



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

Versão para registro histórico

Não passível de alteração

COMISSÃO ESPECIAL - FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA		
EVENTO: Reunião Ordinária / Audiência Pública	Nº: 0560/13	DATA: 21/05/2013
INÍCIO: 15h04min	TÉRMINO: 17h20min	DURAÇÃO: 02h16min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 02h16min	PÁGINAS: 45	QUARTOS: 28

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - Secretário Municipal de Saúde de Formosa, Goiás, e membro da Diretoria do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.

JURANDI FRUTUOSO SILVA - Secretário-Executivo do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS - Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas do Ministério da Saúde, representante do Ministro da Saúde.

SUMÁRIO: Votação de requerimentos e debate do financiamento da saúde pública.

OBSERVAÇÕES

Houve exibição de imagens.
Houve intervenção fora do microfone. Inaudível.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Boa tarde.

Declaro aberta a 3ª reunião da Comissão Especial destinada a discutir o financiamento da saúde pública.

Encontram-se à disposição dos Srs. Deputados cópias da ata da 5ª reunião.

A pedido do Deputado Marcus Pestana, está dispensada a leitura da ata.

Em discussão.

Não havendo quem queira discuti-la.

Em votação. (*Pausa.*)

Aprovada.

Hoje nós vamos trabalhar ouvindo os entes federados: o CONASS e o CONASEMS — Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

Convido para comparecer à mesa o Sr. Rodrigo Lacerda, Secretário Municipal de Saúde de Formosa, Goiás, e membro da Diretoria do CONASEMS, representando o Sr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, cuja presença é fruto da aprovação do Requerimento nº 7, de 2013, de autoria do Deputado Rogério Carvalho.

Convido também o Dr. Jurandi Frutuoso, Secretário-Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS.

Convidamos também o Dr. Fausto Pereira dos Santos, Diretor do Departamento de Regulação, Variação e Controle dos Sistemas do Ministério da Saúde, representando o Sr. Alexandre Padilha, Ministro da Saúde.

Solicito a gentileza e a compreensão de todos no tocante ao tempo de exposição e dos debates.

Mas antes de iniciar, rapidamente, já que fechou o quórum, nós precisamos aprovar alguns requerimentos.

O primeiro é:

“Requerimento nº 17, de 2013, do Sr. Rogério Carvalho, que “requer a realização de audiência pública para discutir propostas de transparência e mecanismos de controle, gestão e eficiência, no dia 4 de junho, com a presença dos seguintes convidados: Sr. Jorge Hage Sobrinho, Ministro de Estado, Chefe da Controladoria-



Geral da União — CGU; Sr. Adalberto Fulgêncio do Santos Júnior, Diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS; Sr. Luiz Odorico Andrade, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e Sr. Helvécio Magalhães Júnior, Secretário de Atenção à Saúde.”

Aqui nós temos um problema: nós aprovamos, da outra vez, o que o Deputado Paulo Rubem... o Presidente da UNASUS. Chamamos os dois? Submeto ao Plenário. Chamamos os dois? *(Pausa.)*

Está aprovado.

O requerimento está em discussão.

Ninguém quer se manifestar. *(Pausa.)*

Aprovado.

Próximo requerimento:

“Requerimento nº 18, de 2013, do Sr. Rogério Carvalho, que “requer a realização de audiência pública para tratar de modelos de financiamento de saúde adotados em outros países com sistemas universais de saúde, no dia 18 de junho, com a consolidação dos seguintes Estados estrangeiros: Alemanha, Inglaterra, Espanha, Canadá e Costa Rica.”

Não houve modificação, Dra. Eugênia? Houve. Então, é isso mesmo: Alemanha, Inglaterra, Espanha, Canadá e Costa Rica.

Em discussão.

Difícilmente será no dia 18.

Deputado Roso com a palavra.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Eu queria fazer uma sugestão, porque acho que Portugal está passando por uma fase de reestruturação do seu modelo universal. É uma crise até com greve de médicos. A relação com as farmácias para o fornecimento de medicamentos é uma conta impagável que o Governo não consegue cumprir. Eu não sei se Portugal não seria um bom espaço, frente que há alguns países cujos modelos são muito parecidos, na minha opinião.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Em discussão. *(Pausa.)*

Aprovada a sugestão do Deputado Roso, incluímos Portugal.

O caixa, o orçamento que a Comissão tem é reduzido. Nós estamos buscando parceria — provavelmente será com o Ministério da Saúde — para trazer esses técnicos. Temos muita esperança. Encaminhamos o pleito ao ilustre e competente representante do Ministério, Dr. Fausto, nesta Mesa, e vamos ajudá-lo também, eu e o Deputado Rogério, perante o Sr. Ministro. Temos esperança.

Então, vamos lá.

O primeiro será o Dr. Rodrigo Lacerda, com o tempo de 15 minutos, prorrogáveis por mais 5 minutos, não podendo haver apartes.

Com a palavra o Dr. Rodrigo Lacerda.

O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - Boa tarde a todos.

Quero agradecer a oportunidade, em nome do nosso Presidente, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, do CONASEMS — Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Esta oportunidade para nós é importante, este momento de estarmos discutindo o financiamento da saúde do Brasil. Quero cumprimentar e agradecer ao Deputado Perondi a oportunidade e parabenizá-lo por essa iniciativa, como também ao Deputado Rogério, com o qual tive oportunidade de ser gestor, e que é um grande conhecedor da saúde deste Brasil.

Cumprimento o colega Jurandi Frutuoso, aqui representando o CONASS, e o Dr. Fausto, representando o Ministério da Saúde.

Esta oportunidade de estarmos aqui explanando a necessidade de mais recursos, de mais financiamento para a saúde, em especial a saúde pública deste Brasil... Nós representantes dos Municípios muitas vezes sofremos de fato junto com a população essa dificuldade de realizar em atendimento de saúde que corresponda às necessidades e à qualidade que gostaríamos de dispensar aos nossos usuários.

Nós somos conduzidos no CONASEMS pelas nossas teses, e uma delas é a tese do financiamento público e da alocação de recursos. O aumento dos recursos financeiros destinados à saúde decorre, em primeiro lugar, da necessidade. Nós temos vários estudos realizados que demonstram essa necessidade.



Vou falar de alguns dados aqui hoje que achamos relevante colocar nesta oportunidade, para que consigamos de fato sair dessa encruzilhada em que nós gestores municipais entramos.

Eu tive a oportunidade de ser gestor de saúde com um mandato de 8 anos e fiquei fora dessa gestão trabalhando junto com o CONASEMS, junto com o Ministério e com o próprio CONASS. Retornei à gestão recentemente e deparei-me com uma situação, com um aparato jurídico, dentro da Secretaria Municipal de Saúde, que me assustou. De repente, enfrentamos isso e nos perguntamos: “*Será que há essa necessidade?*”

Ao assumir essa responsabilidade junto à Secretaria Municipal de Saúde, hoje estamos sendo pautados pela judicialização, pela urgência, pela emergência. Nós não estamos tendo condições para inverter esse modelo de atenção nos Municípios, porque o financiamento muitas vezes é engolido por essa demanda emergencial.

De fato, nós reconhecemos as fragilidades que temos na gestão, mas entendemos que são minoria. Temos que trabalhar e buscar cada vez mais uma efetivação da gestão, uma melhor qualidade, mas de fato sentimos a falta e a necessidade de mais recursos para a saúde.

(Segue-se exibição de imagens.)

Trouxemos alguns dados mundiais sobre a participação do poder público no gasto com a saúde. Nós percebemos que o Brasil hoje gasta 44% com um sistema que é universal, com a responsabilidade que tem o Sistema Único de Saúde hoje. Temos de fato complementaridade com o setor privado, com o setor filantrópico, mas quem dá sustentabilidade, quem resolve, quem acode na hora certa é o Sistema Único de Saúde.

Para a alta complexidade, para o pagamento do alto custo dos medicamentos, para a urgência e para a emergência, quem hoje está dando suporte de fato neste Brasil é o Sistema Único de Saúde, com um subfinanciamento que temos a oportunidade de estar discutindo aqui hoje. Estamos com índices e indicadores equiparados aos dos Estados Unidos, que possui um sistema de saúde totalmente diferenciado e privatizado. Portanto temos que chamar a atenção para esses dados mundiais, até para abriremos a discussão.



Os países foram selecionados de acordo com gastos do PIB, tanto no setor público como no setor privado. Hoje o Brasil destina 8,4%, juntando-se 5% do PIB para o sistema público e 3,4% para o sistema privado, equiparados também a países que não têm sistemas universais, como já foi dito, sistemas que não têm a resolubilidade, a responsabilidade que tem hoje o Sistema Único de Saúde.

Aqui está a situação de hoje, segundo dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde — SIOPS. Hoje nós gastamos 20,49% da receita própria do Município com saúde. Algum tempo atrás, nós, Secretários e Prefeitos, colocávamos de 20% a 23% em saúde e, muitas vezes, éramos reconhecidos por uma qualidade de serviço que representava a satisfação da comunidade. Hoje estamos aplicando isso e não estamos conseguindo construir um sistema de saúde que vá ao encontro das necessidades da população, que vá ao encontro de fato àquilo que nós gostaríamos de ter, que é uma atenção de qualidade para os nossos municípios.

Em relação a despesas com recursos próprios e despesas com recursos de saúde, nos últimos tempos, percebemos uma ampliação, principalmente no último mandato da Presidenta, de recursos aplicados na saúde e até mesmo na atenção básica — é uma luta nossa, dos Municípios, ampliar os recursos para atenção básica. Mas isso mostra ainda a insuficiência também e a necessidade de invertermos essa curva, uma vez que os Municípios são responsáveis por 57% das despesas com saúde hoje.

Esses dados extraídos do SIOPS demonstram a angústia dos prefeitos e dos secretários municipais de saúde frente ao impasse de dar um melhor atendimento à população.

Discutindo hoje, o colega Jurandi apresentou, na Comissão sobre câncer, no Senado, uma lei que foi aprovada e que tem prazo para ser cumprida. A partir de amanhã, nós gestores, se não a cumprirmos, estaremos respondendo a processos e, muitas vezes, estaremos algemados, por não cumprirmos um prazo determinado. Ou seja, nós temos um sistema em que nós somos responsáveis pela saúde, e saúde de qualidade, pela universalização dessa saúde no Brasil, e muitas vezes não temos condições para atender ao que a legislação preconiza.



Em relação a este dado aqui, é natural acontecer isso, mas eu o trouxe para chamar a atenção para o seguinte: com a descentralização, com a municipalização, que lutamos para cada vez mais fortalecer, é natural que a força de trabalho se inverta em comparação ao início do Sistema Único de Saúde. Antes era ao contrário essa pirâmide: o Governo Federal detinha a maior parte dos trabalhadores, depois o Governo Estadual e, por último, o Governo Municipal. Mas inverteu-se a pirâmide e não se inverteu o financiamento, para que possamos dar sustentabilidade. Naquela época, nós tínhamos funcionários do Governo Federal e funcionários dos Estados trabalhando nos Municípios, ajudando a tocar essa máquina; hoje eles se aposentaram ou se ausentaram do Município. Nós colocamos ainda mais trabalhadores, de acordo com as nossas necessidades, e o recurso financeiro continua praticamente estável, com pouca evolução.

Estas são as prioridades pelas quais temos lutado hoje: começando pelo Saúde+10. Isso é o que nós defendemos hoje, é o que os Municípios defendem de ponta a ponta neste Brasil. Gostaríamos, Srs. Deputados, que de fato fosse uma realidade no nosso Brasil colocarmos pelo menos 10% da receita federal no Sistema Único de Saúde. Eu tenho dúvida de que isso vá resolver, de fato, as necessidades de saúde do cidadão, mas, com certeza, nós vamos dar um salto de qualidade, nós vamos melhorar ainda mais a saúde do cidadão brasileiro.

Recentemente, nós fizemos uma oficina no CONASEMS para estudar e cumprir a Lei nº 8.080 e a Lei Complementar nº 141 e distribuir a alocação de recursos. Mas nós chegamos a uma conclusão: o que vamos priorizar? O que estamos dizendo que vamos financiar, uma vez que o Sistema Único é universal? Como nós vamos elencar os recursos financeiros de acordo com as necessidades, com os vazios assistenciais, com os espaços demográficos, se não temos recursos suficientes?

