



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

*Versão para registro histórico*

*Não passível de alteração*

CONSELHO DE ALTOS ESTUDOS E AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA		
EVENTO: Reunião de Trabalho	Nº: 1077/12	DATA: 11/07/2012
INÍCIO: 15h12min	TÉRMINO: 16h23min	DURAÇÃO: 01h11min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 01h11min	PÁGINAS: 27	QUARTOS: 15

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
-----------------------------------

LÍGIA BAHIA - pesquisadora e professora do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ e Vice-Presidente da ABRASCO — Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

SUMÁRIO: Debate sobre o tema *Saúde Coletiva*.

OBSERVAÇÕES
-------------

Houve exibição de imagens.  
Há intervenção fora do microfone. Inaudível.  
Há orador não identificado.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Boa tarde a todas e a todos.

Queria saudar os membros do Conselho nesta 8ª reunião de trabalho deste órgão técnico, que tem por finalidade traçar políticas públicas para o Poder Legislativo e para o Brasil.

Gostaria de repetir que nós temos uma dificuldade, que é fazer com que não possamos invadir as atribuições das Comissões Permanentes da Casa. Mas, ao mesmo tempo, há um grande benefício: ter a melhor assessoria do Brasil aqui na Câmara, assessoria essa que é coordenada pelo Secretário Executivo deste Conselho, o Dr. Luiz Henrique Cascelli, Consultor-Geral da Câmara, e tem cerca de 300 consultores, todos concursados e da melhor qualidade, aprovados em concurso, muitas vezes, com mais de 20 mil candidatos.

Então, eu gostaria de dizer que este Conselho está devidamente preparado para participar de eventos dessa natureza. Por isso eu gostaria de registrar que tenho muito prazer de hoje receber a Dra. Lígia Bahia e os Profs. Carlos Silva, da Fundação Oswaldo Cruz, e Newton Pereira Júnior, da Universidade de Campinas – UNICAMP, que acompanham a nossa querida depoente.

Queria saudar aqui os Deputados Ariosto Holanda e Miro Teixeira e os assessores dos diversos órgãos da Casa, que por certo levarão grandes conhecimentos sobre esse assunto.

Quero dizer que a Dra. Lígia desenvolve um trabalho extraordinário, um trabalho que é referência para todo o Brasil, como pesquisadora e professora do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e como Vice-Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva — ABRASCO.

Segundo a Professora Lígia, o objetivo da ABRASCO — que realiza, no ano em curso, o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Pública — é aprofundar os debates e buscar alternativas para o sistema de saúde no Brasil:

*“Nossas ações defendem a formulação de políticas essenciais à garantia do direito à saúde. Avaliamos os tempos de espera e a dignidade do atendimento, as garantias de cobertura, a*



---

*regulação de preços, os usos e abusos dos planos de saúde privados”.*

Tanto S.Exa. tinha razão que hoje, em todos os jornais do Brasil, 37 empresas de planos de saúde e 169 programas foram suspensos por 3 meses, pela falta de atendimento, o que corresponde justamente a todos esses itens narrados por S.Exa.

Ainda nessa vertente, outra questão contemplada em nossas investigações refere-se à idosofobia e os planos de saúde, quer dizer, os planos de saúde não gostam de atender idosos. Há muito disse a Profa. Lígia Bahia:

*“Idoso deixou de ser sinônimo de inativo há muito tempo. O termo velhice ativa, utilizado em países com elevada proporção de velhos na população, tornou-se uma consignação que dá sentido a articulação de políticas sociais para assegurar “mais vida aos anos e não apenas anos à vida”.*

*Hoje, o que se constata é que o idoso que tinha plano de saúde empresarial até a véspera de se aposentar, caso deseje continuar com a mesma cobertura, terá de bancar despesas muito mais elevadas do que as anteriores, o que é um absurdo.”*

Continua a Dra. Lígia:

*“Para deter o descarte de idosos no Brasil que envelhece, é preciso entender que o prolongamento da vida é consequência, e não causa das despesas públicas com saúde no Brasil.”*

A reunião do Conselho de Altos Estudos será aberta ao público. O tema *Saúde Coletiva* poderá, no futuro, tornar-se objeto de estudo colegiado.

Eu passo a palavra, agora, com muita satisfação, à Dra. Lígia Bahia para que ela possa fazer sua brilhante exposição. Temos certeza disso.



---

**A SRA. LIGIA BAHIA** - Quero dar boa tarde a todos, em meu nome e em nome dos colegas. Nós somos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Em nome da nossa instituição, a ABRASCO, queria iniciar agradecendo. ao Deputado Inocêncio Oliveira pelo convite, especialmente ao Deputado Miro Teixeira, que nos recebeu para uma conversa preliminar.

Agradeço, também, pela presença aos Deputados, à assessoria. Para nós, este é um momento muito importante. Este encontro é muito significativo.

Sem mais delongas, vou começar a apresentação.

Nós preparamos essa apresentação bastante sintética sobre o tema *Desenvolvimento Econômico e Social e a Saúde no Brasil: Desafios no Século XXI*.

Nós três podemos ser perguntados. Sintam-se à vontade para nos interromper. Nós, que somos pessoas que estamos na universidade neste momento, muitas vezes sabemos menos do quem está lidando com os problemas mais sensíveis da população.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Esse tema não é novo. De vez em quando ele volta. O Monteiro Lobato, em um dos seus livros — não sei se vocês se lembram do Jeca Tatu —, tratava que a saúde era muito importante para o desenvolvimento. O Jeca Tatu — não sei se todos tiveram oportunidade de ler, os mais jovens talvez não — era um personagem do Monteiro Lobato. Ele era doente, tinha ancilostomose, tinha amarelão. O Monteiro Lobato achava que o Jeca Tatu, por ser doente, não podia trabalhar, e porque ele era doente, o Brasil era subdesenvolvido. Mas existem outros autores, inclusive autores brasileiros, que consideram o contrário, que é a riqueza que pode propiciar a saúde.

Claro que quem pensa de um jeito tem políticas de saúde de um jeito, e de outro jeito, tem outras políticas de saúde.

Um pouco do que queremos mostrar aqui, agora, é que a saúde, como Monteiro Lobato pensava, gera intervenções de saúde pública. Mas, se pensarmos que é o desenvolvimento econômico o responsável pela saúde, nós não temos políticas de saúde, temos, sim, políticas econômicas. Então, a saúde fica desprezada.



Então, depois do Monteiro Lobato, depois desse debate, a experiência demonstrou que o desenvolvimento econômico não necessariamente traz saúde. Os países produtores de petróleo — Síria, Turquia — têm uma renda *per capita* imensa, enorme, e não necessariamente têm boas condições de saúde. A experiência também demonstrou que países que não são ricos podem ter boas condições de saúde. Por exemplo, a Costa Rica, que é um país pequeno, que é um país que deliberou não ter um exército, é um país com boas condições de saúde. A Cuba é o exemplo mais notório disso. Cuba, com uma economia muito subdesenvolvida, muito precária, foi um país que alcançou excelentes condições de saúde.

