



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

CPI - PLANOS DE SAÚDE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 1087/03	DATA: 07/08/03
INÍCIO: 10h51min	TÉRMINO: 13h34min	DURAÇÃO: 02h43min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 02h43min	PÁGINAS: 50	QUARTOS: 33
REVISÃO: Patrícia Maciel, Paulo Domingos, Veiga		
CONCATENAÇÃO: Myrinha		

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
ERIMAR CARLOS BREHME DE ABREU - Representante da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas — CMB; DANTE ANCONA MONTAGNANA - Presidente do sindicato dos Hospitais, Casas de Saúde, Clínicas e Laboratórios de Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo — SINDHOSP; PAULO GILVANE LOPES PENA - Diretor do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego; MARIA LEDA DANTAS - Representante da Confederação Brasileira dos Aposentados — COBAP no Conselho Nacional de Saúde, Pernambuco.

SUMÁRIO: Esclarecimentos sobre a atuação dos planos de saúde relativamente a entidades filantrópicas, a prestadoras de serviços nessa área e a idosos e aposentados.

OBSERVAÇÕES
Transcrição <i>ipsis verbis</i> . Texto sem supervisão. Há falhas na gravação. Há intervenções inaudíveis. Há termo ininteligível. Houve exibição de imagens. Houve solicitação de retirada do texto de expressões anti-regimentais.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Bom dia aos nossos convidados que vêm hoje a esta CPI para contribuir com a investigação que fazemos a respeito do mercado de saúde suplementar, dos planos de saúde. Quero cumprimentar a assessoria da Casa que nos acompanha nesta CPI, cumprimentar os Deputados que já chegaram e justificar, perante todos vocês, aquilo que já é de conhecimento público. A Casa hoje funcionou e votou até as 4 horas da manhã, e portanto a maioria dos Deputados deve ter chegado a suas casas perto das 5h da manhã. Nós entendemos por bem manter esta audiência pública, porque já alguns convidados nossos já estavam em Brasília desde terça-feira, quando também não foi possível realizar a audiência, e pelo transtorno que seria alterarmos para uma outra data. Quero até consultar a nossa Secretária Carla se a *TV Câmara* foi convidada a acompanhar a nossa CPI ou se ela está em outra atividade. Se puder fazer um outro telefonema. Primeiro, quero tranquilizar a todos, porque mesmo com um *quorum* ainda não o mais adequado de parte dos Deputados, por esta dificuldade, é importante que todos entendam que os depoimentos aqui prestados são todos eles gravados, taquigrafados, fazem parte dos Anais da CPI e compõem todo o conjunto de informações da CPI. Portanto, nós não vamos perder nenhuma das informações que serão aqui colocadas pelos nossos convidados. Eu quero convidar para imediatamente compor a nossa Mesa, para iniciar a nossa audiência pública, atendendo aos Requerimentos de nº 45, dos Deputados José Linhares e Jamil Murad, nº 46, do Deputado Arnaldo Faria de Sá, nº 48, do Deputado Jamil Murad e nº 49, do Deputado Dr. Rosinha, o Dr. Erimar Carlos Brehme de Abreu, representante da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas — CMB, que vai contribuir conosco prestando esclarecimentos sobre a relação entre os hospitais filantrópicos e as empresas operadoras de serviços de planos de saúde. Convido também o Dr. Dante Ancona Montagnana, Presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo — SINDHOSP, que vai também prestar esclarecimentos sobre as relações dos planos de saúde com esses prestadores de serviços. Convido a Sra. Maria Leda Dantas, representante nesta audiência pública da Confederação Brasileira dos Aposentados e representante também da



Confederação Brasileira dos Aposentados, a COBAP, no Conselho Nacional de Saúde. Ela vai nos prestar esclarecimentos com especial ênfase na relação dos planos de saúde com os pacientes mais idosos, os aposentados, que é o cotidiano que ela acompanha. Convido o Sr. Paulo Gilvane Lopes Pena, que está chegando. A Secretaria nos informa que ele ainda não está aqui conosco. Vamos passar de imediato a palavra ao Dr. Erimar Carlos Brehme, em princípio pelo período de 15 a 20 minutos. A Mesa saberá compreender se precisar de tempo eventualmente maior. Bom dia, Dr. Erimar.

**O SR. ERIMAR CARLOS BREHME DE ABREU** - Bom dia a todos. Em nome do Sr. Deputado Henrique Fontana, gostaria de cumprimentar os demais Deputados. Eu estou falando em nome da Confederação das Misericórdias do Brasil, são as Santas Casas e hospitais filantrópicos. E a gente vem aqui trazer alguma coisa de experiência de uma instituição que está aqui no Brasil desde 1543. (*Exibição de imagens*). Próximo, por favor. A Santa Casa veio para o Brasil trazida por Brás Cubas. E Brás Cubas, em 1542, através da comunidade, conseguiu formar um grupo para constituir a primeira Santa Casa do País. E foi a Santa Casa que, a partir dessa comunidade, formou-se antes mesmo de existir o Município. Daí veio o nome da cidade de Santos, em homenagem à Santa Casa. E tão agradável o reconhecimento, que Dom João III já concedeu o primeiro privilégio às Santas Casas em 1551. O Conjunto atual, que nós mostramos agora há pouco, foi inaugurado pelo Presidente de Getúlio Dornelles Vargas em 2 de julho de 1945 e, à época, tinha capacidade de 1.400 leitos. As Santas Casas hoje têm 1.685 hospitais pelo Brasil, que são integrantes da rede SUS, conforme o próprio Ministério da Saúde, com base em estudos e através de universidades e do Governo. A importância numérica das Santas Casas, pela distribuição delas principalmente no interior, sendo que em quase 60% são o único hospital do Município. Por outro lado, os mesmos estudos mostram as dificuldades e o risco de muitos hospitais não sobreviverem. A gente apresenta alguma informação em termos numéricos. Hoje nós temos 450 mil leitos disponíveis ao SUS, dos quais cerca de 150 mil são responsabilidade dos filantrópicos. Hoje nós temos um número que vou informar para os senhores um pouquinho superior, porque a informação que eu tinha já tem uma pequena defasagem, mas a própria Confederação já mandou o material para os senhores



com alguns dados um pouco mais atualizados, que é: nós fizemos, em 2001, 4 milhões e 300 mil internações e mensalmente atendemos 9,5 milhões de usuários entre procedimentos e atendimentos médicos. E segundo a FIOCRUZ, a nossa localização predominante é de 81% no interior; 56% como o único hospital do Município; 42% em Municípios com menos de 20.000 habitantes e, na mesma mostra, 75% dos hospitais têm até 100 leitos, mas 42 têm menos do que 50 leitos. E 75% dessas instituições, por estarem em regiões do interior e cidades muito pequenas elas não têm mais do que 25% de leito/SUS. Da sua receita, 64% é proveniente do SUS. Particulares, Estados e Municípios, com as doações e as subvenções recebidas, hoje representam para a Santa Casa menos do que 1,6% da sua receita, e o déficit principalmente dos pequenos, nos últimos 3 anos, além de uma queda do faturamento (*falha na gravação*). Conforme informações do DATASUS, hoje nós fazemos 38% das internações no Brasil. Só que por eu ser do Estado de São Paulo e por ser mais fácil conseguir essas informações, no Estado de São Paulo nós temos 44 mil leitos disponíveis ao SUS, que representam uma disponibilidade de 48%. Em contrapartida, em 2002, nós fizemos 55% das internações, sendo que 37% foram atendimentos em alta complexidade. Isso que eu vou colocar é um pensamento nosso de como está se vendo a saúde no Brasil, desde as fundações das Santas Casas. Ao longo da nossa história, desde o descobrimento, jamais houve um investimento maciço na construção de hospitais, ou seja, a nossa rede de hospitais sempre foi utilizada como a rede para prestar serviço para o Governo. E só em 1923, com a Lei Elói Chaves, é que uma pequena parcela da população passou a ter direito à assistência. Quem estava devidamente empregado apresentava a carteira profissional e tinha essa assistência. Mas já nessa época nós já tínhamos 380 anos de existência e atendíamos aquela população mais carente que nós chamávamos de indigentes, mas eram as Santas Casas que davam cobertura para essa população. A saúde como um direito de todos e dever — e um dever que, continuo a dizer, não é só do Estado, acho que é de todos, por isso que eu suprimi a palavra Estado — é um conceito muito novo, só tem 15 anos, tempo em que se fez a nova rede hospitalar. Continuamos contando com a rede privada, filantrópica ou não-filantrópica, para poder fazer parte da assistência ao SUS. E hoje continuamos entendendo que nós somos da opinião de



que nós somos os verdadeiros parceiros do Governo. Nós sempre estamos à disposição para ser parceiros, mas por outro lado nos vemos numa situação meio complicada. Nós temos hoje uma receita extremamente crítica. Nós fornecemos 60% de atendimento, que não representam mais do que 20% da receita, lembrando que por trás desse atendimento a gente mantém um déficit. Tenho no meu atendimento a seguinte proporção: eu tenho 33%, que é o custo, ou melhor, é o valor pago, que representa o custo para o SUS; eu tenho mais uma parte de subvenção de tributos, que agregados a isso são mais 34%, eu chego a 67%, 70%. Eu tenho que buscar alguma outra forma de receita até para poder continuar mantendo meu atendimento àquela população que nos procura. E a nossa situação foi se agravando com o seguinte: os convênios e o SUS começaram com uma série de restrições em atendimento. Os gestores, sejam eles privados ou públicos, nos impondo limitações com bases estatísticas e objetivos financeiros. O que aconteceu? A estrutura funcional nossa, me permito dizer, porque sou de uma cidade litorânea, ela é como se fosse um navio. O navio tem a tripulação dele, tendo ou não passageiro. E os nossos hospitais funcionam da mesma forma: eu tenho um número de funcionários lá dentro. Tendo atendimento ou não, eu sou obrigado a manter esse número ou sou obrigado a reduzir funcionários, para reduzir atendimento e diminuir número de leitos. Outro risco que nós estávamos passando: os valores recebidos e as restrições fizeram com que o nosso parque de equipamentos ficasse obsoleto e sucateamento do equipamento para diagnóstico e tratamento. Nós sempre fomos referência médica como hospitais para especialização de profissionais e científica como instituições auxiliares de ensino. Mais uma vez a crise pública. Além do que nós temos hoje como empregos diretos 450 mil pessoas ligadas às Santas Casas. Médicos autônomos ligados: 140 mil. A qualificação profissional que muito se bateu em cima das Santas Casas, hoje, por força de lei, até 2004, nós vamos ter que estar mantendo em nossas instituições um profissional com curso de administração de empresas, até mesmo pós-graduado, conforme o tamanho da instituição. Além do que, às vezes as pessoas acham que Santas Casas só empregam médicos e enfermeiros. Não, nós empregamos médicos, enfermeiros, administradores, advogados, economistas, engenheiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, físicos, etc. Vou-me estender muito se eu relacionar todos os profissionais em nível superior.



