



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: Audiência Pública	Nº: 0381/13	DATA: 23/04/2013
INÍCIO: 15h07min	TÉRMINO: 18h12min	DURAÇÃO: 03h05min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 03h05min	PÁGINAS: 67	QUARTOS: 38

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

MARIA DO SOCORRO DE SOUZA - Presidente do Conselho Nacional de Saúde.
OLYMPIO TÁVORA DERZE CORRÊA - Assessor Técnico da Confederação Nacional da Saúde.
JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Presidente da Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul.
HERVALDO SAMPAIO CARVALHO – Diretor-Geral do Hospital Universitário de Brasília — HUB.
GERALDO FERREIRA FILHO - Presidente da Federação Nacional dos Médicos – FENAM.

SUMÁRIO: Audiência pública com os convidados e discussão e votação de requerimentos.

OBSERVAÇÕES

Houve exibição de imagens.
Há intervenções fora do microfone inaudíveis.
Há orador não identificado.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Boa tarde, senhores e senhoras. Está aberta, regimentalmente, a Comissão Especial destinada a discutir o financiamento da saúde pública.

Encontram-se à disposição dos Srs. Deputados cópias da Ata da 2ª reunião.

Deputado Roso, o senhor quer solicitar a dispensa da sua leitura ou quer que a leiamos?

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Sr. Presidente, peço a dispensa de leitura da ata.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - O.k. Está dispensada a leitura da ata.

Em discussão. (*Pausa.*)

Não havendo quem queira discutir, em votação.

Aprovada.

Expediente.

Informo que esta Secretaria recebeu do Deputado João Ananias *e-mail* em que justifica a sua ausência na última reunião por motivo de saúde.

Antes de dar início à Ordem do Dia, indago aos membros da Comissão se devemos agendar reunião conjunta com a Comissão Especial criada no Senado Federal para propor soluções para o financiamento do sistema de saúde do Brasil, cujo Presidente é o Senador Vital do Rêgo e o Relator, o Senador Humberto Costa. A Comissão vai realizar a sua terceira audiência pública na próxima quinta-feira, dia 25. Os senhores acham interessante nos juntarmos em uma reunião?

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - Eu penso que todo esforço em conjunto que esta Casa faça é sempre bem-vindo. Então, em minha opinião, seria interessante, para não repetirmos, embora *bis repetita placent* — depois eu traduzo para V.Exa. É a hora de somarmos esforços. Coisas repetidas sempre agradam.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito bem.

Em votação. (*Pausa.*)

Aprovado.

Ordem do Dia.

Apreciação de requerimentos. Depois passaremos à audiência pública.

Requerimentos.



Antes de passarmos à votação, esclareço que, nos termos regimentais, os requerimentos não são discutidos, mas podem ser encaminhados, pelo prazo de até 5 minutos, pelo autor e por um orador contrário.

Requerimento nº 7/2013, do Sr. Rogério Carvalho — nós já o discutimos, mas não havia sido encaminhado —, que *“requer a realização de audiência pública com representantes do Conselho Nacional das Secretarias de Saúde — CONASS; do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS; e do Ministério da Saúde, para discutir fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde”*.

Em discussão. *(Pausa.)*

Aprovado.

Requerimento nº 8/2013, de Rogério Carvalho, que *“requer a verificação da existência de análises e estudos já realizados, ou em andamento, sobre o tema objeto desta Comissão junto aos seguintes órgãos da Administração Pública: Ministério da Saúde; Ministério da Fazenda; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Tribunal de Contas da União; Senado Federal (comissões temáticas); Controladoria-Geral da União; Consultoria de Orçamento e Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados”*.

Em discussão. *(Pausa.)*

Aprovado.

Requerimento nº 9/2013, de Rogério Carvalho, que *“requer a realização de audiência pública para discutir modelos de financiamento da saúde adotados em outros países com sistemas universais de saúde, com representantes do Reino Unido, do Canadá, da Itália e da Costa Rica”*.

Em discussão. *(Pausa.)*

Aprovado.

Agora vamos para o item extrapauta — antes não era.

Requerimento de autoria dos Deputados Rogério Carvalho e Darcísio Perondi, que requer a inclusão na pauta dos Requerimentos nºs 10/2013 e 11/2013.

O Requerimento nº 10, confirma o convite aos atuais — que estão presentes — representantes da FENAM, do CNS, do CNB e da ABRAHUE.”

Em discussão. *(Pausa.)*



Aprovado.

Requerimento nº 11/2013, do Sr. Rogério Carvalho, que *“requer a oitiva do Senhor Francisco Cardoso Campos, Professor da Universidade Federal de Minas Gerais, especialista na área de Saúde Coletiva, sobre as fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde”*.

Em discussão. (Pausa.)

Aprovado.

Com a palavra o Deputado Mandetta, que levanta uma questão.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Presidente, quando foi citada a *“audiência pública para discutir financiamento de saúde com a presença de...”*, foi nominada apenas uma pessoa. Como, muito provavelmente, quem fez a solicitação ainda não tinha o número completo de pessoas, às vezes o tema da audiência pública pode auxiliar, porque financiamento de saúde é algo extremamente amplo.

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

Com a palavra o Deputado Rogério, o proponente.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Deputado Mandetta, na verdade, o Chico está elaborando o que seria a substituta da Portaria 1.101 do Ministério da Saúde, de 2022, que estabelece os parâmetros para quantificar procedimentos individuais, por pessoa. Ou seja: para cada 100 mil indivíduos, quantos ultrassons é necessário produzir? Então, ele é uma das pessoas.

Existem também — não está no requerimento — convites ao pessoal da FIOCRUZ, que está fazendo um trabalho, e do IPEA, que está trabalhando com o envelhecimento das pessoas e com a forma como isso vai impactar na demanda por serviços de saúde no futuro. A FIOCRUZ também tem um estudo nessa direção.

Hoje, quando discutimos, apareceu o nome de Chico Poté — como ele é conhecido —, porque ele está coordenando, para o Ministério da Saúde, esse estudo sobre parâmetros de programação. Você foi Secretário; programação é o que é preciso produzir para atender à demanda. Ele está com um grupo de trabalho de 40 pesquisadores trabalhando em torno disso.

Mas há outros nomes que não foram identificados. Na verdade — e concordo com o que V.Exa. propôs —, ele viria para a audiência com Áquilas Mendes, com Ligia Bahia. Seria nessa reunião.



Na verdade, esse requerimento introduziria o Chico na próxima audiência pública, que será no dia 7, mas ficou definido que nós deveríamos fazer uma audiência pública exclusiva sobre demanda e suas implicações em financiamento a mais, em função da mudança do perfil epidemiológico e da demanda, que devem sofrer alterações com o envelhecimento da população. Mas, neste momento, ele viria à audiência pública que está programada para o dia 7.

Ele é um nome a mais que se inseriria entre aqueles: a Ligia Bahia, o Áquilas Mendes e o Gilson Carvalho. Ele seria um quarto nome, certo?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Satisfeito?

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - É flexível. Não podemos ficar paralisados, mas é flexível.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Compreendeu ou não, Deputado?

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Eu compreendi.

Irei ao Panamá na próxima quinta-feira. Ficarei lá por dois dias, conversando, no âmbito do Caribe, da América, sobre seguridade social e financiamento em saúde. Então, eu estava tentando entender, porque, às vezes, há alguma coisa interessante que pode ter acontecido lá e que possa ser trazido e agregado a uma audiência pública em que ele esteja sozinho. Mas agora foi explicado que ele não estará sozinho em uma audiência pública; ele será o quarto nome daquela audiência pública para ouvir Ligia Bahia e Gilson...

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Mas existe a proposta de fazermos uma audiência pública — por isso não estão aqui os demais nomes — só com instituições.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Só sobre o futuro, impactos de futuro, demografia em saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - E futuro, análise de resultados, avaliação, para fazer uma inteligência focada nisso.

Com certeza o senhor terá tempo generoso, no dia 7, depois da viagem de estudos que o senhor fará, Deputado Mandetta.

Vamos dar início, propriamente, à audiência pública.



Não estou vendo a querida Presidente do Conselho Nacional de Saúde, a Maria do Socorro de Souza. Passe aqui e depois a senhora vai apresentar o técnico que irá falar.

Convido para compor a Mesa o Dr. Júlio Dornelles Matos, representando as Santas Casas e os hospitais filantrópicos; o Dr. Hervaldo Sampaio Carvalho, Diretor do Hospital Universitário de Brasília, representando o Presidente da ABRAHUE, Dr. Hugo da Costa Ribeiro Júnior; o Dr. Olympio Távora Derze Corrêa, da Confederação Nacional de Saúde, representando o Dr. José Carlos de Souza; o Dr. Geraldo Ferreira Filho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos.

O tempo concedido a cada orador será de 15 minutos. Confesso que vou ser relativamente duro no cumprimento do tempo. Serão 15 minutos e, talvez, mais um pouco, para termos debate, conversarmos mais.

Uma correção. A nossa querida Presidenta do Conselho Nacional de Saúde, Socorro, vai falar no tempo devido.

Com a palavra a Dra. Maria do Socorro.

A SRA. MARIA DO SOCORRO DE SOUZA - Boa tarde aos Parlamentares presentes, a toda a assessoria e aos convidados.

Falo em nome do Conselho Nacional de Saúde, essa esfera que dialoga mais com o Executivo e para a qual é um exercício importante dialogar com o Legislativo.

Quero dizer que o meu atraso foi porque eu estava agora, Deputado Perondi, com quase 200 Secretários Municipais de Saúde, discutindo sobre a Ouvidoria do SUS.

Vim aqui com muito ânimo, porque há muita gente nova assumindo a gestão do SUS neste País, querendo também discutir financiamento e observando como vamos fazer esse debate político.

Quero agradecer à Comissão e à Casa o convide, a oportunidade. É bom, importante e necessário valorizar os Conselhos de Saúde.

Estamos aqui discutindo, na verdade, uma política de proteção social importante para o País, que é bastante inclusiva. Este ano, se formos olhar para o marco da Constituição, veremos que ela está fazendo 25 anos, e nós estamos trazendo uma pauta estruturante. Nos últimos 15 dias, eu tenho garantido minha agenda como Presidenta do Conselho, muitas vezes, neste espaço do Legislativo.



Portanto, não é fácil. Quero dizer que nesta Casa tramitam muitos projetos que dizem respeito à saúde pública brasileira, e um dos mais estruturantes, com certeza, é o do financiamento.

Primeiramente, eu quero colocar que nós estamos aqui na perspectiva de discutir financiamento como distribuição de renda. No Brasil, nós temos feito mudanças significativas, mas a distribuição de renda ainda é muito lenta. Então, não há nada melhor... E acho que a população brasileira está convencida de que a saúde é um mecanismo importante nessa distribuição de riquezas.

Eu venho ouvindo muitos Secretários Municipais de Saúde e quero dizer que não podemos fazer o debate sobre o SUS e o financiamento sem olhar o que é o Brasil hoje. Nós temos desigualdades históricas, temos diversas conformações Brasil afora. Observando as diferentes regiões brasileiras, vemos que temos problemas e características diferenciados no Sistema Único de Saúde. Se formos olhar, hoje, o que é fazer saúde na Amazônia, o que é fazer saúde na Região Nordeste, o que é fazer saúde no Centro-Oeste... É importante, quando fizermos essa discussão, não deixarmos de olhar essa configuração que é o Brasil.

Sabemos também que o modelo produtivo neste País decide, em grande parte, os rumos e as condições de saúde da população. O que é, hoje, pensar a saúde pública na Região Amazônica, com tantas hidrelétricas, com tantas obras de investimentos, importantes para o desenvolvimento no País, mas que também acarretam consequências à saúde?

Quero colocar isso porque os modelos de desenvolvimento, os modos de vida, essas desigualdades regionais devem ser consideradas conjugadas com o debate sobre financiamento.

Nesse sentido, quero dizer que temos ainda mazelas, ou dificuldades históricas, não superadas. Mesmo que o Sistema Único de Saúde esteja quase fazendo 25 anos, há processos históricos não resolvidos e concepções ainda não superadas. Nós construímos o SUS em torno, ainda, de um modelo muito centrado em hospitais, medicamentos; um modelo que, ainda, mesmo com a reforma sanitária e com os 25 anos de SUS, entra em certa concorrência, em certa competição com o SUS que é necessário construir, que não deve ser só focado em doenças, no modelo médico hospitalocêntrico.



É óbvio que para discutirmos financiamento também precisamos pensar no SUS que queremos construir. Nesse sentido, Deputados, nós temos feito, no Conselho Nacional de Saúde, o debate sobre o financiamento, e, é óbvio também que como exercício de cidadania, porque muitos instrumentos não chegavam e era difícil para nós, como controle social, politizar e contribuir com esse debate. Nas últimas gestões, nós tivemos acesso a vários instrumentos e conseguimos fazer uma análise importante das dificuldades do financiamento hoje.

É óbvio que sabemos que nem tudo vai ser resolvido só a partir do setor saúde. Acho que há uma contribuição importante da União. Reconhecemos que houve, do ponto de vista mais nominal, investimento maior nos últimos tempos, mas ele não foi suficiente para superar todo o déficit que se tem.

Nós sabemos também do esforço dos Municípios, mas tenho que dizer que é importante e necessário discutir o papel do Estado no investimento da saúde pública brasileira.

Nessa conversa agora, por exemplo, com os gestores, a expectativa era muito direta em relação a Município e União. Como o Ministério da Saúde aporta mais recursos? Esta é a grande pergunta. Mas acho que também cabe a pergunta de como os Estados aportam um investimento maior na saúde.

Estamos fazendo toda uma bandeira de luta política pelos 10% da receita bruta corrente da União. Para o Brasil, isso não é um fato novo, inédito. Pelo menos em 2010, os dados que temos mostram que, com a população brasileira como um todo, os gastos e investimentos em saúde chegaram a uma estimativa de 9% do PIB. Portanto, não estamos falando de números tão distantes dessas possibilidades, se virmos hoje toda a contribuição da produção de riquezas no País, não é, Deputado?

Quero, nesse sentido, colocar que, para nós, discutir reforma tributária também é necessário, até porque sabemos da dificuldade que vai ser garantir todo esse investimento, se não fizermos outras reformas necessárias.

Quanto à questão do financiamento, também temos que discutir aqui os contingenciamentos feitos; como a saúde pública, que é um direito constitucional, ainda sofre com o contingenciamento. No ano de 2012, conforme uma estimativa, aproximadamente um acumulado — estávamos vendo as contas aqui —, a partir de



estudos feitos, houve um contingenciamento de quase 9 bilhões de reais. São contas que às vezes não fecham. Nós temos um orçamento aprovado sem garantia efetiva de receitas. Ainda enfrentamos o contingenciamento e sabemos que, quando se contingencia, isso compromete inclusive a capacidade dos Municípios de garantirem a oferta dos serviços.

No mínimo, esta Casa também teria que discutir por que nós não contingenciamos outros tipos de despesas, mas uma despesa dessas, que garante proteção social, que garante vidas, ainda passa por essa situação.

Quero ainda ressaltar que, do ponto de vista das nossas contribuições nesta Casa, ainda enfrentamos os problemas relacionados aos restos a pagar. Acho que muitos dos senhores, gestores, sabem exatamente o que significa isso. Temos muitos restos a pagar nessas contas e, muitas vezes, eles não voltam para o orçamento do ano seguinte; são acumulados que nós temos que não estão sendo superados, e isso aumenta cada vez mais a dificuldade de termos o orçamento necessário.

E, ainda nesse sentido, queria colocar aqui as nossas sugestões sobre a forma como o Conselho Nacional de Saúde pode contribuir com esse debate.

Nós entramos nesta Casa há uns 15 dias, acho, conversando com os senhores sobre a iniciativa Saúde+10. Estamos arrecadando 1 milhão e meio de assinaturas em todo o Brasil para podermos garantir esse projeto de iniciativa popular e, assim, termos condição de fazer o debate. Nós tivemos essa conversa no Senado; estamos tendo hoje, aqui; estamos tendo com vários Parlamentares, tudo isso para fazer essa sensibilização.

Já há um compromisso. A questão é que esperamos, até julho, pelo menos, Deputada, conseguir arrecadar esse conjunto de assinaturas e vir aqui fazer esse ato mais político para reforçar a luta que também tem sido feita nesta Casa.

A nossa discussão vai também no sentido da revisão e da redução da renúncia fiscal. Temos que fazer um debate sobre os gargalos cada vez mais enfrentados pelo financiamento para a saúde; senão, a sociedade não fica muito convencida. Então, o Conselho Nacional de Saúde está colocando a necessidade de revisão e redução da renúncia fiscal vinculada a toda a área da saúde. Nós sabemos que isso também compromete o orçamento em mais de 20 bilhões de reais.



Também nesse sentido, há uma discussão que sempre polariza e tenciona investir mais recursos na atenção básica, na média ou na alta complexidade. O que nós estamos colocando também — nós temos consciência — é que todas as necessidades, em todos os níveis de atenção, precisam de mais investimentos. É óbvio que nós estabelecemos prioridades do ponto de vista da atenção básica, mas não dá para tirar mais recursos da atenção básica e deslocar para outros níveis de atenção. Todos eles necessitam de maiores investimentos. Está aí toda uma dívida acumulada das Santas Casas que nós sabemos que têm um papel importante e que, nesse sentido, boa parte do déficit está na média e na alta complexidades.

Nós não queremos simplesmente reforçar esse modelo que foca na doença, mas é verdade também que há uma demanda muito grande nesse sentido.

Eu queria, como está finalizando o meu tempo, dizer que existe toda uma discussão que nós estamos fazendo sobre como é que se diferencia esse fator nas regiões. Nós temos que olhar para a Região Amazônica, para a Região Nordeste, observando, historicamente, a desigualdade de estruturação da saúde pública existente nessas regiões.