Aqui, mais recentemente, digamos assim, no século XXI, ninguém mais pensa assim, saúde causa desenvolvimento ou desenvolvimento causa saúde. Já chegamos à conclusão de que, primeiro, a saúde é um setor econômico. A saúde representa 8% do PIB no Brasil. Ela representa 16% do PIB nos Estados Unidos. A saúde tem indústria farmacêutica, tem indústria de equipamentos, a saúde emprega. A saúde, em si, é um setor econômico. Mas a saúde também é um direito fundamental. Portanto, essa relação entre a saúde como setor econômico e a saúde como um direito humano fundamental está completamente imbricada.

O que temos dito hoje é que a saúde tem que estar presente em todas as políticas públicas, que a saúde está muito relacionada com bem estar. E nesse texto, eu usei essa consigna que é “mais vida aos anos”. Não é que a gente precisa só viver mais, mas viver com melhor qualidade.

E aqui, só para demonstrarmos um pouco esse quadro — Desculpe, não deu tempo de traduzirmos o nome dos países para o Português —, os Estados Unidos são o país que mais gasta com saúde. Os Estados Unidos têm um gasto bastante elevado com saúde, e não são o país que tem os melhores indicadores de saúde.

Na segunda e na terceira colunas, vocês podem reparar que a expectativa de vida saudável nos Estados Unidos, e a própria expectativa de vida, mesmo não saudável, é menor do que em países que gastam menos com saúde, mas que têm sistemas universais de saúde.

Então, o que temos conversado — e os estudiosos têm demonstrado isso — é que os sistemas universais de saúde podem ser responsáveis por garantir melhores condições de saúde.



Aqui, já vou passar para o segundo item do que nós estamos querendo conversar, um pouco sobre o que está se passando neste momento em que temos essa crise econômica. E todo esse debate sobre sistemas universais de saúde, sobre sistemas de proteção social na Europa, está realmente num momento diferente, porque tivemos os 30 anos depois da Segunda Guerra Mundial, que são chamados os “anos de ouro”, e atualmente temos um problema: como esses sistemas de proteção social vão continuar de pé com o corte de salários que está acontecendo na Europa? Os professores universitários tiveram um corte de salário de 30%. Isso que era um exemplo para nós pode vir a não ser. E as tais democracias orientais — a China, o Egito —, todos esses países, a pergunta é o que farão esses países? Esses países terão sistemas de saúde universal ou esses países terão sistemas mais parecidos com o dos Estados Unidos, que é um sistema baseado no mercado?

E aqui no Brasil, como é que nós estamos passando? Nós temos uma conjuntura diferente dessa. O pessoal mais jovem diz que o Brasil está “bombando”. O Brasil tem uma janela demográfica. Enfim, eu não preciso repetir isso, porque certamente esse assunto já é um debate cotidiano na Câmara. Mas a pergunta é se nós agora teremos uma economia normal, no sentido de que todos os empregos serão mais qualificados? No Rio de Janeiro, nós perguntamos: nós não teremos mais empregadas domésticas, por exemplo, porque ninguém mais vai precisar trabalhar em condições de não formalização do trabalho, ou o Brasil continuará tendo aquela nossa famosa economia dual? Esta é uma pergunta.

De qualquer maneira, temos esse momento de revitalização dos movimentos sociais, mas, por outro lado, contrapontos. Hoje, no Rio de Janeiro, temos essa “policialização” das políticas sociais. O Deputado Miro Teixeira, que é do meu Estado, Rio de Janeiro, sabe que, hoje, nas favelas há mais militares do que profissionais de saúde. Se formos às favelas que têm UPPs, vamos encontrar mais força policial do que pessoas preocupadas com a garantia do bem estar. Isso é um problema, claro; é uma solução, mas também é um problema. Temos uma grande privatização da saúde, não só via Governo Federal, mas também pelos Governos Estaduais. Os Governos Estaduais optaram fortemente por adotar políticas de privatização.



Aqui, temos vetores positivos no sentido de que agora temos condições de alavancar um sistema de proteção social mais universal, mas também temos vetores negativos. Nossa estrutura fiscal é regressiva. Temos políticas macroeconômicas de ajuste fiscal; temos essa taxa de investimentos muito baixa. A nossa taxa de investimentos é bastante baixa para o que é o desempenho da nossa economia.

Então, temos, a pergunta “para aonde vamos?”, que era o debate que o Deputado Inocêncio Oliveira nos provocou. Vamos ser uma população em que todo mundo tem plano privado de saúde? Mas será um plano privado de saúde desses de 40 reais, de 30 reais, planos esses que acabam sendo quase um crime contra a economia popular, ou vamos ter um sistema de saúde abrangente, público, de qualidade? Este realmente é um dilema. Vamos ter uma inserção pelo consumo ou vamos ter uma inserção pelo direito? São políticas completamente diferentes. E, nesse momento, na nossa avaliação, estamos bastante nessa encruzilhada. Estamos quase podendo nos americanizar, no sentido da privatização da saúde, o que terá consequências bastante graves.

Bom, qual é o argumento? O argumento é que a saúde gera déficit fiscal. É verdade, gasto com saúde gera déficit fiscal. Essa reforma que o Obama fez nos Estados Unidos está gerando déficit fiscal. O argumento não é que saúde não gera déficit fiscal. E nós precisamos saber argumentar, do contrário, ficamos fazendo um argumento falacioso. Claro, existe a dívida pública, o PIB. Precisamos conversar sobre isso.

Esses dois argumentos de baixo de que a despesa com saúde não gera riqueza são perfeitos. A despesa com saúde não gera riqueza. Entretanto, despesa com saúde não é para gerar riqueza. A despesa com saúde é para gerar bem estar. Esse também é um argumento que a toda hora vemos, principalmente do pessoal da área econômica — Ministério da Fazenda, Ministério do Planejamento.

O segundo argumento é que não existe impacto dos serviços de saúde nos níveis de saúde. É melhor investir em saneamento, é melhor investir em educação do que investir na saúde, porque mães educadas são fatores mais importantes para a saúde do que os serviços de saúde.

Nós argumentamos que sim, que é muito importante saneamento, é muito importante política pública de transporte, é muito importante política pública de



moradia. Mas a saúde é uma política insubstituível, do ponto de vista da solidariedade, do que ela pode gerar de sociabilidade, de um outro padrão de convivência humana, enfim, de proteção, de segurança. Mas esses são os argumentos com os quais nos debatemos a toda hora. Acho que precisamos ver como enfrentá-los, em que fóruns, e tudo mais.

Eis aí um ponto de partida importante. Não podemos imaginar que o nosso País seja a mesma coisa que a Europa. Nós não somos. O nosso ponto de partida é diferente. Nós não tivemos Segunda Guerra Mundial, nós não tivemos Plano Marshall, nós não tivemos um conjunto de condições que esses países europeus tiveram. Nós sempre tivemos uma sociedade muito desigual, muito estratificada. Portanto, como podemos avaliar a situação em que nós estamos hoje?

O SUS foi muito importante. O SUS é uma reforma administrativa muito bem sucedida, mas como reforma administrativa. Temos um sistema que é tripartite, é organizado, existe o Ministério da Saúde.

Para vocês terem uma ideia, antes do SUS não havia Secretarias Municipais de Saúde. Hoje temos 5.600 Secretarias Municipais de Saúde, existem equipes em todos os Municípios. Então, é uma reforma administrativa bastante importante. Mas nós achamos que essa reforma administrativa é uma reforma parcial, porque não conseguimos fazer uma reforma na atenção à saúde. Nós caminhamos muito mais com a perna administrativa do que com o mais importante, que é obter melhores condições de saúde. Eu acho que é importante fazermos essa anotação.