Além do que, os profissionais de nível técnico que nós empregamos: técnico em radiologia, técnico em enfermagem, técnico em contabilidade. E o pessoal de especialidade básica: o eletricitista, o cozinheiro, o encanador, o faturista. Ou seja, é muita mão-de-obra diversificada dentro das nossas estruturas, não são só os médicos e enfermeiros que atuam dentro das nossas instituições. Além do que, é desagradável estar em manchete de jornal, como apareceu Santa Marcelina ontem à noite, informando que vai pagar só 50% do valor da folha de pagamento porque não tem dinheiro para bancar a sua estrutura, embora receba mensalmente 1 milhão de reais do Governo Estadual para que se mantenha a estrutura funcionando. Eu vou citar algumas instituições circunvizinhas da nossa instituição só para mostrar exemplo: Hospital Santo Amaro, cidade do Guarujá. Para ver que a notícia é muito atualizada: é de 1º agosto, ou seja, não é fato passado. É hospital que tem intervenção pública e mesmo assim está ameaçando fechar as portas. Isso continua na Praia Grande. São Vicente. E o próprio Hospital de São Vicente, talvez espelhado na nossa instituição, começou a nos procurar para ver se nós podemos auxiliá-los até em montar um plano para dar cobertura para comunidade local deles, até para ver se tem alguma forma de melhorar a receita da instituição. Então, quando as Santas Casas foram procurar se transformar em operadoras, às época, foi buscar uma receita alternativa. Nós tivemos que fazer análise de mercado vendo qual era a projeção física da pessoa física e jurídica e qual é a capacidade de a população absorver nossos serviços e a que custos. Porque era exatamente isto, provavelmente se eu entrasse com valores de grandes operadoras eu não teria como agregar um novo parceiro para a instituição. Todas as campanhas que possam ser imagináveis, a Santa Casa, especificamente de Santos, fez. E mesmo assim foi obrigada a ficar fechada por 8 meses porque não conseguiu sobreviver. A Santa Casa de Santos tem um patrimônio elogiável, ela tem hoje 150 imóveis que rendem aproximadamente 250 mil reais de aluguéis/mês; a Santa Casa de Santos tem um outro negócio, que é uma funerária, que também gera uma receita de 150 mil reais/mês, e tudo isso ainda não era suficiente, mais as subvenções, para que a gente continuasse. E com isso foi se formando uma idéia. Nós tínhamos um intermediário que nos usou muito tempo, e esse intermediário nos ensinou. O que eu fazia para o intermediário? Eu prestava o serviço para ele, era aquilo o que eu sabia



fazer. A nossa proposta não foi ir buscar vender dinheiro, vender seguro, vender nenhum produto, foi vender aquilo que a gente sabia fazer. E tinha pessoa ocioso, tinha estrutura pronta e estava ali à disposição, eu precisava fazer alguma coisa para aquilo funcionar. A distribuição do mercado, quando nós pensamos em entrar, há mais de 30 anos existiam operadoras no mercado. Então, foi uma situação extremamente pensada. A nossa capacidade de absorção. Os hospitais estavam ociosos devido a restrições, respeitando sempre o perfil de atendimento das instituições. Nós fizemos planos de saúde para que seja atendido em outros Estados, outras localidades, realmente é para a população da nossa região. Dentro da limitação geográfica, o nosso maior concorrente era o serviço público. A visão de receita como um fluxo de caixa, e foi verdadeiro, embora eu tivesse uma demanda maior, esse custo ainda era inferior do que os juros bancários que a gente tinha que pagar todo mês, que era um ou dois apartamentos de juros bancários. Os reflexos que nós tínhamos, os negativos: era só em cima da demanda ser superior à receita, mas o positivo foi a fixação da marca, ou seja, eu estou direcionando o paciente de novo para as Santas Casas que têm hoje uma série de hospitais particulares e que as Santas Casas só ficavam com aqueles atendimentos que ninguém queria fazer, ou o atendimento de emergência que a ambulância de socorro deixava nas nossas portas. Ajudou como receita para suprir o déficit do SUS, permitiu o reequipamento das instituições. E o benefício maior: a disponibilidade de todos esses benefícios para a comunidade, porque todo o equipamento que entra dentro da instituição, ele é fornecido para aquela mesma comunidade. Ou seja, um usuário ou outro está recebendo benefício. Não faço restrição para o cliente SUS, cliente de convênio ou particular, ele é disponibilizado à comunidade. Além do que, não necessitamos demitir funcionários porque a nossa preocupação era a recuperação da imagem de filantropia. O que acontecia? Estávamos com equipamentos obsoletos. E nós fomos substituindo a princípio os equipamentos com aquelas verbas que a gente conseguia administrar dentro do produto. Equipamentos de tomografia, equipamentos de oncologia, que uma grande parte da população SUS é beneficiada. Equipamentos de hemodiálise. Na época inclusive não tinha nem obrigação de se dar hemodiálise através das operadoras, e nós já fomos buscar um equipamento melhor, um equipamento com maior segurança para o dependente em equipamento de



nefrologia. Equipamentos de anestesia. Só a partir desse momento é que sobrou alguma coisa em termos de administração, que nós fomos buscar novos equipamentos, mas ao mesmo tempo são equipamentos que servem para parte de medicina preventiva e curativa. Acabando esse processo, entendemos que tínhamos de investir em hotelaria. E a partir daí eu tinha que ter um diferencial. Aí eu passei ser realmente um concorrente com esse produto na região e fui buscar fidelidade do meu cliente, porque aí os outros concorrentes do mercado vieram a entender que nós éramos concorrentes mesmo. E fizemos até, vamos dizer assim, a loucura de contratar um pianista que, enquanto o usuário espera para colher sangue, fica tocando. A partir daí também houve uma cobrança da população das cidades vizinhas que nós fizéssemos o mesmo atendimento de qualidade que nós passamos a dar àqueles usuários, e nós fomos obrigados a criar centros médicos em cidades vizinhas. Só a partir daí é que nós começamos a reconquistar o mercado de pessoa jurídica. O empresário comprava plano de saúde como pessoa física, mas como empresário, devido às manchetes, a todo o histórico das Santas Casas, eles não estavam juntos. E é um mercado extremamente concorrente, as operadoras que estavam no mercado enxergavam o fator mais importante, que é uma população jovem que não gera custo para operadora, como o usuário pessoa física normal, família, porque ele entra em grupo, ele está ativo, ele está em atividade, a tendência é um custo, e nós passamos a atender esse usuário. Mas mesmo assim tivemos de fazer um investimento em equipamentos, atendimento domiciliar, remoção de pacientes, ou seja, começamos a dar mais atendimentos e mais prestação de serviços. Além de que uma campanha pesada de *marketing* tentando sensibilizar esses mesmos empresários para que viessem ao encontro das nossas instituições. Próximo. Nem vou me estender, porque provavelmente todos os que me antecederam já falaram demais. Só nesse momento que algumas instituições, Santas Casas, tiveram que rever o posicionamento, porque elas já tinham entendido que isso era uma unidade de negócio da instituição, mas elas não teriam a capacidade de atender às regras todas e elas foram obrigadas a sair do mercado, vender as carteiras ou buscar algumas outras soluções. Mesmo sendo filantrópico, eu tenho que ter a preocupação em administrar o custo. Não é porque eu sou filantrópico que eu não tenho o mesmo risco de, em dezembro, os doutores viajarem





e não ter custo nenhum. Eu me iludi com aquela receita, quando chega em abril, que voltou todo mundo de férias, tanto paciente, como médico, se eu não tomar cuidado, vou estar tomando um prejuízo. Aqui, a idéia não é mostrar os valores, mas sim que se a gente administrar os custos, realmente, há prova que o plano de saúde foi montado para manter as receitas dentro da instituição, porque nós temos uma administração colegiada. Administração e corpo clínico, através de CTC do hospital, é que administram o plano de saúde. A gente consegue manter dentro da instituição 75% da receita, ou seja, essa foi a idéia: trazer uma receita nova e se manter dentro da instituição. Não foi se comprar serviços fora. O ponto crítico, que hoje é o mais preocupante, é a inadimplência. E uma grande preocupação nossa é a doença preexistente não informada, porque, conforme as doenças preexistes, pode gerar até a quebra de uma pequena operadora. Isso porque hoje se tem procedimentos cirúrgicos realmente de alto custo que a pequena operadora, talvez, não tenha nem a reserva técnica para estar cobrindo esse... Permito-me fazer uma propaganda da nossa instituição. Informo para os senhores a nossa *homepage* e *e-mail*, e obrigado. Desculpem eu me estender. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Muito obrigado, Dr. Erimar, pela sua contribuição com a CPI. Convido para compor a Mesa o Sr. Paulo Gilvane Lopes Pena, que é Diretor do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego, que também vai nos falar a respeito do tema dos acidentes do trabalho e doenças profissionais e atenção que os planos de saúde dispensam ou não a essa situação. Eu quero passar a palavra, de imediato, ao Dr. Dante Ancona Montagnana, Presidente do Sindicato dos Hospitais, Casas de Saúde, Clínicas e Laboratórios de Análises Clínicas, por 15 a 20 minutos.

**O SR. DANTE ANCONA MONTAGNANA** - Bom dia a todos. Deputado Henrique Fontana, Presidente desta CPI, demais Parlamentares, eu queria agradecer a oportunidade que estão nos dando, a nós, do Sindicato dos Hospitais. Nós somos uma entidade sindical patronal, representamos hoje hospitais, clínicas, casa de saúde, laboratórios, assim chamados "lucrativos" — entre aspas —, porque hoje realmente na área, mesmo que seja lucrativa, não existe nada. Nós representamos, no Estado de São Paulo, 17.170 entidades. Eu queria dizer aos Deputados que nós estamos entregando o nosso relatório. E tudo isso aí está dentro



desse relatório. Nós não tivemos tempo de fazer a demonstração, porque nós recebemos uma pesquisa da DATAFOLHA praticamente em cima da hora e não tivemos isso. Mas os Srs. Deputados terão todos os documentos, as pesquisas nossas. Nós só vamos fazer rapidamente uma explanação a esse respeito. Eu sou médico, formado há 52 anos, conheço perfeitamente toda a área da saúde e a política da medicina do País, desde os institutos até atualmente o SUS. Nós fizemos uma pesquisa, encomendada pela DATAFOLHA, porque a grande preocupação que nós tínhamos era a ausência de reajuste das operadoras aos hospitais, clínicas e laboratórios. Mas, entretanto, nós encontramos alguns dados que nós entendemos que sejam até um pouco mais fortes do que a falta de reajuste. Nós analisamos 82 hospitais da Grande São Paulo, e desse conjunto nós encontramos hospitais de alta tecnologia, de gestão hospitalar de Primeiro Mundo e reconhecidos internacionalmente. Se isso acontece aqui na Grande São Paulo, como, então, aconteceria isso em outros Municípios, onde nós temos algumas regiões com poucos hospitais? A grande maioria dos hospitais possuem 66 planos, a média. Há hospitais que têm, inclusive, 100 planos de saúde. A maioria dos hospitais entrevistados, 74%, têm contratos assinados com os planos. Entretanto, a média é: 54% desses contratos estão atualizados, os demais contratos e os demais hospitais não estão atualizados. Em relação ao problema das autorizações para internação, nós verificamos que 57% têm problemas com autorizações.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Para quem está acompanhando, é logo no início da...

**O SR. DANTE ANCONA MONTAGNANA** - Isso aqui é um resumo, na realidade... Logo no início, Deputado. Desculpe, mas nós não tivemos tempo para preparar isso aí. Mas o próprio relatório tem tudo. Logo nas...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Nas primeira páginas, Deputado Jamil. Bem na frente.

