



CAMARA DOS DEPUTADOS

Subcomissão Permanente de Saúde (SUBSAÚDE)

“Destinada a acompanhar as ações e políticas do Poder Executivo, e igualmente, contribuir, no âmbito das funções legislativas e fiscalizadora, propondo, quando necessário, projetos de leis e recomendações visando à melhoria no atendimento do Sistema único de Saúde”.

Criada em decorrência do Requerimento nº 19, de 2015, de autoria do Deputado Odorico Monteiro, aprovado na reunião da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).

PLANO DE TRABALHO

Presidente: Deputado Odorico Monteiro (PT-CE).

Vice-Presidente: Deputado Sergio Vidigal (PDT-ES)

Relator: Deputada Carmem Zanotto (PPS-SC)

Maio de 2015

1. INTRODUÇÃO

O Brasil reconhece a saúde como direito fundamental das pessoas e dever do Estado desde 1988, (artigos 6º e 196 da CF). A saúde integra a seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social, definida como um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar direitos sociais. A Seguridade Social é indispensável para o bem estar sócio,l sendo um de seus preceitos basilares.

A saúde anteriormente à Constituição não era reconhecida como um direito, integrando-se nas ações da previdência social destinadas a garantir benefícios aos trabalhadores inscritos no regime geral da previdência social; dentre os benefícios, a assistência médica, ambulatorial e hospitalar. Aqueles que não a integravam, dependiam da caridade e assistência pública e privada, em especial das Santas Casas de Misericórdias instaladas no país desde o Império.

Ainda que a saúde já fosse reconhecida como um direito de cidadania em diversos países, como a Alemanha, Inglaterra, França, Itália, o Brasil somente a reconheceu como direito em 1988, quando os ventos do neoliberalismo atingia a Europa, em especial a Inglaterra, e cortes nos benefícios sociais, próprios dos estados de bem-estar social, estavam sendo programados; contudo a saúde não sofreu grandes danos nesses países, tendo sido reformulada sua forma de planejamento, de coparticipação, organização e execução visando à racionalidade de seus custos, cada vez mais onerosos ante a intensa inovação tecnológica do setor. Vê-se assim a importância que a saúde tem para a segurança social nos mais diversos países, em especial os mais desenvolvidos.

O Brasil, tardiamente, reconheceu o direito à saúde, contudo, ao fazê-lo conferiu-a uma dimensão que vai além da biologia – uma dimensão biopolítica, econômica e social¹, expressa no art. 196 e artigos 2º e 3º da lei 8080, de 1990.

O direito à saúde assim posto, exige do Estado e da sociedade a garantia de qualidade de vida, impondo ao Estado o dever de definir políticas sociais e econômicas que reduzam as doenças e garantam serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde das pessoas.

A Constituição, em seu art. 197, conferiu relevância pública às ações e serviços de saúde e determinou (art. 198) que os entes federativos devem integrar-se em rede regionalizada e hierarquizada. Esse conjunto de serviços integrados constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo ao Poder Público o seu financiamento, na forma do disposto no § 3º do art. 198 da CF. O financiamento tem sido palco de profundas discussões, insatisfações e pendências, devendo ser analisado na Subcomissão de Financiamento da Saúde.

¹ Santos, Lenir. Direito à saúde e qualidade de vida. Um mundo de corresponsabilidades e fazeres. Direito da Saúde no Brasil, vol. I. (Santos, Lenir, org.). Campinas: Saberes Editora, 2010.

Contudo, para a concretude desse direito, importantes aspectos do planejamento, de organização técnico-administrativa, da epidemiologia, do desenvolvimento da ciência e tecnologia, da formação dos profissionais, devem ser objeto de estudos e debates no Congresso Nacional ante suas dificuldades em um país que garante a todos os seus cidadãos – 200 milhões de habitantes, o direito ao acesso às ações e serviços de saúde; nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes ousou adotar política social universal com tal abrangência.