Nós paramos nesse sentido, nessa discussão sobre como vamos resolver isso para cumprir a lei, porque nós entendemos que, através de uma atenção básica fortalecida... É real o aumento da expectativa de vida do cidadão e é natural que, com esse aumento da expectativa de vida do cidadão, aumentem as doenças crônicas, aumente, de fato, a necessidade de dar uma melhor qualidade de saúde



para esse cidadão, para conseguirmos, de fato, inverter essa pirâmide, inverter o modelo de atenção dirigido, muitas vezes, para a urgência e para a emergência.

Mas, para isso, nós precisamos de financiamento. Se nós não investirmos na atenção básica, para que os nossos serviços de saúde sejam organizados para dar essas respostas necessárias a um sistema de saúde que preconize a promoção, a prevenção e a melhor qualidade de vida para o cidadão, nós vamos continuar sendo pautados pela judicialização, pela urgência e pela emergência. Muitas vezes, nós respondemos com unidades de urgência móvel e não temos a garantia de acesso desse cidadão.

Nós não precisamos ir muito longe; pelo contrário. Eu sou gestor do chamado Entorno Metropolitano do Distrito Federal, e nós temos essa mesma dificuldade. Os profissionais médicos estão hoje pautando a outra demanda. Nós estamos com dificuldade. Muitas vezes pagamos salários exorbitantes que não temos condições de pagar, e falta para a atenção básica e para a urgência.

Estas são coisas para as quais temos que estar atentos: qual o custo do Sistema Único de Saúde? Qual a necessidade? Muitas vezes a fragilidade do Sistema Único de Saúde recai somente na má gestão, mas se tivéssemos o recurso proporcional às unidades de referência do Sistema Único de Saúde, nós não estaríamos aqui discutindo essa necessidade.

Nós temos serviços de saúde de ponta dentro do Sistema Único de Saúde, mas teríamos que fazer uma equiparação com os financiamentos que esses serviços hoje detêm, e é para isso que estamos lutando.

Nós gostaríamos, como esta Casa é do povo, que de fato conseguíssemos trazer uma proposta que viesse ao encontro das necessidades de saúde da comunidade. Nós falamos principalmente do mais simples, porque sabemos que a saúde complementar é importante dentro do Sistema de Saúde como parceira à filantropia, mas quem dá sustentabilidade à saúde, principalmente quando esses privados não assumem a sua responsabilidade, é o Sistema Único de Saúde. Quando o paciente vai para o transplante, para a urgência, quando tem que comprar um medicamento de alto custo, somos nós que damos suporte. E isso é obrigação nossa, mas nós Municípios estamos assolados com essa situação.



Agradeço a oportunidade de estar aqui hoje, Deputado. Só queria dizer essas breves palavras. Acho que são de conhecimento do Rogério, do Faustino, dos Deputados presentes as necessidades que pautaram as últimas eleições para os gestores municipais e, com certeza, vão pautar esta próxima eleição, porque a saúde está afligindo os Municípios e nós estamos tendo dificuldades em dar resposta com uma saúde de qualidade.

No mais, agradeço a oportunidade do espaço.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito obrigado, Dr. Lacerda.

Ouviremos agora o Dr. Frutuoso, Secretário Executivo do CONASS.

O Jurandi Frutuoso e o José Enio Servilha são praticamente Deputados, ou Senadores, que convivem conosco no mínimo há 18 anos e meio, fora os outros que não conhecemos.

O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA - Boa tarde a todos.

Queria saudar o Deputado Perondi, que está presidindo esta reunião; o Deputado Rogério; o Faustinho, o Dr. Fausto, do DRAC, representando o Ministério da Saúde; o Dr. Rodrigo, representando o CONASEMS; a Dra. Carmen Zanotto e o Deputado Pestana.

Por uma simples coincidência, o Dr. Pestana, a Dra. Carmen e o Dr. Rogério, foram Secretários na minha época, então temos intimidade. E tenho pelos três o reconhecimento da competência, da seriedade e do compromisso com a causa da saúde de maneira exacerbada.

Saúdo meu amigo Enio, Secretário do CONASEMS; meu caro amigo Spigolon, que está ali, que sempre está ativo; e a Viviane, que prepara esses *slides* para que eu possa colocar para vocês a posição do CONASS.

O CONASS hoje é presidido pelo Secretário Wilson Alecrim, do Amazonas, em seu segundo mandato. Ele não pode estar aqui porque terá que ficar aqui 2 dias seguidos, pois amanhã haverá assembleia do CONASS.

Está entrando o Dr. Raimundo Matos, que foi Secretário Adjunto de Saúde do Ceará, por quem tenho um grande apreço. Portanto, estou falando em casa de amigos.



Mas esse nosso discurso do financiamento, para nós e para vocês, com certeza, é um discurso velho. Temos dificuldade em escolher qual lâmina trazer, qual dado mostrar — é verdade! — para poder fazer o convencimento. Já nem sei mais se devo fazer o convencimento, porque penso que a sociedade brasileira todinha já sabe do dilema que vive o Sistema Único de Saúde e, com certeza, há uma pequena parcela que ainda acredita que o problema do SUS não é dinheiro, é gestão.

Essa pequena parcela não quer falar, mas a grande parcela se pudesse externar a sua alma diria: *“Poxa, esse cara tem razão! A questão é dinheiro mesmo e um pouco de gestão também. Mas a questão do subfinanciamento é tão grave que não dá mais pra esconder de ninguém a minha posição”*. Eu estou falando por quem está me ouvindo.

Nós temos como prática atender e aceitar todos os convites, até porque é a nossa obrigação, tanto aqui na Câmara quanto no Senado. Os nossos interlocutores também já conhecem muito essa nossa fala. Portanto eu vou procurar me ater, Deputado Rogério, às cinco perguntas que me foram enviadas, Deputado Darcísio Perondi, no termo de referência para esta participação na Mesa de hoje.

Primeiro eu queria, rapidamente, dizer que eu me alegro muito com a instalação desta Comissão Especial, até porque ela retoma um trabalho que não foi terminado. A Emenda nº 29, que tramitou aqui durante 11 anos, não acabou, ou acabou tragicamente. Por esse motivo, ela tem que ser retomada.

Então, a instalação desta Comissão, a meu ver, é a retomada do processo que se paralisou com a promulgação da Lei nº 141, que não trouxe nenhuma novidade, a não ser deixar, de maneira muito clara, quais são as obrigações do gestor federal, estadual e municipal quanto ao percentual e ao cumprimento das suas obrigações, mas não alterou em nada o financiamento do SUS.

Daí eu dizer que a Lei nº 141, para mim, meu caro Fausto, foi o parto da montanha: ela andou, andou, andou e não produziu nada de prático no sentido de que já havíamos cumprido grande parte do que está posto nela. Então, eu não me animo muito com o que está lá posto.

Eu não vou mais falar da relevância do SUS, porque todo o mundo já sabe: o Sistema Único de Saúde, apesar do subfinanciamento, apesar da deficiência



socioeconômica e sanitária do Brasil, consegue produzir resultados sanitários que são reconhecidos por uma parte dos brasileiros, e grande parte dos países do mundo já sabe entender que esse Sistema, apesar da pouca condição que tem para se fixar, produz grandes resultados.

Eu não trouxe aqui nenhum indicador de qualidade para mostrar isso, mas há um que eu quero mostrar, que é preciso dizer aqui. Esta lâmina aqui, Perondi, é mais ou menos nova.

A forma como nós trazemos para a discussão a questão parece choradeira de brasileiro que não sabe ser gestor, que só pede dinheiro, mais dinheiro e mais dinheiro. Eu trouxe aqui um dado que não é de nenhum gestor do SUS, mas que foi colocado pela Organização Mundial de Saúde. Esta é a referência: WHS 2012. Ela diz que os gastos com saúde representavam, em 1997, 8% do PIB mundial. Em 1997, os gastos com saúde eram 8% do PIB mundial.

Em 2009, portanto 12 anos depois, esse gasto subiu para 9,4% do PIB mundial. Falei de 1,4% do PIB mundial, que não é pouco dinheiro. Portanto, há uma progressão o crescimento do gasto com saúde, e isso está mostrado em estudos fáceis de serem apanhados. Esse dado do PIB de 1997 também é da Organização Mundial de Saúde, o de baixo é da WHS.

Em estudo prospectivo feito também por eles, pegando 2002 e projetando para 2020, os países da OCDE crescerão 2,7 trilhões, ou seja, eles sairão de 8,5% do gasto do PIB para 16% do gasto do PIB, que já é hoje o gasto americano. Quanto é o do Brasil? Alguém lembra? O gasto total, se eu pegar o gasto público, quanto é? É de 3,6%. Mas eu não queria falar de dado antigo, mas só pegar dado novo. Então, nos Estados Unidos, está aí: 19% do PIB, com projeção de 20%.

Há um estudo da IBM, que também não é do SUS, chamado *Saúde em 2015: Ganha-Ganha ou Todos Perdem?* Eu não o trouxe aqui. Eu o deletei, pois já estou cansado de usá-lo. Ele mostra também claramente que, se não houver uma reestruturação do sistema de saúde, todos os sistemas do mundo irão à falência rapidamente.

Ele começa citando o exemplo da Província de Ontário, que, em 2036, se não mudar o seu sistema de saúde, a forma como está conformado hoje, deverá gastar 100% do que arrecada só com saúde.



Isso é só para dizer que a choradeira não é do Sistema Único de Saúde nem só dos gestores do Sistema Único de Saúde do Brasil. Esse é um quadro mundial. Por isso, o financiamento é uma preocupação permanente dos gestores do SUS.

Da Emenda 29, eu já falei que ela nasceu com um vício de origem que é terrível, terrível. Ninguém me explica. Hoje, de manhã, eu perguntei: por que o Trastuzumabe, que é para câncer, é vendido para o Ministério da Saúde a 3.200 reais e, para os Estados, a 7 mil reais? Eu queria entender isso. Para o Ministério custa 3 mil e pouco e, para os Estados, 7 mil e tantos reais, o Trastuzumabe, que é para tratamento de câncer de mama. Nós temos que falar sobre isso. E o problema não é do Ministério da Saúde. Eu tenho que dizer logo isso aqui.

Esta aqui é outra pergunta que ninguém me responde: por que criaram uma regra fixa para Estados de 12% da arrecadação de impostos; criaram uma regra fixa para os Municípios de 15% da arrecadação de impostos e deixaram para a União o empenhado no ano interior mais a variação nominal do PIB como regra para colocar o gasto da saúde? Eu não entendi, eu queria entender por que pegaram o ente mais frágil, Município, e o ente mais ou menos frágil, o Estado, e estabeleceram um percentual de gasto como obrigação e deixaram a União com essa regra diferente? Parece que aqui houve uma conversa de pé de ouvido que era assim: *“Já que vocês querem fazer uma vinculação de recurso, peguem, levem. Mas o meu, que sou patrão, eu não faço”*.

Infelizmente, em um estudo que fiz agora sobre a Emenda 29 — eu estudei os 11 anos da Emenda 29 —, na minha dissertação de mestrado, está posto muito claramente isto: essa regra não foi por acaso. Essa regra não foi por acaso, ela já nasce em 1988, quando da discussão das obrigações tributárias, das divisões tributárias. Ela já nasce ali, o ente mais forte engoliu o ente mais fraco. *“Vocês vão ter que engolir 12% e 15%, e eu fico livre”*.

Por isso, a curva do PIB, o percentual do PIB de 1,7% é uma reta. Ela não cresce, porque a variação do PIB da União é 1,7%, 1,6%, 1,71%. Ela é uma reta, não muda nunca. E essa regra parece não ser por acaso. Mas vamos deixar para lá.

Sobre isto o Rodrigo já falou: uma análise comparativa do Brasil com outros países. Como ele já falou, eu vou passar.



Mas eu não posso passar o azul. Eu queria entender o gasto público em saúde no Brasil, comparado a outros países de cobertura universal. O azul representa os ricos. O Brasil gasta só 47% da despesa total com saúde pública, só 47%; a Alemanha, 76%; o Canadá, 71%; a Dinamarca, 85%; a Espanha, 74%; a França, 76%; Portugal, mesmo quebrado, 65%; a Inglaterra, 83%. E, no Brasil, o gasto público com saúde é só de 47%.