**O SR. DANTE ANCONA MONTAGNANA** - Isso, isso. Razões chaves, por favor. Razões chaves. Então, nós vimos problemas com autorizações, em 57%; problema com glosas, técnica administrativa sem fundamento, 49%; e problemas com pagamento, 27%. As que se concentram no relacionamento entre as partes. Na página seguinte, nós colocamos aqui que... Vamos ver agora o relacionamento entre



os prestadores e as operadoras. No aspecto de reajuste, nós verificamos nessa nossa pesquisa que 51% desse conjunto de 82 hospitais, que eu chamaria de primeira classe, não tiveram reajuste nenhum. Dos 49% dos hospitais que tiveram reajuste, eles não tiveram reajuste no total da sua carteira, de 66. Tiveram somente 49 contratos reajustados, ou seja, menos de 50% de contratos reajustados. E se nós considerarmos também o CH, que é o Coeficiente de Honorário, nós verificamos também que não houve um reajuste suficiente. Somente 20% tiveram o seu reajuste atualizado. Parece-me que estou conseguindo, Deputado. *(Risos.)* Em seguida, nós vamos ver quais são os problemas. Por exemplo, problema com autorização. Isso está em 57% das citações e acontece sempre ou quase sempre em 74% dessas autorizações. E quais são os principais problemas? Demora para mandar autorização, não autoriza o procedimento solicitado, recusa de autorizações, demora para autorização de material, não autoriza atendimento de urgência, não dão autorização para internação e sugerem observação. Na página seguinte, problemas com glosas. Apareceram em 49% dos entrevistados e ocorre sempre, quase sempre em 84% das vezes. O que acontece com esses problemas de glosa? Não aceitam os valores, fazem cortes nas despesas e desconfiam; alegam o excesso de exames, alegam não ser necessário e não acreditam no hospital. Isso são informações dadas pelos próprios prestadores de serviços que atendem aos planos. Glosas por não aceitar o preço do material, o remédio. Dizem que deveriam ser usados os mais baratos. Questionam a conduta de médicos, duvidam do diagnóstico, glosando prescrições médicas. Glosam o material, acham excessivo o número. Se nós passarmos para o seguinte, sobre pagamento, nós tivemos 27% das citações sobre o pagamento. Isso ocorre sempre, quase sempre em 62%, em 62%. O que acontece com o pagamento? Alguns não pagam, muita inadimplência; atrasam muito o pagamento, não quitam a dívida à vista, querem parcelar em várias vezes; dizem estar pagando o preço de mercado, mas ninguém sabe que mercado; pagam no dia combinado, mas com pré-datado para a frente. Outro problema: transferência de pacientes, aparece em 18% das citações e ocorre sempre em 55% dos problemas. O que acontece com isso? Transferem os pacientes em fase de tratamento para hospital próprio; desviam o paciente para hospitais mais baratos, sempre visando o lucro deles; nas transferências, não comunicam ao paciente os verdadeiros motivos



financeiros, alegam que o hospital é muito fraco. Normalmente, o beneficiário, quando compra um plano, ele sabe, por exemplo, que o Hospital 9 Julho está dentro. Ele vai ao 9 de Julho, se interna, porque ele está dentro, e logo em seguida a operadora procura transferir esse paciente para um hospital próprio ou para um hospital mais barato, dizendo que o hospital, realmente, sei lá, não está muito bom, alguma coisa... Certo. Se ele está dizendo que o 9 de Julho é um hospital credenciado, eu entendo que devia ficar desde a internação até a sua alta, e não a transferência. Outro problema que também estamos vendo é com a tabela de preço. Isso acontece em 13%, e ocorre sempre, quase sempre em 54%. Vamos ver o que acontece com a tabela de preço: tabelas não atualizadas há muitos anos, reajustes ínfimos, abaixo da inflação; não atualizam os preços, interferindo na qualidade; não podem comprar equipamentos melhores e mais baratos; preço mais baixo; alterações nas condições contratuais; não pagam o que está no contrato, seguindo tabela própria. Em relação ao problema do atendimento, apareceu 12%. Isso acontece quase sempre em 74% dos problemas. O que acontece com esse problema do atendimento? Muita demora no telefone para falar com quem faz a liberação, muitos convênios não têm central 24 horas de atendimento, e esse é um problema muito sério, o problema do cheque caução, porque às vezes o hospital atende numa emergência, e porventura esse beneficiário tem direito, mas está inadimplente, e o hospital não vai receber a conta; linhas sempre ocupadas; as pessoas que podem resolver respondem estar sempre ausentes. O que acontece com os contratos de informações? Isso aparece em 6% das citações e ocorre quase sempre em 70%. Vamos ver quais são os primeiros problemas. Atende-se paciente com carteira do plano no tempo da validade, mas só depois o convênio informa que ele é inadimplente, está desligado; existe carência para exames, não aceitam os pacientes ainda dentro da carência; o convênio não revela o que diz o contrato entre paciente e convênio, e não sabemos da sua cobertura. Outro aspecto é com auditoria de convênios, que foi citado somente em 5%, mas acontece sempre, quase sempre em 51%. O que acontece com esses problemas? Auditores não sabem o conteúdo do caso, não sabem o diagnóstico terapêutico. Em todo atendimento do paciente eles mandam a auditoria para checar os nossos procedimentos. Há excesso de auditorias e questionamentos. Médicos auditores antiéticos na profissão



sabem que o paciente não está bom, mas insistem no contrato. Isso, senhores, é, na realidade, a imagem que as operadoras têm dos prestadores. Levantamos também, por exemplo, quais as imagens dos planos. A Sul América apareceu, *off line*, em 48% das citações; o BRADESCO com 17; a UNIMED Paulistana com 12. Quanto aos planos hospitalares mais importantes, isso se refere, evidentemente, quanto o hospital fatura no plano. A mesma coisa apareceu: Sul América, em primeiro, com 38%; a UNIMED Paulistana com 17. E quais os planos que eles não deixariam de atender? Aparece novamente a Sul América, com 60%, porque ela, realmente, é uma operadora cujo hospital tem um grande faturamento. Não significa, por exemplo, que ela seja a melhor pagadora, mas, entretanto, é ela que mais fatura ao hospital. Então, esse convênio é importante ao hospital. Depois, aparecem o BRADESCO; a UNIMED Paulistana; Porto Seguro, depois. Quais os planos que os hospitais deixariam também de atender? Aparecem a AMIL, em primeiro lugar, com 18%; a Samcil, com 14; e a Intermédica, com 12. As três empresas com melhor *top off line* são aquelas que mais aparecem em melhor faturamento, como eu disse aos senhores: BRADESCO e Sul América; depois, BRADESCO e UNIMED. Melhor seria também a Sul América. E os mais negativos, com pouco faturamento, a AMIL, Samcil e Intermédica. Ao analisarmos a pesquisa, chegamos à conclusão de que existem três razões para um hospital considerar um plano de saúde importante: gerar movimento, 52%; pagar em dia as remunerações, 51%; não ter restrições de procedimentos e exames de glosa, 30%. Esses fatores são mais importantes, por exemplo, do que a imagem. Quer dizer, se o hospital tem um faturamento bom e a imagem da empresa no mercado não for boa, ele prefere o faturamento. Existem praticamente os mesmos fatores quando o assunto é: quais as razões que deixaria de atender um plano de seguro de saúde? Restrição de procedimento e exame, 74%; problemas com pagamentos e glosa, 43%; relacionamento difícil e complicado, 13%. Sr. Presidente, Srs. Deputados, essa é a nossa pesquisa. Perdoem-me eu não ter feito em *Power Point*, mas estamos deixando aqui um dossiê. Dentro desse dossiê nós temos alguns documentos. Por exemplo, um dos problemas dos reajustes é que as operadoras dizem que só tiveram 9,27% de reajuste. Não posso dar mais, porque a ANS assim determinou. Entretanto, hoje, as operadoras trabalham muito mais com planos de empresas coletivas que ficam liberadas, por



exemplo, da ANS. Nós, por exemplo — eu peço licença para não falar qual é a empresa que nos presta planos de saúde —, tivemos um reajuste de 14%, não de 9,25. Tivemos 14%. E temos aqui também alguns documentos nos quais algumas operadoras se negam a reajustar, e dizem que não podem reajustar exatamente porque foram dados 9,27 para a ANS e a elas. Então, aqui tem uma série de documentos. Me perdoem, Srs. Deputados, eu não posso... Mas estamos à disposição dos Deputados que quiserem para prestarmos, posteriormente, qualquer esclarecimento. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Dr. Dante, pelas informações, pela contribuição à nossa CPI. Eu quero aqui, então, citar a presença entre nós do nosso Relator, Deputado Ribamar Alves. Quero passar, então, a palavra a Paulo Gilvane Lopes Pena, para abordar conosco essa temática do envolvimento de como se envolvem os planos de saúde, de que forma atuam na questão dos acidentes de trabalho e saúde profissional.

**O SR. PAULO GILVANE LOPES PENA** - Bom dia a todos. Sr. Presidente, Deputado Henrique Fontana, os nossos cumprimentos. Senhoras e senhores, inicialmente, gostaríamos de agradecer essa oportunidade de estar aqui presente, procurando trazer questões relativas aos problemas das doenças, dos acidentes do trabalho no âmbito da assistência médica suplementar. O Ministério do Trabalho tem como função prevenir doenças e acidentes do trabalho no âmbito das relações do trabalho. Uma questão importante é que nessa dimensão a abordagem deve ser essencialmente preventivista e estar relacionada às condições de trabalho. Quanto melhor a situação das relações de trabalho, das condições de trabalho, obviamente menor a ocorrência de acidentes e de doenças do trabalho. Então, é importante esclarecer isso: acidentes e doenças do trabalho são indicadores de condições de trabalho. Acidentes e doenças do trabalho expressam a realidade nas condições de trabalho. Quanto maior a violência no trabalho, a exploração no trabalho, maior a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho. Só que aqui nós temos um problema: acidentes do trabalho, o diagnóstico é óbvio nas suas relações com o trabalho. Mas, no caso das doenças do trabalho, essa situação é mais complexa. Muitas vezes, requer procedimentos médicos periciais complexos, e o que a gente observa é exatamente uma situação paradoxal. Muitas vezes, um Estado onde não



há indicadores da ocorrência de doenças do trabalho isso não indica uma situação confortável do ponto de vista das condições de trabalho. Muitas vezes é o contrário exatamente porque não está se realizando o diagnóstico dessas doenças. Ocorre uma chamada invisibilidade epidemiológica. Então, apesar das doenças do trabalho representarem um indicador importante das condições de trabalho, é preciso analisar com esse olhar crítico em relação à realidade de cada região, de cada Estado do Brasil. Para iniciar, é importante a gente trazer um pouco da realidade do mundo no trabalho. Dados da OIT, da Organização Internacional do Trabalho, mostram, por exemplo, que, no ano de 2000 ocorreram 271 milhões de doenças ocupacionais no mundo — isso é uma previsão, mas é um dado que mostra o quanto o trabalho pode causar doenças — e 250 milhões de acidentes do trabalho, com uma estimativa de aproximadamente 330 mil mortes decorrentes do trabalho. Então, isso mostra que, na verdade, o trabalho pode representar uma violência e trazer conseqüências seriíssimas para os trabalhadores. O próximo, por favor. No Brasil, temos problemas de dados em relação à ocorrência de acidentes dentro do trabalho, mas os dados oficiais da Previdência Social revelam que em 2001 nós tivemos 339 mil, 645 acidentes de trabalho, com 2.557 óbitos resultantes desses acidentes do trabalho. Agora, isso representa apenas dados do chamado mercado formal de trabalho, ou seja, correspondente a 1/3 da população economicamente ativa, de 83 milhões, ou seja, esses dados referem-se basicamente a 22 milhões, 179 mil, 855 trabalhadores, é o denominador, correspondendo ao mercado formal de trabalho. Em relação aos quase 5 milhões de estatutários e militares, esse dado é ainda mais precário, na medida em que não é obrigatória a notificação das doenças de acidentes do trabalho. Basta lembrar que a doença do trabalho, a doença profissional, é de notificação obrigatória no regime da CLT. O art. 169 da CLT obriga a notificação dessa doença do trabalho. A gente geralmente tem idéia de que apenas as doenças infecciosas, enfim, sob a responsabilidade do SUS, tenham a notificação obrigatória. Mas é importante lembrar isso: que no regime da CLT é obrigatória a notificação de doença do trabalho, que, em geral, é feita através da CAT, a Comunicação de Acidentes de Trabalho, junto ao sistema previdenciário. Hoje, nós temos aproximadamente 200 patologias do trabalho reconhecidas pelo Ministério da Saúde. Agora, antes de entrar especificamente nesses dados, é