Este é um quadro muito importante, um número que foi publicado na revista *The Lancet*, que é um importante periódico para a área da saúde. Alguns Deputados aqui sabem disso, porque são da área.

E quais são os problemas de saúde no Brasil? É uma síntese, eu não vou me deter, mas, para quem tiver curiosidade... Temos a chamada tripla carga de doenças no Brasil. É importante conhecermos essa tripla carga de doenças. Se nós somos assim, que sistema de saúde responde a isso?

O que é uma tripla carga de doenças? Temos problemas de doenças crônicas, hipertensão. O País tem uma alta mortalidade materna causada pela má qualidade da assistência ao parto. Isso ocorre não porque as pessoas não são





assistidas, mas porque são mal assistidas. É diferente, não é pela falta, é pela qualidade como nós estamos atendendo. Nós temos doenças infecciosas.

Eu não sei se alguém aqui é do Goiás. Lá, existe a leishmaniose. Em Goiânia, atualmente, há um surto ou uma epidemia, tanto faz, porque, para quem tem o problema, tanto faz ser surto ou epidemia, de leishmaniose.

Leishmaniose é uma doença muito grave, transmitida por cachorro, e a solução é matar o cachorro, e são cachorros domésticos. Porém, é muito difícil o dono de um cachorro doméstico compreender que seu cachorro tem que ser sacrificado. Leishmaniose é uma doença muito grave, muito grave, e para trata-la é preciso matar o cachorro. Hoje, no Brasil, em pleno século XXI, nós estamos com recrudescimento de leishmaniose, para não falar da dengue.

Nós consideramos que a dengue é uma doença fora de controle. O que tínhamos que ter feito nós não fizemos. Atualmente nós temos quatro sorotipos de dengue circulando. Claro que nós já nos acostumamos. Eu não sei se vocês se lembram da primeira epidemia de dengue, todo mundo queria viajar, todo mundo queria ir para outro lugar, queria proteger seus filhos.

E isso é muito grave. Por quê? Nós temos que ter um sistema de saúde que ao mesmo tempo responda a problemas de doença infecciosa, que geram um conjunto de ações; e também a problemas de doenças crônicas, um outro conjunto de ações.

As violências no Brasil são extremamente graves, tanto a violência familiar quanto a violência das causas externas, dos acidentes de trânsito. Nós estamos com o problema dos motociclistas, da entrega 24 horas — uma mortandade absurda.

Enfim, que sistema de saúde é necessário para que tenhamos melhores condições de saúde? Esta é a pergunta se faz a toda hora. Houve melhorias. O acesso à saúde melhorou.

Temos informações de 1988, 2003 e 2008, temos tido progressivo aumento de acessos. Hoje, as pessoas conseguem ir ao serviço de saúde, o que não conseguiam antes. Isso é extremamente positivo. Temos tido tem melhorias de acesso à saúde no Brasil.

Entretanto, não se tem conseguido diagnosticar problemas de saúde. As pessoas vão ao serviço de saúde, mas o diagnóstico precoce de hipertensão, o



diagnóstico precoce de diabetes, o diagnóstico precoce de problemas que poderiam ser evitados não é realizado. Então, por mais que o acesso tenha melhorado, a qualidade dos serviços é muito precária.

Aqui, só para mostrar que entre idosos essa diferença está diminuindo. Essa é uma análise por nível de renda. Mas, isso é extremamente positivo, para consulta médica, e está tendendo a melhorar. Mas, com relação à consulta odontológica, não. Consulta odontológica tem uma relação extremamente desigual. No Brasil, dentista continua sendo uma coisa para rico, o que é uma tragédia, porque a saúde oral da população é extremamente importante para o bem-estar.

Aqui, o problema do pagamento. Esse acesso aumentou, mas quem paga são os usuários, com seus próprios recursos, ou os planos de saúde. Por exemplo, mamografia, as mulheres conseguem fazer mais mamografias, mas não necessariamente essa mamografia é paga pelo serviço público. Para consulta odontológica é pior ainda.

Aqui são as pessoas que agora passam a ir mais ao posto de saúde do que ao hospital, o que é muito bom também. Nós, brasileiros, temos a cultura do hospital, para tudo, vamos direito ao hospital. Mas, quando vamos direto ao hospital sobrecarregamos os serviços hospitalares, muitas vezes desnecessariamente. Então, começamos a mudar isso, o que também é um sinal positivo.

Olha só, há coisas muito interessantes. Depois do SUS, o número de serviços públicos aumentou, o número de hospitais públicos aumentou, o número de leitos públicos aumentou. Não é que o SUS não tenha tido efeito algum. O SUS é real. Ele ocorreu, há efeitos no SUS que são claramente sensíveis. Entretanto, no que se refere aos profissionais do SUS que antes trabalhavam no setor privado, a proporção continua mais ou menos a mesma. Isso é dramático. Se temos o SUS, um sistema de saúde universal, e não consegue que os profissionais de saúde trabalhem para o SUS, significa, então, que as dificuldades para ser atendido no SUS são essas que conhecemos.

Aqui é o pessoal de nível técnico e auxiliar, continua mais ou menos a mesma coisa. Aquele primeiro gráfico é de 1986, antes do SUS, e o último é de 2009. Repara, no primeiro, a proporção desses profissionais que trabalhavam na rede pública fica mais ou menos igual muitos anos depois, 20 anos depois. O que seria



esperado no sistema universal? Seria esperado, no sistema universal, que houvesse uma migração brutal desses profissionais para o sistema público. Isso não ocorreu.

Os médicos, que é esse segundo gráfico que vou mostrar agora, ao contrário, há mais médico trabalhando para o setor privado do que para o setor público, isso depois do SUS. Então, não é à toa que a principal queixa da população sempre é que não há médico. Essas últimas pesquisas têm demonstrado isso. Com os odontólogos, isso não ocorre. É interessante como uma política pública faz isso. A política do Brasil Sorridente fez com que os odontólogos hoje trabalhassem mais nos serviços públicos do que nos serviços privados. Havia odontólogo trabalhando como motorista de táxi, não sei se vocês lembram. Era muito difícil conseguir um emprego de odontólogo. O primeiro emprego de odontólogo, há 5 anos, era muito difícil. A política Brasil Sorridente foi capaz de inverter esse quadro. É importante notar que uma política pública tem poder. Ela modifica a realidade.

Aqui, são os enfermeiros, também não há modificação. Os enfermeiros continuam.

Aqui, oferta de equipamentos. Existem muito mais mamógrafos, ressonância nuclear magnética, tomógrafos destinados para o setor privado do que para o setor público. A gente brinca dizendo que, no Rio de Janeiro, é mais fácil um camelo passar pelo buraco de uma agulha do que se conseguir um exame de ressonância nuclear — só se o Deputado Inocêncio Oliveira pedir que seja realizado — para um paciente ambulatorial; o paciente que está internado sim, mas o paciente ambulatorial dificilmente consegue.