De novo, não parece ser choradeira de gestor. O dado é real. Esse dado foi atualizado pela Dra. Viviane, que pegou ontem no World Health Statistics 2013, feito agora, com referência a 2010. Este dado foi atualizado ontem, na publicação que saiu ontem.

Há mais um dado aqui também que eu não queria passar por ele, é o último. A evolução dos gastos públicos com saúde por esfera de governo. Eu não posso passar por ele. Em 1993, a União tinha 72% do gasto público com saúde, os Estados tinham 12% e os Municípios tinham 16%. Em 2010, esse número caiu para 45%, os Estados subiram para 26% e os Municípios, para 28%.

Eu vou para as perguntas, começo a responder o TR que recebi da Câmara dos Deputados. Vou responder algumas perguntas, são cinco perguntas que tenho que responder para finalizar a fala.

A primeira: para além dos gastos mínimos do setor saúde, fixados pela Lei Complementar nº 141, como os Estados podem aumentar os gastos com saúde utilizando recursos próprios? Não podem.

Pode passar para o próximo, pois todo mundo já conhece isso. Isso é velho. Vamos ao gráfico. Nesse gráfico se vê a evolução da participação dos gastos em atenção à saúde de cada esfera de governo. Há a seguinte proporção de crescimento: a União cresce, de 2000 a 2009, 7,5%; os Estados sobem 13%; e os Municípios, 21%. Meus pêsames. Vinte e um por cento.

A pergunta é: existe algum estudo ou alguma pesquisa do CONASS sobre a vinculação de gastos pela União em 10% da sua receita bruta como necessários, suficientes, insuficientes para o setor saúde? Não, nós não temos estudos colocados para isso. Agora, outras pessoas têm estudos que mostram que, se isso acontecesse, seria necessário, mas, ainda assim, se colocados os 10%, esse recurso ainda seria insuficiente.



Deputado Geraldo Resende, meu colega de faculdade, como vai?

Esse estudo é de uma pessoa de muito crédito. Gilson Carvalho fez esse estudo aqui. Se usássemos o *per capita* dos planos de saúde, o SUS deveria ter 298 bilhões de reais. Estariam faltando 160 bilhões de reais. Se usássemos a média de 5,5% do PIB mundial, que é a média mundial com saúde, o SUS teria que ter 198 bilhões de reais. Estariam faltando 60 bilhões de reais.

Eu nem vou fazer o terceiro, porque, aí, também não dá. Mas se eu pegasse o *per capita* público das Américas, em dólar com paridade com o valor que compramos, eu teria que ter 425 bilhões de reais. Estariam faltando 287 bilhões de reais. E, aí, também não dá nem para comparar.

Mas o CONASS traz um estudo rotineiro. Todo ano há discussão do PLOA, e a Viviane tem a obrigação de fazer um estudo para o CONASS para que possamos trazê-lo para cá e entregá-lo à Comissão, ao Relator do Orçamento e ao Relator-Setorial. Todo ano esse estudo é feito e há 7 anos ele é feito. Tem errado muito pouco. E este ano trouxemos novamente.

Então, a proposta do CONASS para incremento de recursos do PLOA 2013, se eu pego apenas atenção à saúde da população para procedimentos de média e alta, piso da atenção básica, apoio para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais e assistência farmacêutica básica, se eu pego somente esses quatro elementos, o orçamento já nasce com o furo de 10 bilhões e 900 milhões de reais. E é só comparar com os anteriores. A variação e o erro têm sido muito pequenos. Então essa é a proposta que trouxemos.

Outra pergunta: quais os dez Estados que mais aplicam recursos na saúde, os dez Estados que menos aplicam recursos na saúde e quais os seis Estados que estão no espaço limite entre os maiores e menores aplicadores de recursos no setor saúde? Eu trago esse dado. Ele é público! Eu não vou ser demitido por causa disso. Não é possível! Esse dado é público. E, aí, vai acabar um pouco aquela história de que só o Município aplica e o Estado não aplica: “*Os Estados estão devendo...*” “*Os Estados não aplicam.*”

Essa história vai acabar agora, Rodrigo, pelo seguinte: se eu analiso 2010 — e aqui é análise de balanço efetuada em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde —, sete Estados, pela análise do SIOPS, não



atingiram os 12%. Só que, desses sete Estados, três — Santa Catarina, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul — chegaram a 11,48%, 11,24%, 11,17%. Quer dizer, quase conseguiram atingir os 12% da Emenda 29. Os quatro Estados são Piauí, Maranhão, Paraná e Rio Grande do Sul. Piauí com 10,45%, Maranhão com 10,04%, Paraná com 8,71% e Rio Grande do Sul com 7,52%. Esses quatro, na verdade, ficaram abaixo de 10%, mas os outros três ficaram bem próximos de 12%. A média da aplicação dos Estados, em 2010, foi de 13%, portanto, 1% acima do que estava proposto pela emenda.

Outro dado aberto: 2011. Aqui está o valor informado. Se eu pego os dados transmitidos ao SIOPS pelos Estados, em 2011, os três Estados que, pela transmissão dos dados ao SIOPS, não atingiram foram Piauí, Paraná e Rio Grande do Sul. Em 2011. E Alagoas não informou. A média deu 12,88%. Apenas três em 2011.

E se eu pego 2012, os dados estão chegando ainda. Dos dados de 2012, todos os Estados que informaram até aqui, apenas um Estado ainda não atingiu, o que está mostrando a tendência de crescimento e que, provavelmente, até o Rio Grande do Sul, que estava com 7%, agora, no orçamento de 2012, estão colocados os 12%. Não sei se vai conseguir cumprir.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Está colocado. Isso é informado.

O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA - Na verdade, informado. Está colocando 12%. Antes nem colocava. Então, isso aqui está posto.

Eu quero dizer que a nossa análise é a de que a tendência é de crescimento e que vai, aos poucos, chegando aos 12%, o que quer dizer o seguinte, Deputado Perondi: acabou a folga. Para mim, chegou-se ao ponto de não retorno, porque, com o crescimento da necessidade de recursos para a saúde, Estados e Municípios foram suprimindo passo a passo essa necessidade. E agora? Município que já gasta em média mais de 20% e os Estados que estão chegando já em média a mais de 13% não vão ter condições de colocar mais e mais recursos para a saúde de acordo com a necessidade apontada pela OMS, pela IBM, pela WHS, como citado anteriormente. Portanto, acabou a folga: alguém vai ter que colocar esses recursos. Esta é a conclusão a que eu chego.



O Deputado Rogério fez uma pergunta no início: o que fazer com mais recursos para nos fortalecer? Só mais recursos não adiantam. Então, o que fazer se esse dinheiro chegar? Se chegar mais recurso e não se sabe como colocá-lo, fragiliza-se de novo o gestor.

Mas há proposta de como colocar o recurso. Por exemplo, é preciso fazer custeio, investimento e capacitação. Usando que critério? O critério das desigualdades regionais. Está na hora de se usar critério de desigualdade regional para fazer o financiamento valer um retorno social mais forte.

O incremento de recursos federais deve fazer o quê? Ampliar as Redes de Atenção à Saúde para além das regiões metropolitanas. Se tiver mais dinheiro, deve ampliar as Redes de Atenção à Saúde para além das regiões metropolitanas. Deve também incrementar a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, buscando a equalização do *per capita* entre os Estados, de forma a reduzir, de novo, as desigualdades regionais.

O que fazer com mais recursos? O financiamento do SUS, visto na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os Estados e entre os Municípios de cada Estado, a partir de um valor *per capita* igualitário, ajustado por estrutura etária, por gênero, por necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços.

Essa é a proposta do CONASS e de todos os “susistas” para caso haja mais recurso para a saúde em breve tempo.

Esse financiamento implica equilibrar as ações e os gastos do sistema de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Termino com esta última frase. Por que me alegra? Para mim, o fim é o começo, até porque na teoria da complexidade é assim. É necessário refazer o percurso em sentido inverso. Já andamos até aqui e aprovamos a Emenda 29. Esta Comissão está fazendo o percurso inverso agora. É necessário refazer o percurso em sentido inverso para trazer à tona os ideais que forjaram o SUS e criar a possibilidade de recomeço, cujo fim seja compatível com o respeito ao direito constitucional e com a necessidade das pessoas.

Essa é a nossa proposta, a nossa posição.

Muito obrigado.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito bem, Dr. Frutuoso. O senhor é um resistente e competente. E eu diria mais: resistência, competência, leniência, tenacidade, porque o desabafo inicial dele é verdade. Nós não podemos cansar, mas não é fácil, realmente não é fácil, Deputada, enfermeira, sempre Secretária Carmen.

Com a palavra o Dr. Fausto, do Ministério da Saúde, querido Fausto para todos nós.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS - Boa tarde a todos. Eu gostaria de agradecer a oportunidade em nome do Ministro Alexandre Padilha. Cumprimento os Deputados aqui presentes, na pessoa do Deputado Darcísio Perondi, Presidente desta Comissão, companheiro de lutas de muitos anos. Eu ainda era estagiário e o Deputado Perondi já era um batalhador da saúde pública — e olha que eu já tenho alguns anos de janela.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Quantos anos?

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS - Cinquenta e dois. Vou completá-los na semana que vem, na quarta-feira. Posso receber parabéns aqui hoje.

Eu gostaria de cumprimentá-los, então, e agradecer a oportunidade. Cumprimento o Enio, do CONASEMS, o Jurandi, do CONASS, e o Rodrigo, de Formosa, representando a Diretoria do CONASEMS. Quero dizer que esta discussão, do ponto de vista de dados, é demais conhecida de todos: participação percentual do PIB, participação dos entes. Todos os estudos para demonstrar que a saúde o Brasil precisa de mais recursos, e foram feitos nesse período pelo IPEA, pela Comissão de Seguridade Social e Família, pelo Departamento de Economia da Saúde do Ministério, pelas instituições, como a Escola Nacional de Saúde Pública, grupos de economia da saúde e ABRES. Há um conjunto de estudiosos se debruçando sobre esse tema já há algum tempo, o que produziu um conjunto de estudos e alguns estudos comparativos feitos pela OCDE e OMS. Então, eu não vou ficar aqui repetindo isso, porque inclusive os colegas já colocaram isso anteriormente.

Eu queria só trazer um dado, uma questão nova. Na semana passada, precedendo a Assembleia Mundial da OMS, a OMS divulgou mais um estudo sobre o financiamento dos sistemas de saúde. Nesse estudo da OMS, há duas



constatações sobre o Brasil. A primeira, que já foi aqui destacada, é o baixo gasto público em saúde. Apesar de nós gastarmos, do ponto de vista de percentual do PIB, um conjunto bastante significativo de recursos — nós estamos em torno de 9% do PIB, que é um gasto que se aproxima de parte de importantes países —, nós temos um percentual de gasto público nesses 9% que é menos de 4% — 3,8% pelo último estudo que eu vi. Para um sistema universal, seria um gasto público razoável se nós estivéssemos falando de um sistema semelhante ao do Chile, por exemplo, no qual a pessoa faz opção entre o público e o privado e tem um sistema realmente dicotômico. Agora, um sistema universal, com 3,8% do PIB, o nosso sistema universal integral é muito mais uma imagem objetiva, é muito mais um desejo do que uma realidade concreta frente ao valor e ao conjunto de recursos que são disponibilizados pelo País para a questão da saúde.

Esse estudo da OMS também traz outro dado muito interessante. Nos últimos 15 anos, salvo melhor juízo, nós quadruplicamos o nosso *per capita* em gasto público. O estudo da OMS da semana passada mostra que nós saímos de um total de menos de 200 reais ou cento e poucos dólares para mais de 400. Então, nesse último período, nós incrementamos fortemente o nosso *per capita*, mostrando que o sistema de saúde brasileiro, nesse período, aumentou fortemente o conjunto dos seus recursos, vinculado a uma questão importante, a Emenda 29, por exemplo, que tem problemas. Eu concordo com isso. E a Lei Complementar 141, também, apesar da demora da sua tramitação. Mas a Emenda 29, independente da regulamentação, produziu um fator positivo de acréscimo de recursos na saúde do Brasil, seja pela variação do PIB da União, seja, principalmente, pelo aporte dos Estados e Municípios.

Nós saímos de uma realidade mostrada pelo Jurandi: os Estados e os Municípios, na vigência da Emenda 29, fizeram um conjunto de aportes bastante significativo. A União também o fez, mas aquém do que os Estados e Municípios fizeram. Mas, no geral, a Emenda 29 tem um efeito extremamente positivo sobre o gasto em saúde no Brasil, aquém do que nós gostaríamos, mas extremamente positivo, que levou a essa conformação do gasto dos entes.