Particularmente, eu tenho tranquilidade ao dizer que acho que fazer saúde pública na Região Amazônica implica, sim, uma necessidade diferenciada — como é que se garantem profissionais para essa Região? Como se estrutura a saúde na região? Como se levam para lá profissionais e redes de serviços? Precisamos considerar essas desigualdades.

O Conselho Nacional de Saúde também tem uma atribuição em relação ao setor privado, não é? Tenho a honra e o prazer de estar aqui com o Olympio, que também é Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde.

Trabalhar e fazer a discussão em torno da regulação do setor privado é um papel que nós temos feito menos. É necessário fazer isso. Acho importante que esteja aqui, nesta primeira mesa de conversas, toda essa gama de prestadores de serviços. E eu me coloco totalmente à disposição. Nós temos toda uma assessoria no Conselho Nacional de Saúde, que vem...

Acho que vocês fizeram uma provocação importante para nós, não é? Que fontes são possíveis, que fontes nós ainda podemos analisar, investigar para garantir efetivamente mais recursos para a saúde?



Nossa comissão também tem uma consultoria contratada. Nós temos um economista da USP que tem feito um trabalho conosco. Já levantamos essa provocação que o Senado nos fez: como podemos contribuir para pensar em novas fontes de financiamento? É bem verdadeiro, porque eu acho que, hoje, o trânsito, as seguradoras de veículos... É um setor também que precisamos observar.

Então, informo que nós estamos totalmente à disposição.

Eu peço desculpas por ter que sair. Eu tenho uma prioridade, outro compromisso agendado, mas me coloco à disposição. Está aqui o companheiro do Conselho Nacional de Saúde, que é o nosso Secretário-Executivo. Havendo necessidade de mais informações e de contribuições, ele pode ser chamado à Mesa.

Obrigada, Deputado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito obrigado, Maria do Socorro de Souza.

Eu não entendi. O Conselho já tem o estudo de novas fontes ou o está preparando?

A SRA. MARIA DO SOCORRO DE SOUZA - Está preparando.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Ah! Então, nós vamos aguardar. Quando estiver pronto, a senhora nos avisa, a senhora volta aqui ou o encaminha por meio de um técnico.

Concedo a palavra ao Dr. Olympio Távora Derze Corrêa, que falará pela Confederação Nacional de Saúde. Eu acho que é o mais novo desta sala em discussão de saúde. Acho que supera o Padre José Linhares.

O SR. OLYMPIO TÁVORA DERZE CORRÊA - Boa tarde a todos. Boa tarde, Deputados aqui presentes, principalmente Padre José Linhares, que é meu grande ícone, meu grande guru nesta Casa.

Eu agradeço, em primeiro lugar, em nome da Confederação Nacional de Saúde, o convite para participar desta audiência pública; agradeço ao Deputado Perondi a deferência e ao Dr. José Carlos de Souza Abrahão, Presidente da Confederação Nacional da Saúde, por me ter designado para fazer esta apresentação.



Nós vamos procurar fazer uma apresentação diferente, porque vamos levar em consideração como buscar o financiamento ou não, e vamos fazer algumas observações acerca do que vem acontecendo na saúde ao longo do tempo e tentar mostrar que, muitas vezes, não adianta só colocar o dinheiro; nós temos que tentar breçar alguns ralos que existem não no Sistema Único de Saúde e que vêm de outras fontes.

(Segue-se exibição de imagens.)

Primeiro, o financiamento do custeio apresenta o fator central na crise hospitalar e ambulatorial do SUS, uma vez que influencia diretamente o resultado final.

O problema está na atenção ambulatorial e hospitalar do SUS, que está constituída sobre uma grande falácia: a de que se pode remunerar os prestadores de serviços por valores inferiores aos seus custos.

Essa é uma falácia que vem desde o início do SUS e não se consegue modificar. Pontualmente; recupera-se uma ponta ou outra, mas continua-se sem conseguir uma remuneração adequada. E, como consequência disso, como a tabela é baixa, quando se vai calcular em cima dessa tabela os valores a serem repassados para Estados e Municípios, os Municípios, que pagaram os valores repassados, também pagam valores baixos, porque são calculados em cima dessa tabela. Eu calculo a demanda que vou ter no Estado ou no Município, multiplico pelo valor da tabela, e é aquele dinheiro que eu vou mandar.

Então, essa tabela, que todo mundo critica, é a base de todo o financiamento do SUS que sai do Ministério da Saúde para chegar à ponta.

Essa estrutura interna apresenta problema de valores relativos. A lógica é sub-remunerar fortemente os procedimento de tecnologia dura, especialmente procedimentos de alta complexidade.

O trabalho intelectual do médico é menosprezado em todas as tabelas, inclusive na tabela da AMB, que está sendo corrigida agora. Sempre o trabalho intelectual, o trabalho do médico, o ganho do médico, em si, é sub-remunerado.

Depois, outra coisa: nenhum Governo, desde que eu estou aqui em Brasília, desde 1990, aloca recursos para a saúde, além de um *minimum minimorum*, pré-definido. Não coloca e, quando pode, tira.



Por exemplo, a CPMF, quando foi criada, trouxe uma grande esperança para todos nós de que seria uma contribuição aditiva aos recursos que havia naquela época. Entretanto, em vez de ser aditiva, foi substitutiva. Nós acompanhamos a execução orçamentária do Ministério da Saúde na época e pudemos verificar o seguinte: quanto mais dinheiro entrava da CPMF, menos dinheiro vinha do Tesouro. Ela passou a ser uma contribuição substitutiva, e não aditiva. Então, sob um certo aspecto, foi um engodo que, segundo dizem, foi até um dos motivos do pedido de demissão do Ministro Adib Jatene, na época.

Outra coisa: a Emenda Constitucional nº 29 definiu o mínimo constitucional. Então, desde 2000, com a definição da Emenda Constitucional nº 29, nunca foram alocados recursos para a saúde acima do mínimo definido na Constituição. Ano passado, por emendas Parlamentares, colocou-se mais recurso além do mínimo constitucional. O que aconteceu? A Socorro acabou de falar: 9 bilhões foram contingenciados. O acréscimo que o Congresso havia feito foi contingenciado. Então, não foi executado, e nós continuamos no mínimo, e ficamos naquela...

Eu costumo dizer que essa é a maior aberração matemática que eu vi na minha vida — eu já fui professor de aritmética, nos meus idos tempos de rapaz —, pois o mínimo virou o máximo. É o que está acontecendo na área da saúde: o mínimo constitucional é o máximo de recursos que se coloca na saúde.

Qual é a realidade? Os repasses, hoje, da União para os Municípios são todos “carimbados”. Os programas, os projetos são decididos pelo gestor federal — algumas vezes são definidos na Tripartite, mas, muitas vezes, já vai se com o prato pronto para ser “definido” na tripartite. Então, esses recursos são repassados de acordo com o desejo, a bel-prazer do Governo Federal.

A oferta de serviço é fragmentada pelos vínculos de repasses, pela seleção na tabela de pagamentos daqueles mais bem contemplados nos valores, com concentração nos procedimentos especializados. Eu reparo que existe uma série de caixinhas: uma é a proteção básica, e eu passo o piso da proteção básica para a proteção básica fixa, que tem variável; o mesmo acontece com a média complexidade, com a alta complexidade, com o FAEC, etc. e tal. Tenho um punhado de caixinhas que são separadas e são tratadas de acordo com determinadas



conveniências, de acordo com determinadas demandas pessoais ou setoriais da área da saúde.

O porquê desses baixos valores: escassez de recursos financeiros, materiais ou humanos, insuficientes para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência. Começa por aí.

Os nossos servidores são pessimamente remunerados. Eu vou até subir aqui para os senhores verem melhor: eu, um médico que trabalhou 34 anos em um pronto-socorro, depois de 34 anos de serviço e com todos os reajustes, depois da minha aposentadoria, recebo R\$2.800,00. É a paga que eu tenho por ter trabalhado num hospital de urgência e emergência por 34 anos da minha vida.

Por aí os senhores podem imaginar o que acontece com o profissional de saúde. Se o médico é mal remunerado, todos os outros profissionais são mal remunerados.

Outra razão para os baixos valores é a inconstância nos repasses do Ministério da Saúde para o pagamento dos serviços conveniados. Isso ocorreu principalmente no ano passado e é mais um fator agravante, porque, quando atrasa o pagamento aqui, em Brasília, para ir para o Estado ou Município, aquele recursinho carimbado demora mais 2 meses para chegar, lá na ponta, às mãos de quem prestou o serviço.

Então, esse é um problema sério que nós temos na questão do repasse dos recursos para poder fazer o financiamento dos serviços de saúde.

Outro problema é o que eu chamo de reajuste inócuo. Está claro, há muito tempo, que o valor das consultas e procedimentos para o SUS estão em valor irrisório. Eu estava conversando agora mesmo com o Presidente da FENAM. A remuneração de um médico hoje, pela tabela do SUS, é R\$7,55. Isso é o que ganha um médico para atender um paciente numa consulta especializada. Esse é o valor pago pela consulta do especialista! Então, como podemos ter especialistas no SUS? Como nós queremos ter médicos qualificados para atender à população? Não há como!

Vou dar aqui um exemplo. Em janeiro de 1994, o valor dessa consulta era R\$0,90, quando se fazia a conversão para o real. Depois, em 2004, ela teve um reajuste de 128% e foi para R\$2,04. Posteriormente, em 1996, foi para R\$2,55. Esse



é o valor da consulta básica; um especialista ganha R\$7,55. Então, houve um aumento, depois, de 96%, e foi para os R\$7,55 como eu falei.

Para os senhores terem uma ideia: por uma dosagem de glicose, de ureia ou de creatinina no SUS, o laboratório vai receber R\$1,85. O senhor vai fazer esses mesmos exames no laboratório e vai pagar R\$20,00, R\$30,00, R\$40,00, e o SUS paga R\$1,85, desde julho de 1994. Em 1994 era esse o valor pago. Atualmente, em março de 2013, pela dosagem de glicose, de ureia e de creatinina ainda são pagos R\$1,85.

Eu pergunto: é feito algum exame de qualidade? Os exames são feitos realmente como devem ser feitos? São exames confiáveis? Fica aqui uma questão para todo mundo pensar a respeito e concluir se nós estamos damos realmente uma assistência para os nossos pacientes.

Agora, se nós pegarmos o INPC, que eu calculei, de 326%, o valor desses exames seria R\$6,00, mais ou menos. Seria, ainda, um valor irrisório, mas, pelo menos, haveria uma recomposição do valor pela inflação.

Eu coloquei aqui alguns exemplos para os senhores verem o que acontece: em 1994, um parto normal custava R\$114,00; hoje custa R\$443,00. O parto teve um aumento superior à inflação. Em compensação, o tratamento de uma pneumonia, uma cirurgia de apêndice, uma cirurgia de próstata, uma cirurgia de vesícula, uma insuficiência cardíaca, que é muito comum num País cheio de Chagas, têm defasagem que faz o valor do procedimento ser menos da metade do que deveria ser.

É por isso que eu digo: não adianta arranjar recursos para financiamento agora, sem necessidade, sem antes vermos como nós vamos remunerar os prestadores, como nós vamos remunerar os Estados e os Municípios. Esse dinheiro repassado para os Estados e Municípios é para contratar melhor o médico, para pagar melhor a enfermeira, para pagar melhor o auxiliar de enfermagem, para pagar o agente comunitário de saúde.

Depois, nós temos a lei que jamais foi cumprida. Falo do art. 26 da Lei nº 8.080/90, que trata dos critérios e valores para remuneração — eu o coloquei na íntegra.



Então, é o seguinte: esses valores teriam que ser atualizados e revistos, de acordo com o aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. E, na sua fixação, nós teríamos que ter fundamentado o demonstrativo econômico-financeiro, para que se garantisse a efetiva qualidade dos serviços contratados. Está na Lei nº 8.080, aprovada em 1990, a lei básica do SUS:

Art. 26.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

O que acontece? O Dr. Júlio vai falar depois de mim e vai dizer para os senhores que as Santas Casas, que prestam serviços ao SUS, estão devendo cerca de 12 bilhões de reais na praça. Por quê? Porque elas só trabalham para o SUS. Então, não têm como sobreviver.

Estou apresentando só as mazelas.

A discussão de critério, formas de reajuste, etc. tem um caráter importantíssimo: ouvir o contraditório é essencial nas ações governamentais. A necessidade de ouvir e ter a aprovação se aplica a todos os fóruns possíveis, como os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, e é de bom alvitre ouvir as entidades diretamente envolvidas.

Agora eu quero contar uma história para os senhores. A questão do financiamento da saúde vem de longa data. Começou com o financiamento da saúde dos previdenciários. Quando foi criada a Previdência Social, havia a contribuição do Governo, a do empregador e a do empregado. Era 5% de cada um.

Então, como estava sobrando dinheiro — o dinheiro era só para a Previdência, só para aposentadoria e pensão —, começaram a dar assistência para o trabalhador. Mas, quando começaram a dar assistência para o trabalhador e alguns institutos, também para as famílias, começaram a gastar muito dinheiro.

Sendo assim, no Governo Café Filho, aumentou-se a contribuição para 6%, com a justificativa de que isso era necessário para custear a saúde. Depois, Juscelino Kubitschek, no final do seu Governo, também com a justificativa de custear a saúde do previdenciário, aumentou para 8% a contribuição. No Governo



Figueiredo, ela foi aumentada para 8,5%, 9%, 10% e até 11%, com a justificativa do Jair Soares, Ministro da Previdência da época, de que era para custear a saúde.

Então, nós vemos o seguinte: metade do dinheiro da Previdência Social, com os aumentos que houve ao longo do tempo, foi para custeio da saúde. Todo o aumento da contribuição até 1981, quando houve o último aumento, no Governo Figueiredo, foi sempre com a justificativa de que iria para a saúde.

Em 1993, no Governo Itamar Franco, o Ministério da Previdência houve por bem não repassar para a saúde um centavo a mais do recolhimento sobre a folha. E não entra um centavo a mais do dinheiro da Previdência Social para a saúde. O dinheiro que era exclusivo da saúde foi para outras coisas — aposentadoria, todos os benefícios que foram criados da Previdência, etc. — e jamais voltou para a saúde. E a CPMF, como eu digo, foi uma contribuição substitutiva.

Eu fiz essas colocações todas porque os meus cabelos brancos me permitem fazer umas digressões mais sérias para os senhores, no sentido de que precisamos não só colocar mais dinheiro na saúde, mas também tampar os ralos da saúde. E por quê? Estamos hoje com a necessidade de recursos adicionais, e seriíssima. O Projeto de Lei nº 2.295, que passa a jornada de trabalho do pessoal da enfermagem para 30 horas semanais, se aprovado hoje, causaria um impacto anual nos gastos, sem encargos sociais, de 5,4 bilhões. Só de passar a jornada de trabalho do pessoal da enfermagem de 40 horas para 30 horas semanais, vai aumentar os gastos em 5,4 bilhões.

O Projeto de Lei nº 4.924, que está na Comissão de Finanças e Tributação, fixou, na época, em dez salários mínimos o salário do pessoal da enfermagem, mas, reajustado pelo INPC no dia da aprovação, daria hoje um impacto de 54 bilhões por ano. Está aqui na Casa.

O Projeto de Lei do Senado nº 126, torna obrigatória a acreditação dos hospitais. Um processo de acreditação custa 250 mil reais para um hospital pequeno. Não há dinheiro para todo mundo se acreditar, sem contar que é um processo de qualidade complicadíssimo.

E mais: projeto de lei sobre a criação dos cargos de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico etc., com jornada de 30 horas. Todos eles trazem encargos adicionais. Eu não tenho aqui os cálculos.



E o Código Nacional de Direitos dos Usuários, que está na Comissão de Seguridade Social, também traz uma série de encargos e dificuldades para os hospitais, além de outros impactos financeiros.

Há outros projetos aqui, como o do farmacêutico em todo o serviço de saúde, o de odontólogo em UTI, em hospitais de médio e grande portes, também com outros impactos financeiros.

Outra lei, a de nº 12.653, definiu o atendimento de urgência. Eu, do setor privado, sou obrigado a atender. Não posso nem identificar o nome do doente nem escrever em nenhum papel e não sei nem quem vai me pagar, mas sou obrigado a atender. São encargos que você tem.

E mais: a ANVISA busca fazer normas para melhorar a qualidade da saúde no Brasil, mas ela faz normas baseada em princípios dos Estados Unidos, da Alemanha, da Inglaterra etc., que não são factíveis no Brasil. A ANVISA, que faz parte do SUS, que é uma agência do Ministério da Saúde, trabalha descolada do Ministério da Saúde. Ela faz as normas e as exigências sem saber se o SUS vai poder pagar aquilo. Então, são encargos adicionais que vão aumentando cada vez mais.

E há outros — eu quero chamar a atenção de todos vocês: um projeto de lei está exigindo câmara de monitoramento em UTI, voltada para o leito do paciente. Eu só pergunto: onde fica a privacidade do doente? Esse projeto está aqui na Comissão.

Se o Congresso aprovar a destinação dos 10% da receita para a saúde, não vai dar nem para tapar metade dos buracos que eu aponte aqui. Então, nós temos que olhar a questão do financiamento da saúde por dois lados: pelo lado do gasto e pelo lado daquilo que não pode ser gasto, que não pode ser acrescentado. Nós temos que ver o que vamos fazer com isso aqui.

Obrigado. (*Palmas.*)

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

O SR. OLYMPIO TÁVORA DERZE CORRÊA - Um minutinho, por favor.



Eu tenho que tomar o avião às 17h30min. Já estava marcada uma reunião, em São Paulo, e tenho que me ausentar para participar dela. Peço mil e uma desculpas, mas não posso ficar.

O Deputado Darcísio Perondi, que é meu amigo e Presidente desta Comissão, tem todos os meus contatos. Estou disposto e pronto para responder a qualquer pergunta, se houver. Ele pode passar todos os meus contatos para os senhores. Estou à disposição para prestar qualquer esclarecimento.