Importante ressaltar que o SUS tem uma organização e funcionamento bastante complexos, sendo dever constitucional de todos os entes federativos, sem, contudo, ter sido disposto na Constituição quais são as responsabilidades de cada ente em razão de suas profundas desigualdades socioeconômicas e demográficas. Ao mesmo tempo em que se deve garantir a integralidade da assistência à saúde, também não foram definidos parâmetros para compor o seu conteúdo. Logo, a qual integralidade estamos nos referindo?

Esses vazios normativos trazem ao SUS dificuldades, e até os dias de hoje, causa perplexidade aos dirigentes públicos e os tornam dependentes da esfera federal, do ponto de vista técnico e financeiro, sujeitando-se, ainda, a intensa judicialização que consome recursos e desorganiza o sistema.

Estudos e debates são necessários para a propositura de medidas que possam sanar ou minimizar essas e outras dificuldades, o que leva esta Subcomissão a propor o presente plano de trabalho para o ano de 2015.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) previsto no art. 198 da CF e na lei 8080, de 1990, regulamentada pelo decreto 7508, de 2011, está presente nos 5570 municípios, e nos 27 estados da União. Trata-se de um sistema descentralizado em sua organização e execução e único em suas diretrizes, princípios e políticas públicas nacionais.

Sua configuração organizativa é bastante complexa e única na Administração Pública brasileira, por se tratar de um sistema que deve unir em rede regionalizada, todas as ações e serviços públicos de saúde, fazendo surgir uma profunda inter-relação federativa em razão da interdependência operativa, financeira e técnico-sanitária, uma vez que nenhum ente realiza sozinho da vacina ao transplante, num país federativo de proporções como as do Brasil.

Sendo a inter-relação federativa obrigatória e não uma sugestão constitucional ou uma faculdade, conforme previsto no art. 198, caput, da CF, ela impõe aos entes federativos a necessidade de articularem redes de serviços na região de saúde, além de suas decisões serem compartilhadas nas instâncias de

deliberação do SUS, reconhecidas recentemente pela lei 12.466, de 2011², ainda que existentes desde 1993.

O decreto Nº 7508, de 2011, talvez tenha sido o documento normativo que melhor sistematizou a organização dos serviços de saúde, ao disciplinar: a) a integração de serviços na *região de saúde* em rede de atenção; b) possibilitar resolver a lacuna legislativa quanto à repartição de competências entre os entes federativos ao criar o contrato organizativo de ação pública da saúde, o qual deve explicitar essas responsabilidades federativas na região de saúde; c) definir a RENASES e a RENAME como documentos públicos de explicitação do conteúdo dos serviços que compõem a integralidade e outros aspectos relevantes.

Contudo, passados quatro anos da edição do Decreto, ainda persistem as dificuldades organizativas e operativas do SUS, ao lado de suas dificuldades financeiras, não tendo sido firmado um contrato organizativo, exceto nos Estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul, tampouco definido de forma mais técnica e jurídica, a região de saúde, a construção do mapa para auxiliar o planejamento.

Outro aspecto relevante é o planejamento nacional da saúde, o qual deve resultar em planos de saúde dos entes federativos com metas locais que reflitam as necessidades da população sob a luz da epidemiologia, demografia, inovação tecnológica, desenvolvimento e demais aspectos. O planejamento nacional não tem sido efetivo na saúde, talvez por não considerar as necessárias variáveis para a construção do futuro do sistema, nem ser obrigatório como política nacional de Estado que se espraia em toda a Federação; até hoje o planejamento da saúde fica ao sabor dos governos eleitos a cada quatro anos, o que dificulta a continuidade programática das ações.

O país tem ainda um arcabouço administrativo atrasado, que não contempla institutos jurídicos que deem conta das inovações administrativas e sanitárias exigidas pelo SUS, como exemplo, a própria construção e definição da região de saúde, sua necessidade de governança regional e formas jurídicas de integração de serviços e articulação interfederativa.

Nesse sentido, sendo o SUS um sistema que se espraia por todos os entes federativos de forma interdependente, e por isso se funda na cooperação, na solidariedade, na articulação interfederativa, é imperativo aprofundar esses temas em debates, estudos e audiências legislativas internas. Sendo o SUS a maior política pública inclusiva do país, impõe-se a sua intransigente defesa, correção de distorções e aperfeiçoamento.