A União, que já foi responsável, ainda na época do INAMPS, por quase 80% dos recursos, que no início da década de 90 era responsável por 72% dos recursos,



hoje, é responsável por 47% dos recursos públicos gastos com saúde. Essa redução da participação proporcional não se deu com uma redução de aportes. Deu-se com o crescimento proporcional dos Estados e Municípios, que inverteram esse conjunto de recursos.

Todos os estudos mostram que essa fala tanto do Jurandi quanto do Rodrigo tem também uma assertiva muito forte. Do ponto de vista da distribuição do bolo orçamentário brasileiro, é quase impossível se ter um aporte maior dos Estados e Municípios no financiamento da área da saúde, salvo algumas distorções que, agora, no cumprimento da Lei Complementar 141, nós vamos observar com muito mais clareza, na medida em se definiu o que era gasto em ações e serviços de saúde.

Então, o primeiro SIOPS que sair analisando 2012 ainda não vai ser completo, mas com o que sair, analisando 2013, nós vamos ter uma aproximação muito real do que é gasto com ações e serviços de saúde dos três entes, das três esferas de Governo. Vai significar — não tenho dúvida nenhuma — um aporte ainda maior de recursos nesse processo. Por exemplo, basta dizer que, no Orçamento da União, algumas ações já ficaram de fora, pela interpretação da Lei Complementar 141 e a necessidade de isso ser recomposto.

Feita essa questão de ordem mais geral, quero discutir algumas questões do Orçamento da União nesse período. Quero destacar duas questões importantes da *performance* orçamentária, da execução orçamentária, nesse período: a redução das iniquidades e a questão do aumento proporcional dos recursos para atenção básica. Em qualquer análise que se fizer, por qualquer ângulo, usando qualquer metodologia, nós vamos observar que, na execução orçamentária do Ministério da Saúde nesse último período, há redução das iniquidades, ou seja, uma aproximação dos *per capita*s, uma aproximação dos maiores *per capita*s com os menores.

Ainda temos distorções importantes para serem corrigidas, mas todos nós sabemos que elas não podem ser feitas de uma única tacada, porque nós vamos ter problemas de capacidade instalada etc., mas o que observamos no crescente é a redução dessas iniquidades. E a outra é o aumento da participação proporcional da atenção primária no conjunto dos recursos gastos com saúde. Sob qualquer ângulo



que se analisar a evolução dos orçamentos, nós vamos observar essas duas características que são importantes na questão da execução orçamentária.

E nós vamos ter agora um desafio importante, a implementação ou a adequação da distribuição dos recursos federais e estaduais — o municipal já não tem essa característica, mas principalmente dos Estados e da União — para obedecer aos critérios de rateio da Lei Complementar 141.

Nós já fizemos estudos importantes. Temos um grupo de trabalho da CIT, mas o Ministério vem fazendo estudos importantes da adequação ou não do formato de rateio que hoje é distribuído, ou seja, de como o recurso da União, hoje, é distribuído para os Estados e Municípios, se eles obedecem ou não aos critérios da Lei Complementar 141.

E nós temos observado uma parelha, uma proximidade muito grande, seja por intuição, por decisão política da CIT, da Comissão Intergestora Tripartite, seja por visão da implementação da política de saúde. Nós temos observado uma aproximação bastante significativa dos critérios da Lei Complementar 141 com o conjunto dos recursos da União e como são distribuídos neste momento.

A Comissão tinha mandado aqui um conjunto de questões que gostaria que o Ministério abordasse. Eu preparei dados para isso, mas prefiro passar para o Relator e para o Presidente a discorrer sobre os critérios das UBS, critério das UPAS, a questão da RENASES e RENAME. Eu prefiro, de alguma forma, passar para o Relator a ficar discutindo cada um desses pontos e quais foram os critérios adotados. Todos eles foram adotados na CIT — Comissão Intergestora Tripartite.

A única questão que eu gostaria de comentar é que nós precisamos, do ponto de vista da execução, principalmente na questão de investimento, de adotar alguns critérios — vou usar entre aspas — que “privilegiam” uma melhor execução. Hoje, nós temos — acho que é uma questão que nos fragiliza às vezes — um conjunto de recursos alocados pelos critérios que a CIT define na implementação das políticas e que eventualmente não são executados. Nós temos discutido isso com o CONASS e o CONASEMS. É preciso que esses recursos sejam melhores utilizados. Por isso, algumas alterações de privilegiar uma melhor execução no conjunto das questões das cirurgias eletivas, da execução de unidades como as UBS, de recursos que



foram alocados e que precisam ser realocados ou redirecionados, sob pena de esses recursos ficarem parados.

Sobre a execução orçamentária de 2012, nós tivemos 99,7% dos recursos liberados empenhados, 575 milhões acima da Emenda 29. E tivemos um conjunto de recursos que foram orçamentados e que não foram liberados, como esta Casa já conhece, que são aproximadamente 6 bilhões de emendas, na questão das emendas, e uma medida provisória no final do ano que acabou não sendo executada. Mas dos recursos mínimos constitucionais foram empenhados 99,7%, 99% do que estava disponível, o que significa que 575 milhões acima da Emenda 29 para 2012.

A última questão que eu quero abordar. Concordo inclusive com o Jurandi. Nós ficamos numa discussão, às vezes, numa falsa polêmica entre a gestão e o financiamento. Não existe como fazer uma boa gestão sem dinheiro. Existe como fazer uma má gestão com dinheiro. Isso existe. Mas boa gestão sem dinheiro é quase o milagre da multiplicação, e não foi dado esse dom para todos.

Fugindo um pouco dessa polêmica, com o conjunto dos recursos que nós temos, nós precisamos enfrentar alguns gargalos do sistema. Eu acho que o Rodrigo já antecipou alguns deles, o Jurandi depois abordou outro.

Quero destacar três questões para finalizar. A primeira é que nós temos obviamente — todo o mundo tem acompanhado — uma rápida transição demográfica e epidemiológica no Brasil. O que os europeus gastaram 50 anos, 100 anos, nós estamos fazendo em 20 anos. Isso tem trazido uma mudança. Aqueles dados que o Jurandi apresenta da Europa, dos Estados Unidos, para nós, são mais graves, porque significam uma rapidez maior da necessidade da incorporação e também uma mudança e uma transição do modelo e da forma de assistência que nós temos que oferecer ao conjunto da população brasileira, superando aí alguns problemas que o desenvolvimento do sistema acabou trazendo. Eu acho que essa perspectiva da discussão das redes assistenciais, que o Jurandi colocou, é uma questão que tenta reorganizar de alguma forma o sistema, tenta superar a atomização de processos de gestão e tenta dar ao cidadão a organização de uma rede que possa sair desde a atenção primária até a alta complexidade.



Organizar as redes assistenciais significa uma superação de uma visão atomizada do processo de municipalização, uma perspectiva nova para a questão da regionalização e um conteúdo maior ao nosso processo de articulação interfederativo, outro gargalo e outro problema que ainda temos que enfrentar. Essa alternativa foi apontada pela questão do COAP, que acho é uma segunda questão.

A terceira questão, que queria abordar rapidamente e está no centro da polêmica das duas últimas semanas, é a discussão sobre termos problemas estruturais na conformação do sistema de saúde brasileiro. Um deles é a questão dos profissionais, dos médicos. Essa é uma questão que precisamos enfrentar e que é hoje um gargalo importante para a descentralização, para a implantação das redes assistenciais e da discussão da expansão da atenção primária no Brasil. É a perspectiva de uma política que enfrente essa questão, que certamente não passará tão somente pelo chamamento para médicos estrangeiros, mas que parte para uma política importante de formação de profissionais, de ampliação da residência médica no Brasil, de ampliação da formação e, emergencialmente, de mais médicos para enfrentar esses gargalos hoje colocados para o sistema de saúde brasileiro.

Como falei de início, não queria ficar muito nos números, que são por demais conhecidos, mas fazer uma análise. E acho que a minha avaliação não é pessimista. Temos problemas importantes no financiamento, por demais reconhecidos, mas temos processos importantes de avanço, durante esse período, que precisam, em qualquer discussão de mais recursos para a área da saúde, ser levados em consideração, que é a redução de iniquidade, volto a dizer, o aumento da participação da atenção primária, a discussão da relação interfederativa de uma forma menos atomizada e mais articulada com a perspectiva da regionalização.

Eram essas as questões.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito obrigado, Dr. Fausto.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Questão de ordem, Sr. Presidente.

Acho muito proveitoso quando a Presidência e o Relator indicam aos oradores aquilo que eles gostariam que fosse conversado numa audiência pública. Por isso, queria fazer uma referência a isso. Não sei o quanto é importante para o



Relator fazer o seu relatório no momento em que o orador diz o seguinte: “As questões que foram postas eu vou passar depois para o orador e não apresentá-las para a audiência pública”. Acho isso importante até para o relatório, porque, mais tarde, esse relatório vai ter que ser aprovado pela Comissão. Se não, não precisaria de os Deputados estarem aqui. Era fácil solicitar ao orador: “Mande-me todas as questões que eu quero. Vou fazer a partir daí o meu...”

Gostaria, pelo menos, de saber quais foram as questões que o Relator colocou para o orador referentes a pontos importantes para formar o seu relatório.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Dr. Fausto.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS - Deputado Alexandre Roso, oito itens tinham sido sugeridos. Alguns, claro, eu abordei aqui. Basicamente, são critérios para seleção das UPAs, o número de UPAs que estão em funcionamento. Eu tenho esse conjunto de informações e posso passá-lo para os senhores, não há nenhum problema.

Uma segunda questão, são duas questões sobre as UPAs, uma sobre as unidades básicas de saúde, os critérios de seleção, o porquê de o Ministério mudar os prazos agora e alguns critérios para incorporação de novas unidades básicas, questões sobre o Orçamento de 2012, que eu acabei colocando, e uma avaliação sobre a Relação Nacional de Serviços de Saúde, a Relação Nacional de Medicamentos e o COAP. As duas últimas questões são estudos ou pesquisas que o Ministério tem sobre o tema, o que eu estou repassando, e fontes de financiamento e formas e critérios de rateios dos recursos para Estados e Municípios, que é um conjunto de questões que eu também vou repassar para o relatório.

Algumas eu abordei, outras não, mas estou à disposição, se houver alguma questão, por exemplo, sobre UPAs e todas outras. Eu só achei que ficaria muito cansativo se eu ficasse dando os números de cada uma das questões. Mas eu estou à disposição, e os dados estão aqui.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado Afonso Hamm.

O SR. DEPUTADO AFONSO HAMM - Eu cheguei um pouco mais tarde porque atrasou o meu voo e eu não pude pegar a participação dos dois primeiros oradores, mas consegui acompanhar a do Dr. Fausto.



Eu queria colocar algumas questões e algumas indagações. Eu estava vendo aqui que 47% dos recursos públicos de todo o montante são da União. Isso é pouco, é pouco perante o que o Governo arrecada, e saúde é prioridade. Então, a primeira pergunta é se o Governo e os gestores acham que esse número, esse percentual que chega a um número, é aceitável ou satisfatório. Ele parece um número grande, mas quando se vê a participação dos Municípios... Inclusive existe um mínimo, mas não existe o máximo. E há Município colocando mais do que o máximo, se é que existe, só para usar uma força de expressão. Ficou muito cômodo esse modelo. Por isso, ele está falido. Esse modelo tem que ser mudado.

Nós estamos aqui para reformular, não estamos aqui para validar o que é possível que haja encaminhamento positivo, mas do ponto de vista de um modelo que cada vez... As necessidades em saúde são cada vez maiores.

Uma reportagem mostra que estamos vivendo mais, mas as pessoas de mais idade estão vivendo com seus problemas de saúde. Ainda bem, mas vem a conclusão: precisa-se de mais recursos para a saúde. Estamos vivendo mais, mas a nossa vida se alonga mediante o suporte da área médica, da área de saúde, de toda a complexidade. Isso é verdadeiro, essa é a realidade do Brasil. Então, isso mostra que a demanda em saúde vai crescer mais ainda.