Aqui seria então uma síntese. Depois da Constituição, que aprovou o SUS, o que nós temos? Nós temos insuficiência de financiamento para o SUS, instabilidade das fontes; nós temos politização dos cargos técnicos e precariedade da qualidade do gasto; nós temos na prestação de serviços... A gente não sabe se é direito ou se foi porque a gente conseguiu aquela consulta porque algum vereador pediu a consulta a algum amigo, a algum parente que trabalha no hospital. Todos nós recorremos a essa...

A gente tem o sucateamento das estruturas públicas. Eu trabalho no Hospital Universitário da UFRJ, uma parte dele foi demolida. Eu acho que é talvez o símbolo mais... Para nós que fomos pessoas que... Eu estudei naquele hospital. A gente



chorou muito, porque foi uma derrota muito grande. Ele tinha tudo para ser o melhor hospital do Brasil, e acaba que, nesse momento, assim, a gente demole o hospital.

E a gente tem essa precarização dos microprofissionais. Em relação aos planos de saúde, é o contrário, os planos de saúde estão indo muito bem. Hoje a gente tem 47 milhões de contratos de plano de saúde. A gente tem quase 40% da população brasileira coberta por plano de saúde, tendendo a aumentar — é possível que a gente chegue a 60% de brasileiros com plano de saúde —; não quer dizer com bons planos de saúde, mas com plano de saúde.

E aqui é um pouco assim, o preço. Não, desculpe-me, é a taxa de crescimento dos planos, que é maior do que a da população. E aqui são os preços. Os preços dos planos aumentam mais do que a inflação. Isso é extremamente preocupante porque as pessoas conseguem ter o plano, mas não conseguem manter o plano, o que é completamente diferente, assim, pagar a primeira prestação e depois envelhecer, e depois ter um parente com algum problema de saúde. Tudo isso vai tornando então essa alternativa, alternativa de promover assistência à saúde... A atenção à saúde via plano de saúde, ela sempre tem esse problema.

E aqui a gente tem a financeirização das empresas. Eu também não sei se os senhores e as senhoras têm acompanhado, mas a AMIL hoje é uma grande empresa. Ela era uma empresa da mão para a boca, era uma empresa que surgiu em Caxias, uma cidade da Baixada Fluminense, era uma clínica que nós, profissionais, chamamos de “trambclínica”, e atualmente é uma enorme empresa. Talvez ela seja, isoladamente, a maior empresa de plano de saúde do mundo, porque as empresas americanas não podem ser nacionais. As empresas americanas, elas são estaduais. Então, a AMIL... Enfim, o dono da AMIL é um dos novos bilionários da revista *Forbes* — eu acho que todos os senhores acompanharam.

E outras empresas também, DASA, Fleury; a gente tem oligopólios. Os laboratórios são oligopólios. A gente tem dois laboratórios hoje, a gente pode escolher entre o DASA e o Fleury. É claro que isso vai gerar preço de oligopólio. Se são dois, não há concorrência. Com mercado sem concorrência, nós sabemos mais ou menos o que vai ocorrer no futuro.



Aqui são os chamados benefícios fiscais, o gasto tributário. Nós temos plano de saúde, mas nós temos dedução fiscal. O plano de saúde não é financiado exclusivamente com recursos privados, muito pelo contrário, uma parte grande dos planos de saúde é financiada com recurso público. Não estou me referindo ao plano de saúde do Senado, não é isso, é o plano de saúde dos 47 milhões de brasileiros. Ou eles descontam do Imposto de Renda ou a empresa empregadora desconta.

Então, o plano de saúde no Brasil, de jeito nenhum, pode ser chamado de mercado, ele é um quase mercado, é um mercado artificialmente estendido, mas ele não viveria assim, nós não teríamos 47 milhões de clientes de plano de saúde se não houvesse um aporte importante de recursos públicos.

E aqui o que a gente tem então? Impactos da privatização. Os hospitais de excelência hoje são privados, isso é uma realidade. Então, o Sírio Libanês, o Einstein, eles não são privados, são filantrópicos, mas ninguém sabe, todo mundo acha que são privados, embora não seja assim. Eles têm cara de privado, focinho de privado, orelhinha de privado, mas são filantrópicos.

É claro que, se são os hospitais de excelências, eles vão ditando o ritmo da inovação tecnológica. E, ao ditar o ritmo da inovação tecnológica, eles vão também jogando os preços para cima, e as necessidades para cima.

Por que então todos nós não poderíamos ter realizado...? Vou citar um exemplo — não é de mau gosto, sinceramente —, o diagnóstico precoce a que a Dilma teve acesso. A Dilma foi um caso, ela fez um diagnóstico extremamente precoce — nenhum brasileiro teria acesso daquela maneira — ao realizar um exame que não é recomendado a não ser que seja para uma alta autoridade pública etc. Enfim, ela encontrou um achado que não seria possível. Agora, como pagar isso para todo mundo?

E aqui só para mostrar que a gente não está com essa bola toda, porque, mesmo com essa privatização, o Brasil... Por exemplo, isto aqui são os equipamentos para câncer. Câncer é a doença do século XXI. A doença do final do século XX foi doença do coração, mas as doenças do século XXI serão câncer. Não é à toa que todos os Presidentes nossos... Parece até efeito contaminação não sei de quê: os nossos Presidentes, eu digo esses Presidentes do MERCOSUL, todos estão com câncer. É a doença do século XXI. São equipamentos para câncer, e o



Brasil é pior do que o Chile, porque o Chile ali — há um asterisco, não dá para ver — são só os equipamentos públicos.

O Brasil é esse, o Chile é esse. Vejam a Colômbia. Quer dizer, a gente não tem nenhuma coisa maravilhosa. Se a privatização tivesse... *Ah, então, o Brasil desponta, o Brasil tem um grande número de equipamentos, o Brasil está muito bem tecnologicamente!* Não. O Brasil não está tão bem quanto...

E aqui é a evolução dos gastos, o gasto privado aumentando mais do que o gasto público — claro, depois dessa...

Aqui foi uma reportagem de uma jornalista da *Folha de S.Paulo*, em que ela demonstra que uma pessoa que paga 8 mil por um plano de saúde precisa pegar medicamento na fila do SUS: esses medicamentos excepcionais, especialmente alguns medicamentos para imunossupressão etc. Esse cliente, ele deve ser daquelas pessoas que jamais passaram na porta da fila do SUS, e a empresa de plano de saúde falou que ele deveria ir ao SUS — ele ficou furioso —, o que gerou essa reportagem.

Mas é importante a gente entender que mesmo quem tem um plano de saúde extremamente caro, abrangente, não tem cobertura integral. Os planos de saúde no Brasil têm uma cobertura restrita. Por exemplo, o fato de não ter cobertura para medicamento é uma coisa inimaginável nos Estados Unidos. Não existe plano de saúde sem cobertura para medicamento nos Estados Unidos. Medicamento hoje é um item extremamente caro nas despesas com saúde e que tende a aumentar. Por quê? Pela inovação tecnológica, envelhecimento e tudo isso.

Aqui, então, temos políticas de incentivo à privatização, claro. Não só essas isenções e deduções, mas a gente tem créditos e empréstimos para empresas privadas, tem associação com banco estatal, tem auxílio na obtenção de empréstimos de bancos internacionais. A gente tem um conjunto de políticas que nutrem esse padrão.