importante o seguinte: para se discutir, em função do universo das pessoas que são assistidas pela saúde, pelos planos de saúde, pela assistência médica suplementar, é extremamente importante o diagnóstico e o reconhecimento da doença do trabalho. Primeiro, pelo aspecto clínico. Se você estabelece um nexos com o trabalho, o prognóstico clínico, obviamente, vai ser melhor, na medida em que você precise diagnóstico. Não se trata de uma doença relacionada com o trabalho. O segundo aspecto é de natureza previdenciária, porque, nesse caso, quando você faz o diagnóstico correto, quando você notifica essa doença, através da CAT, o trabalhador passa a ter direito ao seguro acidentário, ou seja, é inerente a esse processo o diagnóstico, com o objetivo de assegurar o direito previdenciário. O terceiro aspecto, e isso é importante, é que, obviamente, muitas vezes pode ocorrer uma situação em que a empresa foi negligente. Então, há situações em que o trabalhador, acometido de uma patologia ocupacional, pode querer ir à justiça no sentido de obter indenizações em relação a lesões de que ele é portador. Então, nesse caso, é importante ter o diagnóstico, é importante ter o reconhecimento clínico. Então, essa é uma terceira dimensão. Isso é extremamente freqüente no âmbito da justiça. E a quarta dimensão — e esta, para nós, do Ministério do Trabalho e do Ministério da Saúde, enfim, para os órgãos que atuam no âmbito da prevenção, é fundamental: quando ocorre o diagnóstico de uma doença, você, de posse desse dado, pode ir ao ambiente do trabalho, identificar as causas e realizar medidas preventivas em relação ao que determinou ou ao que condicionou a emergência dessa patologia e, com isso, você vai estar desenvolvendo ações preventivas para evitar a ocorrência de novas patologias relacionadas ao trabalho, ou seja, o método da vigilância epidemiológica. Então, isso é extremamente importante. Daí os senhores podem verificar a importância de se ter o diagnóstico da doença do trabalho envolvendo todas essas dimensões que surgem em consequência a isso. E é preciso, portanto, reconhecer, tornar visível a existência dessas patologias, para que a gente possa, inclusive, ter uma avaliação das condições de trabalho neste País e avaliar a melhoria ou não dessas condições de trabalho, em função do acompanhamento desses indicadores. Então, nós consideramos isso extremamente importante. Nós vamos passar agora à parte mais específica do nosso objeto de discussão, que é avaliar essa situação no âmbito da





assistência médica suplementar. Por favor, o próximo. Nós temos, dos 170 milhões de cidadãos, 35 consumidores que representam, principalmente, uma concentração na região e aglomerados urbanos, e, na Região Sudeste, sendo 51,8% no Rio e em São Paulo. O próximo, por favor. Então, os beneficiários por classe de planos: o individual, 29,2% e 70,8% beneficiários de planos coletivos. Isso é importante, porque envolve uma parcela enorme de trabalhadores, que, através de suas empresas, são consumidores dos planos de assistência médica suplementar. Bom, nós temos, então, em discussão, essa Resolução do CONSU nº 15, que indica que *“nos contratos de planos coletivos não é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer no contrato com a operadora cláusula específica para a cobertura desses casos”*. Ora, e aí está o nosso objeto de discussão maior. Ou seja, nós temos uma população imensa de trabalhadores que é atendida por esses planos, mas esses planos não têm a responsabilidade de prestar assistência para acidentes, para doenças, na forma dessa resolução. E, com isso, gera inúmeras questões, como por exemplo, como citei antes, a não obrigatoriedade, inclusive, de estabelecer diagnósticos das patologias ocupacionais por essas prestadoras, notificar e, com isso, estabelecer os procedimentos para que se torne invisível a ocorrência dessas doenças do trabalho. Quando o trabalhador, no caso, procura o SUS, poucas regiões do Brasil têm os chamados centros de referências de diagnósticos de doenças ocupacionais. E isso torna uma situação extremamente precária. Nós estamos herdando essa situação extremamente precária e que, de uma parte, o SUS, só agora, está com um projeto extremamente importante de criar uma rede de diagnóstico de doenças do trabalho no Brasil, mas, por outro lado, a não existência dessa obrigatoriedade torna, para uma grande quantidade de trabalhadores... a assistência a uma patologia passa a ser dada como se fosse uma outra patologia em geral. Ou seja, não há um sistema que faça com que esses planos notifiquem a doença profissional ou o acidente de trabalho, garantindo, assim, todo aquele complexo de direitos do trabalhador acometido por uma patologia do trabalho ou por um acidente do trabalho, para que ele possa, então, reivindicar os seus direitos securitários na justiça, inclusive, para



que o sistema público possa, de posse dessa notificação, melhorar os seus bancos de dados e, com isso, agir preventivamente, porque, como eu disse no início, a ocorrência de um acidente de trabalho, a ocorrência de uma doença profissional ou do trabalho representa um indicador de ambiente nocivo no trabalho. Daí, a nossa preocupação central é que seja considerada essa dimensão e essa importância nessa rediscussão aqui, em função de que os usuários desse plano tenham o direito também à assistência no âmbito das doenças do trabalho e que essa assistência não seja apenas na sua dimensão clínica, mas que se considere a obrigatoriedade de notificação, de fortalecimento desses bancos de dados, que, volto a repetir, nós só temos isso no âmbito do sistema previdenciário. O SUS agora está estruturando uma rede no País para que esses procedimentos possam ser ampliados para todo o Brasil. Então, essa é uma questão que consideramos importante... e algumas outras proposições. Então, nós achamos que essa proposta deve ser revogada, deve ser repensada, considerando essa associação entre o direito dos usuários com a necessidade de se garantir direitos e montar um sistema de informação neste País que possa tornar visível a ocorrência dessas doenças. Obviamente, esse procedimento está alicerçado numa realidade que é necessária, ou seja, que o seguro, o acidente de trabalho seja público, como é de fato, e de responsabilidade da Previdência Social, mas que isso seja estruturado de forma a assegurar para aqueles trabalhadores que tenham uma assistência médica suplementar que essa dimensão do diagnóstico das doenças do trabalho, com a respectiva assistência médica e também da assistência aos acidentes do trabalho, sejam, portanto, assegurados. E, obviamente, que esses recursos do seguro público do acidente do trabalho sejam utilizados para fortalecer as estruturas do SUS, porque realmente elas precisam ser ampliadas para todo o País, e que a gente possa, então, dispor de uma rede de assistência do SUS que, inclusive, utilize também... quando o trabalhador tiver um plano desse, que utilize também. Que esse gasto, quando for o caso, seja repassado para o SUS. Concluindo, nós entendemos que é extremamente importante que a gente amplie esse complexo de cuidados ao trabalhador acometido de doenças e de acidente do trabalho e que esses cuidados sejam assegurados não só como vem se constituindo no âmbito do SUS, mas no âmbito da assistência médica suplementar, e que dessa forma a gente possa sair



dessa situação em que a gente se encontra de ausência ou de precariedade enorme de dados de acidentes do trabalho e de doenças do trabalho... e que a gente possa dispor, portanto, de sistemas de informação, para que a gente possa constituir políticas de prevenção dessas doenças e dos acidentes do trabalho, agindo, portanto, no âmbito das relações do trabalho, melhorando essas relações do trabalho, e abrindo perspectivas de melhoria das condições de trabalho neste País. Então, existe essa relação. Nós agradecemos esta oportunidade de estar aqui, Deputado, colocando essa necessidade, no sentido de que a gente venha a constituir políticas de melhora dessas condições no País. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Muito obrigado. Quero agradecer ao Dr. Paulo Pena por esta importante participação que tem nesta CPI, que nós vamos poder, tão logo tenhamos ouvido a D. Maria Leda Dantas, os Deputados vão poder, seguramente, emitir as suas opiniões e sugestões de como melhorar essa situação. Eu quero, então, passar a palavra, agradecendo aqui o esforço dos Deputados que estão chegando para esta manhã de trabalho, mesmo depois da noite, madrugada de ontem... de hoje, aliás. E nós, logo após os debates e discussões, vamos ter, na Ordem do Dia, que votar alguns requerimentos. Então, eu quero pedir mais esse esforço a todos. E quero também agradecer de forma muito especial à D. Maria, que estava aqui, na terça-feira, para participar da CPI, e que gentilmente acolheu a nossa sugestão de ficar até quinta-feira para poder participar hoje da nossa CPI. Com a palavra a Sra. Maria Leda Dantas.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Eu saúdo os que nos acompanham e digo à Mesa que é um prazer estar compondo-a. Parabenizo a composição da Mesa, porque, da forma como ela foi pensada, de uma maneira muito criativa e lógica, eu creio que os nossos depoimentos serão complementares e que a gente vai poder, então, dar alguma contribuição efetiva para esses trabalhos. Eu gostaria, então, que me apresentassem como membro da COBAP. Eu só quero dizer que eu sou Maria Leda, da COBAP, e que a COBAP faz parte dessa história social do Brasil na defesa da Previdência, na defesa da saúde e nas relações de trabalho justas. Nós estamos aqui não para defender os direitos dos velhinhos, como alguns dizem, mas para lutar pela equidade geracional, que é uma luta que eu, pessoalmente, comecei quando assessora do Ministro Celso Furtado. Conseguimos contribuir com os Constituintes



para que essa palavrinha esteja aqui nos nossos fundamentos, que é a idade, e todo o nosso argumento vai ser colocado assim. Quer dizer, ao constatarmos as condições de vida dos cidadãos e dos não-cidadãos de um País na sua última faixa etária, nós temos o retrato fiel da coletividade desse País, dessa cultura. Porque dos jovens podemos dizer, de forma injusta, que eles serão o futuro do País, quando eles são o presente também. Das crianças a gente pode fantasiar muita coisa, mas os velhos representam a prova final da ética, da justiça, da equidade, da capacidade de amar, da efetividade das leis, dos regulamentos do País, dos sistemas econômico e político. Não há demagogia possível quando se trata das pessoas de idade avançada. Infelizmente, a cultura do cotidiano, como toda cultura ideológica, se vale de termos tais como “o idoso”, como se houvera tal coisa ou tal pessoa, quando a gente sabe que as condições de classe, as condições de gênero, as condições de raça, de opção de vida sexual, todas essas coisas fazem com que não haja um idoso. Há muita gente que conseguiu sobreviver ao primeiro ano de vida num País onde se morre mais na primeira idade; conseguiu sobreviver aos acidentes de trabalho, aos acidentes de trânsito, a violências múltiplas, e consegue sobreviver. Então, nós somos os sobreviventes e queremos ser aquele elo entre a história e o cotidiano, entre a contemporaneidade, a história e o nosso futuro. Nós queremos que os nossos planos de saúde nos mantenham fortes, alegres, bonitos, para fazermos muita coisa boa, e que a nossa sociedade tenha capacidade de, ao acompanhar um cliente com Parkinson ou Alzheimer, tenha aquela capacidade que o Vaticano tem de ter um Papa doente, essas décadas todas, e dirigindo milhões e milhões de cidadãos que o obedecem quase que cegamente no mundo inteiro. Eu gostaria que nós falássemos muito de saúde, mas que nós pudéssemos também pensar que a doença também é mestra, ela também nos pode mostrar muita coisa. Então, muita doença e muita saúde fazem parte da condição humana. Nós queremos viver com duas coisas: saúde e doença, mas com muita dignidade, com muito respeito, sabendo auferir de cada experiência aquela lição que ela poderá dar àqueles que têm sensibilidade para tal. Eu tenho vários dados, mas nenhum dado dos que eu tenho vai suplantar os dados já demonstrados, só vai corroborar com aquilo que já foi dito. Todas essas questões que foram colocadas pelo Dr. Dante, disso tudo eu só acrescentaria uma coisa: que esses planos de saúde não são



identicamente maus ou bons em todos os lugares. Há uma estratégia de que ele seja muito bom num lugar e ruim no outro, de tal forma que você possa ter boas notícias dele, ir para uma cidade onde, realmente, ele não cubra as necessidades. Só isso acrescentaria à sua fala. Na fala da questão do trabalhador, eu diria que nós, da COBAP, somos aqueles que recebemos todo esse... que é uma guerra, é uma guerra. Quer dizer, o que morre de gente de acidente de trabalho e de doenças do trabalho não tem o impacto daqueles que morrem por questões de delinquência ou acidentes de trânsito, mas é uma guerra. Então, nada a acrescentar, a não ser tornar a dizer... E da Santa Casa, eu só senti a falta de uma profissão que me dá a base metodológica e filosófica de ação, que é o serviço social. Eu gostaria de pensar que os assistentes sociais também estão nas Santas Casas. Estão, só falta colocá-los ali. Pois bem, eu gostaria que agora... vocês já estão olhando essa pesquisa, que tem dados muito interessantes ali, mas a gente não vai ficar falando sobre esses dados, porque o tempo é pouco e os senhores já leram enquanto eu falava, e que estão nos autos. Depois, quem quiser ver com mais cuidado pode se referir. Eu gostaria agora de ter aquelas tabelinhas, porque, como são numéricas, elas vão nos dar os impactos. Então, vamos ver agora só um delineamento um pouquinho diferenciado, mas que não vai em nada modificar aquilo que já foi colocado, que são os aumentos a pretexto de idade.