Espero não ter sido agressivo nem ter agredido ninguém.

Obrigado.

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

Ouviremos agora o Dr. Júlio Dornelles de Matos, Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Benéficos, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, e representa aqui a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Brasil. O seu nome foi sugerido pelo Deputado José Linhares.

O SR. JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Muito boa tarde a todos.

Distinta Mesa, Deputados, eu falo aqui, como já foi dito, em nome da Confederação das Misericórdias do Brasil, embora José Spigolon, aqui presente, tenha muito mais condições de afirmação do que eu, mas é uma honra, de qualquer forma, representar a nossa Confederação, através da Federação do Rio Grande do Sul.

O subfinanciamento da saúde, Deputado Darcísio Perondi, é uma realidade nacional conhecida, como já dito aqui, de longa data. Logo, é uma causa claramente estabelecida no contexto brasileiro da saúde, Deputado Antonio Brito. E, para aqueles prestadores que detêm a maior responsabilidade em assistir o Sistema Único de Saúde, essa causa está sendo determinadamente fatal. É por isso, Deputado Perondi, que, ao falar sobre financiamento, nós trazemos o contexto de quem detém, fora da área pública, a maior responsabilidade pela assistência pública brasileira.

Sabemos todos, pelas informações que temos, que o Brasil está aplicando em saúde algo em torno de 3,2%, comparativamente ao PIB. Sabemos que a Argentina



aplica 5,1%; Cuba, 6,2%; Alemanha, 8,1%. O Brasil, no contexto mundial, está situado no número 80, apesar da sua pujança. Isso é uma vergonha nacional. Deveríamos todos, governantes e nós da sociedade, baixar a cabeça com relação a essa informação.

E especialmente o Governo Federal é o grande devedor do Sistema Único de Saúde, do sistema público de saúde.

Sobre o contexto das Santas Casas, nesse assunto, eu quero falar rapidamente aos senhores.

(Segue-se exibição de imagens.)

São 2.100 unidades assistenciais espalhadas por todo o Brasil. Dos 170 mil leitos existentes, 126 mil estão disponíveis para o Sistema Único de Saúde. Trabalham com esses hospitais 140 mil médicos. Empregamos 480 mil profissionais da área da saúde e realizamos para o SUS, a cada ano, 161 milhões de procedimentos ambulatoriais e quase 5 milhões de internações hospitalares. Portanto, não desconheçam todos a nossa participação na economia brasileira.

É importante deixar claro também que, dos nossos 2 mil hospitais filantrópicos, 56% estão situados em Municípios com até 30 mil habitantes, sendo que em mil Municípios é a única alternativa hospitalar existente. Portanto, essa é uma rede hospitalar absolutamente imprescindível ao Sistema Único de Saúde. No entanto, essa rede hospitalar — não de agora, mas de há muito tempo — vem dizendo que não tem mais condições de se manter na modalidade de financiamento federal, Deputado Mandetta, que hoje lhe é imposta.

Aqui, apenas como informação, a participação dos segmentos sem fins lucrativos no volume total de internações, é de algo em torno de 11 milhões de internações SUS/ano; de 4 milhões e 554 mil foi o número de internações no ano de 2012, praticamente 41%. Se nós somarmos os 41% dos segmentos sem fins lucrativos ao percentual do segmento privado lucrativo, veremos que mais de 51% de toda a assistência médica brasileira é feita pelo segmento privado, sem fins lucrativos e com fins lucrativos.

Poderíamos nos questionar: *“Se o SUS traz, como já é de domínio público, todas essas dificuldades, por que essas organizações se mantêm no SUS?”* É uma pergunta lógica que se poderia fazer. Não há outra razão a não ser a de que essas



instituições não pertencem a nós dirigentes. Somos transitórios em gestão. Essas instituições pertencem às comunidades que lhes deram origem, e são elas e somente elas a razão maior da sua existência e da sua manutenção. Muitas vezes, nós dirigentes transitórios acabamos assumindo papéis em nome dessa sociedade que a sociedade em geral sequer imagina, como as responsabilidades pessoais que assumimos para gerir uma organização como essa. É a vocação social que nos mantém. Inarredavelmente, não iremos sair do SUS. Isso é importante deixar claro.

Temos, pela lógica da legislação que há pouco nos foi aqui mostrada, o dever de complementar o sistema público. A responsabilidade primeira é do sistema público; a nossa é de complementariedade. Mas temos o enfoque de interesse público, e vou mostrar números aos senhores, daqui a pouco, que dizem da grandeza e da importância de manter essas instituições vinculadas ao sistema público. O interesse é relevante para a economia, já falamos sobre isso.

Qualificação do processo assistencial. E eu desafio os senhores: comparem o grau de satisfação dos usuários da rede hospitalar filantrópica brasileira com o grau de satisfação com a assistência prestada pelo segmento público. Os senhores constatarão que são incomparáveis, na maioria dos casos. Nós garantimos a qualidade do processo assistencial, apesar da imposição falimentar econômica e financeira que enfrentamos a cada dia.

Temos capacidade de resolubilidade muitíssimo acima da que o segmento público tem. Somos flexíveis na gestão e estamos, na maioria dos casos, absolutamente adequados às reais necessidades da população, a partir da definição do perfil epidemiológico da região em que nos inserimos.

Mas, Deputado Perondi, esta informação achei importante trazer porque alimenta a nossa discussão, embora o último dado disponível seja de 2008, pelo menos o que nós conhecemos. É uma realidade para a qual eu queria chamar a atenção dos Srs. Deputados presentes.

Deputado José Linhares, Deputado Afonso Hamm, em 1980, de todos os gastos com saúde, somando as três esferas de gestão, a União respondia por 75% do gasto total; os Estados, por 17,8% e os Municípios, por 7,2%. Em 1980. Se nós passarmos rapidamente para 2008, ano do último dado disponível — e eu posso dizer aos senhores que de lá para cá esses números só pioraram na escala



decrecente —, nós teremos a União respondendo por 46,7%; os Estados estão com um percentual muito superior a 24% e os Municípios estão girando em torno de 31%, de 32% do gasto total com saúde.

É claro que nós temos uma Constituição Federal que estabelece também a responsabilidade tripartite do financiamento do Sistema Único de Saúde. Não temos dúvida disso, mas a União não pode fugir, como está fugindo, da responsabilidade maior, porque ela detém o quinhão arrecadatário da maior dimensão brasileira. Mais de 60% dos impostos brasileiros estão concentrados na União, e ela está transferindo gradativamente responsabilidades para Estados e Municípios, sem o consequente repasse, Deputado Alexandre Roso, de recursos. Não é por outra razão que, se comparado com o PIB, o financiamento é de 3,2%.

Aqui temos outra informação. Os dados de 2011 e 2012 ainda não estão na página do Ministério da Saúde, e preferimos trazer dados oficiais. Do Orçamento total do Ministério, dos 68 bilhões de reais, apenas 26 bilhões de reais são destinados à assistência médico-hospitalar em todo o País, ou seja, algo em torno de 40%, historicamente, do Orçamento total do Ministério da Saúde destinado à área médico-hospitalar.

E aqui é importante o enfoque da avaliação, Deputado Perondi. Nós não discutimos a importância da assistência primária no País, de cuidarmos dos PSF e de toda a vigilância sanitária. É absolutamente imprescindível. Mas o Governo Federal, Padre Zé — especialmente o Governo Federal —, tem virado as coisas, rotineiramente, para a assistência médico-hospitalar brasileira. Os maiores investimentos da União não estão na área médico-hospitalar. Estão concentrados, como uma lógica, como uma política governamental direcionada, esquecendo a área médico-hospitalar. E é à porta das Santas Casas e dos hospitais filantrópicos brasileiros, especialmente, que a população vai buscar aquilo que lhe falta na rede básica, inorganizada, do País. Faltam profissionais, os sistemas de regulação não são integrados, e as consequências acabam nas nossas emergências. É por isso que, todos os dias, ao ligarmos a televisão, vemos ali uma emergência, uma crise, alguém quebrando vidro e assim por diante. Não há outra razão a não ser essa.

Já foram falados aqui, mas vejamos os números e os reajustes da Tabela do Sistema Único de Saúde. Foi dito aqui que ela é uma cadeia de consequências,



inclusive no que se refere à remuneração dos prestadores. Em média, desde a edição do Plano Real até o último estudo que fizemos, em dezembro de 2011, o SUS reajustou em 57,3% todos os seus procedimentos. E só houve, Deputado Antonio Brito, um único reajuste linear, de 25%, na época do Ministro Adib Jatene. Depois, foram feitos reajustes pontuais de procedimentos, que, na média, corresponderam àquilo ali. O INPC do mesmo período é superior a 306%. A energia elétrica no mesmo período teve reajustes superiores a 610%; água, 742%; transporte urbano, 960%; remédios, 381%.

E a realidade prática, comparando-se custo e receita, nos 2.100 hospitais — especialmente dos procedimentos de média e baixa complexidades, Deputado Perondi, que correspondem a mais de 80% de toda a produção assistencial que realizamos — e a média e a baixa complexidades estão concentradas nestas quatro especialidades: Clínica, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria —, é esta: na internação clínica, em média, o SUS remunera 731 reais e custa para os hospitais 1.448 reais, uma defasagem de 98% entre custo e receita; clínica cirúrgica: remunera 1.740 reais e custa 3.898 reais; obstetrícia: remunera 585 e custa 1.270 reais; Pediatria: remunera 1.265 e custa 4.111 reais, em média, nos 2.100 hospitais, uma defasagem brutal e absolutamente inadministrável. E digo “inadministrável” porque, volta e passo, dizem que a crise é provocada especialmente pelo segmento hospitalar filantrópico, porque somos maus gestores. Eu queria lhes dizer que não existem maiores especialistas em gestão do que os gestores dos 2.100 hospitais filantrópicos, que trouxeram essas instituições até os dias de hoje com base nessa realidade aqui.

Agora considerando todos os recursos públicos que recebemos, todos, dentro de uma medida de absoluta transparência — o apoio dos Municípios, as emendas parlamentares, o apoio dos Estados, a alta complexidade, que é mais bem remunerada, Deputado Afonso —, a nossa realidade é esta: em média, para cada 100 reais de custos com a assistência pelo SUS, o SUS remunera 65 reais. E os 35 reais que faltam sobre os 65 reais significam que temos uma defasagem de praticamente 54% entre custo e receita. Esta é a realidade nua e crua na qual estamos inseridos.



E aí, conjugando um consolidado brasileiro, temos esta realidade dos 2.100 hospitais filantrópicos: um custo anual consolidado de 14,7 bilhões, uma receita de 9,6 bilhões e um déficit anual de 5,1 bilhões, que vem se acumulando e crescendo ano a ano.

É por isso e não por outra razão que estamos em crise permanente; é por isso e não por outra razão que temos um endividamento crescente, como vou mostrar aos senhores; é por isso e não por outra razão que estamos permanentemente pressionando Prefeitos.

E aqui eu queria fazer um grande reconhecimento. Se não fossem as Prefeituras e a maioria dos Estados brasileiros, a quase totalidade dos nossos 2.100 hospitais estaria fechada hoje. Se não fossem as Prefeituras e a maioria dos Estados brasileiros, esta realidade nua e crua teria acontecido. Os Prefeitos estão direcionando recursos de outras áreas para garantir minimamente as urgências e as emergências, as UTIs e os plantões em funcionamento.

Precarização das relações de trabalho, baixos salários. Hoje há uma crise no mercado profissional, e importante — faltam médicos na área de intensivismo, na área de emergências, na área de Pediatria. Nós não conseguimos profissionais, por exemplo, em muitos Municípios do interior do Rio Grande do Sul. Não conseguimos. E assim por diante.

Fechamento de hospitais: os dados que temos mostram que 11 mil leitos já foram fechados nos últimos anos em todo País — 11 mil leitos —, quando deveríamos ter aberto no mínimo mais 40 mil, pela evolução demográfica do País.

A judicialização da saúde é outra realidade absolutamente escancarada: há 220 mil processos tramitando no País, Deputado Perondi, por causa desta situação.

Como já foi dito — e não vou cansar os senhores —, a dívida do segmento hospitalar filantrópico é superior a 11 bilhões de reais e deve chegar, no final de 2103, a 15 bilhões de reais, se nada for feito.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Dr. Júlio, com licença: três minutos.

O SR. JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Está bem. Já vou encerrar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Já passaste do tempo, mas vais ganhar mais 3 minutos.



O SR. JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Muito obrigado, Deputado.

Não queria deixar de dizer que essa consequência não é só para os hospitais. Há 10 milhões de hipertensos fora do SUS; há 4,5 milhões de diabéticos fora do SUS; há 90 mil portadores de câncer sem quimioterapia ou radioterapia; há 3,7 milhões de obesos mórbidos fora do SUS.

O subfinanciamento, Deputado Perondi, não está matando só quem atende o SUS, também está matando boa parcela da população brasileira, que não consegue acessar os serviços.

Outra realidade comparativa, senhores: para atender a 145 milhões de brasileiros, somando as três esferas de governo, inclusive os investimentos nos hospitais públicos federais orçados, a União gastou 36 bilhões de reais; para atender a 41 milhões de brasileiros, o sistema suplementar gastou 68 bilhões de reais. Só por isso aqui se tem uma ideia do que significa subfinanciamento.

Se adotássemos, para atender a 145 milhões de brasileiros, Deputado Perondi, a mesma regra do sistema suplementar, teríamos que ter colocado 204 bilhões de reais no Sistema Único de Saúde.

Aqui uma informação sobre a importância do segmento hospitalar filantrópico para o País: o Ministério da Saúde gastou, com os hospitais federais, 8 bilhões, 540 milhões no ano. Se ele fosse faturar somente pela Tabela SUS, esses hospitais deveriam receber, tal como as Santas Casas e os hospitais filantrópicos, somente 1 bilhão, 260 milhões de reais. Ou seja, um hospital público federal custa seis vezes mais do que uma Santa Casa ou um hospital filantrópico. Um hospital estadual custa cinco vezes mais do que uma Santa Casa ou um hospital filantrópico.

Portanto, senhores, é fundamental essa rede, não só do ponto de vista do interesse e da vocação social que tem, para a economia do País, para a sociedade como um todo. A preservação, o interesse é que deve se sobrepor a tudo isso.

Para concluir, Deputado Perondi, quero dizer que duas questões são determinantes. A causa de tudo isso está escancarada para todos: é o subfinanciamento, causado pela falta da vinculação da Emenda Constitucional nº 29, a sua regulamentação com relação à União tem sido o grande desastre nacional. Falta vinculação, como nós nos vinculamos aos Estados e aos Municípios.



Outra causa do subfinanciamento: o custo tecnológico na área da saúde, que, em hipótese alguma, tem o acompanhamento dos reajustes. A cada 18 meses a tecnologia médica se renova. Se nós compramos hoje uma ressonância magnética por 2 milhões ou 3 milhões de dólares, daqui a 18 meses teremos que obter outra, provavelmente, pela depreciação, pelo alto volume e pela evolução tecnológica, se quisermos manter o padrão de qualidade assistencial necessário. Tudo isso impacta importantemente o mercado profissional, e assim por diante.

Outra causa: PIB em queda. Hoje, a vinculação do Ministério da Saúde para reajustes de vencimentos em saúde está no PIB. Com as perdas que temos tido nos últimos anos, nada acontece, em termos evolutivos, no orçamento brasileiro para o SUS.

E outro aspecto que se vincula também, determinantemente, à questão do subfinanciamento é a gestão pública. Nós não temos, senhores, uma política de Estado para o setor, nós temos políticas de governo que, costumeiramente, são descontinuadas pelo governo seguinte. Eternamente somos reiniciantes de programas, de projetos, de iniciativas do Governo Federal. É necessário que o Governo Federal pense o setor saúde com uma visão estratégica de médio e longo prazos, que permita a todos, os Srs. Parlamentares e nós gestores, e assim por diante...

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Está bem.

Temos que pensar diferentemente a área da saúde, dentro de uma visão de longo prazo.

Era isso, Deputado Perondi.

Esta Comissão, para nós todos das Santas Casas, significa uma luz no fundo do túnel. É a esperança que não morre e que estará sempre do nosso lado.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito bem, Dr. Júlio.

O Dr. Júlio usou os 5 minutos de Maria do Socorro, aproveitou o crédito de Maria do Socorro.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Sr. Presidente, 15 minutos. Ele falou por 30 minutos.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Ele falou por 22 minutos. Ele usou 5 minutos de Maria do Socorro.

(Não identificado) - São muitos anos de Santas Casas, Sr. Presidente. Muitos anos: 460 anos de Santas Casas.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - É muito importante a fala dele, mas o problema é que a Ordem do Dia começou, e precisamos ouvir os Parlamentares, se não, não conseguiremos fazer o debate.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - A sua observação está registrada, mas haverá tempo.

Com a palavra o Dr. Hervaldo Sampaio Carvalho, representante da ABRAHUE — Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino.

O SR. HERVALDO SAMPAIO CARVALHO - Boa tarde a todas e a todos, Deputados.

Para falar em financiamento de saúde, nós temos que falar em planejamento em saúde. E, para falar em planejamento em saúde, nós precisamos avaliar de qual SUS a nossa população precisa, de qual SUS os nossos pacientes precisam.

Eu estou aqui representando os hospitais municipais, os hospitais estaduais, os hospitais federais e os hospitais universitários, mas também estou aqui representando — e aí falando em relação à área de atuação do Dr. Mandetta — os pacientes lá do Posto de Saúde de São Sebastião, em Campo Grande, que tinham doenças crônicas e que precisavam ver resolvidos os seus problemas. Estou também aqui representando aquele índio que caiu da árvore lá na região de Santarém, no Estado do Pará, e que chegou, dois dias depois, ao primeiro posto de saúde a que tinha acesso, sem nenhuma assepsia do local, já com infecção e com um quadro de infecção generalizada. Também estou aqui representando, senhores, uma família inteira que anda em cima de uma moto da região de Redenção, onde há grande incidência de traumas por acidente com motos e há grande consumo de recursos dos hospitais para tratar desses problemas.