E, por ser uma síntese, só para a gente... A gente teve mudanças importantes na fisionomia do sistema de saúde, mas a gente preserva esse padrão seletivo, estratificado, discriminatório, vazado por privilégios. Então, por mais que a gente tenha na Constituinte aprovado o SUS, a gente não conseguiu superar o que talvez



seja a nossa pior marca, a marca da discriminação, a marca da não garantia do direito.

Então, quais são as tendências? Por um lado, eu acho que a gente pode expandir a oferta pública — deve —, reordenar o mercado, impor barreiras à entrada, explicitar interesses e conflitos de interesses. No Brasil isso ainda não é uma prática. A gente tem pessoas que são, por exemplo, financiadas por laboratórios farmacêuticos e que não declaram conflitos de interesse. A gente tem pesquisadores financiados por empresas de plano de saúde que não declaram conflitos de interesse. Então, seria importante que a gente pudesse, enfim, impor critérios mais refinados. E a gente, por outro lado, tem essa privatização, a gente pode aumentar a venda de plano de saúde para segmentos C e D.

Neste momento, Deputado Inocêncio de Oliveira, eu estou muito preocupada com os chamados planos falsos coletivos. Eu não sei se os senhores conhecem. Plano falso coletivo é um plano também chamado por adesão, em que você abre uma firma, uma pessoa jurídica, e compra um plano para três pessoas.

Qual é o truque? O truque é que esse plano não tem regulação de preços. A ANS só regula preço de plano individual. Esses preços têm aumentado 30%, 28%. Se o aumento é 8%, o aumento sobre esses planos é muito maior. Isso tem sido responsável por uma parte grande desse recente *boom*, desse recente crescimento. Então, seria importante regular.

Do outro lado, o que a gente tem? O SUS pobre para pobres. Se a gente tiver uma política social só para pobre, essa vira uma política social pobre. É essa experiência nas escolas. Pessoas que estudaram em escolas públicas até hoje falam: *“Não, mas a escola pública era uma escola de qualidade, porque na escola pública todos nós estudávamos juntos”*.

É fundamental que seja assim na saúde também. Nós não teremos uma saúde de qualidade se, primeiro, os profissionais não tiverem muita experiência. E, para terem muita experiência, é preciso atender a todos. Essa é uma coisa fundamental na saúde.

Vários estudos demonstram que, quanto mais opera, mais o cirurgião melhora. Então, ele não pode operar só rico. Se a gente tivesse, digamos, um cirurgião do sultão, o cirurgião do sultão seria péssimo. A gente precisa ter médicos,



enfermeiros, farmacêuticos que tenham muito experiência. Isso gera qualidade. Então, a gente não pode ter um sistema, uma política social, nem escolas, nem saúde, nem transporte público para pobre.

Quais são as perspectivas? Afinal de contas, para que a gente está aqui? A gente tem uma agenda estratégica. Essa agenda propõe ampliação da oferta, fixação de profissionais. O Cartão SUS é uma coisa em que ninguém mais acredita, mas ele seria muito importante se a gente tivesse um sistema de informações mais inovativo. O Brasil tem tudo para ter isso, e não tem. Na saúde a gente não tem.

A gente propõe uma rede exclusiva para o SUS, filantrópico SUS — que os filantrópicos não sejam filantrópicos que discriminem pessoas que são SUS ou que não são SUS —, eliminação de subsídios e aumento dos recursos para a saúde. Por que não usar fundos de pensão para pensar sobre recursos para a saúde? Todo mundo tem pensado no pré-sal, enfim, outras fontes possíveis de recursos para a saúde, mas a gente queria trazer esse debate sobre os recursos dos fundos de pensão, que em alguns países têm sido utilizados para financiar políticas sociais. E, é claro, possibilidade de regulação de preços.

Eu estou concluindo. Nós queríamos, se fosse possível, que o Conselho de Altos Estudos, conosco, pudesse debater a possibilidade de realizar o 9º Simpósio de Saúde na Câmara. Nós achamos que estamos numa conjuntura favorável a isso. Seria muito importante que ele fosse realizado, se possível, ainda neste ano. Por quê? Neste ano, a gente está em meio aos mandatos. De certa maneira, ele coincidiria com o final das eleições de prefeitos e vereadores, e a gente ainda teria metade dos mandatos dos Governos Estaduais e do Governo Federal. E, é claro, essa pauta, que eu não vou repetir aqui porque evidentemente ela está no dia a dia dos senhores. A ideia é sempre transformar interesses particulares em direito efetivo. É claro que nós achamos que o Legislativo é o fórum que pode promover isso, nenhum outro. Não seriam o Poder Judiciário e o Poder Executivo que teriam a capacidade de transformar interesses particulares.

Bem, aí estão os nossos *e-mails*. Ficamos completamente à disposição para o debate.

Obrigada.





---

**O SR. PRESIDENTE** (Inocêncio Oliveira) - Eu gostaria de agradecer a grande exposição, aliás, cheia de conteúdo e de dados importantes, da Dra. Lígia Bahia.

Gostaria de dizer a V.Sa. que eu fui incumbido pelo Dr. Tancredo Neves, quando já eleito pelo Colégio Eleitoral, para escrever naquele livro azul sobre o seu programa de saúde. Então, naquele momento, um dia, a cantora que fazia parte, Fafá de Belém, chegou à reunião e disse que eu estava escolhido Ministro da Saúde. *(Risos.)* Não é verdade. Ele me pediu que escrevesse. E eu escrevi aquele capítulo todo dizendo que o sistema deveria ser universal, hierarquizado e descentralizado. Então, eu preconizei o sistema, que o setor público teria prevalência sobre todo o sistema e a iniciativa privada teria apenas função complementar.

Foi adotado posteriormente aquele sistema, chamado Sistema Único de Saúde — SUS, mas eu, como um dos pais desse sistema, digo que ele precisa ser totalmente reformulado. Ele fracassou totalmente, porque ensinou a que o pobre faça de conta que é atendido e o médico faça de conta que atende, faz com que os hospitais credenciados, pela remuneração que recebem, não atendam o paciente. E muitas vezes o atendem cometendo irregularidades, recebendo por fora. Essa, sim, é a verdade.

O rico tem como ser bem atendido nos grandes hospitais. Inclusive, vai até para São Paulo, a maior parte — para o Albert Einstein, para o Sírio Libanês, para a Beneficência Portuguesa —, para o Rio de Janeiro, em tantos hospitais bons que tem, para Pernambuco, em tantos outros. Mas o pobre tem que se servir do setor público. Então, o setor público hoje fracassou redondamente no atendimento à saúde da população brasileira. Essa é a grande verdade.

Por isso é que hoje há um contingente muito grande de pessoas que procuram as empresas de saúde e os planos de saúde para ter assistência de melhor qualidade. Mas esses planos, cientes disso, estão explorando cada vez mais, aumentam o preço e diminuem o contingente de grande atendimento.

Nós precisamos, portanto, reformular todo o sistema de saúde para que os nossos pacientes, os mais pobres, não precisem procurar empresa de saúde nem plano de saúde para ter assistência de boa qualidade. Saúde é um direito de todos e



um dever do Estado; saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um complexo de bem-estar físico, mental e social.