*(Intervenção inaudível.)*

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Não, isso é o fim. Essa é a minha apoteose, que é aquela que vocês já viram, que já não está tão apoteótico, mas vai ficar bom. Então, reparem como eles reajustam os planos. Olhem o absurdo do reajuste por idade. Olhem essa iniquidade que aí está. Leram? Está lido? Queira mostrar a outra. Essa é de 50 a 59. A outra, que é esta, é de maior número. Olhem o absurdo desses números. Tudo visto? Então, agora vem a minha argumentação. A COBAP quer pensar no Conselho Nacional de Saúde; que nesse *locus* a gente possa instituir uma questão chamada equidade geracional. Quando nós estivemos com o Deputado Rosinha e outros em Madri, no ano passado, lá estava dito: *"uma sociedade para todas as idades"*. Mas de fato era um eufemismo. O que eles queriam dizer é que velho também, mas não era uma visão de todas as idades. No entanto, aqui no Distrito Federal, na década de 80, especificamente na Secretaria de Educação, nós



já tínhamos colocado um projeto de Brasília para todas as idades. Então, essa nossa luta antecede de muito essa visão, porque, quando a gente fazia isso, a Organização Mundial de Saúde — eu me desobriguei de trazer, mas tenho em casa os cartazes — se propunha a rejuvenescer a velhice. Meus senhores, já pensaram uma mulher que está começando a ficar bonita, porque já está ficando com o cabelo branco, que tem a obrigação de ter uma maturidade, se eu começar a chegar aqui, como alguns desses programas de infantilização da velhice, em que as velhinhas se vestem de cocotas e colocam todas as rugas no lixo e querem a todo custo, caricaturamente, parecer novinhas, e cujas idéias estão tão imaturas quanto elas as tinham há 50 anos? Pensem se alguém aqui vier me chamar de senhora de idade com espírito jovem. Eu teria a mesma reação da de um negro que, limpo, tem uma alma branca. Pelo amor de Deus, eu sou uma pessoa de idade avançada, com experiência avançada, com muita coisa para amadurecer que não deu tempo, mas de idade avançada. Então, esses programas todos, incluindo o plano de saúde, da maneira como eles tratam os mais velhos, é porque a cultura do cotidiano assim o permite. Porque não tem nenhuma lógica, é uma medida de espoliação de uma faixa de cidadãos e não-cidadãos que a sociedade imputa como justa. Então, nós vamos dizer que os mais velhos usam mais os planos de saúde, e isso é uma falácia. Não, não diria uma falácia, mas uma mentira, porque não é uma questão lógica, é uma questão factual. Não é verdade. Eu poderia ter trazido muitos documentos, porque eu tenho caixas e caixas para mostrar que a equidade geracional no Brasil é às avessas. Por exemplo, em vez de pensarmos no trabalho escravo, que persiste no Brasil por conta da nossa história escravocrata, temos um mundo de gente ganhando dinheiro para proibir crianças de trabalhar, como se não soubéssemos que não há separação entre a fantasia da criança, o brinquedo e a vida prática. Uma criança que não trabalha é uma criança fadada ao horror, porque é no trabalho que construímos a nossa sociedade. Porém, se disserem que o trabalho tem que ser compatível com a idade, com a higidez, tudo bem. Então, é melhor tratarmos do trabalho infantil do que do trabalho no Brasil. Fica muito melhor, ou então, em vez de tratarmos da segurança da criança, falarmos só do trabalho. E mais: em vez de prender as pessoas que estão fazendo as crianças trabalhar na prostituição, nas carvoarias, vamos fazer o quê? Vamos proibir... Não estou falando em tese, estou



falando de coisas que conheço com os nomes. O único lugar em que a criança pode trabalhar é no tráfico, ser aviãozinho. Ouvimos pessoas do Governo atual dizer que a pior coisa que pode acontecer é que alguém trabalhe numa casa como doméstica. Também tenho relatórios de listas de pessoas, inclusive do Distrito Federal, que fizeram curso superior começando a estudar quando criança. Uma menina de 15 anos é muito melhor babá do que eu com a minha idade, já que não tenho mais paciência. Então, ela brinca e trabalha. Como vamos aceitar essa iniquidade com as crianças? A criança trabalha em todas as sociedades. Os americanos têm seus meninos trabalhando, assim como os alemães, só o Brasil é que vai fazer uma grande campanha contra o trabalho infantil. O Ministério do Trabalho tem que olhar isso direito, porque senão vai ficar a mesma que se fez com as crianças quando fecharam todos os orfanatos. Agora podem dormir debaixo das pontes à vontade, podem ser estuprados nos pontos de ônibus, desde que se tenha feito o que as entidades internacionais determinaram... *(falha na gravação)*. Não foi nenhum boicote. Será que vamos novamente seguir receitas internacionais iníquas? Não pode ficar em orfanato. Em vez de você consertar o orfanato, você põe a meninada na rua; é aquela história de tirar o sofá da sala — desculpem a indelicadeza da referência à piada. Então, senhores, temos que ver que os planos de saúde só podem fazer essa iniquidade, porque a cultura do cotidiano do Brasil em momento algum verifica a iniquidade que se faz dentro de uma estrutura de classe. Quem fugir das iniquidades da estrutura de classe, de gênero e de raça cairá automaticamente na última, que é a iniquidade a pretexto da idade. Se alguma faixa etária tivesse que ser apenada, e não deve, não é isso que estou dizendo, seriam as pessoas entre 18 e 21 anos, que são as que mais morrem em acidentes de trânsito e em acidente de violência por armas de fogo. Essa é a faixa que mais precisa de neurologistas, de ortopedistas, de UTIs e dos procedimentos mais caros, porque cuidar de um jovem que levou 1 tiro ou 5 tiros na cabeça é mais caro do que dar os remédios para o Mal de Parkinson ou o Mal de Alzheimer e dar assistência de enfermagem. Os médicos correm dessas pessoas, porque aquele seu lado paranóico de que têm o poder sobre a saúde fica muito mal quando deparam com um cliente na oncologia, ou com Alzheimer, ou com doença de Parkinson. Então, isso fica para os enfermeiros, os médicos correm desses quadros, por uma vontade enorme de fazer algo e nada



poder fazer ainda. Espero que esta CPI não fique só naquela regulamentação punitiva. É muito comum no Brasil, quando há um problema localizado, penalizar o conjunto, enrijecer as leis, em vez de penalizar aqueles que estão atrapalhando. Temos o exemplo da Santa Casa, temos esperança no Recife que tem uma fundação magnífica, que atende toda a pobreza. O que temos que diferenciar é aquilo que está sendo feito, de transformar a doença e o sofrimento em mercadoria e aqueles que têm serviços que tem que ser remunerados. Temos que ver essa diferença. Temos que dar todo apoio àquelas entidades que estão fazendo ainda um trabalho que seja de seguro, de intermediário e vou lutar pela saúde pública, mas se estamos no sistema neoliberal, em que o lucro é uma base, está até na Constituição na parte referente à iniciativa privada, então temos que saber que a iniciativa privada é parceira das transformações do Brasil, para que não tenhamos outras noites como tivemos essa. Que possamos não seguir essas iníquas, inoportunas, genocidas políticas econômicas e sociais mundiais, em que o único império que persiste possa ditar para nós o que vamos fazer com a seguridade social, previdência, saúde pública e privada. Creio que temos que ter uma visão dialética das situações. Plano privado, a última faixa etária conhecida, que é algo microscópico, tem que ser vista dialeticamente dentro dessa visão de um País que se quer soberano e que tem um exemplo a dar. Quer dizer, temos um exemplo de saúde que é contrária às determinações dos impérios. Não estamos fazendo uma saúde focalizada, temos a universalidade da saúde e temos que nos colocar como exemplo para a América Latina e para a África de tal forma que possamos pensar em saúde planetária da mesma forma que o meio ambiente. A saúde ou é planetária ou não é. Esse plano de saúde tem que ser também repensado como parte da seguridade social. Quem está pensando em lucro vai lembrar o seguinte: muitas das nossas consultas de pessoas de idade avançada são resolvidas por trabalho social de grupo, por envolvimento na política do Brasil, que substituirá a hipocondria. Não é justo que uma prostituta chegue doente e tenha que ficar esperando porque uma velha ou um velho hipocondríaco ou que não tenha companhia vá ao médico só porque precisa conversar com o médico. Essa estória de se dar precedência ao mais velho é muito comum, mas é uma situação iníqua. Não se pode dar precedência a uma faixa etária, não pode prejudicá-la, mas não se pode dar precedência. O jovem





trabalhador tem que entrar antes daquele velho que está fazendo uma consulta de rotina. Então, o que a COBAP e o Conselho Nacional de Saúde, por meu intermédio, há de lutar é que esta CPI, sendo algo particularíssimo na área da saúde, ilumine o que temos que defender, que é a nossa seguridade social que está em perigo, e que pense na soberania nacional na hora em que faz suas políticas públicas. Esse é o nosso recado. Há um mundo de fatores, mas sei que os 5 minutos já passaram, foi por delicadeza que o Presidente não disse que estou com 6 ou 7. Sou uma ativista. Sou até meio tola de tanto que acredito não só no Brasil, mas que essa casquinha de noz pequetinha que é o nosso planeta ainda venha a ser um lugar muito divertido, confortável, saudável e estético de se viver, até porque não sei se se vive em outros lugares ou se estão muito longe. Então, de todas as coisas que eu já fiz nesse meu ativismo, a única coisa que reputo de alta importância foi conseguir colaborar com os Constituintes, para que aquela palavrinha, que agora vou repetir — essa que é a apoteose da minha fala —, aqueles princípios constitucionais, essa palavrinha entrou e saiu. O Deputado Cabral e outros Deputado e eu, no tempo em que Celso Furtado e todos nós que éramos seus Assessores estávamos na Câmara... A palavra idade. Por favor, ponha lá para cima o IV item do art. 3º. Não dá para colocar mais em cima? Todos enxergam o item III? Sabem que a ideologia do cotidiano é de tal forma pesada, que as pessoas não conseguem ler. É rara a pessoa que já leu. Quem já tinha prestado atenção nessa palavrinha de 5 letras? Porque nós somos parte dessa cultura. O que queremos hoje, Srs. Deputados, é que não só o que vai ser colocado em relação a planos de saúde, mas a tudo que os senhores fizerem, tiverem em conta a equidade geracional, que, desde o momento em que o ser é concebido até muito depois de ele morrer, porque se V.Exas. me chamassem há umas duas semanas, eu diria do berço ao túmulo, porque na minha mente esquartejada, pela forma de viver nesta sociedade iníqua em que vivemos, seria capaz de fazer um discurso para as próximas gerações se estivesse falando de meio ambiente, quando estivesse falando da nossa reserva particular de patrimônio natural Maurício Dantas, estaria falando para as gerações futuras e quando estivesse falando em saúde, estaria falando de túmulo. Não falo mais do berço ao túmulo, hoje. Consegui agregar esses dois raciocínios de ambiente e de políticas públicas de outra natureza, saúde, educação, previdência e tudo o mais, de tal forma



que aqui estando nós pensemos para muito além dos nossos túmulos, as novas gerações de brasileiros que hão de viver num País bem diferente deste que V.Exas. viveram esta noite. Muito obrigada. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Muito obrigado, Sra. Maria Leda Dantas, pelas palavras, pelo incentivo e pela firmeza de lutar, para que as coisas sejam cada vez melhores, se queremos que dentro desta CPI fazer mais um pedaço da nossa parte. Quero passar a palavra aos Deputados inscritos. Por enquanto, tenho três inscrições. O primeiro a usar a palavra é o Deputado Jamil Murad.