Então, quando estou falando sobre esses assuntos, senhores, eu estou querendo dizer que nós precisamos planejar a saúde no nosso País, precisamos planejar o SUS no nosso País, considerando as diversas diferenças regionais, os diversos dados epidemiológicos, para que a aplicação desses recursos seja feita de



maneira adequada. E não podemos falar em planejar sem falar em integrar a assistência municipal, estadual e federal. Como eu posso integrar a assistência municipal, estadual e federal, a não ser pensando nas redes metropolitanas de saúde? A rede metropolitana de saúde é uma maneira de conseguirmos integrar as três instâncias do Poder. Por quê? O nosso paciente não está preocupado se está na divisa de um Estado com outro. O nosso paciente está preocupado em ser atendido adequadamente. Então, as redes metropolitanas de saúde têm de fugir da divisão geopolítica do nosso País. Elas têm de fugir dessa divisão.

Então, nesse aspecto, precisamos estabelecer, no financiamento da saúde, uma hierarquia de atendimento e com o planejamento do financiamento, para que todos os nossos pacientes, em qualquer lugar do País, tenham acesso à saúde adequada e em todos os níveis de atendimento.

Não posso falar em integração e em saúde se não falar que precisamos de integração interministerial de ações. Por quê? Se formos olhar a prevalência, veremos que somos um Estado desenvolvido. Há algumas áreas ainda subdesenvolvidas, mas predomina o Estado desenvolvido. Do ponto de vista epidemiológico, as doenças crônico-degenerativas que estão diretamente ligadas aos hábitos de vida são predominantes. Isso significa que não posso falar em saúde, que não posso falar em financiamento de saúde sem falar em educação em saúde. Então, é preciso que as ações interministeriais sejam realizadas, para que eu possa atingir a meta de melhorar a saúde da população.

Quando falamos em planejamento em saúde, Deputado, temos que falar em ação interministerial, em ação governamental. E temos que defender não só a aplicação no tratamento das doenças, mas também na sua prevenção. Muitos investimentos em educação podem trazer muito mais impactos em saúde do que investimentos no tratamento.

Senhores, o nosso País está investindo cada vez mais em hospitais referenciados de trauma. Nós tínhamos que estar lutando por trauma zero e não pelo atendimento 100% do trauma. Nós tínhamos que estar fazendo investimentos para evitar o trauma e não só para tratá-lo. Sempre vamos precisar tratar o trauma. Se não houver investimento na prevenção do trauma, os investimentos nunca vão dar conta. Não daremos conta de fazer investimentos em tratamento de doenças.



Precisamos de um planejamento, de uma ação combinada de prevenção e tratamento.

Nesse aspecto das redes metropolitanas, precisamos avaliar como está indo o dinheiro para a saúde. A saúde está sendo financiada basicamente por procedimento. Financiar saúde por procedimento significa financiar a doença, Deputado. Temos que mudar a nossa forma de financiamento. Se o Ministério da Saúde está recomendando o trabalho da assistência à saúde baseado em linhas de cuidado e nas redes de atenção à saúde, não podemos financiar a saúde baseada em procedimentos. Nós temos que financiar a saúde baseados na cobertura populacional sem doença, na redução de complicações e na solução dos problemas de saúde do paciente quando ele estiver na atenção terciária e na atenção quaternária.

Então, se nós continuarmos financiando o sistema de saúde, seja qual for o nível, com base no procedimento, estaremos estimulando a doença, porque a doença é que propicia o procedimento e que vai levar à remuneração. Portanto, precisamos rever o nosso planejamento para mudar esse círculo vicioso do investimento em saúde.

A solução dos problemas dos pacientes é que deve ser priorizada. Quando remuneramos apenas o procedimento, não estamos garantindo a solução do problema do paciente. Nós estamos garantindo a realização daquele procedimento. Então, precisamos mudar a maneira como enxergamos e planejamos o nosso sistema de saúde.

Falei que andei por Xinguara, por Redenção, por São Sebastião, em Mato Grosso, mas também andei pelos Estados Unidos e pelo Canadá. Sei como é a Medicina americana. É uma Medicina de alto custo e não é das melhores do mundo. Na última avaliação que eu vi, era a 15ª.

Então, remunerar investimento não garante qualidade, Deputados. Precisamos rever a nossa maneira de planejar a saúde do nosso País.

Represento aqui também os hospitais universitários. Sou da Universidade de Brasília, do HUB. Cresci aqui em Brasília e há 20 anos presencio o Hospital Universitário de Brasília, assim como a maioria dos hospitais universitários, vivendo como um cãozinho sem dono.



Deputado, o senhor sabe como é um cãozinho sem dono? Os senhores sabem. Ele anda na rua, e de vez em quando alguém fica com pena e dá um pouco de comida para ele. E ele vai sobrevivendo, desnutrido, mas vai sobrevivendo.

A grande maioria dos nossos hospitais universitários estão desse jeito, senhores. Por quê? O hospital universitário é vinculado diretamente a uma universidade, só que o custo dele é muito maior do que a capacidade de financiamento da universidade. Ele é vinculado ao Ministério da Educação, mas o MEC não tem compromisso assistencial direto, ele tem compromisso com a educação. Então, o MEC não se sente responsável pelo lado assistencial do hospital universitário. Ele está vinculado ao Ministério da Saúde porque dá assistência, mas não é hospital do Ministério da Saúde. Então, também não tem vínculo direto com o Ministério da Saúde. Ele presta serviço ao SUS, à Secretaria, mas é prestador de serviço que ganha por procedimento. Então, o hospital universitário é um cãozinho sem dono, é um sobrevivente.

E, se nós pensarmos que a maioria dos recursos humanos que temos atuando no País saiu desses hospitais universitários, imaginem que círculo vicioso estamos formando, sem uma qualidade adequada, dentro dos hospitais universitários.

Então, o que nós precisamos fazer? Dentro dessa linha de raciocínio das redes metropolitanas de saúde, precisamos colocar os hospitais universitários, os hospitais estaduais, os hospitais municipais e os outros hospitais federais dentro da rede de atenção à saúde da população, completamente integrados ao SUS e com financiamento adequado, para que possam atingir a sua responsabilidade de assistência e de ensino de maneira adequada.

Porque, senhores, volto a dizer, eu não tenho como desatrelar a educação da saúde. E, quando estou falando de educação e saúde, posso ser mais enfático ainda: não tenho como separar o ensino em saúde de uma boa assistência em saúde. Então, nós temos uma grande responsabilidade no planejamento da nossa saúde: temos que planejar assistência e planejar educação em saúde, para que ambas sejam adequadas. Se não, vou formar um profissional que não trabalha na assistência básica, porque ele não foi formado para isso.



Os hospitais universitários precisam ir em direção ao sistema de saúde escola. O que é isso? É o hospital universitário integrado à atenção básica completamente, em uma gestão de educação e saúde plena. Então, é isso que precisamos avaliar.

Nos últimos meses, senhores — e aí eu venho falar rapidamente sobre a proposta do Governo, que é a EBSEH. A EBSEH veio, dentro do meu hospital, como um dono para o cãozinho. Não vou entrar aqui nos aspectos jurídicos, mas é um dono para o cão que não tinha dono. É um dono que se propõe a financiar o hospital, ou seja, a dar diariamente para o cãozinho o alimento, a água e a vacina.

Em 20 anos, os nossos diretores viveram, de 3 em 3 meses, com o pires na mão, para não fechar o hospital. Agora vemos uma perspectiva de investimento dentro dos hospitais universitários, de uma maneira adequada, com planejamento de integração completa do hospital universitário à rede de saúde, com financiamento adequado em infraestrutura, equipamentos e recursos humanos.

Então, senhores, o que eu queria passar para vocês era justamente em relação a isso. Financiamento em saúde precisa de planejamento. A gente precisa planejar nosso sistema de saúde, que SUS que nós queremos, porque não adianta só botar dinheiro. Temos que botar dinheiro certo, no lugar certo, e ter maneiras de controle para que as metas possam ser atingidas.

Boa tarde. Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - As inscrições estão abertas. Já se inscreveu o Antonio Brito, e tem mais um.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Certo. Está bem. Você tem preferência.

Já tem uma pergunta do internauta.

Eu ainda estou estupefato com a frase que ele disse. *“O hospital universitário é um cãozinho sem dono. E agora tem um cão que assumiu o cãozinho.”* Eu estou estupefato, estarecido.

O senhor foi verdadeiro.

Nós trabalhamos juntos pela mesma causa, Dr. Amauri, o senhor sabe.

Dr. Geraldo Ferreira Filho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos.



O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - Quero agradecer ao Deputado Perondi pela gentileza do convite. Minha saudação aos Parlamentares, aos colegas debatedores da Mesa, aos presentes a esta audiência.

Vou discorrer sobre algumas coisas, mas começaria assim: eu também tenho visitado muitos hospitais e muitas unidades de saúde. As que estão bem são as que recebem mais dinheiro; as que recebem pouco dinheiro estão muito mal, mas muito mal mesmo. Entre elas, os hospitais de urgência e emergência dos Estados, que se transformaram em autênticos violadores dos direitos dos cidadãos brasileiros. Estão desassistidos totalmente.

Visitei Santas Casas que estão muito bem. Claro, junta-se financiamento com uma boa gestão. Mas os que não têm dinheiro estão muito mal. Querem um exemplo de um hospital muito bom? Não sei se tem alguém aqui do Paraná. O Hospital do Idoso Zilda Arns, em Curitiba. Recebe 2,5 milhões por mês de financiamento. É um hospital de 120 leitos. Talvez uma Santa Casa de 120 leitos recebesse 300 mil, 400 mil reais. Esse recebe 2,5 milhões. Agora é Primeiro Mundo. Não tem Estados Unidos, não tem Alemanha, não tem Inglaterra que tenha um hospital semelhante. Então, sem dinheiro não há saúde, nem bons hospitais. A regra básica é essa. Não há.

Antigamente, a gente tinha uma regra, Deputado Perondi, que dizia o seguinte: abaixo de 500 dólares *per capita*, saúde zero, não funciona. Hoje está mais ou menos em mil dólares, perdão, 500 dólares. O Brasil ainda investe oitocentos e poucos dólares. A saúde é ruim por causa disso. Há problema de corrupção? Muito. Há problema de desvio de recursos? Muito. Mas há um problema gravíssimo de financiamento.

O Governo quer fazer um comparativo. Estive em Mato Grosso há pouco tempo. A proposição da construção de um hospital anunciada pelo Prefeito de Cuiabá seria aprovada pelo Ministério da Saúde se fosse entregue a uma OS. Nas OS existem muito dinheiro.

Vou dar um exemplo do Rio Grande do Norte. Existe lá um hospital da mulher em Mossoró que recebe 2 milhões e 200 mil reais por mês. Ao longo dos 8 meses do ano passado, houve, apurado pela própria Secretaria Estadual de Saúde, um desvio de 8 milhões e 100 mil reais.



Dinheiro tem, agora o hospital é uma beleza. Então, tem que se tomar cuidado. Tem que injetar recursos, sim, mas tem que fiscalizar esses recursos. Mas sem dinheiro evidentemente não há saúde. Abaixo dessa faixa de mil dólares por cabeça *per capita* não há saúde que preste. Por isso, o brasileiro recebe uma saúde pública de péssima qualidade. É muito ruim a saúde que se oferece ao trabalhador brasileiro.

Há uma proposição de se oferecer uma assistência integral, total, com todos os aspectos da saúde, e gratuita. É um projeto extremamente ambicioso, muito ambicioso. E implica custos elevados.

Diante de um quadro de restrições orçamentárias e financeiras, cabe a pergunta: qual é o sistema que nós queremos? A Constituição prevê mais ou menos um modelo de sistema. Um modelo público complementado com o filantrópico e privado. Esse é o modelo aplicado no Brasil. Agora, para fazer essa máquina rodar, há que se ter a consciência de que sem recursos é impossível.

Até 1988, nós tínhamos basicamente a Saúde, antes da Constituição, bancada pelas contribuições de empregados e empregadores. Basicamente era isso. O Ministério da Previdência era quem bancava. Nós tínhamos 75% a 85% da receita, que bancava a Saúde brasileira, vinda do Ministério da Previdência. O Ministério da Saúde era responsável por em torno de 12% a 25% do restante do financiamento. Essa era a realidade.

A partir de 1988, mudam-se as regras. E a partir daí aparece a questão da seguridade social, e começam-se tentativas de vinculação de fontes, quais são as fontes de receitas, que nós vamos vincular, que possam financiar esse sistema. Aí veio, primeiro, a história da CPMF, veio a PEC 29, de que o Deputado Perondi foi Relator. E várias tentativas foram feitas no intuito de definir uma receita adequada. Algumas amarradas no PIB; chegou-se, em alguns momentos, a amarrar 10% do PIB. Já foi colocado aqui que do PIB de Estados, União e Municípios, o Brasil investe em torno de 3,5%. É pouco, muito pouco. Os Estados Unidos investem mais de 7%, e é um país onde a medicina é basicamente privada. O Brasil também tem uma inversão muito grande em relação aos gastos públicos e privados, o que já foi dito por outros debatedores. Enquanto nós temos a Inglaterra em que quase 90% da



Saúde é bancada com recursos públicos; os Estados Unidos, acima de 56%; o Brasil tem 41% de recursos públicos. O restante é bancado pelo sistema privado.

Então, é preciso realmente melhorar o aporte de recursos públicos. E vem caindo, gradualmente. Se nós formos ver esse comparativo, em 1975, de 65% a 70% era bancado com recursos públicos. E essa média cai, em 2007, para 42%. Realmente é muito pouco.

A fonte básica, hoje, de financiamento, são as contribuições sociais, ainda. Em torno de 70% são feitos por essas contribuições sociais para bancar a Saúde. Na verdade, hoje o dado mais exato é que a União contribui com 43%, os Estados e Municípios, com 56%.

Como é que está a rede de hospitais federais, hoje? Nós a temos visitado — existem Comissões na Câmara dos Deputados que têm visitado essa rede de urgência e emergência. Caótica! Caótica! Extremamente comprometida! Degradada! Se o Governo não fizer um planejamento profundo para melhorar essa rede, nós estaremos condenando os cidadãos brasileiros a uma assistência de quarta categoria.

A *Veja*, acho que há 6 ou 8 semanas, publicou uma reportagem, não sei se os senhores viram. Ela dizia: ideias para o Brasil virar um foguete — mais ou menos dessa forma. E, entre as sugestões na área de saúde, ela dizia que o interessante, na visão da *Veja*, que tem uma visão mais capitalista da situação, era o Governo ter um pagamento por procedimento, e pagar ao público ou ao privado, quem oferecesse o melhor serviço ao cidadão. Era essa a proposta, em linhas gerais, da *Veja*.

Analisando essa proposta, vemos que já é assim, na verdade, já funciona assim. O Governo tem uma tabela básica e remunera com essa tabela tanto o sistema público quanto o privado. Só que a tabela é muito baixa. Aí o que acontece? A rede pública fica sucateada, deteriorada, degradada. Aí nós temos o retrato de pacientes em corredores, falta de leitos em UTIs, escalas incompletas de médicos, e esse quadro aterrador. Como é que as entidades filantrópicas se mantêm? Com a tabela e adicionais fornecidos ou por emendas parlamentares, ou complementações de Municípios e Estados. E isso permite, em alguns pontos, a sobrevivência. E o sistema privado puro, esse tem deixado, está abandonando o Sistema Único de



Saúde, com um fechamento quase completo de seus leitos. Foi bem colocado aqui que no Mato Grosso tivemos 5 hospitais fechados nos últimos 5 anos. Em Natal, no Rio Grande do Norte, era uma quantidade enorme de serviços prestados, e vendiam seus serviços ao Sistema Único de Saúde. E não têm condições, porque o privado não recebe financiamento. Ele não tem emendas, ele não tem complementações. Então, simplesmente para de atender.

Portanto, ou se melhora essa tabela de remuneração, ou o sistema não terá condições de se sustentar.

Normalmente, como é que funcionam esses hospitais públicos dos Estados? Na maioria, os hospitais de urgência e emergência são dos Estados. Como é que eles funcionam hoje? Recebem recursos do Município. No Rio Grande do Norte há um grande hospital, o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, ou Pronto Socorro Clóvis Sarinho. Como é que funciona? Ele tem o atendimento prestado e é pago com recursos da União, que é repassado para o Estado, e, do Estado, para o Município. Aí faz o caminho de volta para o hospital, em quantidades evidentemente insuficientes para manter o funcionamento do hospital.

Não vejo, sinceramente, uma possibilidade de melhora de assistência à saúde com receitas deste tipo: *“Ah, precisamos investir mais em medicina preventiva, que vai diminuir o custo da saúde.”* Eu não acho que vai diminuir, vai aumentar o custo. Agora, que é importante, decisivo, fundamental, indispensável, é. Mas quanto mais se investe em medicina preventiva, mais se vai diagnosticar. Então, hoje, por exemplo, testes de acompanhamento de tireoide, de diabéticos, de pacientes com problemas vasculares, esses pacientes têm que passar por exames seriados, anualmente. Então, não deixa de ser uma ilusão de que o investimento, dirigindo recursos para a medicina preventiva, vai diminuir o custo da medicina. Ele não vai corresponder à realidade, porque o diagnóstico precoce de patologia vai forçar o acompanhamento semestral, ou bimensal, ou anual, e isso não vai implicar em diminuição de despesas.