Aí vem a pergunta, a questão em relação à tabela, que não sei se é da sua alçada. Um dos problemas é que uma parte da falta de médicos, uma parte da falta de profissionais, ocorre em função da baixa remuneração. E não adianta taparmos o sol com a peneira, do ponto de vista de tentarmos nos proteger e fazer de conta que está bem, porque essa é uma essência de um ponto que tem que ser mexido.

E nossa Comissão Especial, Presidente Perondi, naturalmente tem conhecedores com muito mais profundidade do que nós, mas nós, na condição de Deputados — estou no meu segundo mandato, um breve período de suplente, e hoje me dedicando bastante às questões da saúde — realmente, ficamos preocupados e, mais do que isso, temos que fazer a mudança, temos que mudar essa direção.

Quando nós temos um orçamento de 2 trilhões e 270 bilhões — estou falando do Orçamento que votamos aqui, o PIB é maior —, nós colocamos em saúde 99 bilhões, quase 100, recursos públicos do Orçamento, parte orçamentária. Vamos



falar de orçamento, que é o que se dispõe para fazer a distribuição. Pela demanda que se tem, nós precisaríamos dobrar o investimento em saúde. Claro que hoje colocar 99 bilhões — vamos arredondar para 100 bilhões do Orçamento para saúde — significa menos de 5% do Orçamento, do bolo que dividimos em fatias. Essa é a gestão.

Então, se nós colocamos menos de 5% do Orçamento ou próximo de cinco, vamos falar que o número é cinco, estamos muito distantes tanto da necessidade, que cresce e que é urgente no momento, como também de uma projeção de necessidade. Aí se vê um Município colocando 24%, 26%. É normal passar de 20%. Imaginem a fatia de 20% do orçamento do Município para a saúde. Por quê? Porque a saúde é prioridade. Não vamos responsabilizar governos ou governantes, mas a maior dívida que os governantes, os gestores públicos têm é com a saúde. A gente vê isso todo dia e é preocupante. Aí vem essa questão da descentralização, que é importante que seja feita, a regionalização, porque quando se tem uma concentração, se transfere pacientes lá do interior do interior. E quanto custa isso? Tem que quantificar.

Mais uma colocação. Falei outro dia com um representante do Ministério da Saúde sobre emendas aprovadas, recomendadas, indicadas, priorizadas: 1 milhão, que, para nós, é significativo, porque todo real investido em saúde é significativo. Coloquei 1 milhão de reais este ano em emendas e, como Deputado Federal, Perondi, em 7 anos, eu coloquei 22 milhões, sem obrigações. Não adianta a gente se posicionar e não dar o exemplo. Claro que eu não resolvo, mas ajudo.

Um corte de 6 bilhões nas emendas — até um Deputado colega nosso apresentou como sendo 8 — é muito significativo. E houve um corte em minhas emendas indicadas de 1 milhão, 350 mil. E estão aqui os Municípios, todos conveniados, tudo abotoado, porque nós fazemos o acompanhamento.

Este é um ponto importante.

Outro dia, eu me referi — e vou repetir novamente —, ao Pronto-Socorro de Pelotas, no Rio Grande do Sul, ao qual eu destinei uma emenda em 2009. Agora, felizmente, começou ao menos a andar. Para a Santa Casa de Pelotas saiu agora o pagamento. Também era emenda de 2009. De 2009, 2010, 2011, 2012, 2013. Quer



dizer, no mínimo, para chegar o recurso para a compra de equipamentos, que é para salvar vidas, todos nós sabemos da prioridade, são 3 anos.

Na minha opinião, também tem que se revisar o fluxo. Eu sei que tem trâmite burocrático, mas tem muita burocracia, tem exagero de burocracia nos trâmites ministeriais. Eu sei que é importante. Houve problema com sanguessuga, houve vários problemas. A gente sabe que sim, mas é demais demorar 3, 4 anos, e a maioria se perde. Não se perdeu porque nós ficamos em cima, indo ao Ministério, os próprios gestores dessas entidades aqui.

Enfim, poderia falar mais, mas não quero me estender.

Eu sei que há esforços e que não vamos resolver tudo, mas nós precisamos dar novo encaminhamento.

Eu quero fazer um encaminhamento prático em nosso relatório. Nós temos que perseguir o que perseguia a Emenda 29 no Orçamento. Na minha opinião, nós temos que perseguir 0,5% a cada ano de crescimento percentual sobre o Orçamento ou 1%, se o degrau puder ser maior, mas nós temos que definir num horizonte de tempo mais recursos para a saúde. Faltam recursos para a saúde. E temos que buscar onde? Eu sei que essa é a tarefa. Não pode haver um desajuste total de uma hora para outra. Nós temos que fazer uma proposição nessa linha de crescimento gradual de participação do Orçamento. Na minha opinião, tem que ser em alguns anos 0,5% e 1%, chegando aos 10% do Orçamento, porque é necessário.

O Governo arrecada. O Governo não estaria isentando porque o Governo tem gordura. Quantas isenções estão sendo feitas neste momento nas políticas do País? Fazer isenções é abrir mão de receita. Essa receita existe, correto? Então, se existe a receita e há mais isenções para vir, nós temos que fazer redirecionamento. Quem sabe, se em alguns segmentos não se dá tanta isenção? Claro que é uma política macro do País, mas os gestores da saúde têm que ser os proponentes, têm que ser efetivamente os que devem se posicionar porque precisam de mais recursos.

Eu queria dizer isso não em tom agressivo, muito pelo contrário, mas no sentido da construção. Nós temos essa responsabilidade.

Eu falei também da tabela do SUS e queria uma posição sua.

Muito obrigado.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputada Carmen Zanotto.

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Deputado Perondi, nosso Presidente, Deputado Rogério, nosso Relator, demais autoridades da Mesa, colegas Deputados, nós estamos já na terceira ou quarta audiência pública em relação ao financiamento da saúde. Fica claro o que nos foi colocado na semana passada, na audiência pública em que estava também a Dra. Lígia Bahia conosco, que nós estamos falando para quem é defensor do Sistema Único de Saúde, e quem está ouvindo são os defensores do sistema. Então, é inquestionável que nós tivemos avanços.

Quero ser um pouco mais otimista com relação à Lei nº 141 porque é ela que está permitindo que Santa Catarina, por exemplo, não coloque mais os inativos porque, quando discutimos com o Secretário de Estado da Fazenda, ele nos diz o seguinte: "*Resolução não é lei*". Então, a resolução do Conselho Nacional de Saúde não servia como parâmetro para o gestor estadual ter força suficiente para dizer que precisava excluir dos 12% da saúde os inativos. Por isso é que vemos aqueles dados de Santa Catarina.

Por outro lado, com o que o Dr. Jurandi nos apresentou, vemos que o conjunto de Estados brasileiros que mais investe é o dos Estados que têm mais dificuldade de acesso às ações e aos serviços de saúde. Se nós formos também comparar esses Estados, são os Estados que têm o menor *per capita*. Ainda existem desigualdades regionais, em especial se nós compararmos o Norte e o Nordeste com o Sul e o Centro-Oeste.

Nós temos aí um estrangulamento de recursos financeiros. Eu não tenho a menor dúvida de que, em 2013, nenhum Estado deverá estar abaixo de 12%. Por outro lado, o conjunto de Municípios deverá ultrapassar os 20% no geral porque o 15%, para ele, já não é mais nem parâmetro. Eles estão acima disso. Vemos a União, Dr. Fausto, num limite claro, e esse limite não é do Ministério da Saúde.

Para mim ele é muito claro na seguinte questão: se eu aplicar mais do que a Fazenda me permite, eu vou gerar uma obrigação para o exercício seguinte. Então, a nossa discussão, Deputado Perondi, talvez tenha a ver com o cumprimento do que está na peça orçamentária e não com o que foi gasto no exercício anterior mais a



variação. O que eu quero dizer com isso? Nós temos uma peça orçamentária com uma destinação ao contingenciamento durante o ano e o acompanhamento por parte do Ministério da Fazenda do que o Ministério da Saúde pode ou não empenhar. Todos nós aqui sabemos, por exemplo, que as emendas da área da saúde foram liberadas não pelo Ministro. Não foram liberadas pelo Ministro. Foram autorizados os créditos conforme a Casa Civil determinava. A Secretaria de Relações Institucionais liberava o fluxo orçamentário para que o Ministério da Saúde pudesse empenhar. Então, uma das alternativas que nós tínhamos era esse engessamento que nós temos porque o Ministério da Fazenda, Estados e Municípios são monitorados e são contingenciados para que não extrapolem.

Digo isso com muita tranquilidade porque eu cansei de ouvir do meu então Secretário da Fazenda, quando eu era adjunta ou titular da pasta, que era 12,1% e nada mais. O que ele queria dizer com isso? Vocês não podem ultrapassar o empenhamento porque nós vamos determinar o estorno desses empenhos porque o nosso limite é o constitucional, com inativos inclusive, naquela época.

Nós estamos chegando a um limite efetivo da aplicação do conjunto de Estados e Municípios e da União no modelo que temos hoje.

O grande desafio da nossa Comissão é saber qual a porta de saída para termos mais recursos para a saúde, garantindo ampliação do acesso ao serviço.

Daí vem mais uma pergunta que fiz ao Dr. Fausto. Vocês sofrem ou não essas limitações? Eu digo isso por experiência, por isso acho que o Ministério deve sofrer.

Eu volto a um tema que se chama contratualização, redes e tabela do Sistema Único de Saúde. Onde está a minha preocupação? Nós estamos agora na Rede Cegonha e na Rede de Urgência e Emergência. Eu gostaria de saber qual é a perspectiva do Ministério da Saúde com relação à implementação das redes e ao aumento da oferta de serviços porque o que bate à porta do gestor municipal e do gestor estadual é: *“Não estamos tendo acesso à ressonância, à tomografia, à cirurgia”*.

Aqui quero dizer que eu sou uma das coautoras do projeto de lei de tratamento de câncer, com muita tranquilidade, como ex-Secretária Estadual e Municipal. E justifico: quando o líder máximo do País tem uma suspeita numa quinta,



um diagnóstico numa sexta e sábado e começa o seu tratamento numa segunda-feira, eu tenho como princípio para mim que eu quero para os usuários do SUS aquilo que eu quero para mim e para minha família, tanto é que eu fui muito zelosa. Só apresentei o projeto de lei após o anúncio da recuperação dele. Se vocês forem olhar, o meu projeto de lei trata de 30 dias, e ele é de novembro de 2011, que foi apensado a um projeto de lei que veio do Senado. Depois o da Deputada Flávia Moraes também foi apensado, e nós temos o substitutivo de Plenário.

Por que isso? Porque, se nós conseguirmos fazer a intervenção cirúrgica e a quimioterapia e a radioterapia o mais rápido possível, esse paciente vai custar mais barato para o Sistema Único de Saúde, sem contar a sua recuperação. Então o aprazar é claro que é complicado para o gestor, não tenho a menor dúvida. Hoje sou Deputada, amanhã posso voltar a ser Secretária Estadual ou Municipal, voltar a ser gestora e estar do outro lado do balcão. Mas é para que possamos definir como prioridade, entre as políticas de saúde a do tratamento do câncer.

Por isso, eu defendo a construção de redes. Nós não temos que ter em cada local.

Volto a dizer que nós estamos no limite dos Estados em 2013, pelo menos o que está na lei, o limite dos Municípios nós já ultrapassamos há alguns anos, a União está limitada e nós não temos recursos financeiros para rever a tabela. Por que eu digo revisão de tabela? E temos discutido aqui — a Dra. Lígia colocou na semana passada — que quem defendia revisão de tabela era lobista de tabela.

Não é com esse olhar que eu estou falando disso. Estou falando que no hospital filantrópico o modelo de remuneração do profissional, em especial o do médico e o dos trabalhadores do Serviço de Diagnóstico e Terapêutica (SDT), tem que ter um parâmetro mínimo, senão não vai haver acesso. O médico profissional diz: *“Por essa tabela ou por essa remuneração que o hospital me propõe...”* — porque parte do seu bolo da contratualização está nos valores da tabela para a contratualização no quantitativo de procedimentos. Não tem como nós ampliarmos.