**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados desta CPI, senhores convidados. Presidente Henrique Fontana, achei de extrema importância o depoimento dos nossos 4 convidados. Enquanto analisamos, também já vou formulando as perguntas. O Dr. Dante trouxe um documento, fez a exposição, entregou um documento, e pelo que relatou os planos de saúde, embora façam uma grande propaganda, procuram... É uma empresa, é o hospital, uma organizações, não é um indivíduo que relata isso com uma responsabilidade de quem está fazendo um documento, está assinando, tem paternidade. Existe, em geral, uma demora para as autorizações de internação, exames. Existem recusas de autorizações, pelo que estou vendo aqui. Em relação ao paciente, são inúmeras as atitudes dos planos de saúde que não podem persistir. Se eles estão recebendo, e recebem muitas vezes altos valores, como vender um produto e não entregá-lo? Isso não é crime? As autoridades e as instituições ficam amordaçadas perante o anseio da sociedade de ser respeitada, porque ela comprou aquele produto que não está sendo entregue. Se alguém compra um automóvel, a empresa é obrigada a entregar o automóvel com todos os componentes, ou pode entregar um automóvel sem um pneu, ou sem o motor, sem a direção, sem os bancos? Por que apenas os planos de saúde podem cometer esses abusos? Vimos depoimentos aqui relatando esses abusos. Ouvimos o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e outras entidades que representam os profissionais de saúde. Mas também são importantes esses depoimentos daqueles que representam os hospitais, porque muitas vezes são empresários. Não é aquela ideologia de se falar: esse indivíduo está querendo acabar com a empresa. Não é isso. É uma empresa, uma instituição, falando que



aquela outra não cumpre sua obrigação. O depoimento é muito importante, porque mostra que nenhum contrato de empresa para empresa é respeitado. Faz-se o serviço e só se paga 60 dias depois. Se você está na carência de um dia, o plano de saúde usa aquilo para não cumprir o contrato. O hospital usa material, os profissionais têm que receber no fim do mês e os planos de saúde pagam quando quiserem. Como isso é possível? Além disso, está aqui, entidades empresariais, prestadoras de serviço, dizem que os reajustes não são repassados. Por acaso um filme de raio X é de graça, não aumenta de preço, não há dificuldades? As operadoras conspiram contra o nosso próprio sistema de saúde. Ouvi o nosso representante da Santa Casa. Conheço muito bem a Santa Casa. Um amigo meu, formado comigo, Dr. Henrique Ivamoto, até fez uma revista das Santas Casas, *Acta Médica*. Fui ao lançamento, há uns 4 anos. O Dr. Erimar descreveu do ponto de vista de um plano de saúde também. É um aspecto. Parece que ele deixou para o Dr. Dante falar a parte deles. Há uma questão que faço para os senhores: a Santa Casa, desde a sua origem, cuida do indigente, no tempo em que existia o indigente, que hoje é um cidadão com direitos, pela Constituição de 1988. A Santa Casa tem essa tradição secular, é como se fosse a ideologia dos franciscanos. Só que agora parece que veste uma roupagem de mostrar até o pianista para receber, ou seja, entrou na onda de apresentar um produto cosmeticamente. Agora as Santas Casas estão em crise, como é isso? Eu acho que elas vão ter de escolher entre ser planos de saúde, porque... O senhor podia me responder também quando a pessoa vai ficando mais idosa, como é o plano de saúde da Santa Casa? Também aumenta o preço? Aumenta o preço? Quer dizer, então aquele franciscano vai se tornar um banqueiro, e vendo como é que tem o seu produto, começa também a tripudiar sobre o pobre coitado de boa-fé. Não pode, não pode, porque nós defendemos a Santa Casa — sempre defendemos e continuaremos defendendo, porque merece defesa —, mas enveredar por esse caminho está-se enveredando por um caminho que nega direitos, que faz contratos e não cumpre, não é? Bom, mas eu tenho aqui em relação à D. Maria Leda, que deu uma aula de filosofia, a Blue Life, cujo dono foi Deputado Federal, numa reunião do Conselho Nacional de Saúde ele disse: os nossos problemas aqui... Era o Deputado Ayres da Cunha. Se tiver lá registrado nos arquivos vocês podem encontrar a declaração dele no debate sobre a



regulamentação dos planos. Ele falou: o nosso problema são os idosos. Plano de saúde, se eliminasse os idosos, era muito melhor, diminuiria muito os problemas. Ora, bom...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Jamil, tente concluir.

**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - Já vou concluir. Os planos de saúde em relação à acidente de trabalho, uma pergunta. Achei muito boa a sua exposição. Os planos de saúde podem estar falseando os resultados de acidentes de trabalho e doenças profissionais? Eles podem, eventualmente, num senso empresarial, combinar com o empresário que contrata os seus serviços para minimizar as más condições de trabalho que ocasionam doenças e acidentes? É uma pergunta que faço. Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Dr. Rosinha) - Vamos fazer as intervenções por bloco. Com a palavra o Deputado Antonio Carlos Biscaia.

**O SR. DEPUTADO ANTONIO CARLOS BISCAIA** - Presidente, fiz a inscrição mas já estou contemplado. Abro mão de qualquer intervenção neste momento.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Dr. Rosinha) - Consultamos o Relator se deseja fazer uso da palavra.

**O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES** - Sim, nobre Presidente. Gostaria de fazer um breve comentário. Ontem participei também de um encontro com a Frente Parlamentar de Saúde, com o setor de hospitais privados. Parece-nos que 2 coisas são bastante importantes dessa CPI, que é a questão do tratamento que as operadoras dão aos prestadores de serviços, que são justamente aqueles que estão diretamente ligados com o usuário, já que a operadora é a única receptora do benefício pecuniário, mas o entrelaçamento, a interligação, a amizade, a empatia é feita entre o prestador e o usuário. Ontem, ficou claro mais uma vez, e hoje novamente na declaração do Dr. Dante, que as operadoras dos planos de saúde parecem que estão se transformando no grande vilão da saúde no País. O outro vilão que está ficando patente nesta CPI parece-me que é a Agência Nacional da Saúde. Das 2 ações que a Agência Nacional da Saúde tem, que seria a reguladora e a fiscalizadora, ela só regula quando os planos pedem para reajuste, mas não fiscalizam se os reajustes estão sendo feitos com base no que foi anunciado e muito



menos se elas estão repassando, se elas podem repassar para as prestadoras, para que elas possam cumprir com os seus contratos, uma vez que ninguém pode subexistir ou existir de direito e de fato num país em que os índices inflacionários são estratosféricos e os reajustes são zero. E outra coisa que eu gostaria de salientar é nessa questão do que é acidente de trabalho para uma operadora. No momento em que eu contrato, que eu faço o contrato de saúde com a operadora, qualquer coisa que aconteça comigo ela é responsável. Não importa de onde venha o acidente. Ela tem de prestar o serviço por obrigação contratual. Lá não diz, no contrato, que eu vou sofrer acidente A ou B e que esse A ou B vai jogar para o SUS ou para outra coisa. E uma questão importante também é a questão dessa auditoria. Esses auditores estão sendo muito mais aéticos do que usando da prerrogativa que o direito lhes dá na auditoria de contas. Está patente. Eu não tenho sombra de dúvidas de que existe má-fé na contratação de auditores. Está patente que os auditores estão lá. Provavelmente, não está comprovado ainda, mas nós vamos, durante esta CPI, comprovar. Por isso, nós vamos deslocar agora a CPI para os Estados para, *in loco*, ver as questões locais; *in loco*, para ver casos de A ou B; para ver onde está o ganho do auditor. Se preciso for, nós vamos solicitar, inclusive, a vida bancária desses auditores para saber de onde vem seus contracheques polpudos, com certeza, se é de porcentagem através dos cortes mirabolantes, que eles encontram nas glosas que só eles acham erro nessa questão de medicamentos. Por que não pode usar um medicamento por ser mais caro? Hoje, nós sabemos que um medicamento de 3ª, de 4ª geração, antibiótico-terapia, por exemplo, não pode ser barato. Mas, no entanto, quando se trata uma pneumonia, por exemplo, com a penicilina, que é um medicamento de eleição, e essa pneumonia ou não debela ou tem uma recidiva, você tem que ir para uma cefalosporina, que é caro. E aí o plano corta, descredencia absurdamente e, o pior, deixa de cumprir com a lei da equivalência. Descredenciar por erro, por fraude, tudo bem. Mas e a equivalência? Cadê o outro para substituir aquele? Então, essa questão, nós estamos atentos, nós estamos apurando, nós estamos, enquanto Relator, fazendo análise minuciosa de todas as denúncias que nos têm chegado. Eu acho que essas audiências públicas têm sido bastante convincentes, têm sido bastante proveitosas, estão nos dando subsídio, sim. E nós vamos a partir de agora ouvir o Ministro e



vamos procurar ouvir a agência. No ouvir, nós vamos convocar para vir aqui para nos dizer se tudo isso que nós temos ouvido dos usuários, dos prestadores e da sociedade como um todo é mesmo verdadeiro e comprovar a falsa idéia que as agências estão tendo e também o excesso de poder. Parece-me que está transparente essa questão. Então, eu quero parabenizar a Mesa e dizer que esta CPI veio para ajudar a melhorar a saúde do País.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Dr. Rosinha) - Agradeço aos Srs. Deputados. Passamos a palavra ao Dr. Paulo Lopes Pena, a quem foi feita algumas perguntas, e já solicito do Dr. Paulo também as considerações finais.

**O SR. PAULO GILVANE LOPES PENA** - Obrigado, Dr. Rosinha. Duas questões. A primeira, do Deputado Jamil Murad, em relação à ocorrência de acordos entre planos e empresas, em relação ao não... eu nem diria ao não diagnóstico, mas no caso seria ao não reconhecimento de doenças do trabalho, de acidentes do trabalho. Isso ocorre, sim. De fato, nós precisamos de mais instrumentos de controle dessa situação. Sugiro até, nas investigações, conversarem com entidades sindicais, sindicatos de trabalhadores, nas comissões de saúde desses sindicatos. É possível encontrar muitos... Nos Estados que têm os chamados centros de referência e diagnósticos de doenças do trabalho também é possível se identificar doenças desse tipo. E o que entendemos é que para melhorar essa situação é preciso se constituir, na estrutura pública, os centros de diagnósticos de doenças de trabalho, no sentido de dotar o sistema público dessa capacidade, porque aí, ao diagnosticar no sistema público, perde essa importância no setor privado e no âmbito dos planos de saúde. Nesse caso, a assistência ao lesionado no trabalho pode ser estabelecida, porque o reconhecimento já foi feito. E eu volto a insistir nisto: é extremamente importante para o trabalhador esse reconhecimento do ponto de vista..., para que ele possa assegurar seus direitos securitários e, eventualmente, ir à justiça em busca de indenizações. Então, a resposta é sim. Eu gostaria, em relação ao Deputado Dr. Ribamar, dizer que realmente é esse o nosso ponto de vista, que essa assistência deve ser dada. Agora, estabelecer controles para que obrigue esses planos de saúde no sentido de estabelecer a notificação obrigatória dessas doenças do trabalho. E, eu não sei, para finalizar, porque na verdade a Sra. Maria Leda fez uma excelente explanação, mas eu sou obrigado a dizer que tenho



ponto de vista diferente em relação ao trabalho da criança e do adolescente. Não sei se é o caso de expressar aqui.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - É bom.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Esse aqui é o próprio espaço de debate democrático. É importante ouvir o contraditório de idéias aqui. Inclusive o Presidente se desculpa porque teve que sair para dar uma entrevista, mas vai querer fazer uso da palavra. Estava inscrito aqui. O Dr. Rosinha me garantiu a palavra depois de ouvir.