Na verdade, nós temos que nos acostumar a conviver com um custo alto na Saúde. O custo na Saúde não vai ser baixo. E o retrato do Brasil é o retrato do sistema americano, do sistema europeu. Então, o que é que nós temos? Vamos precisar de mais investimentos na Saúde. Nós temos sendo preparado pelas



entidades, pelos conselhos, a ideia dessa emenda que prevê 10% do Orçamento bruto da União para a Saúde. Eu acho que é uma das alternativas. Eu acho que nós não podemos conceber uma melhoria na saúde pública brasileira sem uma melhoria no investimento, particularmente da União. O que nós assistimos hoje é que os Estados e Municípios têm fornecido aportes a essa tabela do SUS, pois a maioria das entidades já não têm condições de se manter.

Vou dar um exemplo do meu Estado, o Rio Grande do Norte. Lá, Prefeitura e Estado complementam a tabela do Sistema Único de Saúde em 150%, porque nenhum prestador aceita trabalhar por menos do que isso. Cento e cinquenta por cento, essa é a realidade.

Concluindo aqui, porque é importante ouvir os Deputados, a mensagem que eu trago efetivamente é de que nós, nas entidades médicas, não duvidamos de que sem recursos nós não teremos alternativas. Não vou aqui questionar. Gestão. Precisa melhoria da gestão? Claro que precisa melhoria da gestão! Precisa controle da corrupção? Absolutamente, controle rigoroso da corrupção! Punição de quem rouba? Punição de quem rouba. Já dizia o Prof. Ulysses Guimarães que o bom político não é o que não rouba, é o que coloca na cadeia também quem rouba. Quer dizer, quem denuncia e quem põe na cadeia quem rouba.

Então, todas essas medidas são importantes, mas como nós estamos aqui conversando e debatendo a questão do financiamento, qualquer questão que fuja disso é subterfúgio. Dizer: *“Não, é porque está mal dirigido, está só para alta complexidade.”* Não, é ilusório. A alta complexidade precisa de muito recursos. Agora, políticas complementares, de meio ambiente; políticas complementares em relação ao trânsito, com as motos. É do conhecimento dos senhores que se não se fizer alguma coisa em relação ao transporte de moto, há possibilidade de o sistema quebrar. Em todo hospital de urgência e emergência que se visita hoje 70% dos pacientes são ortopédicos ou neurocirúrgicos, politraumatizados em função de moto. Alguma coisa tem que ser feita. Se não for feita, é uma das possibilidades de o sistema quebrar.

Eu queria só fazer uma última consideração sobre os hospitais universitários. Perdoe-me o colega que fez a defesa da EBSEH, mas ela não corresponde realmente ao pensamento das entidades médicas — realmente não corresponde.



Por exemplo, no Rio Grande do Norte — eu tenho que falar da realidade que eu vivo —, o Hospital Universitário Onofre Lopes e a Maternidade Januário Cicco receberam bons investimentos, foi recuperada toda a sua infraestrutura, e agora aparece a EBSEH para tomar conta deles.

A EBSEH — vou dar-lhes a minha opinião, é uma opinião pessoal — é um cabide de emprego. Eu conversei com dois amigos meus que são gestores desses hospitais. Qual é a realidade? Hoje um diretor do hospital Onofre Lopes e da Maternidade Januário Cicco recebe 3.500 reais de gratificação para ser diretor; vai receber 17 mil reais. A diretora médica recebe 1.500 reais ou 2 mil reais; vai receber 8.500 reais. Então, vai ser mais um cabide de emprego. É claro que vai conseguir atrair alguns gestores mais qualificados, mas nada que o sistema público, gerenciado pelo MEC... Porque hospital universitário é hospital de ensino. Ele tem compromisso com prestação de serviço, mas está ali prioritariamente para ensinar. E os hospitais universitários do Rio Grande do Norte são excelentes hospitais sem a EBSEH e sem coisas dessa natureza.

Eu gostaria de externar essa posição, respeitando quem, porventura, tenha opinião diferente. Mas acho um grande equívoco, um grande erro do Governo apostar nisso.

Lembro-me de que as fundações e empresas públicas que os geriam, quando houve a transição do Governo Collor para cá, foram extintas, e sob qual ótica? A de que eram cabides de emprego, eram fontes de endividamento público e eram fontes de tráfico de influência e de corrupção. Infelizmente, era essa a realidade.

A posição das entidades médicas é de que isso deve ser absolutamente público, sob o regime jurídico único. Público é público; privado é privado. E é importante a existência do privado como complementar; é importante o filantrópico como complementar. Mas o Governo não pode abrir mão dos seus serviços porque eles são os balizadores, são os responsáveis. Na hora em que a iniciativa privada falhar, na hora em que o filantrópico falhar, o Governo tem a obrigação de assumir, porque a Constituição assim diz: é dever do Estado bancar a saúde do seu povo.

Então, nós estamos aqui para defender isso, e com muita energia, com muita veemência, compreendendo que cada um tem o seu papel, e que o Governo precisa



injetar mais recursos, porque, sem recursos, a saúde continuará nesse buraco em que se encontra hoje.

Obrigado aos senhores. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Obrigado, Dr. Geraldo, Presidente da FENAM.

Falará em primeiro lugar o Relator, Deputado Rogério Carvalho. Em seguida, darei a palavra os inscritos. O primeiro é o Deputado Antonio Brito; o seguinte, o Deputado João Ananias.

Mas antes de passar a palavra para o Deputado Rogério Carvalho, nosso competente Relator — hoje de manhã cedo nós, ele e eu, já trabalhamos com os consultores no gabinete dele para organizar bem todo o sistema da Comissão, com a Eugênia e os seus diretos —, lembro que o Deputado João Ananias hoje está de aniversário. Então, parabéns, em nome da Comissão. *(Palmas.)* V.Exa. é um homem importante para a sua família, importante para a humanidade e para a saúde pública brasileira, com certeza. Tenha muita saúde. *(Palmas.)*

Com a palavra o Deputado Rogério Carvalho.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Sr. Presidente, primeiro eu queria parabenizar todos os expositores. Todos conseguiram, a meu ver, trazer uma contribuição. E, ao final, poderemos ter uma complementação.

O Dr. Derze, da Confederação dos Serviços de Saúde, se não estou enganado...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Nacional de Saúde.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - ... Confederação Nacional de Saúde, traz uma discussão importante que está relacionada ao conjunto de exigências que são colocadas para o funcionamento de serviços na área da saúde. E isso implica um custo, às vezes exigências que beiram o preciosismo e beiram um tecnicismo que não traz maiores benefícios nem mais segurança à prestação de serviços. Precisamos observar isso, porque toda vez em que se incorporam exigências, acaba-se aumentando o custo de produção nesses tipos de estabelecimentos. Então, eu acho que é uma contribuição importante por ele mencionada, sobre o que devemos pensar: a questão dos custos e do que está em



vias de ser aprovado e do impacto que isso pode provocar na conta geral da prestação de serviços de saúde.

Portanto, nós devemos observar isso como uma questão central. Não se trata só de arranjar novos recursos para pagar uma conta que é legítima, que é fundamental para assegurarmos aos brasileiros um direito que a Constituição de 88 nos concedeu, que nós conquistamos. Então, é preciso que seuremos aquilo que vai produzir um custo supérfluo, que não é necessário. Eu acho que essa é uma questão importante, que nós devemos marcar.

O segundo ponto é que precisamos estabelecer claramente a referência dos gastos no Brasil — e eu acho que a melhor referência não é o PIB, comparativamente, mas o *per capita* — para que tenhamos uma noção de qual é o nosso gasto, o gasto *per capita* daqueles que são usuários do sistema público, com os recursos gastos no sistema público, para que tenhamos uma medida e uma unidade que nos permitam fazer uma construção real. Não adianta dizermos que estamos gastando menos e estarmos gastando um pouco mais, ou que estamos gastando mais e estarmos gastando um pouco menos. Precisamos fazer uma análise comparativa que seja precisa, inclusive em relação a outros países. Por exemplo, se eu pegar o PIB da Argentina e o distribuir, ou seja, pegar o PIB *per capita*, vou ver que nós podemos ter um PIB *per capita* maior. Certo? Então, temos que precisar isso do ponto de vista da condução dos trabalhos. Isso é fundamental.

A terceira questão que eu acho que fica clara o Dr. Júlio trouxe de forma muito interessante. Eu fui Secretário Estadual e Secretário Municipal. Na linha do que o Dr. Hervaldo trouxe, no nosso Estado, equacionamos a questão do pagamento global, que deixo para falar depois. Mas é certo que hoje a diferença entre o custo de um serviço de qualidade no setor público e no setor privado filantrópico é de um terço. O setor privado filantrópico consegue produzir serviço de qualidade a um custo médio de um terço do que gasta o setor público, de maneira geral.

Então, nós precisamos olhar para o setor e ter a clareza de que ele deve ser identificado como uma possibilidade de investimento, de aporte de recursos, de qualificação. É importante que observemos isso. Quem foi gestor sabe que esta é uma realidade: o custo do setor público é, em média, três vezes o do setor



filantrópico — filantrópico. Isso, se formos garantir o mínimo de condição. Ou seja, é mais ou menos isto: o custo do setor público beira três vezes — de duas vezes e meia a três vezes — o custo do setor privado. Então, eu acho que essa é uma questão que nós devemos observar.

Também devemos observar — e aí, Dr. Júlio, eu queria fazer um pequeno adendo à fala do senhor — que nós temos uma regra para os Municípios, para os Estados e para a União. Só que a regra que nós definimos, com a Emenda Constitucional nº 29, para a União é, em vez de pegarmos 21 bilhões, que seriam 10% da receita corrente líquida, pegarmos 19 bilhões. Se botarmos isso no tempo, vamos ver que daria a mesma coisa se fôssemos utilizar a mesma regra, só que com a outra base. Se tivéssemos botado 21 bilhões naquela ocasião, talvez tivéssemos hoje o mesmo financiamento, se estivéssemos utilizando os 10% da receita corrente líquida ou da receita corrente bruta seriam 18%; da receita corrente líquida, 10%. Existe; a questão é a base. Vejam, a Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu regras para a União, para os Estados e para os Municípios, e a 141 estabeleceu o que é gasto com saúde.

O problema é sobre o que vai crescer o financiamento da saúde federal. Eu acho que é importante a gente registrar isso, mas fica uma contribuição extraordinária de a gente saber que o setor filantrópico precisa ser observado como um potencial parceiro a ter investimento público.

A terceira questão é sobre a fala do Hervaldo, e acho que ele traz algumas contribuições importantes. A primeira é que nós não podemos, tanto o setor filantrópico, aqui na fala do Dr. Júlio, quanto a fala do Hervaldo, as duas coisas são complementares.

Nós não podemos abrir mão do financiamento global, mas não podemos abrir mão da referência de preço de cada unidade de produção para a gente inclusive saber o que está sendo produzido. Porque se a gente tirar uma e deixar só a outra, a gente não consegue fazer a indução nos mecanismos globais. Nenhum sistema se dá ao luxo de ter só um tipo de mecanismo de aferição do que está sendo produzido para efetivamente definir o que vai ser pago.

Acho também, Hervaldo, que você traz uma questão central. Primeiro, o Brasil é diferente de outros países como a França que tem um único operador. Nós



estivemos na França, quando estávamos discutindo na subcomissão organização, funcionamento e financiamento do SUS. Nós claramente vemos que a França tem um único operador, com vários braços do mesmo operador.

No Brasil, nós temos, na verdade, 5.592 operadores de sistemas municipais de saúde, 27 operadores — 26 Estados e o Distrito Federal — e mais o operador nacional que tem desde agências que interferem no custo, porque criam normas, são operadores sistêmicos, como o próprio Ministério. Portanto, nós temos quase 5.700 operadores de sistemas de saúde.

Então, você colocou e a gente deve fazer a reflexão: é preciso ter um modelo sistêmico em que o cidadão não fique aprisionado à divisão geopolítica do ente federado.

Ou seja, a gente entende que o SUS nos obriga a introduzir conceitos organizacionais das relações multilaterais com compromisso e complementariedade, para garantir o direito de cidadania, que é o direito à saúde, e o direito à saúde de forma integral, que é outro complicador. Então, você traz também uma discussão importante, que a gente não pode perder de vista.

Eu acho que todos, inclusive o Geraldo, trazem uma questão, ao final de contas, que é a seguinte: nós temos problema de gestão, temos indefinições sobre modelo de sistema, temos problemas de desperdício, mas nós temos algo que é determinante. Hoje, nós não podemos deixar que prevaleça a tese de que o grande problema é a gestão, o grande problema é a corrupção.

O grande problema no Brasil, isso é generalizado, em todas as falas a gente percebe, é que o recurso aplicado na saúde é absolutamente insuficiente para o tamanho do desafio que nós incorporamos, que foi o desafio de dar saúde para todos e de forma integral.

Para concluir, Sr. Presidente, eu queria dizer o seguinte: todos, e é uma coisa importante, todos sem exceção, reforçaram a tese de que esse sistema precisa ser objeto da atenção, não só de nós atores que estamos institucionalmente representando aqui, mas que há necessidade de a gente convencer a sociedade brasileira da grande conquista que é o Sistema Único de Saúde

Então, queria agradecer e parabenizar a todos pelas contribuições. É sempre muito bom ouvir quem está vivendo o cotidiano. É óbvio, há a divergência de um



dado, o que é da militância política. E quem vai fazer o trabalho de garimpar dados e organizar relatório deve se cercar de alguns cuidados, para que tenhamos qualidade no material que vamos apresentar para ser o nosso grande instrumento de disputa ideológica, que é o que vamos ter que fazer bastante para consolidar essa grande ideia que é o Sistema Único de Saúde.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito obrigado, Deputado Rogério Carvalho.

Com a palavra o Deputado João Ananias, o aniversariante.

O SR. DEPUTADO JOÃO ANANIAS - Meu caro Presidente Deputado Darcísio Perondi, meus caros palestrantes, eu fiquei ouvindo e, como o Rogério colocou, todos sabem onde o sapato aperta, todos.

Fui gestor, fui Secretário de Estado no Ceará, um Estado pobre. O Ceará é o 22º Estado mais pobre do Brasil, dos 26 Estados e do Distrito Federal.

O padre José Linhares foi gestor da saúde em um grande hospital regional em Sobral. Sabe bem do que nós estamos falando.

Nós temos um sistema que não precisa repetir a importância, a qualidade, o avanço que nós galgamos em vinte e poucos anos. Isso é um feito. Nós conseguimos envelhecer a nossa população. Ainda bem. Eu completo mais um ano hoje, sabendo que tenho acesso à saúde. Semana passada eu estava no INCOR fazendo um cateterismo cardíaco, porque eu tenho problemas coronarianos, e a gente sabe o que tem de qualidade.

Agora, a gente sabe também que esse sistema tão importante para a população brasileira, notadamente a população de baixa renda, 150 milhões de pessoas que não têm planos de saúde, que não têm se não o SUS, e o plano de saúde não é salvação, não é apanágio, muito pelo contrário, eu vou me deter um pouco nessa questão, o SUS é a nossa grande alternativa. Por isso nós zelamos tanto por ele. Quem não quis desistir dessa luta pelo financiamento?

Deputado Darcísio Perondi, V.Exa. tem cinco ou seis mandatos aqui, não é?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu. Mas tem um mais resistente.

O SR. DEPUTADO JOÃO ANANIAS - O padre José Linhares e tantos outros.



Eu estou no primeiro mandato aqui. Fui gestor, fui Deputado Estadual no Ceará por dois mandatos, fui Prefeito. Sei que tem hora que dá impaciência, dá vontade de parar. Mas, ao mesmo tempo, você sabe que esse é o único viés, o único caminho que o povo brasileiro tem para garantir saúde integral, como colocou o Deputado Rogério Carvalho, universal a todos.

Aí a gente diz: mas há 50 milhões com planos de saúde. Sim. E na hora da emergência, cadê o plano de saúde? Na hora da emergência, na hora da cirurgia neurológica, na hora do grande trauma, que é uma epidemia no País, as causas externas aí estão mostrando isso, é o SUS quem vai atender; não é a UNIMED, não é a AMIL.

Por isso que nós votamos, na Comissão de Seguridade Social e Família, uma moção de repúdio à desoneração para os planos de saúde, que já acabam sendo beneficiados com o Imposto de Renda.

Portanto, é o SUS. E o SUS vive no meio de uma queda de braço: é gestão ou é subfinanciamento? E aí os interessados em denegrir, em esmerilhar a imagem do Sistema Único de Saúde, dizem sempre que o problema lá é gestão, o problema lá é corrupção.

Um Estado como o meu, o 22º Estado mais pobre, é o que mais reduziu mortalidade infantil ao longo desses 20 anos, tem o hospital que é o segundo em transplante no Brasil hoje; só perde para São Paulo. Em alguns tipos de transplante, batemos São Paulo. Com o dinheiro que nós temos fazer isso, e alguém tem o despatúrio de dizer que o problema é gestão. Nós raspamos o osso, não há mais carne. O setor filantrópico está acabado. No Ceará foram fechados 46 hospitais em 20 anos, todos do setor filantrópico. Quer dizer, é um absurdo isso. Nós vivemos uma crise absolutamente grave de financiamento, absolutamente grave. Fazer o que nós fazemos em saúde pública com o dinheiro que nós temos, 3,8% do PIB?

Nós fomos à França, eu e o Rogério, e lá é 11% do PIB; na Inglaterra, 8,5% do PIB; no Brasil, 3,8% do PIB. E aí absolutamente mal distribuídos, porque dos 3,8%, a União entra com 1,6%, o resto é dos Estados e Municípios, os entes mais pobres.

Vou finalizar, Deputado Perondi, comentando o seguinte. Daqui a pouco vou a um debate em que a reforma política é o foco. Passei 2 anos aqui dizendo que a



reforma política era o boi das piranhas. Para não se falar em reforma tributária, bota uma coisa que interessa aí, que entrete — para usar um termo bem cearense — os Deputados.