Então, a minha pergunta é bem prática: Dr. Fausto, qual é a expectativa do Ministério da Saúde com relação à ampliação dos recursos financeiros que estão indo para as redes *versus* ampliação da oferta de serviço no conjunto de Municípios e Estados que estão sendo contemplados com as redes? Ampliação de serviço,



garantia de acesso de que eu entrei pela emergência, mas que lá em cima, no andar, a minha cirurgia ortopédica, do meu politraumatismo, foi realizada e não foi feito um paliativo. Eu recebo alta e tenho que correr, buscando a rede de novo, buscando os serviços de saúde para, daqui a 6, 8, 10 meses, fazer minha cirurgia ortopédica pós-traumatismo, pós-atendimento na emergência.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado Alexandre Roso.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Quando participei antes, eu quis fazer uma questão de ordem só para colaborar. Observei que o Dr. Santos ficou um pouco nervoso com minha colocação, mas era só esse o objetivo.

Muito do que vou falar foi contemplado aqui na fala do Alfredo, na fala da Deputada. E a Carmem tocou num assunto que eu acho fundamental.

Só queria encostar um dado a mais: os Estados que têm maior investimento também são aqueles Estados onde há a menor participação do sistema privado. Esta é uma coisa que temos que começar a discutir. É diferente isso, com quanto participam.

Em minha opinião, quanto às emendas, acho que o Congresso vai tomar um caminho de tornar lei. Aí não vai ficar na vontade de alguém ou de algum Ministro da área financeira dizer: "*Isso pode, isso não pode.*" Eu, mais ou menos, imagino como o Ministro deve tocar.

Mas eu queria reforçar algumas coisas ditas aqui.

Primeiro, eu também não sou pessimista em relação à regulamentação da Emenda 29. Nós ainda não estamos provando desses benefícios.

Quanto a esses dados aqui apresentados, eu tenho alguma discordância em relação ao meu Estado, porque o meu Estado é o campeão de não aplicar recurso em saúde. Eu posso falar isso com propriedade. Se se pegar, por exemplo, a média dos Municípios gaúchos, Alfredo, se vai ver que é uma média de Municípios que têm uma aplicação muito alta também, porque não têm essa participação realmente importante.

Então, de todos que falaram aqui, ninguém aqui disse: "*Não, nós temos que colocar menos recurso na saúde.*" Todo mundo foi claro, os meus colegas, os palestrantes. Aliás, eu queria fazer um agradecimento ao nosso Presidente, ao



nosso Relator pela escolha. Foi uma escolha muito boa. Eu aprendi com vocês aqui. Além de dizer isso, ninguém aqui disse: “*Não, essa divisão, de como está sendo feita, ela não está correta.*” Todo mundo diz: “*Tem que colocar mais dinheiro, mas precisa mudar esse sistema, de qual é a participação de cada ente, do Município, do Estado e da União.*”

Essa referência feita aqui a respeito dos profissionais médicos, eu quero fazer a todos os profissionais da área da saúde. Nós não estamos como há 30 anos, quando o médico era o único profissional, como se falava, trabalhador da saúde. Eu quero falar das enfermeiras, das psicólogas, de todos. Se hoje a classe médica está sendo um ponto de referência para discussão, inclusive com os Municípios, é porque quem está fazendo toda essa fala do profissional que não está lá no interior são os prefeitos. Interessante! Muito interessante!

E aqui foi dito, por mais de um palestrante, que a mão de obra, nos últimos anos, e cada vez vai ser mais assim — quando fiz meu concurso público, eu dividia banco com médico que era funcionário do Estado e com médico que era funcionário da União; hoje, não há mais médico do Estado no mesmo lugar em que eu presto serviço e nem do Governo Federal — aquilo que é mais caro no sistema público, aquilo que tem que ser mais valorizado, passou exclusivamente para o gestor municipal.

No meu Estado é assim que funciona. Deve ser em todo o Brasil. E mais: o meu Estado ainda tem a participação do sistema privado perto da média nacional. Então, eu imagino como devem estar passando aqueles Estados que não têm essa participação.

O profissional saiu do interior porque ele está migrando do sistema público para o sistema privado. É isso que os números mostram. E não há diferença. Não é o médico, como foi dito lá no meu Estado: “*A doutora que foi trabalhar lá, doutor, por um salário de 18 mil reais por mês, um baita salário...*” Aliás, um salário irregular, porque ele não pode pagar um salário desses para um médico, até porque ele paga através de um projeto...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Consórcio.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - ... ou paga num consórcio ou paga num contrato emergencial. Enfim, não é uma política de carreira para um



profissional. E isso vale para o médico e vale para a enfermeira, porque não é só o médico que está vindo. Em 1980, 75% dos médicos — no Brasil, hoje, são 388 mil — tinham vínculo com o sistema público. Quando o Alfredo fala da tabela, ele fala com propriedade, porque uma parte do pagamento desses honorários — quando é feito o repasse para as Santas Casas, eu quero lembrar — é para pagar honorários médicos, porque os médicos não querem mais atender. Mas as Prefeituras estão subsidiando isso. Ou não há Prefeitura neste Brasil que subsidie uma Santa Casa ou um hospital particular no interior? No interior do Rio Grande do Sul é assim: todos os Prefeitos colaboram ou colocam recursos dentro de um hospital para complementar essa tabela.

Então, quero encerrar a minha fala e dizer que em alguns pontos nós estamos aqui concordando: deve haver mais recursos públicos para a Saúde; segundo, essa divisão sobre quem coloca também tem que ser revista.

Portanto, é nesses pontos que eu gostaria que o relatório tocasse porque isso é importante. O relatório tem que apresentar alguma medida para mudar essa situação em que vivemos hoje, que não é uma boa situação para o sistema público de saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Com a palavra o Deputado João Paulo, sempre Prefeito de Recife.

O SR. DEPUTADO JOÃO PAULO LIMA - Essa discussão é muito importante, e eu quero adicionar, apesar de ter vindo da CCJ agora, um elemento para a nossa reflexão, para vermos como podemos trabalhar essa questão. Quando fui Prefeito de Recife, nós melhoramos muito o nosso sistema de saúde. Como Recife tem uma região metropolitana muito próxima — para se ter uma ideia, de Recife para Olinda são 8 quilômetros, talvez sejam as cidades mais próximas do Brasil —, na medida em que fomos melhorando os nossos serviços, as cidades vizinhas começaram a utilizar esses serviços.

Então, vamos supor, das três maternidades que nós deixamos como “Maternidade Amiga da Criança ou da Família”, em Afogados, por exemplo, mais de 50% das parturientes vinham da cidade de Jaboatão, de Camaragibe etc.



Em relação ao tratamento com usuários de drogas, também as pessoas vinham de Olinda, vinham de Camaragibe, e isso pesava na conta da Prefeitura da cidade do Recife.

Eu passei 8 anos lá, e nós não conseguimos equacionar isso. Na verdade, são recursos de um Município que passam para outro.

Então, acho que essa questão da saúde é muito grave, mas também insisto na necessidade da medicina preventiva. Acho que o Governo Federal e os Governos municipais e estaduais teriam que investir muito, porque parcela significativa da população adoce também por não saber se alimentar. Então, é uma questão de costume, de cultura, mas também uma questão de saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Há aqui uma pergunta da Internet. Ela é dirigida ao Dr. Fausto: *“O TCU informou que o Ministério da Saúde não empenhou 9,8 bilhões em 2012. Houve inferência de que isso ocorreu para não elevar o valor a ser aplicado em 2013. Ocorreu isso?”*

Dr. Frutuoso, esta pergunta é minha: Qual é a sua proposta para o marco legal do financiamento? Depois o senhor responde.

E a pergunta que eu vou fazer para o Dr. Lacerda é a mesma que farei para o Dr. Frutuoso, também: E se não houvesse a emenda 29, se não houvesse a vinculação, os Municípios estariam gastando em média 20% ou não? E os Estados chegariam a isso? E como estaria a saúde? Faça esse exercício.

Agora, para o Dr. Fausto. O senhor não precisa dizer, mas como é a relação do Diretor do Fundo Nacional de Saúde, do Ministro da Saúde com o Ministro Mantega e com a Presidenta Dilma? Como vocês se sentem quando discutem? Eu sei que a Presidenta Dilma é uma dos Presidentes que mais recebem os técnicos. Eu vi muito entusiasmo do CONASS e do CONASEMS, e continuo vendo.

Mas como assim? Porque hoje li o *Estadão*, de manhã — embora não tenha lido por inteiro a notícia — e soube que, de novo, o Ministério do Planejamento vai antecipar uma receita de Itaipu de 15 bilhões de reais — uma receita de dois mandatos, não é?

Eu também vejo que os valores da dívida interna, com a taxa SELIC, diminuía. Então, diminuí o pagamento de juros, mesmo que a taxa SELIC seja só um terço do financiamento dos títulos do Tesouro; mas diminuí.



E a gente vê que, para ajudar o Deputado Afonso, no passado, a renúncia fiscal para setores da indústria foi de 40 bilhões. Este ano passará de 50 bilhões. Como é o ânimo de vocês quando vocês sentam lá? Ou vocês não conversam com o Dr. Arno Augustin, o poderoso da economia também? Como é isso? É monólogo?

Muito bem. Quem começa? O Dr. Fausto? Porque parece que ele tem um compromisso.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - O Deputado Rogério Carvalho, Relator, foi gentil.

Está presente a Dra. Maira Caleffi, uma oncologista do nosso País, líder, uma guerreira absoluta na luta do combate ao câncer de mama. Seja bem-vinda, Dra. Maira Caleffi.

Com a palavra o Deputado Rogério Carvalho.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Boa tarde a todos.

Eu acho que nós temos uma história de 23 anos, mais precisamente, de SUS, porque, embora a Constituição seja de 1988, apenas fomos consolidar o SUS a partir de 90, com as leis orgânicas. Mas, digamos, que a nossa Constituição escreveu a saúde como direito em 1988. Se formos mais generosos com nós mesmos, teremos esse conceito a partir de 86, quando havia o SUDS, ou seja, quando a gente estendeu o benefício do INAMPS a todos os brasileiros.

Eu acho que nós, em 25 anos, na média, avançamos muito. Nós não podemos perder de vista os avanços e onde chegamos, porque, se não, a gente começa a se autodestruir, e a nossa autoestima também é atingida. Não é bem assim. Nós evoluímos muito. E foi uma evolução decorrente de um processo histórico, de uma luta após a outra, uma conquista após a outra.

Então, se analisarmos, vamos ver que, primeiro, houve a incorporação do INAMPS pelo SUS, que foi fundamental. Falamos do INAMPS, mas ele foi a base da construção do que nós conhecemos de rede de atendimento no Brasil. Foi a partir dali que nasceu o SUS, do ponto de vista de capacidade instalada. Trazer para o Ministério da Saúde foi uma luta. Aliás, foi uma guerra contra as corporações. Depois, o desafio era absorver o espólio do INAMPS, e houve guerra para dividir os recursos e encontrar o critério para dividi-los. E aí vieram a 991 e a 993. Depois,



veio o piso de atenção básica. Ali começa a nascer o SUS que nós conhecemos. E mesmo o Presidente Collor tendo vetado na Constituição o critério de repartição *per capita*, a gente o retoma por dentro de uma norma — e isso foi mais uma conquista consubstanciada na 996.

Depois, a LOAS, quando começam os esboços de sistemas regionais.

Em seguida, um debate político que aparentemente não produziu grandes fatos, mas produziu a compreensão de que saúde não era só repartição de recursos e não era somente regionalizar o pacto. Daí a gente começa a discutir a responsabilidade dos entes e começa a ser forjado o conceito de responsabilidade sanitária, responsabilidade com indicador, financiamento. Depois, houve a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

A Emenda Constitucional nº 29 foi uma grande conquista, porque define dinheiro para a saúde. Depois, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

Portanto, a gente está avançando.

Recentemente, ainda — embora a gente não tenha se dado conta —, temos o primeiro arcabouço que identifica e visualiza o que o Brasil produziu em termos de operação na área da saúde, que foi transformar — diferente da França, diferente da Inglaterra, diferente de todos os países que têm sistemas universais — os entes federativos em operadores de sistemas de saúde.

E aí, como uma tentativa de subsunção de tudo isso em um modelo de organização sistêmica, veio o COAP, numa tentativa de dar conta dessa tarefa.

E o COAP reabre o debate da regionalização, reabre o debate das diferenças *per capitas* de financiamento, ou seja, a gente vai retomando aquilo que ao longo desses 20 anos de construção não foi equacionado definitivamente, mas nunca deixou de estar na agenda de consolidação desse sistema nacional de saúde.