**O SR. PAULO GILVANE LOPES PENA** - É porque o Ministério do Trabalho tem um importante programa de erradicação, enfim, do trabalho da criança e do adolescente. E, na verdade, o seguinte. Algumas coisas rápidas. Se a gente analisa os países socialmente desenvolvidos e os países socialmente subdesenvolvidos, há uma grande diferença. É que a criança do país socialmente desenvolvido tem um direito à infância é à educação.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - E ao trabalho.

**O SR. PAULO GILVANE LOPES PENA** - Não ao trabalho.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Tem.

**O SR. PAULO GILVANE LOPES PENA** - Desculpe, mas os dados não mostram isso, porque a educação, nesse caso, é a educação em 2 turnos, tempo integral. Então, o trabalho da criança é o trabalho de aprendizado na escola, de manhã e de tarde. E essa escola em 2 turnos, primeiro, além de dar à criança o direito a uma formação que a complexidade do mundo do trabalho exige hoje, que é uma formação constante, ela protege a criança no sentido de que a criança fica na escola enquanto os pais trabalham, enquanto a mãe, por exemplo, trabalha.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Perfeito.

**O SR. PAULO GILVANE LOPES PENA** - Então, a escola em 2 turnos, ela tem esse caráter de proteção. E o que a gente observa é o seguinte: embora a senhora tenha citado exemplos, e isso ocorre, de pessoas hoje bem sucedidas que trabalharam quando crianças, mas eu gostaria de lembrar que, infelizmente, isso pode representar exceções. É a mesma coisa do cigarro. A gente sabe que o tabagismo mata 50%, com doenças relacionadas ao fumo, e os que a gente vê fumando e tudo em idade avançada são os sobreviventes. Então, da mesma forma



que a senhora cita exemplos de pessoas que trabalharam na infância e que hoje são bem sucedidas, mas os dados mostram o contrário: que a imensa maioria das crianças, elas são levadas num ambiente de trabalho a contato precoces com temas adultos: sexo, droga, alcoolismo, mesmo nos ambientes de trabalho em que teoricamente está se aprendendo alguma coisa. E das doenças sexualmente transmissíveis, temos de lembrar a sífilis, a AIDS.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - No trabalho.

**O SR. PAULO GILVANE LOPES PENA** - Exatamente. O problema do alcoolismo, uso de drogas, gravidez precoce. Por exemplo, mesmo em ambientes de trabalho doméstico, nós temos inclusive denúncia do problema. Às vezes a gente pensa que o trabalho doméstico quase não tem risco. Não é isso.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Exploração da empregada.

**O SR. PAULO GILVANE LOPES PENA** - Além de obrigar a empregada a limpar vidros na parte externa de prédios de 10 , 15 andares, arriscando a vida, sem falar em problemas gravíssimos de assédio sexual e moral. E a gente sabe que neste País a iniciação sexual das famílias ricas se dá através do empregado doméstico. Gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis. Então, as denúncias em relação mesmo ao trabalho no ambiente doméstico, essas denúncias são impressionantes. Então, de uma certa forma, retomando esse discurso belíssimo que a senhora trouxe da equidade geracional, para a criança a equidade geracional significa assegurar o direito à infância, à educação e uma formação para que ela, quando adulta, possa conquistar um trabalho digno. Então, é com essa visão que nós mantemos, e o Ministério do Trabalho, no Governo Lula, vai fortalecer os programas de erradicação do trabalho da criança. E nós esperamos também que fortaleça e que mude o mundo educacional no sentido de assegurar, aí, sim, uma escola tempo integral que venha proporcionar à criança a formação adequada e a escola também como meio de proteção contra as formas de trabalho criminosas como o narcotráfico. Então, agradeço essa oportunidade.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Tenho direito ao contraditório ou não?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Com certeza terá na sua fala aqui. O Presidente só está alterando um pouco, não em benefício próprio, mas está alterando um pouco para retomar a ordem. Sou o último inscrito e, tão logo eu





use da palavra, nós vamos voltar, então, a ouvir os nossos convidados pelo tempo que necessitarem. *(Pausa.)* Bom, primeiro, quero agradecer de novo a presença de todos os nossos quatro convidados que fizeram falas extremamente consistentes, que trazem mais um pedaço ao diagnóstico que estamos fazendo. O nosso Relator tem dito que nós estamos aqui numa situação de fazer um diagnóstico, de ouvir a queixa do paciente, o problema que nós estamos enfrentando, fazer um diagnóstico e propor uma terapêutica. Eu quero dizer o seguinte, eu me sinto hoje, já que temos um pouquinho mais de tempo para falar, porque a sessão tem menos Deputados, foi duro em alguns momentos ouvir da parte de alguns que não valia a pena fazer uma CPI para investigar o mercado de planos de saúde. E frases daquele tipo: não, tem problemas, mas tem problemas como qualquer outra situação. mas por que fazer isso aí? Porque na verdade é para fazer um palco "midiático". Mas onde é que estão os problemas? Cheguei a ouvir frases inclusive, e os Deputados que estão aqui vão lembrar, comparando-se que o volume de pacientes que são atendidos, as queixas até são poucas. De repente, estou quase tirando o chapéu para alguns planos de saúde etc. e tal. Tenho dito, com a mesma serenidade que falo desde o começo da CPI, que nós não estamos aqui generalizando nenhum tipo de julgamento a respeito desse mercado. Agora, quem ouvir essas quatro falas de hoje, se não concluir que há uma doença séria no sistema de saúde suplementar deste País e que ele precisa ser alterado, melhor regulado, que ele precisa ser melhor acompanhado e fiscalizado, que ele precisa mudar métodos de trabalho e de ação, eu, sinceramente, não tenho como concordar com alguém que pense dessa forma. Vamos pegar o exemplo, o primeiro das falas de hoje: Acidentes do Trabalho e Doenças Profissionais. Mas eu não encontro outra palavra a não ser a palavra absurda para decisão de exarar uma resolução do CONSU determinando que as doenças de acidente de trabalho não devem ser cobertas pelos planos de saúde. Mas eu, sinceramente se eu caísse de mártir aqui hoje e alguém me dissesse: olha, ao regular o sistema de saúde suplementar alguém decidiu que as doenças do trabalho, com acidente de trabalho, não devem ser cobertas pelas empresas que se propunham a atender a saúde das pessoas. Mas se só por brincadeira alguém caísse de mártir: não, tu estás brincando comigo. Isso não é possível. Não, mas é lei, tem uma resolução do CONSU, é a lei do absurdo. Quero inclusive fazer um



apelo público, em nome, tenho certeza, de toda a CPI, eu tenho convicção de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Ministério da Saúde, pode alterar imediatamente essa decisão. Não precisam esperar o nosso relatório, nobre Relator Ribamar, não precisam esperar pela decisão desta CPI, do Plenário da CPI etc. Podem imediatamente alterar essa situação absurda e inaceitável. Se não alterarem, evidentemente nós vamos, porque uma das coisas que a CPI vai propor é uma mudança na lei que regula os planos, e nós não vamos permitir que a lei continue tratando de forma absurda uma situação como essa. Segunda questão, a fala da D. Maria Leda, a quem eu quero cumprimentar pelos conceitos de vida que transmitiu também na sua fala, que eu acho que concordo com eles de forma muito próxima daquilo que a senhora pensa. E acho, peguei aqui uma, eu escrevi uma frase quando estava lhe ouvindo falar: de fato ser jovem, ser idoso, ou ter qualquer idade e ser feliz é descobrir a beleza de cada uma das idades, de cada um dos períodos da vida que a gente passa e não lutar para estar numa idade diferente daquela que a gente está. E a nossa sociedade, aliás, tem problemas de outra ordem, não vou entrar no debate do trabalho e tal aqui, eu também tenho uma posição divergente da senhora, mas mesmo em outros aspectos nós estamos incentivando uma precocidade para os adolescentes, para as crianças, para os jovens do ponto de vista inclusive de tolher deles a vivência plena de uma faixa etária, não só, não, estou falando do tipo de cultura que se incentiva ou mesmo do jovem que está lá, às vezes numa outra fase, está sempre querendo correr, uma sociedade competitiva para sempre estar numa fase adiante, mas não vou aqui entrar. Só quero dizer o seguinte, eu tenho debatido muito. Esses tempos enfrentei um debate público na televisão, não me lembro com quem agora, um dos representantes de, não sei se de, um grupo de empresas de plano de saúde. E ele, ao debater o tema da variação de preço em relação às idades, propôs o seguinte argumento para confrontar com a minha posição. E vejam a elaboração do argumento para dialogar com a opinião pública, que aqui há uma disputa real, aí ele diz assim: mas Deputado, então, o senhor está querendo sugerir que nós aumentemos o preço dos mais jovens. Que nós possamos, então, para garantir o preço que o senhor imagina de plano de saúde para os mais idosos, que a gente aumente o preço dos mais jovens. Eu disse assim: não. O que nós estamos querendo é que os planos de saúde, que não vendem



qualquer mercadoria, respeitem o critério da equidade que tem que orientar qualquer sistema de saúde, porque mesmo o sistema suplementar e privado não pode operar como qualquer outro negócio com a área de saúde. A equidade é um princípio de que o setor privado ou o setor público não pode abrir mão quando se trata do tema da saúde, porque, senão, eu também posso desafiar esses que dizem dessa forma, que talvez eles queiram cobrar uma comissão sobre cada serviço de saúde que eles vendem e ter um lucro certo de xis por cento sobre o raio X que fizeram, os três dias de internação, os quatro dias de UTI ou o resto do atendimento. Eles têm que assumir o risco solidário de uma carteira, para usar a linguagem que é utilizada, de atendimento com equidade para todos. Não podem discriminar tipos de doença, não podem discriminar idades, têm que distribuir os riscos e fazer o jogo da verdade, não podem nem seduzir uma determinada faixa etária com preço artificialmente barato, se for o caso, para buscar a adesão dessa faixa etária e expulsar a outra faixa etária com aumento abusivo. A palavra é essa, gente, e eu vou usar ela mil vezes: há um mecanismo cruel e perverso de expulsão dos idosos pelo aumento abusivo de preços. Não é um problema que isso aqui custa tanto, aquilo custa tanto, aí se cria um discurso que parece um tecnicismo. Não. Aqui há um movimento deliberado de utilizar um mecanismo perverso para expulsar os idosos dos planos de saúde. E esta CPI, no que depender de mim, que tenho um papel aqui, um papel neste Plenário, com 500 Deputados, ela não vai permitir que continue a ser praticado esse tipo de abuso. Nós vamos alterar a lei, sim, no que depender de mim, para impedir essa variação de preços entre faixas etárias. E vamos propor um jogo da verdade, respeitando equidade e respeitando a distribuição de riscos, porque não é razoável adaptar o preço de uma determinada faixa etária, para adaptar ao suposto eventual gasto que se terá. Vender plano de saúde, como eu disse, não é vender qualquer mercadoria. Por último, esse tema da relação dos prestadores de serviços. Já apareceu com os médicos, já apareceu agora aqui com os hospitais. Há um poder discricionário na mão das empresas. As empresas fazem glosas, e eu pergunto: qual é o campo neutro que analisa essas glosas? Você tem uma relação direta entre a empresa e o prestador de serviço. O prestador apresenta determinada conta, que pode estar fraudada, sim, porque também os prestadores... Nós não estamos aqui para dar salvo-conduto para nenhum setor. Todos têm bons e maus prestadores.