Aqueles plenários ali eram lotadíssimos, os maiores plenários das Comissões, quando ia haver a reunião da reforma política. Deu no que deu, a montanha pariu um rato. E aí não se fez nenhuma discussão sobre a reforma tributária. Enquanto isso, quase 70% dos recursos arrecadados ficam em Brasília, e o povo lá em Santana do Acaraú, em Ijuí, nos longínquos locais, dos cinco mil seiscentos e tantos Municípios...

Como dizem: o Município tem que obrigatoriamente gastar 15% com saúde, os Estados, 12%. O que são 15% de pouco? É pouquíssimo. Por isso que esse é o grande problema.

A União está se omitindo da despesa, você mostrou muito bem isso aí, historicamente como era. Em 1980, nós tínhamos 75% de financiamento bancado pela União. Claro, é ela que fica com o bolo. E agora a saúde ficou entregue aos primos mais pobres, os Municípios, coitado, 15%, e 12% do Estado.

Aí vem a Emenda 29, o nosso grande ídolo, ícone, que acabou sendo, na minha opinião, um ícone de barro, porque não gerou dinheiro novo, gerou regras importantes, claro, definiu-se depois o que era gasto com saúde, isso já é um avanço, mas dinheiro novo nada. A União: *“O orçamento é a despesa anterior mais a variação nominal do PIB”*. Tudo bem, mas aí eles nem deixam aumentar o orçamento para o ano seguinte, para não influir no crescimento no PIB, não incidir sobre um orçamento maior, e o PIB não está crescendo no Brasil, e nós ficamos estagnados. Enquanto isso, há epidemia de causas externas, há violência e tudo isso, a carga de doenças do Brasil tem a carga da Europa, porque a população está envelhecendo. Mas há também todas as endemias, dengue, em todo canto do Brasil, as zoonoses lá no Norte, Nordeste, tudo isso mais as doenças degenerativas próprias da idade.

Portanto, acho que estamos em uma situação muito grave. A minha esperança, vou encerrar, é que chegue logo aqui o Saúde Mais 10, com 1 milhão e 600 mil assinaturas. Esta Casa tem respeitado as iniciativas de origem popular. É o Ficha Limpa, outros projetos que chegaram com respaldo da assinatura do povo.



Desde a época de Tancredo Neve, acompanho; sou militante do SUS desde estudante de Medicina. Eu desanimo quando vamos debater financiamento, porque do Itamar Franco para cá, a promessa é a mesma, e em 15 a 20 anos estamos com o mesmo patamar de despesa, se relacionarmos ao PIB. É mais ou menos isso. Estamos sem variar, sem aumentar os gastos com saúde. Portanto, é fundamental, Deputado Perondi, que esta Comissão, mais uma vez — e V.Exa. tem uma militância primorosa nessa área, é Presidente da Frente Parlamentar, a qual tenho o prazer de integrar, nós todos...

Tomara que os frutos desta Subcomissão consigam demover essa frieza imensa, comparada ao gelo mesmo, que os nossos administradores da área econômica têm em relação à saúde, porque, na queda de braço, acaba prevalecendo o discurso de que há má gestão, para não termos mais dinheiro para a saúde. Esse é um discurso falacioso, mentiroso e sórdido, além de tudo, porque faz um grande mal ao Sistema Único de Saúde e um grande mal à população brasileira!
(Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Com a palavra o Deputado Colbert, outro estudioso.

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Sr. Deputado Perondi, que preside esta Subcomissão, Sr. Relator, demais Deputados, senhores convidados, estamos diante de um período que me preocupa muito, quando todo mundo pensa a mesma coisa no Brasil. Na hora em que todos estão pensando igual, não se vai a lugar algum. Na hora em que todos estão concordando com o diagnóstico, aí é que chegamos perto do perigo, porque é quando não se decide. E eu estou vendo que todo mundo está entendendo que se tem que aumentar o financiamento.

E essa história não é de hoje. É de muito tempo atrás a definição tomada. A decisão... É que, quando todo mundo se aproxima da unanimidade, ela me preocupa. Todos nós concordamos com ela, mas daí em diante, lamentavelmente, as coisas não andam.

Dificuldades em relação ao financiamento da saúde são antigas. A dificuldade é tão antiga que V.Exa., Deputado Perondi, lembra-se de que, quando não davam mais nada, o Presidente Fernando Henrique trouxe Adib Jatene, que dourou a pílula do IPMF, que virou imposto, e que saiu daqui há 3 anos. Então, nós passamos ainda



por um caminho errado. E eu espero que não apareça mais ideia de imposto, porque desse jeito não se vai para canto nenhum. Se aparecer por aqui... Torço para que não apareça, e vou torpedear desde logo. Porque, se aparecer uma ideia maluca de imposto, nós iremos contra. Não tem mais lugar ideia de imposto para se criar nada.

De Dr. Jatene para lá nós já perdoamos, mas, de agora em diante, o Brasil tem que meter a mão no bolso. E tem! Estou lendo aqui nos jornais e na Internet que a Presidenta Dilma acaba de desonerar o etanol.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Não vai baixar, não. Ela está dizendo aqui que desonera, mas na bomba continua a mesma coisa. É uma desoneração ao contrário: desonera-se, e o preço não cai. Quer dizer, desonera para o produtor de álcool, e nós continuamos lascados aqui. Então, dinheiro tem, não falta dinheiro.

Eu me rebelo muito quando vejo essas acusações de corrupção. E eu li aqui uma coisa importante agora, que vou transmitir para vocês. Um *site*, chamado *hotels.com*, fez uma pesquisa com 8.600 turistas, e o resultado: de gente que roubou em hotel, 12% são dinamarqueses, os melhores do mundo. Vejam só a perfeição da Dinamarca: assaltando hotel. Em segundo, a Holanda, 15%; em terceiro, Noruega, aquele povo rico assaltando, com 16%. O Brasil está ótimo, uma perfeição! Estamos junto do Canadá e de Hong Kong: só 19% admitem já terem roubado alguma coisa em hotéis. Felizmente, estamos melhores do que a Argentina: 23% meteram a mão em hotéis.

Há corrupção onde? No mundo inteiro, e estamos apontando que há corrupção aqui. O interessante é que todo mundo vai a hotéis para roubar toalhas... Isso é roubo também, e esse nível de corrupção é atestado mundialmente.

Existem problemas aqui? Existem. Existem problemas de gestão? Existem. Mas o problema não está na gestão, que é apenas uma parte. O problema está no financiamento, porque nós ampliamos o Sistema Único de Saúde.

Não é sistema público, não, Deputado Ricardo; é Sistema Único. Eu votei no Sistema Único, e está aqui escrito que nós temos que assumir as nossas responsabilidades.



Damos remédios de graça a aidéticos, enquanto no mundo não se dá. Será que vamos fazer o contrário agora, e cobrar, como muita gente cobra no mundo? Não. Já que adotamos o sistema, vamos crescer com o sistema. Não vejo dificuldades com relação a isso.

Podem-se fazer, de qualquer forma, as comparações que o Deputado acabou de fazer com relação ao PIB. A maneira não importa. Precisamos de ter dinheiro, porque na hora em que lemos a Constituição, para regular o dinheiro que o Estado coloca no SUS, vemos que há a lei. Para os Municípios definimos como será. No plano federal fica esta geleia: coloca-se quanto quer.

Então, estamos precisando aumentar o nosso grau de fiscalização, o nosso grau de controle e melhorar a nossa gestão. É verdade, há 5 mil Municípios gerindo. É pela Constituição, porque é descentralizado o sistema. Ou vamos fazer o contrário, como a França, centralizar novamente e mudar a Constituição?!

Eu acho que ainda é melhor descentralizar. Aliás, está acontecendo agora o inverso. Lá na Bahia estão tirando os hospitais mais lucrativos e repassando-os para o Estado, deixando o Município de Salvador acampado, como eu vi ontem.

Sei das dificuldades. O senhor fala pelas filantrópicas. Estive ontem na inauguração do Instituto Baiano do Câncer, do Hospital Santa Isabel, da Santa Casa de Misericórdia da Bahia: um grande investimento, um excelente investimento. Estive aqui na semana passada com a provedora do Hospital, conseguindo uma ampliação de teto, porque a Prefeitura de Salvador não consegue pagar o teto atual. Porque também é mais verdadeiro ainda, como o Sr. Geraldo acabou de colocar, que, cada vez que o sistema de saúde melhora — e aí digo como professor da área —, os dados pioram, porque você descobre as doenças que por demanda espontânea não apareceriam, mas que, na hora em que você vai até a casa da pessoa, na hora em que você começa a examinar que essas pessoas estão tendo acesso aos sistemas, vê que nós precisamos de um estágio intermediário que não funciona.

Sou do interior da Bahia. Temos carros que saem para fazer mamografia no interior. Uma boa parte dessas pessoas não consegue chegar na hora do tratamento, porque simplesmente não se tem o fluxo adequado.



Então, nós fazemos o mais difícil e complicado que é melhorar o sistema. E quando o sistema melhora, do ponto de vista técnico, os dados pioram. Pioram porque estamos futucando o cão com vara curta, e o mal está aparecendo. Isso é bom que aconteça. Mas nós precisamos ter dinheiro para esse desafio. Não dá para enfrentar esse desafio com pouco dinheiro e dizer que o Governo não tem. Tem sim, e arranja quando quer.

O que nos cabe aqui, e vou terminar, Deputado Perondi, é concluirmos essa Subcomissão antes de junho. A LDO está passando aí. Vamos começar a emendar a LDO para poder garantir esse recurso. E vamos terminar para que no Orçamento deste ano nós coloquemos exatamente o que nós achamos deva ser colocado, ao lado do que já vamos fazer da imposição com relação às emendas parlamentares. Se der muito, a gente impõe também alguns recursos para a saúde. Eu não sei qual é a dificuldade de se tratar com orçamento impositivo, neste momento. Não se de outra solução que não seja obrigar o Governo a fazer exatamente o que o meu Governo... Este Governo é meu! Nós lutamos para isso. Eu estava aqui, o Deputado Perondi também estava à época, e quem assinou a Lei nº 8.080 do SUS foi Fernando Collor de Mello. O Presidente que assinou a lei de execução do SUS foi Fernando Collor de Mello. Não importa o que ele tenha feito, mas foi ele que assinou, por pressão da sociedade naquela época. E nós não podemos admitir que no meu Governo, atual, venhamos andar para trás, enquanto o de que precisamos agora é manter o nosso nível de investimento.

Então, peço desculpas aos senhores se me exaltei, se passei dos limites. Mas fico vibrando quando vejo um sistema de saúde desse tipo, que todos querem defender. Só que para defendê-lo é preciso de dinheiro, e vamos colocar dinheiro suficiente para isso!

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Tem a palavra um dos maiores apóstolos na cruzada antitabaco nesta Casa, Deputado Cesar Colnago.

O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Sr. Presidente, obrigado. Sigo aqui o exemplo de V.Exa., que, naquele embate do tabaco, lá em 2011, sensibilizou-me, convocando os médicos, os enfermeiros e todas as pessoas ligadas à saúde.



Pela primeira vez, o Brasil fez um estudo no ano passado sobre o custo do tabaco para a saúde brasileira: 23 bilhões. Envolve todas as doenças relacionadas ao tabaco. E a CCJ tem, pela primeira vez, esses estudos.

Usávamos entre 8% e 15% do orçamento da saúde nos países centrais. E, agora, nós temos tudo levantado: infartos, cânceres, AVCs, inflamações de mama e tantas outras doenças decorrentes do cigarro, tudo levantado pela primeira vez.

Não tenho tanto tempo de formado assim; são uns trinta e poucos anos. Das Ações Integradas de Saúde, o SUS é um grande instrumento que conseguimos criar. E aí fico me perguntando, porque já fui Secretário de Educação, e não há essa problemática, a questão do financiamento. Já fui Secretário de Meio Ambiente e já fui Secretário de Agricultura. Quer dizer, hoje temos o crédito rural e os investimentos que temos levado para a agricultura familiar nos últimos anos, inclusive habitação. No período em que estive lá, de 3 a 4 anos, eu e outro secretário anterior, fizemos 2.500 propriedades no pequeno terreno do produtor rural, levando a eletrificação trifásica, levando equipamento. E eu ficava me perguntando, quando um neurologista uma vez me visitou e disse: “você não tem um pouco de recurso da agricultura para a saúde”?

Não vou repetir, pois os colegas disseram muito bem, mas acho que o grande problema é o valor que damos à vida no Brasil. Vamos lembrar o caso da meningite de 1974. A única política pública que há no País que pega do bilionário ao pobre, a única, é a vacinação. Não há outra, não existe outra. A educação avançou muito, mas ainda precisa chegar mais.

E aí? Por que chegou? Lembram-se da meningite, que estava comendo feio na periferia de São Paulo? Quando chegou lá no bairro dos milionários, no regime militar ainda, no PIB se fez uma política que virou exemplo no mundo.

Enquanto houver pessoas morrendo que não são as que estão muitas vezes no comando, essas coisas vão acontecendo. Quando se discute a defensoria pública, é a mesma coisa. Eles vão defender quem? Os pobres. É o valor da vida.

Aí acho que o diagnóstico já foi dito. Temos um problema de financiamento crônico nunca resolvido por nenhum governo. Temos um problema de gestão. Temos experiências boas e ruins, mas a falta de dinheiro, de verba quase elimina todas as boas.



Então, acho que essa questão do recurso é fundamental.

Por último, para fazer uma provocação, mas, na verdade, mais para perguntar. A Procuradoria da República do Distrito Federal tem uma ação civil pública na V Vara — não sei se V.Exa. tem conhecimento —, do Peterson de Paula Pereira, em que denuncia na ação civil pública o contrato da UnB com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, dizendo que essa é inconstitucional porque atravessa a autonomia universitária. O senhor tem conhecimento dessa ação?

Depois, não estou vivenciando, Darcísio Perondi, muito de perto a questão da saúde, como já vivenciei no passado. Mas sei que a UFMG e a UFRJ não assinaram, e me pediram, na semana passada — no dia procurei-o, Perondi, mas não consegui falar com V.Exa., e falei com o Deputado Eduardo Barbosa, da Comissão de Saúde, o mineiro —, uma discussão sobre a autonomia da gestão do hospital e sobre essa empresa brasileira que cuida da gestão dos hospitais.

A opinião deles, pois eu não estou vivenciando o trabalho no hospital, é de que isso não vai resolver o problema da gestão dos hospitais. Eles querem inclusive debater isso aqui. Quero saber de V.Sa., Sr. Hervaldo, se o doutor conhece essa ação contra o contrato da UnB com a EBSEH.

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

Há perguntas. Essa do internauta eu vou passar ao Dr. Júlio. O Cesar Colnago fez pergunta à OAB. Eu farei uma ao Dr. Geraldo: o problema do SUS não é falta de médicos? Depois o senhor responde.

Tem a palavra o Deputado Osmar Terra, outro com experiência. Esta Comissão está consistente. Há estudiosos e há profissionais que passaram pela dureza do financiamento, tanto na gestão pública quanto na gestão filantrópica. Isso dá consistência. O Deputado Osmar Terra está numa cruzada apostólica para que nós possamos ter uma lei antidroga melhor, o que vai precisar do SUS como nunca. Às vezes, fico preocupado: será que haverá vaga?

O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA - Deputado Darcísio Perondi, eu peço escusas, desculpas por não ter estado antes nesta Comissão. Eu o estava representando numa reunião da bancada do PMDB; então, não pude estar aqui.

De qualquer maneira, pode ser até que eu fale alguma coisa e pegue o bonde andando.



Eu queria manifestar a minha preocupação maior nesta Comissão sobre a questão do financiamento do SUS no seguinte aspecto. Nós estamos vivendo um ciclo. Nós estamos, na verdade, numa outra era do SUS. A era inicial do SUS foi uma era de muita mudança. Nós tínhamos um corpo médico — falando dos médicos —, que era um corpo federal, estadual, cedido pelos Municípios, que pouco contratavam; trabalhavam muito com os quadros que eram cedidos e não gastavam com o salário desses profissionais. Isso está terminando, esse ciclo está terminando, porque todos os profissionais médicos, praticamente, que eram cedidos estão se aposentando.

Então, isso coube aos Municípios, com pouquíssimos recursos federais, porque o Estado, o Governo Federal, dá uma ajuda irrisória para as equipes de saúde da família. Os Municípios têm que contratar profissionais, que são precários e que estão pedindo um salário maior, até porque vão se aposentar com 3 mil, 4 mil reais, quando se aposentarem.

E não há uma carreira. Na verdade, o grande nó górdio do Sistema Único de Saúde é cortar essas amarras e criar uma carreira, combinado com pacto com os profissionais, com salário digno, para que os profissionais que vão para a atenção básica possam se dedicar a ela, e os outros profissionais tenham uma remuneração por prestação de serviço minimamente adequada, nos moldes de uma UNIMED.

Eu já conversei com o Deputado Perondi sobre isso também, e falei com o Júlio. O nó é esse. O nosso problema não é mais construir postos de saúde. Neste momento, tem que haver médico nos postos existentes. Este é o problema: eles não têm médico.

Em Santa Rosa, cidade da qual fui Prefeito, nós criamos um sistema de saúde considerado um sistema de referência. O Prefeito inaugurou 4 postos de saúde e em nenhum há médico, e isso no último ano de eleição. E ele perdeu a eleição, até por isso, por essa dificuldade operacional.

Então, eu acho que nós estamos vivendo um momento em que a população está desamparada. Não entram profissionais novos no sistema, e o Ministério ainda aceita fazer coisas que para mim são de altíssimo risco; ou seja, reduzir a carga horária dos profissionais para tentar mantê-los no sistema. Nós sabemos que, quando se reduz a carga horária de um profissional, seja médico ou qualquer



profissional, ele acaba usando aquele emprego como um bico e não como um emprego a que ele vá se dedicar. Então, ele vai trabalhar um número de horas mais reduzido ainda do que está previsto. O Governo vai fingir que paga, e ele vai fingir que trabalha. Ele não vai fingir que trabalha; ele vai atender, mas com medo de não ter precisão no diagnóstico. E vai fazer uma montanha de pedidos de exame, o que vai sobrecarregar o sistema todo também. E vai ser um profissional que vai sair muito mais caro caso ele fosse contratado em tempo integral, com dedicação exclusiva, com salário digno com o qual ele pudesse se aposentar.