E nós, em uma República Federativa trina, ainda que com uma elite que não assumiu e uma sociedade que não incorporou a seguridade como um valor fundamental e estruturante da nossa sociedade, conseguimos viabilizar e incrustar de forma definitiva uma organização sistêmica. Nós somos muito vitoriosos. Muito!

E o último *round* dessa luta, que nos parece o mais importante e estruturante, é como financiar não mais políticas, mas como financiar sistemas e responsabilidades sanitárias dos entes, para garantir a equidade da distribuição de



recursos, para dar transparência à aplicação dos recursos, para criar um entendimento na sociedade de que nós temos um sistema, que o dinheiro tem um local direcionado e que a sociedade pode saber como ele está sendo aplicado.

Talvez este seja o momento e talvez esta seja a tarefa desta Comissão: dar um salto fundamental na luta e na disputa ideológica do que significa o Sistema Único de Saúde para o Brasil, trazendo uma contribuição objetiva: como resolver e de que nós precisamos para resolver a questão do financiamento.

Um detalhe: quando a gente olha para o sistema canadense, é fácil perceber que ele não se sustentará. Sabem por quê? Ele foi concebido sem acordos sobre os quais se assentam o sistema brasileiro. Por exemplo: promover, proteger, prevenir, reabilitar e curar são ações feitas por organismos independentes no Canadá. A promoção hoje tem um Ministério à parte, o Ministério da Saúde. Não se previne, não se promove, não se cura, não se reabilita a partir de uma matriz produtiva articulada.

Nós criamos uma rede de atenção primária que nenhum país do mundo tem — é uma rede própria! Assim como temos uma rede de urgência e emergência própria, que reduz o custo, diminui a autogeração!

Então, nós fomos construindo caminhos e precisamos estar atentos a isso. Isso diminui o nosso custo e aumenta a nossa viabilidade.

Então, por que fazemos tanto com tão pouco? Porque a história e a nossa construção histórica nos permitiu essa obra. Agora, nós precisamos assumir o discurso de que já fazemos muito com muito pouco. Agora, imaginem, como foi dito aqui pelo Deputado Afonso Hamm, se nós dobrarmos num horizonte de tempo o gasto federal na área da saúde, por exemplo, nós poderemos ter um sistema sem esses grandes gargalos. Porque sistema perfeito, sistema sem problema, sistema sem novas demandas só vai existir quando não existir mais vida, pois enquanto existir vida, o objeto de desejo de cada indivíduo e da sociedade vai-se modificando, vão-se ampliando as demandas, e não há fim. Mas eu acho que nós teríamos uma possibilidade de dar conta.

Portanto, Presidente, eu quero dizer que nas nossas audiências estão sendo trazidos importantes elementos. Por vezes, achamos que um debate, uma conversa



não vai agregando, mas a repetição, a lâmina antiga, enfim, há coisas que ficaram no tempo e voltam que podem nos ajudar a construir um mosaico.

Acima de tudo precisamos construir, a partir desta Comissão, com todos os que vieram aqui, um grande acordo político que ultrapasse e nos reunifique numa disputa, num debate que é ideológico, para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Está cada vez mais claro que, concluindo, pelo que estamos vendo aqui, se estamos desonerando, fica muito difícil pensar numa fonte específica. Podemos buscar recursos, ver onde esses recursos estão, etc. Fica difícil fazer o debate com a sociedade. Fica muito difícil. Como nós vamos propor um novo tributo se nós estamos desonerando para garantir a competitividade do País?

Mas nós temos uma coisa boa em que precisamos ficar de olho: estamos reduzindo a taxa de juros. Essa redução da taxa de juros pode nos permitir mais recursos para a área da saúde. Certo? Nós podemos trabalhar com essa possibilidade e discutir recursos do Orçamento num horizonte de tempo compatível. Também não dá para colocarmos 10 bilhões, 50 bilhões. Temos um prazo para investimento e para transformar isso em custeio, mudar a matriz produtiva. Nós temos ajustes a fazer. Mas isso pode produzir um grande impacto, uma grande possibilidade de política que nos permita conquistar de novo — de novo, outra vez! — a possibilidade de termos mais recursos para a saúde. Acho que esta Comissão vai alcançar esse intento — e não só esta Comissão, mas também ela em parceria com o Senado da República.

Significa dizer, Deputado Afonso Hamm, que nós precisamos colocar mais recursos do Orçamento da União no setor, fazer crescer a base do financiamento da saúde e consolidar, num novo patamar, o gasto com saúde no Brasil num horizonte de tempo determinado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - É estimulante ouvirmos o Deputado com esse entusiasmo, com essa firmeza. Realmente, é estimulante.

É importante. Isso vale para as nossas vidas também. É um momento crítico. É realmente um momento crítico. Se nós compararmos as palavras do Deputado Rogério Carvalho com as da Dra. Ligia Bahia, na terça-feira, verificaremos que os dois estão entusiasmados. A Dra. Ligia querendo pegar na metralhadora ou na



garrafa quebrada, como ela disse aqui: “*Nós temos que quebrar a garrafa e ir para a briga*”. Então, ela é guerreira, mas ela acha que nós vamos ter que guerrear muito para, exatamente, chegarmos ao que ouvimos no fim da conversa do Deputado Rogério Carvalho, que eu não vou debater, um dia podemos debater só entre nós. Mas eu acho ainda que há resistências enormes nos formuladores da política macroeconômica do Governo — e essa é a guerra, sim, que a Dra. Ligia quer desencadear.

Ela também quer desencadear uma guerra contra a medicina privada. Ela disse que tem um inimigo: a medicina privada. Ela quer desencadear uma guerra como um todo.

O Dr. Fausto tem a palavra. O senhor é tão querido aqui.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS - Só se o Pestana me ajudar. Ele disse: “*Mas aí eu vou ter que mudar de partido; não vai haver jeito, então*”.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Uma grande coalizão.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS - Tentou-se lá em Minas, mas não deu muito certo, não. Depois deu problema. (*Risos.*) Não deu muito certo. Mas se o Pestana me ajudar, quem sabe, daqui a umas três Legislaturas...

Há um conjunto de questões que foram levantadas aqui pelos Deputados. Alguns Deputados não mais estão.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Mas lhe pedimos que responda.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS - Não, tudo bem.

Vou pegar questões que constaram de um conjunto de intervenções: contratualização, redes, tabela do SUS. O Deputado também tinha levantado essa questão da tabela; depois a Deputada Carmen Zanotto também a levantou, e o Deputado Alexandre Roso também já a tinha colocado. Então, eu acho que é uma questão importante.

Há algum tempo já o Ministério vem trabalhando com a perspectiva de que a tabela não é nem pode ser o elemento central que define a transferência de recursos para Estados e Municípios e mesmo, eventualmente, para prestadores. Nós temos apostado na alternativa da contratualização como uma perspectiva mais fundante, mais estruturante do sistema. E temos discutido isso inclusive com representantes



das filantrópicas, com os hospitais universitários, com os setores que hoje, eu diria, representam os prestadores e são a base da produção de serviços, principalmente hospitalares, mas também com participação importante dos ambulatoriais.

Por que isso? Aí, Rogério, como você foi falando das Normas Operacionais Básicas — NOBs, lembro que na NOB 91, que já tem alguns anos, criamos, do ponto de vista do Sistema, certa armadilha, quando definimos que todos, Estados e Municípios, eram prestadores de serviços do Sistema. Foi a primeira NOB pós-INAMPS, etc. Isso tornou qualquer mexida na tabela algo causador de um impacto financeiro brutal, brutal! Se eu mexer hoje no valor da consulta em 10 reais, tenho um impacto bilionário no Sistema e praticamente nenhum impacto para o profissional, que de 10 reais passa a receber 20 reais. Essa é a questão.

Então, hoje nós precisamos criar alternativas. Eu acho que a tabela cumpre um papel extremamente importante do ponto de vista da informação, do que o Sistema produz e da possibilidade de acompanhamento, mas nós vamos precisar equacionar mexidas na tabela — e ela precisa ser mexida, ela tem hoje problemas, distorções importantes —, mas combinando, então, o processo de alteração de valores da tabela com o processo da contratualização, que significa, na verdade, um conjunto de recursos.

Aí, Deputada Carmen Zanotto, especificamente em relação a Santa Catarina, nós estamos fazendo agora um processo importante de implantação da Rede Cegonha e da Rede de Atenção às Urgências em 100% do Estado, o que eu acho que significa um volume de recursos, e expandindo fortemente a contratualização. Inclusive, Santa Catarina está sendo neste momento, para nós, um piloto para contratualização do conjunto da rede filantrópica ou, principalmente, dos principais filantrópicos, expandindo, então, saindo daquele patamar que está mais ou menos congelado há 2, 3 anos, dos setecentos e poucos contratualizados para um volume muito significativo.

A perspectiva de nossos acertos com a CMB — não é, Spigolon? — e de que isso possa atingir, se não a universalidade do conjunto dos filantrópicos, um volume muito maior a ser contratualizado. Isso significa um aporte significativo de recursos para a rede filantrópica e também para a rede dos hospitais universitários nesse momento.



Na medida em que nós tenhamos recursos, estamos expandindo o conjunto das redes em alguns Estados. Isso já chega a 100%, em outros ainda não. Mas essa perspectiva de sair das regiões metropolitanas já está acontecendo no conjunto dos Estados.

A Rede Cegonha no Norte e Nordeste é 100%; no Sul e Sudeste está sendo ampliada na medida em que tenhamos possibilidade. O que dá, Rogério, um pouco dessa perspectiva: em tendo recursos, nós temos um certo caminho que podemos percorrer ainda com muitos problemas. Não significa que a implantação das redes esteja sendo um processo sem percalços. Ainda existe um conjunto de recursos que foram transferidos em 2011, mas, principalmente em 2012, sobre o qual nós precisamos discutir um pouco melhor como está sendo a implementação, etc.

Aí, Deputado Perondi, quando eu entro com recurso adicional no lugar que está faltando, começa uma competição por esse recurso, que atrasa e às vezes dificulta a própria implantação das redes. O Spigolon tem acompanhado como têm chegado esses recursos ou não para o conjunto dos filantrópicos.

O Deputado Alessandro Roso tinha feito a constatação de que realmente essa discussão sobre o RH —, se não me engano, foi o Jurandi ou o Rogério que apresentou aquele gráfico, mostrando a diminuição da participação dos Estados e da União na questão da RH — normalmente não é feita dentro do sistema. Eu acho que precisa ser feita, sob pena de inviabilizar um conjunto de programas que hoje estão sendo implantados.

Quanto à pergunta da Internet, o dado que tenho em mãos mostra que não foram empenhados o total de 8,8 bilhões, sendo 1,9 de uma medida provisória que saiu no final do ano, em 28 de dezembro, e 6,9 bilhões aproximadamente nas chamadas despesas discricionárias previstas na LOAS, que, na verdade, são as emendas. Então, essa é a informação que eu tenho: 8,8 bilhões, aproximadamente, não foram empenhados no ano de 2012.

Nossa relação com o Ministério da Fazenda é uma relação de parceria. O Tesouro tem cumprido o cronograma. E quem acompanha Estados e Municípios sabe que, durante 2012 e mesmo em 2013, praticamente não tivemos atrasos na questão dos repasses. Estamos conseguindo cumprir o cronograma de desembolso. Agora, existem questões da macropolítica, que são definições macro. Esse é um



outro conjunto. Mas, em relação ao ponto de vista do dia a dia do funcionamento do sistema, nós não temos tido constrangimentos financeiros para execução do Orçamento. A outra questão é a questão de liberação de emenda, etc., que realmente passa do...

Eu só queria dar um dado aqui — é a última coisa que eu vou falar. É que, quanto a esse conjunto das renúncias, vai sair um estudo do IPEA no início de junho apontando que o total das renúncias com saúde é cerca de 14 bilhões de reais, entre renúncia do Imposto de Renda pessoa física, pessoa jurídica; renúncia com os filantrópicos; renúncia com PIS/COFINS da indústria farmacêutica. Dá um total de 14 bi a renúncia do Governo Federal com o setor saúde em 2011.

