde
- Município
- padrão de integrali
- 2 topics**
- idade
- prevenção em saúde
- princípios constitucionais
- Rede
- DS
- Regulamento Sanitário Internacional
- Regulação Sanitária
- Saúde
- saúde da família
- Saúde do Viajante
- saúde e consumo

Direito Sanitário « Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania - Windows Internet Explorer

http://blogs.bvsalud.org/ds/tag/direito-sanitario/

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos Sites Sugeridos Galeria do Web Slice Hotmail grátis HotMail gratuito Links personalizados

Direito Sanitário « Blog Direito Sanitário: Saúde e Cida...

Postagens marcadas com a tag Direito Sanitário

as com a Tag 'Direito Sanitário'

saúde e seus impactos orçamentário e judicial

[1] & Neilton Araújo de Oliveira[2]
em diarreia desde que nasceu. Não ganha peso, vive doentinho... O pediatra fez o lactose. O tratamento prescrito foi substituir o leite de vaca por um leite importado, ta e só dura [...]

lica e democracia: ampliando o debate

[1]
uma interessante notícia sobre uma comissão a respeito de juristas notáveis, do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG, 2010), cujo trabalho – voluntário importante documento e que em diversas oportunidades, e por instituições representada e debatida. Sobre isso [...]

saúde e o direito sanitário no contexto do município: desafios

[1]
cepção de saúde integral, de qualidade de vida e de direito de cidadania, ia com a promulgação da CF/1988 e a edição das Leis Orgânicas da Saúde (Lei definida como representação do conceito dessa integralidade "ações de

Search

Nuvem de Tags

administração pública assistência à saúde assistência farmaceutica atenção primária Cidadania comércio Conselhos de Saúde consumidor consumo de saúde Controle social Democracia Direitos **Direito Sanitário** direito à saúde Estado estatísticas em saúde farmácia fundação estatal Gastos com saúde gestão da saúde gestão hospitalar **gestão pública** integralidade Integralidade da assistência Integralidade da Saúde Judicialização da Saúde Medicamento Mobilização Política modelo de atenção modelo de atenção à saúde Município padrão de integralidade Paridade prevenção em saúde princípios constitucionais Rede DS Regulamento Sanitário Internacional Regulação Sanitária Saúde saúde da família Saúde do Viajante saúde e consumo

Internet 100%

Iniciar Caixa de entrada ... Anais autorização ... Microsoft PowerP... 2 Internet Explorer 14:21

REDE / BLOG REDE DS : Saúde e Cidadania

<http://blogs.bvsalud.org/ds/>

Conheça, divulgue e escreva no BLOG DS

&

**Mobilize e participe da
REDE DIREITO SANITÁRIO – REDE DS**



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

www.anvisa.gov.br

Muito Obrigado!

neilton.oliveira@anvisa.gov.br





Observatório da Saúde no Legislativo

Endereço eletrônico:

<http://www.fiocruz.br/observatorio>