O segredo para mim de segurar o profissional na atenção básica é ele ser servidor público e poder se aposentar com o salário. Em Santa Rosa, nós fizemos isso, embora estejam achatando salários agora, nos últimos anos. Mas quando eu fui Prefeito, de 1993 a 1996, havia dedicação exclusiva. Era de 30 salários mínimos o salário do médico. E ele se aposenta com esse salário porque aquela é uma autarquia pública.

Eu não estou querendo botar a Santa Rosa como exemplo para nada, até porque não está funcionando; estão achatando os salários e não está aparecendo ninguém para fazer concurso. Mas o que eu estou querendo dizer é que o Ministério tem uma tarefa histórica neste momento, qual seja, de reverter esse ciclo descendente do Sistema Único. A população está cada vez mais desassistida — e quem diz isso não sou eu; são as pesquisas que o Governo faz. Qual é a pior avaliação do Governo? É a saúde. E longe, longe... Setenta e tantos por cento das pessoas avaliam mal a saúde. Por quê? Porque elas estão desamparadas. Eu andei na campanha eleitoral de casa em casa, visitando o meu Município, João Ananias, e outros, e a população completamente desamparada — espera de 4 anos para fazer uma cirurgia de vesícula, meses para se ter um médico no posto, atendendo, ou para conseguir uma consulta no posto. Filas 3 dias antes, na porta do posto, para tentar conseguir uma consulta. Isso está explodindo com o sistema, está desmoralizando o sistema público. E, aí, quando se precisa de um especialista, então, é um Deus nos acuda!

Então, eu acho que, resumindo a minha preocupação, o Ministério tem que urgentemente estabelecer a carreira, fazer um concurso nacional — isso não é centralização. Ele tem de fazer um concurso nacional, definir o salário, ter dedicação



exclusiva dos profissionais, regionalizar o concurso, para que seja por regiões, e ceder esses profissionais aos Municípios, que estão gastando o que não têm para contar com um profissional médico — e este ainda fica com medo de ir, porque não tem garantia nenhuma. Agora, se ele for um servidor público federal, com carreira, com aposentadoria, com um salário digno, ele vai. Aí, ele vai fazer o concurso. É questão de mercado de trabalho. Nós estamos num país capitalista. Se eles não criarem um mercado atraente dentro do SUS, nós não vamos ter os profissionais. Não adianta! Não adianta querer reformar. É ridículo fazer faculdade nova de 40 alunos para dizer que se está arrumando médico. Eu acho que é uma posição muito errada. Muito errada! E não estou fazendo defesa corporativa, não. Esses 40 médicos vão trabalhar para a Universidade de Passo Fundo — agora criaram uma universidade federal, lá em Passo Fundo, para uma turma de 40 médicos. É uma fortuna para montar uma faculdade dessas! Imaginem o que não custa uma faculdade de Medicina! Tem que ter doutor, pós-doutor; tem que ter laboratórios de anatomia, bioquímica... É uma estrutura gigantesca para formar 40 profissionais que não vão trabalhar no SUS, porque, se continuar essa oferta de salários e esse pagamento de serviços — o valor da prestação de serviços —, eles não vão mesmo.

Eu acho que o Governo tinha que fazer um grande pacto com os profissionais — todos os profissionais; não só os médicos —, e estabelecer o que é uma carreira, garantir isso para quem atende na atenção básica e na especialidade, na área hospitalar. Tem que garantir um valor mínimo de prestação de serviço, que seja uma tabela próxima ao que hoje é a UNIMED ou alguma coisa parecida com isso, principalmente para baixa e média complexidade.

Eu acho que essa é a saída, e isso custa dinheiro. Aí, nós vamos voltar à nossa luta, e a do Deputado Darcísio Perondi, como Presidente da Frente. Isso vai aumentar no mínimo uns 30% o orçamento de hoje — é a estimativa que eu faço. Mas resolve o problema da população. Afinal, estamos aqui para fazer pirotecnia ou para resolver o problema da população? Acho que temos de resolver o problema da população. “Ah! — dizem — *Mas vai faltar médico.*” Com um mercado atraente, nós vamos saber se está faltando ou não. Se estiver faltando, Dr. Geraldo, vamos aumentar as vagas nas faculdades que já existem. A minha turma da Federal do Rio de Janeiro, onde me formei — UFRJ, a última turma da Praia Vermelha, era formada



por 300 alunos. Hoje as turmas da Universidade Federal do Rio de Janeiro são de 150. Por que não podem aumentar de novo as vagas da universidade federal? O custo é imensamente menor. Para aumentar 40 vagas eles não gastariam 1 centésimo do que se está gastando para fazer essa faculdade em Passo Fundo.

Então, eu acho que antes de aumentar vagas e pressionar na formação de mais profissionais, tem-se que, primeiro, combinar com os cursos — sentar e combinar o que vai ser feito. Tem de haver um pacto. Há pacto de saúde, pacto de gestão, pacto de não sei o quê. Vamos então fazer um pacto de profissionais. Hoje o problema da saúde pública e do SUS é de recursos humanos, em primeiro lugar; em segundo lugar, recursos humanos; em terceiro lugar, recursos humanos; em quarto lugar, recursos humanos! Não adianta mais ficar construindo postos de saúde. Essas UPAs vão ficar vazias. Quero dizer que, para se fazer funcionar essas UPAs, vai demorar muito, porque não há profissional, isso pelo salário que estão pagando e pela falta de perspectiva de carreira. Não há perspectiva de carreira dentro do sistema.

Era isso.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Doutor, começou a votação nominal no plenário. Então V.Exas. podem ir lá para votar, que eu os espero. Realmente, eu os espero. Corro o risco de votar e, depois, de não voltar. Eu recupero a falta! (*Risos.*)

Vamos continuar.

Dr. Júlio, o senhor já tem a pergunta do internauta, e eu vou avançar mais: o Governo, as Santas Casas, conseguem esperar a votação de um novo financiamento, ou elas vão piorar ainda este ano? O quadro é de emergência em relação às Santas Casas, maiores parceiras do SUS, ou não?

O SR. JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Deputado Perondi, no dia 8 de abril, nós fizemos em todo o País um dia de alerta nacional aos gestores e à sociedade. E praticamente todos os Estados brasileiros de alguma forma se manifestaram sobre isso, exatamente porque é uma questão de emergência. E nós estamos com um pleito já encaminhado ao Ministro da Saúde, desde o ano passado, inclusive pleito esse que tem uma substância e uma base importante a partir de um relatório da Subcomissão de Seguridade Social. Estamos pedindo,



emergencialmente, como uma medida de sobrevida imediata, 100% de reajuste na tabela do SUS para média e baixa complexidade — emergencialmente. E essa média e baixa complexidade, eu disse e vou repetir, corresponde a mais de 80% de toda a assistência que prestamos. Isso significa para a União um impacto de 6,8 bilhões/ano, mas que não é absolutamente nada para quem tem um orçamento federal superior a 1 trilhão de reais; ou até mesmo a desoneração na área de telefonia, há bem pouco tempo, também feita pelo Governo Federal, superior a 6 bilhões de reais.

Então, Deputado Perondi, essa é uma medida emergencial pedida ao Ministro da Saúde, que tem sensibilidade — tem sensibilidade —, mas que não tem base orçamentária para isso. Por isso é que nós estamos pedindo a interferência da Presidenta Dilma neste assunto, porque, na área econômica do Governo, nesta, sim, não há sensibilidade. E nós estamos convocando a sociedade brasileira para que ela assuma o seu papel de defesa do Sistema Único, antes de mais nada entrando em contato, ligando, passando *e-mails* ao Ministro Mantega, à Ministra Miriam Belchior, ao Ministro Padilha, à Presidenta Dilma. É a forma de a sociedade exercer o seu papel de cidadania na defesa do seu sistema de saúde.

Então, Deputado Perondi, essa é uma necessidade emergencial. Se isso não vier, não tenha dúvidas de que nas próximas semanas, nos próximos meses, nós teremos paulatinamente mais e mais hospitais fechando, como já foi dito aqui — 46 no Ceará, 14 no Estado do Rio Grande do Sul... E, se não são, em alguns casos, prefeitos que intervêm e de alguma forma tentam manter essas organizações, a situação já estaria muito pior do que isso.

Então, não há outro remédio. É uma medida emergencial. E tem, depois disso, uma série de outras revisões na tabela, que também são de fundamental importância. Há toda a área ambulatorial que tem de ser tratada; tem toda a parte de revisão dos SADTs, que já foi também aqui apontada; tem toda a questão do relacionamento com os profissionais médicos, que tem de ser definitivamente resolvida. Estão passando a responsabilidade do relacionamento do médico para o hospital, abandonando-se aquilo que sempre foi uma tradição no SUS, que é a vinculação direta do profissional com o próprio Sistema. Estão fazendo isso



generalizadamente no País. Isso também tem que ser resolvido. Como há uma série de outras medidas que precisam ser atacadas também emergencialmente.

A pergunta do internauta, Deputado Darcísio Perondi: *“Qual montante da renúncia fiscal que beneficia o setor?”*.

Todos os senhores sabem que nós somos imunes com relação a impostos e isentos com relação a contribuições sociais. Essa imunidade e essa isenção, a cada ano, no País, conjugados os 2.100 hospitais, significam 2 bilhões e 100 milhões de reais. Esse é o benefício fiscal que temos. O déficit que hoje citei aos senhores é de 5 bilhões e 100 milhões a cada ano, mas que seria de 7,2 bilhões se nós não tivéssemos essa isenção. Então, é de 2 bilhões e 100 milhões o benefício fiscal, que já está deduzido no custo que aqui nós apresentamos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito bem.

Só para fazer um adendo: há essa isenção, de 2 bilhões e 100 milhões. Se não houvesse, iria para 7. Mas há uma pergunta que eu me faço: as Diretorias dos hospitais filantrópicos não recebem pró-labore, e é crime se receberem. É crime; e perdem também toda a isenção. Agora, é preciso a gestão se profissionalizar porque o administrador tem que ganhar muito bem.

Eu não sei, Dr. Júlio, se o movimento filantrópico hospitalar teria crescido tanto no País — não só o hospitalar, porque, em qualquer movimento filantrópico, os responsáveis que assinam não podem receber —, se nós teríamos esse número de hospitais filantrópicos, Santas Casas, no Brasil, se as diretorias fossem remuneradas. Porque aí não haveria o voluntariado. Eu acho que o voluntariado, a solidariedade move o mundo também. Olha, não sou padre nem sou pastor; sou até politeísta. Eu não sei se nós teríamos esse movimento... Eu acho que fazer o voluntariado é um exercício pleno de cidadania, como diz Peter Drucker, um grande consultor mundial. Eu não sei se haveria, não sei.

Então, não é porque elas estão ganhando isenção, o que eu ouvi muito ao longo de 30 anos em que estamos nessa luta. Eu não era Deputado ainda, e ouvia o pessoal da Receita dizer isso. Eles estão mais calmos agora. Mas nós enfrentamos muito isto: *“você aí estão dando prejuízo...”*.

Está fechado isso?



Chegou o Deputado Cesar Colnago, que fez a pergunta ao Hervaldo, que está com a palavra para responder.

O SR. HERVALDO SAMPAIO CARVALHO - Conheço, sim, Deputado.

Na verdade, o Ministério Público questiona 3 aspectos básicos não só do contrato da UnB com o EBSEH, mas em relação a outros contratos também.

No primeiro, ele se refere à constitucionalidade da EBSEH. Pela minha formação, eu não poderia responder sobre isso. Mas a CGU e outros órgãos de controle já se manifestaram favoravelmente à constitucionalidade da EBSEH. Esse é o primeiro aspecto.

O segundo aspecto está relacionado à autonomia universitária.

Dentro do processo de contratação da EBSEH, o primeiro passo é o da adesão à EBSEH. Essa adesão, na maioria dos hospitais universitários, passa por um órgão máximo de decisão dentro da universidade, que é o CONSUNI. Após diversas discussões, o CONSUNI, que tem representatividade de todos os níveis de conhecimento da universidade, com todas as categorias, seja de professor, seja de funcionário, seja de estudante, decide se permite a adesão da universidade à EBSEH. Isso representa o poder de decisão dentro da universidade, com a influência de todas as suas atividades representativas.

E todas as universidades, as 29 que aderiram, fizeram-no com o consentimento público de todos os segmentos da universidade. Então, esse é o segundo aspecto.

E como um órgão de fora questiona a autonomia se a própria universidade e todos os seus segmentos decidiram pela adesão à EBSEH? Essa é a primeira visão do aspecto.

A segunda visão: existe um espectro de situações dos hospitais universitários hoje. Existem hospitais universitários, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que já têm uma fonte de financiamento bem definida há muitos anos e que funcionam muito bem por isso. Fiquei feliz em saber que o Hospital Federal do Rio Grande do Norte também tem uma fonte de financiamento definida. Mas essa não é a realidade da maioria dos hospitais universitários, que não têm fonte de financiamento definida.



Então, o que eu pergunto é: que autonomia eu tenho se não tenho o poder de escolha porque não tenho dinheiro?

Na verdade, pode-se questionar a EBSERH. Mas é preciso fornecer outra fonte de financiamento definitiva para os hospitais universitários. Eu, Hervaldo, estou há 20 anos dentro do HUB, e não fui apresentado a nenhuma.

Na verdade, nós precisamos é resolver o problema de ensinar bem e atender bem. A fonte que o Governo propôs é a EBSERH, e nós assinamos o contrato com a EBSERH. E até agora essa foi a única maneira que nos ofereceram de melhorias para o nosso hospital.

Para o senhor ter uma ideia, Deputado, nos últimos 5 anos houve investimentos de 1 milhão no nosso hospital para compra de equipamentos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - V.Sa. diz 1 milhão?

O SR. HERVALDO SAMPAIO CARVALHO - Um milhão, 1 milhão...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Aqui, do HUB, da UnB?

O SR. HERVALDO SAMPAIO CARVALHO - No Hospital da UnB... Todo mundo acha que...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Que reitores fracos!

O SR. HERVALDO SAMPAIO CARVALHO - Nos últimos 6 meses, nós tivemos investimentos em torno de 9 milhões.

Então, o que eu posso falar para o senhor é o seguinte: que estou no dia a dia do hospital vendo faltar remédio, vendo faltar equipamento para se fazer um exame de que o paciente precisa, vendo faltar o recurso humano de que o hospital precisa para atender melhor o paciente... E o Ministério do Planejamento, há uma semana, autorizou a contratação de 1.450 novos funcionários para o hospital, baseado em concurso público, coisa de que há 20 anos nós estávamos precisando. Há 20 anos, o Hospital Universitário tem contratos precários, assim como a grande maioria dos hospitais universitários. E onde apareceu a solução? Nunca apareceu essa solução.

Então, se eu coloco que nós éramos cãozinhos sem dono e que agora se apresentou um dono para esses cães, essa é a realidade. Não há nenhum outro dono se propondo a assumir o financiamento definitivo dos hospitais universitários.



Eu não posso ser contra o EBSERH, Deputado. Eu tenho que ser a favor de uma solução que o Governo propôs, para que a gente continue sendo 100% SUS, atendendo e ensinando da melhor maneira possível.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito bem.

Vou só fazer uma observação. Eu vivi, e há mais pessoas que viveram... O TCU colocou a faca no pescoço das fundações dos hospitais universitários no Brasil inteiro, que, para se sustentarem, criaram o sistema de fundação. Haveria a demissão de uns 30 mil funcionários, e os prazos já tinham vencido, ou sido renovados, e o TCU definiu. Foi no fim do Governo Lula. Aí o TCU apertou mesmo!

Eu fiquei surpreso com a forma que o Governo apresentou, de criar uma grande estatal de recursos humanos. Eu confesso que eu me assustei com o gigantismo.

Eu concordei em engolir isso porque o Governo não trouxe alternativa. E veio uma coisa...

Aliás, o nosso Governo — aqui é uma casa política, e posso dizer isto —, o nosso Governo do PT e PMDB, Deputado Osmar Terra e Deputado Colbert Martins, está na quinta estatal em 2 anos. Mas a EBSERH ainda foi criada no fim do Governo Lula. Foi uma alternativa para salvar 30 mil empregos.

Eu duvido de que esta seja a panaceia para se resolver, talvez, com a volta da discussão da fundação estatal de direito privado, o que também é contestado. Seria assim: fundações menores. E, como os hospitais universitários já têm *expertise* com o tipo de fundação, seria feito assim. Mas nós não conseguimos passar isso. E também há a questão da constitucionalidade. É só fazer essa observação.

Dr. Geraldo, houve perguntas para o senhor. Uma delas é minha. Eu não me lembro se foi de alguém mais. Ajudem-me. Acho que não. Quero saber se o senhor evitou falar desse mantra que se repete no Brasil — um deles se criou no nosso Governo, no Governo que apoiamos, Deputado Colbert, Deputado Osmar Terra. É mais um. Enfim, há dinheiro, e falta gestão.

O Dr. João Ananias foi genial e corajoso: “*É uma conduta repetida falaciosa, mentirosa e sórdida*”. Sórdida. Ainda no Governo Lula, tínhamos espaço para falar



com ele e tentar avançar, mas, no nosso Governo agora, não estamos tendo, nós não estamos tendo. Refiro-me a este mantra: falta gestão e não recurso.

Outro mantra do nosso Governo, do PT e do PMDB: falta médico, falta médico. O senhor não passou por isso, meu Líder. Eu sou sindicalista. Estou há 20 anos fora da minha atividade de médico, mas continuo pagando a minha mensalidade sindical direitinho. Direitinho. O senhor não tocou nesse ponto. Eu queria que o senhor se manifestasse sobre isso — ou não, de repente o senhor concorda.