Temos uma renúncia importante, que normalmente a gente não discute muito, mas é uma renúncia de volume relativamente significativo, que a gente eventualmente tem que discutir muito, principalmente — e, sob meu ponto de vista, não é nem se ela deve ser mantida, aumentada ou diminuída — como podemos, ao utilizar um instrumento tão importante como o da renúncia, muitas vezes, induzir uma melhor resposta do sistema de saúde, com mais qualidade, para o conjunto da população, de um volume que, se não é computado como gasto com saúde, é um gasto tributário relativamente importante para o setor.

Disse à Deputada que tenho uma viagem para São Paulo agora. Vou participar amanhã do Congresso Internacional do Serviço de Saúde, na Feira, pela manhã. Portanto, vou pedir licença para me ausentar, senão, daqui a pouco vou perder o voo.

Obrigado.

O SR. DEPUTADO AFONSO HAMM - Só uma pergunta: esses 14 bilhões são de renúncia?

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS - Renúncia de Imposto de Renda de Pessoa Física, de Imposto de Renda de Pessoa Jurídica, de filantrópicos, do patronal, do PIS e da COFINS com a indústria farmacêutica. Esse estudo relativo a 2011 vai sair agora. Existe um estudo que vinha até 2006, agora o IPEA atualiza para 2011. Deve sair na primeira semana de junho.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Dr. Fausto, muito obrigado.



Dr. Lacerda.

O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - Eu acho bastante importante essa discussão aqui. A gente percebe o nível de entendimento, de envolvimento e de conhecimento que têm os Deputados sobre a necessidade realmente de ampliação dos recursos.

Deputado Rogério, acho que as suas palavras são muito bem colocadas. A gente está numa construção contínua da Rede da Atenção, fazendo desenhos-mapas de saúde, construindo e priorizando polos regionais, para melhorar o custo, a efetividade. Então, quanto a essa discussão de financiamento global, infelizmente, falta financiamento para a gente concretizar de fato essa Rede de Atenção, para que a gente dê a sustentabilidade necessária para que os gestores a concluam, levando em consideração os vazios existenciais.

Temos discutido a questão dos hospitais de pequenos portes, até mesmo a finalidade desses hospitais dentro da Rede de Atenção. Porque uma coisa é existir um hospital que às vezes não responde, não atende às necessidades daquela região, outra coisa é o que a gente vai fazer com esses hospitais de pequeno porte, para viabilizar o mínimo necessário, de modo a que, dentro do processo de Rede de Atenção, ele tenha seu papel bastante claro. Para isso, temos que ter financiamento também, porque o gestor ou o Prefeito não aceitam no mínimo ter partos normais dentro do seu Município. Então, a gente tem que levar em consideração todos os pontos de tensão na lógica de Rede.

Quanto à pergunta em relação ao percentual colocado, hoje, por parte dos Municípios na saúde, eu me lembro de que vínhamos num crescimento desde quando pactuamos os 15%, desde quando foi definida por lei a obrigatoriedade desses recursos por parte dos Municípios, e, na época, foi escalonado. Desde então, a gente não parou mais de suprir a cada ano essa necessidade. Qual é o Prefeito que, hoje, já gasta 25% com educação, 25%, 26%, às vezes 30%, com saúde, 6% com a Câmara, mais tanto por cento comprometidos com a dívida? Será que ele gostaria de colocar acima de 15%, ou nós estamos sendo levados por uma pressão popular ou pela solidariedade de ver um irmão muitas vezes correndo risco de vida? E nós, como entes mais próximos da sociedade, temos que dar respostas a contento.



Então, nós estamos levando, por uma pressão, aquilo que eu coloquei no início. Hoje nós estamos sendo pautados pela urgência, emergência, pela necessidade do cidadão, que bate na porta do gestor, do Secretário Municipal de Saúde, do Prefeito, dos Vereadores, e, muitas vezes, deixamos de executar um plano de saúde voltado para a promoção e prevenção que, de fato, dê respostas de melhoria da qualidade de vida para o cidadão. Tenho até uma preocupação com essa pergunta, porque hoje nós chegamos num patamar de investimento na saúde de 25%, às vezes até mais em determinadas Secretarias Municipais de Saúde. Antes, conseguíamos melhorar o sistema de saúde, colocávamos 15%, 17%, e aquilo se transformava em satisfação e melhor atendimento à comunidade. Hoje, empregamos 25%, e o prefeito ou o gestor é xingado todos os dias. Então, estamos caindo no descrédito. Isso não está resolvendo mais nada.

Deputado Rogério, nós acreditamos nisso, por conta da nossa luta sanitária, nossa luta por um SUS concreto, por aquilo que idealizamos vinte e poucos anos atrás. Os prefeitos, hoje, estão com o sentimento de que se colocar mais dinheiro, não vai adiantar, porque vão falar mal dele do mesmo jeito. Essa é a preocupação de, na ponta, desacreditarem o sistema. Muitas vezes, eles estão apagando o incêndio, mas não estão organizando um processo de trabalho que vá ao encontro da necessidade da comunidade. Esse o meu desespero.

Temos que resgatar isso, para dar aos Municípios condições de exercerem, de fato, seu papel de gestores, com planejamento, melhorando a relação interinstitucional. Temos que fazer isso. Muitas vezes, nas reuniões dos Colegiados de Gestão Regional, nas CIBs, os gestores estão se digladiando. Por quê? Porque cada um tem menos financiamento e não quer assumir a responsabilidade do gestor vizinho.

A Rede de Atenção à Saúde só vai se concretizar, de fato, na hora que houver financiamento. Já estou colocando complementação tirando do que é de minha responsabilidade e do meu cidadão. Os senhores acham que vou complementar o que é do cidadão, da região como um todo? Hoje, estou sentindo isso na pele toda hora que eu olho para o Spigolon ali, porque o filantrópico está me esperando, para eu negociar com ele, porque não está tendo condições de pagar o neonatologista, o ginecologista, responsabilidade da rede de toda uma região. Está



sobrando para mim, gestor de um Município-polo. Esse é o desespero dos gestores municipais.

Parabenizo, mais uma vez, o Presidente desta Comissão, Deputado Darcísio Perondi, e o Deputado Rogério Carvalho, que sempre foi um ideologista, um gestor nato, já foi gestor municipal, já foi gestor estadual, tem conhecimento suficiente para levar essa discussão, como todos os outros gestores antigos, os demais gestores. Não podemos perder a esperança, Deputado Rogério.

Mais uma vez agradeço ao CONASEMS a participação, em nome do Presidente Nardi. Colocamo-nos à disposição para contribuir, no que for preciso, com essa luta de concretização do Sistema Único de Saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito obrigado, Dr. Rodrigo Lacerda.

Concedo a palavra o Dr. Jurandi Frutuoso.

O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA - Sr. Presidente, serei breve, porque já fui contemplado.

Vou ficar com a angústia do Rodrigo e o entusiasmo do Deputado Rogério, para poder alimentar minha alma e continuar lutando pelo Sistema Único de Saúde. Aliás, ele está vivo, prosperando, reconhecido, por conta também do sacrifício de seus trabalhadores. Isso é fato.

O Deputado me perguntou se caso não fosse a Emenda nº 29 o que aconteceria? Talvez o sistema não estivesse evoluindo na velocidade que está. Ou talvez nós, que nos juntamos, em 1988, para fazer o SUS, estivéssemos mais juntos do que nunca, para fazer e acontecer. Acho que essa é a parte que faltou. Os sanitaristas, os ideólogos do sistema, a turma que brigava na rua pelo Sistema Único de Saúde, de 1990 para cá esfriou um pouco. Os senhores hão de concordar comigo. Essa baixa pressão, que não é vista no Congresso, contribuiu para a folga do Governo, para não aprovar a Emenda nº 29, com os 10% de que a saúde precisa.

O senhor sabe muito bem do esforço que fazemos aqui cada vez que precisamos nos mobilizar pela Emenda nº 29. Não era fácil, nem é fácil hoje. Falta um pouco disso, mas, mesmo assim, o sistema é reconhecido e está evoluindo na sua qualidade.



Quanto à proposta que faço, é a mesmíssima que fez o Deputado Rogério. Aliás, peço para assiná-la. Não dá mais para ficarmos esperando.

Lembro-me bem de que, no dia 13 de dezembro de 2007, na fatídica noite da quebra da CPMF, eu estava lá, o senhor também, quase meia-noite, quando cai a CPMF por causa de dois votinhos. Eu saí dali com gosto de cabo de guarda-chuva na boca, por conta de tanta adrenalina e tanta decepção naquele dia.

Uma semana depois foi colocado 70 bilhões para a agricultura, e para nós nada, nada. O gestor vai continuar lutando por mais recursos.

Então, eu quero dizer que o SUS — apesar de muitos não concordarem — é um sucesso, que podia ser maior se houvesse superado essa dificuldade.

Quais são os desafios do SUS? Todo mundo sabe. É o do modelo que estamos enfrentando, é o do modelo institucional que precisa também ser discutido, é o do modelo dos recursos humanos, do financiamento e do controle social que afrouxou. Esse é o desafio do Sistema Único de Saúde. Se nós procurarmos colocá-lo de maneira bem fácil, ele vai dar conta desse recado.

Por fim, o Deputado Rogério tem razão. O dinheiro tem que entrar para fortalecer o sistema com a locação repensada de maneira diferente.

De onde vem o dinheiro? Vem do Tesouro Nacional. É lá que está o recurso.

País que paga 240 bilhões de reais de juros e amortização de dívida por ano e consegue subsidiar 14 bilhões de reais para plano de saúde — hoje já se fala em torno de 55 bilhões da questão das renúncias — dá para colocar um pouco mais de dinheiro na saúde, porque o sistema está aí e o povo precisa. Há apenas 40 milhões de brasileiros com plano de saúde que também usam o SUS e 140 milhões de pessoas que usam apenas o Sistema Único de Saúde. Não dá mais para esperar em porta de emergência, vaga de UTI, etc.

Reconheço o esforço do Ministro Padilha, a qualidade excelente da sua equipe. São “susistas” de carteirinha desde novinhos. Mas eu já coordenei PSF, já fui Secretário Municipal, Secretário de Estado. Por mais que se tenha vontade de fazer, tem hora que o recurso realmente não dá. E essa hora é agora.

Então, vamos aproveitar essa oportunidade que a Câmara renasce com essa discussão para ficarmos juntos, a fim de implantar o modelo que queremos,



superando, pelo menos, um pouco da dificuldade. A evolução do sistema retarda por demais da conta. Não tem como superá-lo.

Isso é importante. Contem com a gente. Acho que isso é fundamental para podermos ter o SUS que queremos.

Perdemos a oportunidade de discutir dinheiro novo na discussão do Pacto. O senhor era Secretário e eu também. Nós não discutimos dinheiro novo na construção do Pacto. E novamente não discutimos dinheiro novo agora, na discussão do COAP. Para verem como é difícil enfrentar essa questão.

Um abraço a todos, boa tarde e obrigado pela oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Antes de encerrar a reunião concedo a palavra à brilhante Deputada do Paraná.

A SRA. DEPUTADA CIDA BORGHETTI - Agradeço ao nosso Presidente, Deputado Darcísio Perondi, o Deputado da saúde.

Assim, todos nós aqui trabalhamos pela prevenção. Esse tema está muito em evidência, principalmente esta semana, em função da divulgação da atriz Angelina Jolie, conhecida mundialmente. Está aqui a nossa referência, a médica Maira Caleffi, nossa parceira, inclusive na lei que pauta, hoje, o Brasil na mobilização em combate ao câncer de mama. A Dra. Maira Caleffi é nossa parceira, Deputado Perondi, desde a Assembleia do Paraná, onde, há 10 anos, nós pudemos apresentar um projeto de lei instituindo, no calendário oficial estadual e agora nacional, o 27 de novembro como Dia Nacional de Combate ao Câncer de Mama.

Então, eu quero parabenizar, pelo trabalho, essa mulher guerreira e que incansavelmente tem levado a atenção às mulheres que mais precisam, que precisam prevenir para salvar vidas. Parabéns por esta audiência.

Quero cumprimentar a Dra. Maira que vem aqui falar sobre financiamento, que é tão importante.

Para encerrar, quero dizer que o Paraná, por intermédio de uma participação da Dra. Maira, terá o primeiro Centro de Diagnósticos Brasil *on-line*. Serão quatro Centros de Diagnósticos *on-line*: em Londrina, Cascavel, Maringá e Curitiba.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - A Deputada Cida e a Dra. Maira formam uma dupla extraordinária.

Declaro encerrada a reunião.

Muito obrigado.