² Comissão Intergestores Regional (CIR); Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)>

3. ROTEIRO E TRABALHO DA SUBCOMISSÃO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O intuito deste plano de trabalho é dotar o SUS da necessária maturidade técnico-administrativa e sanitária para sanar seus reiterados problemas, que se alongam ao longo dos anos, isto visando que o direito à saúde não seja colocado em risco. Alguns desses problemas, pela sua relevância, são:

- a) o planejamento nacional, obrigatório para o SUS e para orientar a atuação do setor privado por se tratar de área de relevância pública, quando o Poder Público tem maior poder de intervenção e definição de políticas públicas que o pautem tanto para o público como para o setor privado, como exemplo, os seguro e planos de saúde;
- b) a organização interfederativa, ponto essencial na construção do SUS regional e estadual, com vista à sua capacidade de atendimento das necessidades de saúde de todos;
- c) a inovação tecnológica e produção nacional para a diminuição de custo, autossuficiência em áreas prioritárias e incremento do desenvolvimento tecnológico nacional;
- d) o estudo da epidemiologia e demografia essenciais na construção do presente e do futuro da saúde, o qual deve levar em conta as profundas mudanças sociais, econômicas num mundo globalizado que tem fortes implicações na saúde das pessoas;
- e) a formação de pessoal e gestão do trabalho para o SUS, elementos essenciais para a sua consolidação e qualidade;
- f) o controle social, presente no SUS por força constitucional e que tem demonstrado o quanto a democracia participativa pode crescer e qualificar a democracia brasileira, fortemente representativa, mas que precisa ser mais efetiva e qualitativa, e se desprender de sua segmentação e corporativismo.

Isto posto, e visando ao correto andamento dos trabalhos da Subcomissão e resultados finais que permitam auxiliar a melhoria da saúde, foi proposto que os estudos e debates se situem em torno de seis eixos temáticos, os quais serão os orientadores do desenvolvimento dos trabalhos.

Os eixos propostos são:

- Eixo 1. O papel do Estado, o direito à saúde, sua fundamentalidade e relevância pública;
- Eixo 2. Epidemiologia e a demografia: as novas configurações sociais e econômicas da sociedade globalizada impactando a sociedade brasileira e o futuro da saúde, orientadoras do planejamento nacional decenal – plano nacional de saúde;
- Eixo 3. Gestão, Planejamento decenal e Planos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde;
- Eixo 4. A interdependência federativa e a necessária articulação entre os entes na região de saúde, elemento essencial para a organização do SUS;
- Eixo 5. Formação de profissionais de saúde e a gestão do trabalho;
- Eixo 6. Inovação tecnológica e complexo produtor nacional em todas as suas faces: a de suficiência nacional e incremento ao desenvolvimento da inovação no país;
- Eixo 7. Controle social e democracia participativa: a efetividade da presença da sociedade na definição e execução das políticas de saúde; e
- Eixo 8. Medidas que possam contribuir para a consolidação do SUS. Este eixo resulta na consolidação de proposição final dos resultados obtidos nos eixos 1 a 7.

Eixo 1. O papel do Estado e o direito à saúde, sua fundamentalidade e relevância pública.

Sabe-se que a saúde é fortemente dependente do desenvolvimento do país, tanto quanto atua em seu favor pela geração de emprego, inovação tecnológica e outros elementos que o dinamizam; contudo o meio ambiente social e econômico é fator determinante para sua boa condição, sendo, pois, essencial à existência de políticas de Estado indutoras e produtoras da inclusão social, de diminuição das desigualdades, da pobreza e miséria. Por isso, falar em saúde sem considerar suas determinantes é pensar apenas em serviços de recuperação da saúde, esquecendo-se de que uma das obrigações do Estado e da sociedade é evitar o risco à saúde, promovendo e protegendo-a.

A Constituição impôs ao Estado brasileiro o dever de garantir a saúde pública, considerando-a um direito fundamental, e assim sendo, dependente de políticas sociais e econômicas que garantam serviços de acesso à saúde.