O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - A questão dos recursos humanos é uma das divergências que temos com o Governo, com o Governo Federal, tanto com o Ministro Padilha quanto com a Presidente Dilma, que, aliás, recebeu com muita cortesia as entidades médicas na reunião que tivemos. A afirmação de que o Brasil tem poucos médicos, feita sistematicamente pelo Governo, é contestada pelas entidades médicas. Na verdade, ela não é aceita.

Os estudos de demografia médica apresentados recentemente pelo Conselho Federal de Medicina mostram que existe no Brasil, hoje, 1,9 médico para cada mil habitantes. Segundo o planejamento do Governo, o objetivo é que haja, em 2020, 2,5 médicos para cada mil habitantes.

Os estudos mostram que, com o número de vagas abertas — nem é o número de faculdades abertas —, realmente, em 2020, esse objetivo será atingido. O Governo discorda disso. Mas, em algumas áreas urbanas, como Vitória, no Espírito Santo, a previsão é de que haja 15 médicos para mil habitantes. Vitória tem um dos maiores índices de médicos por mil habitantes.

Nós nos deparamos com esta questão: se há médicos suficientes, por que faltam médicos no serviço público, no pequeno Município? Isso foi apresentado. A própria Presidente disse: *“Por que o Município oferece 35 mil, e o médico não vai?”* Porque não oferece 35 mil reais.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Só uma observação. A Presidenta Dilma, do nosso Governo, resolveu ouvir a área médica. Precisa agora ouvir os outros prestadores de outras áreas. E ele esteve presente...

O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - Sim.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Ele está falando de informações bem quentes.

O senhor poderia até nos dizer, depois, qual foi a sua impressão.

O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - Sim, pois não.

Não oferecem 35 mil. Não é verdade. Podem até oferecer, mas para que o médico trabalhe 24 horas por dia, 7 dias por semana. É humanamente impossível! Um médico vai substituir o quê? Uma escala de plantão precisaria, em 1 mês, de nove médicos. Querem pagar 35 mil a um médico para que substitua nove médicos? É impossível. E, como se acaba de dizer, seria ilegal.

Então, esse é o outro ponto.

Qual é o retrato que nós temos? A necessidade de o poder público se aparelhar, como disse o Deputado Osmar, de um plano de cargos e carreiras adequado.

Eu queria até citar, Deputado Perondi, um caso gravíssimo de áreas em que a responsabilidade é do Governo Federal. A Federação Nacional dos Médicos foi convocada por economistas e por ambientalistas para essas áreas de extrativismo, áreas de ribeirinhos, na Região Amazônica, onde não há assistência médica. Efetivamente não há. A situação é aquela, constroem-se postos, mas não há os profissionais para prestar assistência. E essa é responsabilidade do Governo.

O Governo considera a possibilidade de uma carreira médica nessas áreas. Então, eu até pediria a V.Exa. e aos outros que se juntassem, na tentativa de criar um embrião de carreira, mesmo que fosse nessas áreas, Deputado Osmar, para que, daí, possamos fazer a expansão para todas as áreas do País.

Já surgiram várias opções. A ideia de um plano geral custeado pelo Governo Federal enfrenta, por parte do Ministério da Saúde, algumas resistências — ele admitiu fazer em determinadas áreas. O retrato do Governo atual é o seguinte. O senhor deve ter tomado conhecimento de que os médicos federais sofreram uma tentativa de assalto ao seu bolso. Houve a tentativa de se reduzir em 50% o salário dos médicos federais. Então, o drama que estamos enfrentando não se refere só à procura de remuneração mais justa, mas também à tentativa de se baixar o valor que atualmente se recebe. Nós estamos vivendo um momento muito dramático.



Qual é a receita do Governo, Deputado Perondi? Abrir o mercado brasileiro — foi o motivo dessa segunda grande audiência que fizemos —, abrir o mercado brasileiro para os médicos formados na Bolívia, no Paraguai, em Cuba, etc., mas sem um processo de avaliação da formação do médico. Fazer isso é colocar o povo brasileiro em situação de risco. Nós não podemos aceitar que profissionais formados no exterior atendam, sem a devida avaliação pelos mecanismos formadores dos médicos brasileiros, a população. Nós correremos riscos; nós, a população brasileira, correremos riscos. Então, nós temos que preservar essa revalidação do diploma, porque, se assim não for feito, o povo brasileiro será colocado em situação extremamente difícil.

Com relação aos Prefeitos e Governadores de Estado, passamos também pela questão do financiamento da saúde. É preciso mais aporte de verbas federais. Com o PROVAB, o Governo — não sei se os senhores já têm conhecimento — está fazendo o seguinte: dá 8 mil reais aos Municípios para que recebam esses médicos recém-formados. E o Prefeito, quando recebe os 8 mil reais, demite o médico que estava sendo pago pela Prefeitura. Vejam o drama. Está provocando isso. Nós estamos recebendo essas denúncias atualmente. Vejam o drama. Aquele médico estava no Município há 5, 10, 15 anos...

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Está provado isso que o senhor está falando?

O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - Sim.

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Está provado.

O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - Está provado.

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Há essa esculhambação mesmo, é verdade.

O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - Os médicos, há 10 anos, estão sendo demitidos, substituídos por médicos recém-formados. Outra situação de risco.

Eu até escrevi um artigo nesta semana para um jornal local de Natal. Eu disse o seguinte: *“Quando não se sabe o que fazer, é melhor não fazer nada”*. O Governo precisa se cercar melhor, negociar mais com as instituições, não só médicas, mas da saúde como um todo, para não correr o risco de mexer muito no caldeirão e piorar as dificuldades já existentes.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu vou insistir, mas o senhor tem toda a liberdade. Fale um pouco sobre como foi sua audiência com os outros líderes e com a Presidenta Dilma, porque do Palácio não saiu nada. E nós médicos, nós defensores do SUS, Deputados e assessores, ficamos curiosos. Então, como foi? Ela enxerga o SUS?

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Deputado Perondi, antes que V.Exa. conclua essa pergunta tão importante, para que conheçamos a intimidade do Palácio, nós que nunca mais fomos lá — não tenho mais o menor conhecimento daquilo, porque nunca mais fui lá —, gostaria de dizer que o Governo pretende importar 60 mil médicos. Essa é a meta. Nós discutimos, Deputado Perondi, com o Ministro Padilha esse assunto na reunião. São 60 mil médicos. Vai começar com 5 mil, algo pequeno. Essas pessoas vão passar 3 anos nas regiões para onde devem ir e, depois, saem de lá já com carimbo no diploma, podem ir para qualquer canto. Seria suprida essa questão da avaliação, que nós médicos que formos para qualquer lugar do mundo temos que fazer, senão não passamos.

São, portanto, 60 mil médicos. O Governo está com uma historinha de 5 mil. Não são 5 mil, não; 5 mil são somente para o começo. É como aquela história do elefante. A tromba passou com 5 mil, a orelha depois vai com 60 mil médicos, que é o planejamento referente aos próximos 10 anos.

O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Antes de o Dr. Geraldo falar, queria também fazer só uma pequena observação, uma pequena correção.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Depois ele responderá a todos.

O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Fui visitar o serviço da Marinha relativo aos ribeirinhos. A Marinha, muitas vezes, investe no seu próprio barco, e o SUS não paga, só remunera o serviço com base naquela tabela do Serviço Único de Saúde. Eles reclamam do baixo financiamento do SUS para a Marinha — é do Governo Federal —, que faz um excelente trabalho.

Eu fui lá pessoalmente, fiquei lá um dia todo para assistir àquilo, porque acho que, para ser Deputado Federal, não se pode conhecer só Vitória, no Espírito Santo, que tem essa relação de 15 médicos. Eu sou médico, sou de lá. Fui ver um trabalho magnífico, que, evidentemente, não atinge todos os ribeirinhos, mas eles têm uma



grande cobertura nesses navios, em que há laboratórios, equipamentos de raios X, além de outros. Eles se queixam também do financiamento por parte do SUS.

Quanto a essa discussão sobre trazer médicos de fora, vamos ver se vem algum europeu, algum norte-americano. Vamos ver quem eles vão importar.

O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - É a questão deste sistema de mutirão, o barco passa e atende uma vez por semana, seja como for. Realmente isso existe, mas há uma demanda da população local muito grande por assistência permanente. E o relato que recebemos é realmente sobre mortes por picada de cobra, às vezes picada de escorpião, coisas dessa natureza, situação que é realmente triste.

Deputado, a audiência com a Presidenta já vinha sendo pleiteada há algum tempo pelas entidades médicas, porque há problemas relacionados a abertura indiscriminada de faculdades — isso tem acontecido —, formação, vamos dizer assim, suspeita. Há faculdades sendo abertas em locais em que não há hospital. Qual é a qualidade do ensino? É muito difícil. O que eles fazem então? Fazem convênio com o serviço público, com essa estratégia do Saúde da Família, com hospitais municipais, etc. Vão os estudantes para lá, e os médicos não querem ensiná-los, porque não são professores ou não sabem ensinar. Não é o papel deles. Eles são profissionais preparados para fazer atendimento. Por outro lado, a Prefeitura ou o Estado quer aproveitar o estudante como mão de obra.

O problema, então, passa pela questão do recém-formado, do PROVAB, que está sendo levado precocemente para atender a população, substituindo médicos que têm, às vezes, 5, 10 anos de experiência.

A Presidenta, na verdade, convocou a reunião. Já havia o pedido, mas intermediado pelos médicos de São Paulo que atenderam ao Governo. Eles intermediaram. Eu diria o seguinte: foi uma boa reunião. É claro que há pontos de divergência, particularmente nessa questão de faculdades de Medicina, em que a posição do Ministério da Saúde — estava presente o Ministro Padilha — é de que realmente é preciso aumentar o número de vagas, é preciso ampliar a oferta de profissionais ao mercado.

Por trás disso tudo, também, há a questão dessa importação de médicos, a que reagimos. Não é propriamente a importação, embora eu ache que deveríamos até reagir a ela, porque o mercado dos outros países não é aberto para nós dessa



maneira, não. Quem quer trabalhar lá não basta ir, não. Mas até as entidades médicas têm tomado a posição de que, se eles fizerem o REVALIDA e passarem, não há problema de a população brasileira ser por eles assistida.

Conversou-se sobre a carreira médica. Foi crucial. A Presidenta perguntou o que seria um salário para o médico: *“Vocês querem ganhar quanto? O Município oferece 30 mil reais, e vocês não vão”*. Não, para a carreira médica, a proposição é a faixa de 18 mil a 20 mil reais. Essa é a proposição. Com isso, nós temos a convicção de que não faltaria médico em lugar nenhum, não. Agora, falamos de médico com carga horária normal, de 40 horas, com direito a férias, com direito a décimo terceiro, com direito a afastamento por doença, protegido pela legislação trabalhista, pelo Regime Jurídico Único ou pela CLT, não estamos falando de sistema de enganação.

Por exemplo, o Presidente do Conselho Regional do Rio Grande do Norte foi trabalhar no Maranhão, com a promessa desses salários magníficos, quando ele se formou, há uns 15 anos. E de lá ele teve que sair fugido, à meia-noite. Com 3 meses de salário atrasado, ele dizia que ia embora, e o Prefeito o ameaçava. Não são reais, portanto, esses salários maravilhosos que são apregoados.

Nós tocamos muito no assunto dos hospitais de urgência e emergência, para o que eu chamaria a atenção desta Comissão também. Trata-se de máquina de violação dos direitos das pessoas. A cada visita que fazemos a esses hospitais, ficamos muito constrangidos. São pacientes sem privacidade, expostos nos corredores, sem os equipamentos adequados. O retrato é o mesmo em Mato Grosso, no Rio Grande do Norte, em Goiás: falta de vagas em UTIs, unidades improvisadas, pacientes que morrem quando poderiam ser salvos. É muito difícil.

Pedimos uma solução para essa área de urgência e emergência...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - E ela?

O SR. GERALDO FERREIRA FILHO - O Ministro Padilha estava ao lado dela. Quanto a essas questões, ela se referiu especificamente nesses termos. O que foi que a Federação Nacional dos Médicos pediu? Primeiro, reequipamento e reestruturação dos hospitais de urgência e emergência do Brasil todo, um reforço financeiro para essas estruturas. Segundo, um plano de cargos e carreira adequado para os médicos federais. Terceira questão pontual, específica: gratificação dos



médicos federais do Brasil como um todo, que foi congelada. Hoje a gratificação dos médicos é menor que a das outras categorias.

Ao final da audiência, ela especificamente disse: *“Olhe, em relação aos pleitos do senhor, no caso da Federação Nacional dos Médicos, eu solicito a Padilha que faça os encaminhamentos”*. Eu acho que foi uma audiência razoável. Ela assumiu o compromisso de que, quando tomasse uma decisão acerca da importação de médicos para a condução do processo de saúde, chamaria novamente as entidades médicas, para fazer o comunicado. Esse foi o final da nossa reunião. Ela foi muito gentil, muito cortês, muito atenciosa. De fato, houve muita civilidade no encontro.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Sinaliza bons ventos. A esperança é que move a humanidade. Sinaliza bons ventos.

Mais alguma pergunta? Vamos encerrar a reunião. *(Pausa.)*

Quero agradecer a toda a assessoria, aos colegas.

Eu vou falar durante 2 minutos só. Eu concordo com quase tudo o que foi dito aqui. Um: a questão da saúde é recurso; a gestão vem junto. Eu li nota da OMS em que se diz que a gestão pode melhorar 10%, 15%, 20%, mas é recurso.

Dois: não há uma atitude governamental em relação à saúde como há para a educação, que vai mal também, mas há uma atitude nessa área. A educação está muito no ensino superior. Está muito no ensino superior a educação brasileira — isso é grave —, mas há uma atitude firme do Governo em relação ao Ministério da Educação, esquecendo os hospitais universitários. Parece que eles nem integram... Aliás, o Ministério da Saúde está financiando boa parte.

Três: uma questão para que os senhores reflitam. Eu vou discutir depois, na próxima reunião, a possibilidade de trazer alguns economistas aqui, Deputados Raimundo, Colnago, Osmar. Quero trazer alguns economistas que sejam neutros, podemos trazer um economista ligado ao Governo, outro que lhe faça oposição, para se discutir a política macroeconômica do Governo nos últimos 6 anos. O que implicou o orçamento federal que conhecemos? Existem orçamentos paralelos, que é o orçamento do Banco Central, das nossas reservas cambiais lá fora, que desconhecemos e que consomem, por ano, mais ou menos 60 a 70 bilhões.



Só as nossas reservas cambiais lá fora custam de 60 a 70 bilhões de reais, porque o Governo emite Letras do Tesouro a 10%, 11%, em média, e recebe a remuneração da poupança lá fora de 1%, 1,5% ao ano. Toda poupança é necessária. A China tem, eu acho, 2 trilhões de dólares de poupança lá no banco federal.

Outra questão: custo da seleção de um pequeno grupo de empresas. Eu vou repetir sempre isso. Houve seleção de um pequeno grupo de empresas brasileiras e de empresas multinacionais aqui radicadas, nos últimos 4 anos, e o BNDES fez o repasse com juro quase equivalente ao do PRONAF, juro negativo, o que também representa um custo altíssimo para o Tesouro, porque esse dinheiro não é da poupança, esse dinheiro é de venda de títulos.

E há também o que custou toda a maquiagem contábil que o Governo fez no fim do ano para passar ao mundo que existe superávit primário — aqui também isso pode ser discutido, mas não como o Governo fez. Isso tem um custo impressionante.

Vamos discutir isso depois, na próxima reunião. A ideia é trazer esses economistas, para que digam se o Governo abriu mão de 42 bilhões de reais em desoneração no ano passado. Mantega disse que vai chegar a 60 bilhões neste ano. Para o ano que vem, falam em 75 bilhões em desoneração. Não discuto o mérito. Dá para discutir o mérito, pois não teve efeito porque a inflação está chegando. Quer dizer, não houve efeito. Agora não houve efeito.

Estou dizendo isso para começarmos a refletir. Nós, Deputados Colbert, Osmar e Perondi, do nosso Governo, do PT, do PMDB e de outros partidos menores, temos que discutir essa questão, mas isso mostra, em primeiro lugar, que não existe atitude. Segundo, atitude altamente generosa, e discutida, no sentido de que está havendo dinheiro. Abre-se mão com pesadas renúncias fiscais em nome de um crescimento do PIB.

Então, sobre isso nós temos que começar a refletir, porque esse é outro mantra. Precisamos enfrentar esse mantra segundo o qual existe dinheiro de sobra e somos maus gestores.

Está aqui o que faz uma Santa Casa, o que faz um hospital universitário, o que faz um Prefeito.



O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Mas Santa Casa não cuida de boi. O Friboi teve esse benefício. O Grupo Votorantim teve esse benefício. Está certo? O Pão de Açúcar teve esse benefício. Agora, eles mexem com boi, eles não mexem com gente. Desculpem-me a expressão.

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - O Grupo EBX vai ter agora também. Pode ficar tranquilo. Dinheiro existe.

O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Também vai ter. Quer dizer, esses têm. Na verdade, dinheiro existe. Há uma sangria danada do BNDES, porque capta no mercado.

Parabéns a V.Exa., que está estudando muito Economia e está dando aula.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Não. Não estou, não.

O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Mas é verdade. Com preocupação na área da saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Após estas duas intervenções, uma da Situação, do Deputado Colbert Martins, e outra da Oposição, do Deputado Colnago, vou encerrar a reunião, antes, porém, convoco reunião para o dia 7.

No dia 7, vou fazer propaganda. No dia 7, vamos trazer integrantes da academia, da área de financiamento. A discussão vai ser muito intensa.

Após essas palavras da Situação e da Oposição, encerro a presente reunião.