E o desenvolvimento da saúde é diretamente proporcional ao desenvolvimento econômico de determinada nação. Infelizmente, no Brasil não é assim. Somos a sexta economia do mundo, mas talvez estejamos no 70º lugar em atendimento à população de baixa renda. O Ministro chegou a dizer que o Brasil era “Belíndia”, ou seja, cobrava imposto da Bélgica e prestava assistência da Índia.

Então, precisamos cada vez mais repensar esse sistema para que aqueles que mais precisam, aqueles mais necessitados tenham assistência de boa qualidade. A vida de um não é melhor do que a de outro. A vida é uma só, a vida é uma dádiva de Deus. Queremos uma vida digna, correta e plena.

V.Sa. disse uma frase muito boa: *“Não se deve contar apenas o ano de vida, mas a maneira em que se vive.”* Eu quero parabenizar V.Sa. pela tese, pela defesa intransigente, pela maneira como tem atuado. É assim que nós fazemos. Não importa se alguns não nos entendam neste momento. A justiça tarda, mas chega.

Outra coisa: a história não se faz apenas do presente, faz-se a história prevendo o futuro, escrevendo o futuro. Nós temos uma visão do presente, preservamos o passado, mas temos sobretudo uma visão de futuro, um futuro que pode ser antecipado para esta geração e, especialmente, para as gerações futuras, que haverão de vir.

Portanto, Dra. Lígia, receba os meus mais efusivos cumprimentos. Tenha certeza absoluta de que estaremos juntos.

Vou pedir ao Conselho — se não puder, eu assino em meu nome — que os idosos que já têm plano empresarial e se aposentam possam continuar nesse plano sem nenhuma modificação. Acato plenamente essa ideia de V.Sa.

Vou pedir ao Dr. Luiz Henrique Cascellì, o nosso grande Secretário-Executivo e Consultor-Geral da Casa, que faça um projeto, para que assinemos pelo Conselho, determinando que os beneficiários dos planos de saúde do sistema empresarial, quando se aposentarem, continuem pagando a mesma remuneração e tendo a mesma assistência, sem diminuição de nenhum daqueles itens de assistência.



---

A senhora nos deu um ideia fabulosa, que se refere justamente aos idosos que possuem planos empresariais e quando se aposentam têm que fazer novo plano ou pagar muito mais.

Dra. Lígia, receba mais uma vez os nossos cumprimentos. Tenha certeza absoluta de que as ideias aqui lançadas prosperarão e nós haveremos juntos de procurar cada vez mais repensar esse sistema de saúde para que ele seja realmente útil ao povo brasileiro, sobretudo aos segmentos pobres, humildes e necessitados deste País.

Muito obrigado.

Tem a palavra o Deputado Miro Teixeira.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Nós, do Rio de Janeiro, já conhecemos bem toda esta turma da ABRASCO e a Dra. Lígia Bahia.

Numa conversa, eu entendi que este trabalho não era trabalho para um Parlamentar, não era trabalho para uma Frente Parlamentar, porque quando se fala de um Parlamentar ou de uma Frente Parlamentar, por melhor que seja o Parlamentar ou a Frente, isso é excludente dos demais.

Então, deveríamos fazer institucionalmente um grande trabalho pela Câmara dos Deputados. É uma experiência inédita. E digo agora uma coisa que é muito do nosso campo: nossos somos um colegiado. Aqui nós não temos iniciativas colegiadas, e, sim, conclusões colegiadas. Mas iniciativas colegiadas, até quando a Constituição defere às Comissões permanentes da Casa o poder de fazer projetos, nós não temos. Nós não temos um projeto da Mesa Diretora da Casa, a não ser os projetos de resolução, de uso interno, mas projetos de lei não.

Portanto, acho que pode ser um avanço da nossa democracia nós termos um projeto da Câmara dos Deputados como tem projeto do Poder Executivo e do Poder Judiciário. E que projeto é esse? Um projeto ambicioso, de constituir, sim, uma política de saúde, e não uma política de doença. E aí eu penso que o objetivo primeiro da reunião é o Conselho dizer se nós topamos fazer esse simpósio — foi a expressão utilizada — no fim do ano, por estarmos no meio desta Legislatura e no período anterior à posse. Até lá trabalharíamos para, em curto espaço de tempo do simpósio, termos os projetos, apresentarmos as teses, para ilustrá-las apenas, mas com as ideias já formalizadas.



Acho que, para efeito de organização do nosso trabalho, nós teríamos que definir se concordamos em fazer esse simpósio. O meu encaminhamento é o de que devemos concordar, porque o País precisa disso e com impessoalidade, para que todos os Deputados se sintam representados nesse trabalho. E quando isso for apresentado também, que seja dessa forma. Faremos uma lista de todos os Parlamentares, e que todos sejam informados de tudo que for acontecendo até chegarmos a esse simpósio e todos sejam convidados a dele participarem.

Então, a primeira coisa é concordarmos em fazer esse simpósio, de tal sorte que todos saiam daqui já com essa resposta.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Eu vou analisar esse assunto com o Dr. Luiz Henrique Cascell, com todos os membros do Conselho, porque talvez essa atribuição seja da Comissão Permanente de Seguridade Social.

Mas, em todo o caso, se o Conselho puder fazer como disse V.Exa., nobre Deputado Miro Teixeira — um dos mais brilhantes Parlamentares desta Casa, digo isso sem qualquer favor e o elogio de corpo presente —, a política deve ser da Casa, impessoal, deve deixar de melindres: *“Isso é disso.”* Não. É da Casa que vai prestar serviço ao Brasil. Então, vou analisar o assunto com muito carinho, Deputado.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - E vou avançar nisso. Nós todos participamos de Comissões permanentes. Eu sou da Comissão de Ciência, Tecnologia, Comunicação. Já fui da Comissão de Constituição e Justiça. E existem todas as outras Comissões temporárias, mistas, que participamos. Mas nas Comissões Permanentes nós encontramos uma diversidade de interesses legítimos. Alguns são representantes de grupos empresariais, legitimamente — a democracia tem disso —, outros, de corporações de trabalhadores de serviço público ou de trabalhadores do setor privado, legitimamente. Não vai qualquer crítica aqui. O que eu presumo é que o Conselho pode ir acima disso. E é claro que, depois, esse trabalho, transformado em projeto de lei, vai para uma dessas Comissões.

Então, eu imagino que não podemos ficar na rotina de levar à Comissão; nós temos que fazer pelo Conselho, e, a partir do momento em que um simpósio concluísse pela elaboração de um projeto coletivo, qual seria a tramitação dele? Seria a tramitação que se dá aos projetos. E aí, sim, as Comissões fariam e



falarão. E as Frentes Parlamentares também se manifestarão. Eu penso que esse é o caminho.

Agora, também a discussão em tese é sempre agradável, é brilhante. Mas, nós somos muito mal acostumados a ler teses formidáveis não resultarem em alguma coisa objetiva e concreta. Além do mais, a percepção da tese é sempre mais difícil do que a percepção da chamada política substantiva. Como isso vai refletir na minha vida?