Muitas seriam as questões a serem abordadas sobre Estado-saúde, contudo este plano de trabalho teve que fazer recortes e centralizar algumas questões mal resolvidas no âmbito do SUS e essenciais para a sua melhor organização e funcionamento. Uma delas é a definição de quais são os deveres da União e os de cada ente federativo e quais as obrigações prestacionais que o

direito à saúde comporta por ser um direito de múltiplas significações e alto custo financeiro.

Nessa linha do que cabe ao Estado quanto à garantia do direito à saúde *stricto sensu*, não se pode deixar de considerar que recentemente acendeu um debate no país sobre as diferenças que podem existir entre *cobertura universal em saúde e garantia de acesso universal*. Um debate aparentemente de filigrana semântica que surpreende por encerrar profunda mudança de paradigma, tanto na forma de conceber a construção de um sistema público de saúde, como na forma de garantir serviços ao cidadão.

A diferença está configurada em que o primeiro modelo encerra uma obrigatoriedade do Estado prover serviços públicos pautados em princípios e diretrizes nacionais; no segundo, o Estado deve fomentar o mercado e a sociedade para a existência de serviços de saúde suficientes os quais seriam pagos pelo seu usuário, garantindo-se àqueles que não possam ter planos privados, a assistência pública em saúde. Essas considerações, bem como outras, devem orientar os debates e estudos deste Eixo, conforme expresso abaixo, mediante audiências públicas internas e estudos de especialistas:

- a) que o direito à saúde que o Estado deve garantir em termos constitucionais é de acesso universal;
- b) quais as políticas públicas fundamentais para melhorar os indicadores econômicos e sociais que afetam a saúde;
- c) qual o papel do Estado na garantia do direito à saúde quanto às prestações que deve garantir ao cidadão e *qual e como* deve ser a definição do conteúdo da integralidade;
- d) qual a melhor forma de repartição de competência entre os entes federativos em razão de suas grandes diferenças socioeconômicas: a contratual (decreto 7508, de 2011) ou legislativa (que pode levar ao engessamento das atribuições federativas);
- e) sendo a saúde um direito fundamental e de relevância pública, quais as implicações no tocante à regulamentação, controle, fiscalização e definição de políticas públicas que impliquem o setor privado da saúde.

Eixo 2. Epidemiologia e a demografia: as novas configurações sociais e econômicas da sociedade globalizada impactando a sociedade brasileira e o futuro da saúde.

As políticas públicas devem ser o resultado de prévias reflexões e análises, não sendo possível ter a veleidade de construí-las sem prévio conhecimento dos impactos que a nova sociedade nela causará. Uma sociedade tecnológica, consumista e globalizada, que envelhece e muda seus hábitos de vida, que passa a conviver com a cronicidade de certas doenças que estão a exigir novos conceitos de assistência farmacêutica, condutas terapêuticas e forma de vida; uma sociedade onde a violência urbana gera novas demandas de saúde, impactando-a cotidianamente; as endemias, epidemias e pandemias afetando a saúde das pessoas, do Estado e dos países e colocando em risco a segurança sanitária; novos transtornos mentais alterando comportamentos individuais e sociais são fatores relevantes que exigem análises para a construção de um futuro fundado no conhecimento e em projeções alicerçadas em estudos permanentes.

Eixo 3. Gestão, Planejamento e Planos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde.

Estabeleceu o Art. 36 da lei 8080/90, que o processo de planejamento e o orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, observando que será fundamental ouvir seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Portanto, o planejamento da saúde fundado em critérios que considerem o quadro epidemiológico, demográfico, socioeconômico e demais transformações do país deve orientar o Plano Decenal da Saúde, o qual elaborado e discutido pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, deve ser objeto de lei e audiências públicas convocadas pelo legislativo.

Ressalta-se ainda, que, no Brasil, as conferências de saúde são realizadas desde 1937. Porém, foram consagradas como instâncias colegiadas a partir da edição da Lei 8.142/90, tratando da representação dos vários segmentos sociais, tendo por missão avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Cabe lembrar que em 2015, haverá uma grande mobilização nacional dos setores em função da realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto Presidencial nº 243, de 15 de dezembro de 2014. O Tema central é “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”.