Hoje, nos Estados, já há a questão da indenização, do ressarcimento das despesas pelos planos de saúde aos serviços de emergência. Então, temos casos, como o que tivemos agora no Rio de Janeiro, em que uma pessoa abastada que sofreu um acidente, foi parar na emergência do Miguel Couto e foi magnificamente atendida. Em dois dias, ela estava pronta para sair, e foi para o Hospital Copa D'Or, onde se paga uma diária de um bom hotel. Mas, aquele serviço magnífico ficou nas costas do Estado, no caso, do Município, do hospital municipal.

Um projeto que defina o ressarcimento para o hospital, e, mais do que para o hospital, para o serviço de emergência. Vamos trabalhar num projeto que já existe, mas que não tem dado certo. Vamos mostrar que isso traz aliança de todos os Municípios brasileiros, de todos os Estados brasileiros. E, de repente, isso já pode começar a surgir de forma concreta.

A senhora, Dra. Lígia, fez aqui algumas observações. Disse que os programas de saúde não geram riqueza. Geram, sim, porque eles economizam despesas e melhoram as condições de produtividade. É a observação que eu faço. Que dizer, eles aparentam sempre não gerar riquezas, mas geram, sim, pelas condições de produtividade e porque evitam despesa.

Em relação aos 47% que temos de segurados em planos de saúde, seria útil termos — e penso que podemos ter na Casa, até pelos próprios assessores de Orçamento —, a informação de quanto existe de renúncia fiscal de quantas pessoas declaram em Imposto de Renda o que pagaram de plano de saúde e deixam de recolher dinheiro em Imposto de Renda. É dinheiro que iria para a saúde pública também. Estabeleceu-se aí uma política que vai favorecer a entrada em planos de saúde. Agora, isso está custando...



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Mas, Deputado Miro Teixeira, se houver alguma coisa dessa, é burla ao Imposto de Renda, porque o Imposto de Renda diz o seguinte...

Eu sempre declaro, todo o ano, e sou um grande contribuinte do Imposto de Renda, graças a Deus. É o melhor imposto que se tem para pagar...

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Nós somos fiscais de nós mesmos...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - O melhor imposto que tem para pagar é o Imposto de Renda. Se eu estou pagando muito é porque estou ganhando. Então, eu não contesto nada do meu contador. Ele pode vir com o montante que quiser, que eu pago com muita satisfação.

Mas, eu quero dizer o seguinte: quem receber da saúde através de ressarcimento, não pode colocar no Imposto de Renda.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Mas não é isso que eu estou dizendo, não. Eu estou dizendo o seguinte: a pessoa paga seu plano de saúde e lança na declaração de Imposto de Renda o quanto gasta de plano de saúde.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Ah, sim, a despesa com plano de saúde pode ser declarada.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Então, isso é uma espécie de renúncia fiscal, o Governo está deixando de recolher esse dinheiro. E é exatamente...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Está certo...

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Esse é um aporte de recursos públicos aos planos de saúde; por isso, eles não são essencialmente privados, eles têm uma parcela pública que facilita. E se não fosse isso, nós não teríamos 47% da população nem que a vaca tossisse, acho eu — desculpe a expressão, do Rio de Janeiro.

Eu tinha uma obsessão, há muitos anos, quando era Presidente o Itamar: que todo cidadão tivesse um cartão da saúde pública, e o cartão permitisse o credenciamento do médico; o médico se credenciar no SUS, como os hospitais se credenciam. Por que o médico não se credencia com uma máquina dessa de cartão de crédito, que está ligada ao sistema, e o cidadão que chega ali — marcou antes sua consulta pela Internet — o médico vai recebê-lo, como o hospital o recebe?



Eu lhes digo o seguinte: desde o Governo Itamar, eu não consegui a menor atenção do Ministério da Saúde. Eu cheguei a achar que os planos de saúde é que torpedeavam o negócio, e depois eu soube que são pessoas até de que nós gostamos; são pessoas da esquerda, que atuam por dentro da saúde, que não querem perder o controle, porque o controle é poder.

Se no meio do caminho — não é uma prioridade, é um pensamento meu — puderem pensar nisso, se não for uma coisa exótica, eu agradeço. Porém, acho que desde já podemos pensar como fazer o verdadeiro ressarcimento, porque esse já está determinado, só não se executa.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - De acordo.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - E que o Presidente possa ouvir essa prece, no sentido de nós fazermos, pela Câmara dos Deputados, um grande programa para o País, em relação à saúde, e a essa saúde também prestada via planos de saúde. É a discussão mais relevante do planeta, hoje.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - É verdade.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Eu acho que nós estaremos prestando um bom serviço à população — desculpe ter me alongado.

Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Obrigado.

Concedo a palavra ao ilustre Deputado Ariosto Holanda.

Quero saudar o nosso colega Felix Mendonça Júnior, que herdou do pai esta cadeira. É que ele se sentava nesta mesma cadeira. Ele foi um grande conselheiro deste Conselho de Altos Estudos e Avaliação Tecnológica. Realmente foi um dos melhores que já tivemos; e saudar também o Deputado Pedro Uczai, que esteve conosco, precisou se ausentar, mas deve voltar, porque é assíduo, um grande companheiro do Conselho.

Com a palavra o Deputado Ariosto Holanda.

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Sr. Presidente, companheiros Deputados, assessores, inicialmente, eu queria parabenizar a Profa. Lígia Bahia, se me permite chamá-la assim, pela excelente exposição.

V.Sa. abordou temas tão importantes e profundos, com os quais concordo, e vou além do que o nosso companheiro Miro colocou. Eu acho não deveríamos



resumir tudo isso num simpósio. Neste Conselho, Presidente, estamos já no décimo estudo, mas não há nenhum estudo ligado à área da saúde.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Não.

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Nenhum. Todos são mais na área da tecnologia.

Houve estudos importantes, Deputado Miro — e eu vou me aprofundar na sua colocação —, então, em vez resumi-los a um simpósio, quem sabe se V.Exa. não poderia coordenar esse estudo. Fica esse desafio a V.Exa., porque o Conselho de Altos Estudos tem um papel importante, e o nosso Presidente luta muito por isso, e todo ele termina em projeto de lei. O biodiesel começou aqui, lembram-se; o pré-sal começou aqui; a TV digital, e por aí vai.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Um computador por aluno, uma ideia que vai ser ressuscitada agora pelo Governo. E este 563 nasceu aqui, também...

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Também os centros vocacionais tecnológicos, que hoje é um programa nacional.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - É verdade.

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Então, eu acho que é o momento oportuno de definir um tema do Conselho ligado à saúde, de aprofundar essa questão.

A senhora levantou temas tão importantes que merecem serem aprofundados, que passam até pela formação médica, vejo assim.

E aí eu queria, corroborando com os dados apresentados, mostrar um dado que uso para mostrar a falência da educação e da saúde no País. A gente fica naquele ufanismo de ser a sétima economia do mundo, maior do que a da França e da Inglaterra, mas, com certeza, nós não temos a qualidade de vida melhor que a desses países. Mas, se de um lado somos a sétima economia do mundo, do outro nós estamos ocupando o 84º lugar em IDH — Índice de Desenvolvimento Humano, que mede a saúde, a educação e a renda, que são os três indicadores que definem o IDH. Ou seja, somos a sétima potência, e estamos em 84º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano, o que mostra que a nossa educação, a nossa saúde e a nossa renda nos coloca como sétima potência, altamente concentrada. Os meios de





produção do País estão na mão de 6% da população; as micro e pequenas empresas estão nascendo e morrendo. Nós lançamos aquele caderno de assistência às micros e pequenas empresas como uma maneira de distribuir renda neste País.