De acordo com o Regimento aprovado no Conselho Nacional de Saúde, em 11 e 12 de fevereiro de 2015, a Conferência terá uma fase de mobilização e formação e 04 (quatro) etapas para a elaboração, votação e acompanhamento das propostas, logo, serão estes momentos motivos para a base do planejamento ascendente que fala o artigo 36, da Lei 8.080/90.

Eixo 4. A interdependência federativa e a necessária articulação entre os entes na região de saúde, elemento essencial para a organização do SUS.

O SUS desafia a todos nós permanentemente por seus conteúdos complexos, como a sua estrutura interfederativa, o conceito abrangente de saúde, os aspectos tecnológicos e financeiros crescentes e onerosos. A sua gestão interfederativa que deve se alicerçar na cooperação e solidariedade exige o enfrentamento de desafios que requer soluções incomuns na administração pública brasileira, ainda fundada na burocracia e supremacia do interesse público, uma visão monolítica já superada.

É necessário compreender e propor soluções que permitam que a regiões de saúde sejam de fato o locus da garantia das necessidades de saúde da população, com a atenção primária como sua ordenadora.

Eixo 5 - Formação de profissionais de saúde e a gestão do trabalho

A formação de recursos humanos para a saúde é um dever constitucional do SUS, conforme determina o art. 200, III. Contudo desde a sua concepção – um sistema de saúde público, universal, centrado na atenção básica – a formação de seu pessoal continuou na mesma lógica anterior, sem grande participação do setor saúde na sua ordenação que se manteve voltada para a assistência médica e hospitalar própria da saúde privada, planos e seguro saúde.

Uma formação centrada no atendimento de minoria (25% da população) e não da maioria - 150 milhões de pessoas dependentes exclusivamente do SUS. Esse quadro necessita de séria intervenção pública no controle da formação de profissionais para a saúde. A lei que tratou do *Programa Mais Médico* visa a essa alteração, mas continua sendo necessário medidas estruturais na reforma da formação de profissional para a sua solução.

Outro ponto importante é a gestão de pessoas no SUS. Da falta de profissionais para determinadas atividades à forte presença de profissões e ocupações reguladas pelo próprio mercado, geram vulnerabilidade na gestão das pessoas deixando os gestores públicos engessados por serem “regulados” pelo mercado das profissões e não pelas necessidades do país.

A formação deve voltar-se grande parte para o SUS, devendo deixar de ser orientada exclusivamente para o mercado privado, produzindo insuficiência de profissionais para o atendimento das necessidades públicas, afóra a questão do limite de pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal que levam, muitas vezes, à terceirização da gestão dos serviços e das pessoas.

Eixo 6. Inovação Tecnológica e complexo produtor nacional em todas as suas faces: a de suficiência nacional e incremento ao desenvolvimento da inovação no país

O impacto da tecnologia nos sistemas universais de saúde é relevante, ante as constantes inovações, custos, imposições do mercado internacional e a dependência de países como o Brasil. O desenvolvimento de tecnologias pode ter importante ressonância no campo da inovação brasileira, podendo, até se constituir em um diferencial na sua competitividade além de contribuir para a suficiência de determinadas necessidades tecnológicas. A realidade é a falta de capacidade produtiva nesta área representando um forte risco para a sustentabilidade do SUS, devendo ser repensada sua produção e a atuação do mercado.

Não se pode perder de vista, ainda, que a base produtiva da saúde responde por parcela significativa do Produto Interno Bruto (PIB) e da geração de empregos diretos e indiretos. Por isso é imperiosa a discussão do complexo industrial da saúde e seu impacto no desenvolvimento econômico social do país e sustentabilidade do SUS.

Eixo 7. Controle social e democracia participativa: a efetividade da presença da sociedade na definição e execução das políticas de saúde e correção de rumos

O SUS tem como uma de suas diretrizes constitucionais a participação da comunidade na formulação de estratégia para as políticas de saúde e o controle de sua execução. Essa participação formal se dá mediante conselhos e conferências de saúde. Praticamente todos os municípios e estados brasileiros mantêm em suas estruturas, conselho de saúde, e a cada quatro anos realizam conferências de saúde para diagnóstico e propostas na área. Lembramos, por oportuno, que a Carta Constitucional prevê em diversos artigos a democracia participativa, que na saúde tem sido uma realidade.