Mas, neste Brasil de muitos brasis, temos que fazer a análise sobre alguns pontos. Trata-se, na verdade, de uma consulta ao pessoal da FIOCRUZ, cujos representantes encontram-se aqui presentes. Quando fiz o mestrado na COPPE, na área de Engenharia Biomédica, aprendi a aplicação de instrumentação médico-eletrônica nas regiões mais deprimidas, a Norte e a Nordeste, onde vi a uma oportunidade de a gente encurtar essa distância da análise laboratorial, de análises clínicas, usando a telemetria, a telemedicina.

Hoje já pode fazer processamento de sinais biológicos a distância, processamento de eletrocardiograma, processamento de imagem a distância, mas no Norte e no Nordeste o melhor hospital são as ambulâncias que transitam de lá para cá. Então, Deputado Miro, eu lutei muito pelos projetos de telemedicina, de telesaúde e os entreguei ao Ministro Temporão.

Deputado Miro, numa ponta se pode tirar um eletrocardiograma, e numa central se ter o diagnóstico; pode-se mandar um processamento de raios X e ter uma segunda opinião médica.

O que observo hoje, professor, é uma medicina voltada mais para os ricos. Nós, Deputados, somos muito abordados por pedidos de exames médicos, de ressonância magnética. Quando eu falo para o com meu clínico, ele diz que isso um aparelho de raios X resolve. Isso ocorre porque nós temos uma medicina voltada para os ricos.

Então — aqui há um médico, o Deputado Inocêncio, que já exerceu por muito tempo a medicina — com certeza, não temos mais clínico geral neste País. Às vezes, eu me dirijo a um médico novo no ofício, e ele desconhece a palavra anamnese. Isso ocorre porque não se faz anamnese com consulta de 10 minutos.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - É verdade.

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Hoje, os diretores da Faculdade de Medicina dizem que o aluno já chega definindo em que área deseja atuar, por exemplo, na de oftalmologista. Ou seja, já que ir para a ponta. Eu tenho um



sentimento, e o Deputado Inocêncio pode corroborar comigo, de que 80% dos casos poderiam ser resolvidos por um bom clínico geral.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - É verdade.

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Nós não temos mais esse profissional.

Então, fica aqui a minha pergunta: é possível a gente traçar uma proposta de fazer telesaúde à distância? É possível a gente avançar nos fitoterápicos? Hoje, na área da química fina, dos fármacos, praticamente ninguém fabrica nem aspirina; dos princípios ativos, não dominamos praticamente nada; e os fitoterápicos, como estão?

Acho que na FIOCRUZ há algum trabalho nessa linha. Onde se localiza a Escola Paulista de Medicina?

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Mas é ligada à UNICAMP?

**(Não identificado.)** - Ligada à UNIFESP.

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Porque certa vez eu falei com o diretor que ele poderia fazer telemedicina, telesaúde de lá, até para a Região Norte.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Eu gostaria de dizer, Deputado Ariosto Holanda, que qualquer grande serviço hoje faz teleconferência.

Eu tenho um colega de turma — oncologista pediátrico — que faz teleconferência com os Estados Unidos. Hoje já existe até um modelo de aparelho que permite operação a distância, através do computador.

Hoje, nos grandes serviços, o paciente manda uma radiografia, uma ressonância magnética, para São Paulo, que na mesma hora é lida. Nos Estados Unidos há um serviço no qual a resposta é dada ao paciente na mesma hora.

Concordo em grau, gênero e número que não se pode fazer medicina sem uma anamnese bem feita. Uma anamnese é metade ou até 70% do diagnóstico, porque muitas vezes há doenças genéticas. Você tem que saber se a mãe já teve diabetes, se teve hipertensão, se teve doenças dessa natureza, se teve artrose; você tem que saber se o pai também teve alguma doença circulatória, doença cardíaca, se teve infarto, se fez revascularização através de angioplastia, com



colação de *stent*, ou cirurgia de ponte de safena — sou contra esse modernismo, porque a ponte de safena resolve o efeito e não a causa.

Então, eu quero dizer ao Deputado Ariosto Holanda que sua pergunta sobre o assunto é ótima.

O meu amigo Félix Mendonça, com a sua humildade, queria propor o nome *Saúde Para a Cidadania* para esse seminário. Acho que seria uma tese dirigida ao Deputado Miro Teixeira: *Saúde para ter Cidadania*.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Pouca coisa.

**O SR. DEPUTADO FELIX MENDONÇA JÚNIOR** - Vamos fazer o nosso caderno de estudos, professora — que não podia deixar de ser Bahia —, e pedir emprestado o nome *Saúde para a Cidadania*... Vamos sugerir o professor Miro Teixeira.

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Eu acho que é um importante desafio para o Deputado Miro Teixeira, porque S.Exa. já parte na frente só pelos assessores que tem.

**A SRA. LIGIA BAHIA** - Faz pouca coisa... (*Risos.*)

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Sempre o desafiei para fazer um estudo aqui.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Estou bem...

**O SR. DEPUTADO ARIOSTO HOLANDA** - Quando terminamos um estudo, como temos membros representantes de todos os partidos, indicados pela Liderança, o projeto de lei sai assinado por todo mundo — e praticamente todos os nossos projetos de lei têm sido aprovados.

Eu acho que esse tema *Saúde para a Cidadania* é um tema importante, oportuno. Fica o desafio para o Deputado Miro Teixeira, se topar pegar esse estudo.

**O SR. DEPUTADO MIRO TEIXEIRA** - Topo, sim.

**O SR. DEPUTADO FELIX MENDONÇA JÚNIOR** - Insisto que, se a gente der trabalho para uma pessoa muito ocupada, contribuiremos com um percentual pequeno: 1%, 2%, 3% do seu tempo. Se a pessoa não tiver ocupação, nós a prejudicaremos com a utilização de 50%, 60% do seu tempo. Então, é uma questão matemática. (*Risos.*)



---

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Inocêncio Oliveira) - Nada mais havendo a tratar, vou encerrar os trabalhos, antes agradecendo a todos pela participação. Os participantes deram uma importante contribuição, sobretudo a Dra. Lígia Bahia — *Saúde para a Cidadania* —, e dos professores Carlos Silva, da Fundação Oswaldo Cruz, e Newton Pereira Júnior, da Universidade de Campinas.

Foi um aprendizado muito grande. Todas as vezes que participo das reuniões deste Conselho aprendo mais. Por isso sou fanático por este Conselho.

Quero saudar também o Deputado Jaime Martins, que tem trabalho um extraordinário sobre o marco legal do setor mineral brasileiro — trabalho aprofundado, que hoje serve de modelo para o País. Em muitas universidades, muitos trabalhos desenvolvidos utilizam esse marco legal para o setor mineral brasileiro como consulta, para que o Brasil possa usufruir da sua grande riqueza mineral, porque até agora usufrui pouco.

Foi uma grande reunião, sobretudo, pela clareza das ideias que aqui surgiram. Encerro esta reunião.

Muito obrigado a todos. (*Palmas.*)