O controle social foi previsto na Carta Magna, que assegura a participação popular na organização do Sistema Único de Saúde (art. 198, III) bem como na Lei 8.142/90. Essa decisão é um reconhecimento da importância do envolvimento da comunidade na tomada de decisões no campo da saúde, além disso, ao definir no preâmbulo que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição”, evidenciando a importância da participação e que o exercício da participação deve ser exercida e compartilhada entre a condição individual e coletiva, cabendo ao Estado criar os meios ou instrumentos e garantir a participação das representações e segmentos.

Hoje, no Brasil, tem funcionado de forma regular e sistemático 5.570 Conselhos Municipais de Saúde, 27 Conselhos Estaduais e um Conselho Nacional de saúde como expressão do Fortalecimento do Controle Social. O compromisso político em conjunto com o fortalecimento do controle social foi expresso em 2007 com a proposição da “Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), busca fortalecer o protagonismo dos conselhos de saúde na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo”. Essa política tem por objetivo geral qualificar a atuação dos Conselhos e na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos mesmos, com vistas ao fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Eixo 8. Medidas que possam contribuir para a consolidação do SUS. Este eixo resulta na consolidação de proposição final dos resultados obtidos nos eixos 1 a 7.

Após os estudos e debates dos temas previstos nos eixos escolhidos para orientar os trabalhos da Subcomissão, pretende-se apresentar propostas de medidas destinadas a vencer as barreiras interpostas à efetiva organização e consolidação do SUS. As medidas propostas poderão ser da seguinte ordem:

1. Medidas legislativas – pretende-se criar um grupo de trabalho composto por técnicos e especialistas internos e externos a essa Casa para assessoramento na análise e consolidação de propostas legislativas sobre o SUS e a saúde e na produção de normas que tenham sido apontadas ou que venham a ser apontadas como necessárias para a melhoria do SUS.
2. Medidas governamentais – proposição de medidas técnico-sanitárias e administrativas necessárias à consolidação da organização do SUS e funcionamento compatível com as necessidades de saúde da população.

4. OPERACIONALIZAÇÃO E CRONOGRAMA DE TRABALHO

Os trabalhos da Comissão deverão ser apresentados mediante:

I - Reunião Interna de Deliberação e de Audiências Públicas. As reuniões internas da Subcomissão serão realizadas todas as quintas-feiras, organizadas por eixo temático. A ordem dos eixos podem ser alteradas em razão de compatibilização das agendas dos convidados, podendo-se alternar-se conforme forem as necessidades. Seus primeiros trinta minutos serão reservados

às deliberações. Finalizada as deliberações será aberta as audiências públicas que contará no máximo com três convidados expositores os quais disporão de trinta minutos cada um para suas apresentações. Finalizadas as exposições será aberto um período de debates de até duas horas de duração.

II – Elaboração e apreciação do Relatório Final.

5. CRONOGRAMA DE TRABALHO

5.1. Requerimentos

Para dar concretude às propostas mencionadas neste documento, será fundamental a participação ativa dos deputados e deputadas, com apresentação de requerimentos, os quais serão objeto de reuniões.

Mês	reuniões ordinárias
Maio	– Reunião dia 14.
Junho	– reuniões
Julho	– reuniões
Agosto	- reuniões
Setembro	- reuniões
Outubro	– sistematização dos documentos ou ainda reuniões (audiências)
Novembro	– sistematização dos documentos e relatório final
Atividades	dias

Audiências internas

5.2 Atividades Externas

Realizar visitas técnicas em pelo menos uma cidade por região do país, incluindo o acompanhamento das conferências municipais e estaduais de saúde.

5.3 Elaboração de propostas de alterações legislativas

Elaboração, votação e envio às autoridades envolvidas no processo de trabalho.

Elaboração do relatório final

Observação: Os cronogramas acima são preliminares podendo ser alterados conforme o desenvolvimento dos trabalhos da subcomissão.

Sala da Subcomissão, em maio 2015

Deputado Odorico Monteiro

Presidente

Deputada Carmem Zanotto

Relatora