Nós temos bons e maus Deputados, temos bons e maus médicos, bons e maus dirigentes de hospitais, bons e maus planos etc. e tal. Agora, é o seguinte: tem que ter um campo neutro que analise essa situação, porque, se o plano tem o poder discricionário de ameaçar o hospital — “se você questionar essas glosas eu descredencio o hospital” —, e o hospital depende daquela receita, como é que fica essa relação? Onde é que está o equilíbrio que o Poder Público tem que garantir numa relação entre desiguais? Porque quem garante a igualdade, quem garante esse equilíbrio é a intervenção pública. Então, se ainda não é feito isso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem que exercer o papel de mediar, justificar e analisar tecnicamente essa glosa, porque ela tem que ter uma justificativa técnica se for glosada, tem que dizer: olha, aqui há um abuso, porque esse paciente baixou com uma pneumonia viral e fizeram 3 tomografias computadorizadas. O paciente não deve pagar mesmo, porque nós não estamos aqui para defender o consumismo tecnológico e a venda desnecessária de serviços na área médica, que também é feita muitas vezes pelos prestadores privados, que induzem o consumo de tecnologia no atendimento de saúde, porque compram a máquina, colocam a máquina lá, para garantir a rentabilidade mínima daquela máquina, têm que fazer “x” exames por mês, e, às vezes, começam a dizer ao profissional que atende: na dúvida, tu pedes mais uma tomografia para a gente ter mais segurança e chegar ao faturamento “x”. Então, nem ao céu, nem à terra. Precisamos, evidentemente, ter critérios, mas esses critérios têm que ser técnicos. Eles não podem ser... Outra coisa, o que é que justifica que tenha aumento? Eu não consigo... A CPI ainda não entrou em detalhes, e provavelmente nem vamos entrar na individualização de cada caso. Mas, quantos relatos de prestadores de serviço que estão há 3 anos sem receber reajuste? Mas existe algum plano de saúde no País que está há 3 anos sem ser reajustado? Nenhum, Sras. e Srs. Deputadas e Deputados, todos acompanham. Então, por que é que não se determina que um percentual daquele reajuste tem que ir direto para o prestador de serviço? Porque, se há uma planilha de custo, evidente que a gente sabe que, nessa planilha, x% é atendimento de saúde. Então, se pode até discutir se 9% é o certo, se é 15, se é 5, se é 20. Mas, quando foi concedido os 9, tantos por cento daqueles 9 têm que ir automaticamente para o pedaço da planilha de custo que é constituído pela prestação de serviço. Então, tem muita



coisa errada. Eu vou concluir, porque eu até abusei do tempo, e o Presidente em exercício não chamou atenção aqui do Presidente, que se empolgou, mas era um dia especial hoje. Agora, a nossa CPI tem muita coisa que vai fazer, que precisa fazer, e eu tenho convicção de que o sistema de saúde suplementar será melhor depois desta CPI. Não será perfeito, porque, inclusive, eu acho que ele tem uma certa queda à imperfeição, porque as relações privadas, desta forma que se estabelecem dentro da área de saúde, elas são complicadas mesmo e elas tendem muito à imperfeição, mas nós vamos botá-las mais perto de uma situação de razoabilidade para os cidadãos e pacientes deste País. Então, quero devolver a palavra aos nossos convidados, na mesma ordem. Falou primeiro...

**O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES** - Sr. Presidente, só uma questão de esclarecimento.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Pois não, Relator.

**O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES** - É da gravidade de sua fala na questão concernente ao CONSU. No art. 35-A da Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998, que regulamenta os planos de saúde, diz o texto: *“Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar — CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para...”* Aí vêm suas competências. E, no art. 35-B: *“O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado”*: Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente, Ministro da Saúde; Ministro da Fazenda, Ministro da Justiça, Ministro do Planejamento. Veja a gravidade do caso, a importância de quem compõe o CONSU para tamanha gravidade das suas determinações e deliberações. Eu só queria deixar bem claro quem compõe o CONSU.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Vou passar, então, a palavra para o Dr. Erimar. Nós vamos procurar um tempo de 5 a 8 minutos, Erimar, na medida do possível.

**O SR. ERIMAR CARLOS BREHME DE ABREU** - Primeiro, vou pedir desculpas ao Deputado Jamil Murad se eu não fui claro na minha apresentação. A nossa preocupação é a seguinte: quando a gente falou em santa casa ou santas casas virando operadora, eu queria aproveitar o gancho da Dra. Maria Leda de identificar operadoras diferente de outras operadoras. Não estou falando que só as



operadoras de santa casa são perfeitas. Como o Presidente aqui colocou, nós temos gente boa em todos os lugares. Mas o senhor mesmo, que conheceu Santos, em primeiro lugar, a cidade de Santos é uma cidade de idosos, e foi montado um produto para idosos. Quando a gente calculou o preço — o senhor me perguntou valores —, foram os valores para a região. Os primeiros a participar foram os clubes de serviços, o Lions, o Rotary, a Maçonaria, que são pessoas que têm uma certa faixa etária. Então, foram os nossos primeiros clientes. Então, nós montamos os nossos produtos para essa faixa de população. Uma coisa que eu entendo também que é diferente é a situação de que nós, quando estamos na frente do negócio, eu não tenho como falar para o meu usuário que eu não cubro aquele procedimento. Ele sobe, vai até a minha sala, e eu vou ter que explicar para ele e vou ter que resolver o problema dele. Ele não sai da minha...

*(Intervenção inaudível.)*

**O SR. ERIMAR CARLOS BREHME DE ABREU** - Exatamente, nós eliminamos um intermediário do processo. Então, foi uma opção que as santas casas encontraram, tanto é que a nossa concepção envolve o corpo clínico, tem o pessoal do CTC, tem o pessoal da administração e tem o pessoal da área comercial, que, todos juntos, se reúnem uma vez por semana, até para que a gente aprenda e discuta isso. Tem o problema que o doutor colocou, que apelidamos de “empurroterapia”, é verdadeiro, nas clínicas fora. Por isso a nossa preocupação de trazer equipamentos, trazer a estrutura para dentro da santa casa, porque ao mesmo tempo eu tinha que pôr numa ambulância e levar o usuário do SUS para fazer numa clínica lá fora e hoje ele faz dentro da estrutura hospitalar. Então, é no sentido de que o produto foi montado com uma concepção de melhorar para a comunidade. Tudo o que a comunidade investir, ela vai ter um retorno. E eu acho que a gente só deu certo, pelo menos dentro da nossa comunidade, porque a comunidade viu que ela estava contribuindo e ao mesmo tempo estava recebendo aquilo que ela estava investindo na instituição. Ou seja, aquelas campanhas de doação que ela depois não sentia, não tinha como sentir, ela passou a ser um cliente diferente. Foi só nesse sentido que a gente entendeu que seria importante mudar. E a diferença de realmente estarmos junto aos médicos. Eu tenho que esclarecer para o médico. O meu auditor é alguém de dentro da própria equipe, até para verificar um detalhe



técnico ou não. Então, o senhor tem um médico do corpo clínico fazendo auditoria de colegas, que vão discutir. É diferente do que o senhor ter alguém que vem de fora, com o poder da caneta, que vem lá e diz assim: “não cubro isso”. E vai embora, e você fica com o paciente na frente. Ali, os 2 médicos são da casa, e o paciente vai ficar na frente dos 2. Então, eles têm que resolver o problema. O assunto não é colocado só administrativamente. Então, esse é o grande diferencial que nós colocamos, a nossa pretensão sempre foi essa: estar próximos do usuário, resolver o problema do usuário. Não que não tenhamos problemas — temos problemas como todos os outros. Agora, quando o senhor me perguntou em relação a como aplico os reajustes, é o que expliquei ao senhor, porque eu sigo regras da agência, então, montei uma tabela de acordo com a regra da agência. Mas tem um valor que foi aceito pela comunidade, mesmo porque, se não fosse aceito, eu já tinha no mercado uma série de instituições que estavam lá há muito mais tempo do que eu, há 30 anos — foi fundada na cidade de Santos, inclusive, uma das entidades. E, aí, nós aprendemos com todos eles, nós somos parceiros. Além do que, o Dr. Dante não colocou, mas passei na minha instituição a seguinte situação: um grande convênio, que representava no mínimo 80% da minha prestação de serviços para ele, ele não pagava, e entrou com uma liminar. O senhor vai me desculpar, deram mais 60 dias para mim atendê-lo, sem receber. Agora, se com 60 dias é impossível, o senhor imagine o senhor ficar 120 dias atendendo a um convênio que dá um faturamento de 1 milhão de reais por mês, como foi difícil. Eu queria agradecer, colocar-me à disposição de todos. Nós não temos experiência de falar aqui. Mas o que for preciso, o que a gente puder fornecer de informações, a nossa casa, além da Confederação, também está às ordens dos senhores. Como o senhor foi nos visitar para o lançamento de uma revista médica, queira nos visitar para outras informações. Nós estamos às ordens. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Erimar. Passo a palavra ao Dr. Dante.

**O SR. DANTE ANCONA MONTAGNANA** - Sr. Presidente, demais Deputados, queremos agradecer-lhes esta oportunidade. Eu gostaria de colocar duas posições aqui que eu acho muito importantes para esta CPI. Primeiro, o problema da liquidação da operadora. Uma operadora é liquidada pela ANS e



repassa a carteira do segurado para outra operadora. Entretanto, a dívida dessa operadora com os prestadores ninguém paga. Aconteceu em São Paulo, a UNIMED de São Paulo, ela foi liquidada e ficou devendo mais ou menos em torno de 60 milhões de reais para os prestadores e, para Santa Marcelina, eram mais de 2 milhões de reais. Então, isso é uma das coisas que gostaria que fosse analisada pela CPI, o problema da liquidação da operadora. Como fica o pagamento dos prestadores? Outro aspecto que gostaria de abordar aqui é realmente sobre a Resolução Normativa nº 44, da ANS, que *“Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos de saúde”*. Nós também achamos que não cabe ao usuário ter que pagar um cheque-caução num momento de preocupação. Mas perguntaria: chegando ao hospital um beneficiário, num domingo, com 45 anos de idade, com fratura de crânio, o hospital evidentemente vai tomar conta da saúde desse paciente, porque não interessa se ele é usuário ou não é usuário, é obrigação do hospital. Vai fazer sua tomografia, ressonância, cirurgia, coloca no UTI 3 dias, e aí recebe da operadora: não, ele é inadimplente, me deve 2 meses. Mas ficou pagando durante 25 anos o plano, e nunca utilizou um hospital. O que entendemos é que caberia à operadora a obrigação de pagar essa despesa, e depois ela, operadora, vai ficar junto do seu cliente e verificar se ele tem ou não o direito, e caberia a ela ser ressarcida ou não. Porque não cabe aos prestadores o ônus da conta, não é só hospital, são também os colegas, os médicos, os funcionários. Então, seriam essas duas colocações. Eu agradeço a oportunidade. Creio que hoje foi um dia muito bom, em que também estivemos na Frente Parlamentar. Então, acho que ontem e hoje, pelo menos para mim, foram dias excelentes. Saio daqui com a esperança muito grande de que podemos melhorar a relação entre usuário, prestador e planos de saúde. Muito obrigado a todos.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Dr. Dante. Concedo a palavra a Sra. Maria.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Maria Leda, porque Maria a maior parte das mulheres que aqui estão também devem ser.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - É? Então, Maria Leda Dantas.





**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Obrigada. De Rezende, ainda por cima. Eu gostaria, assim, de dizer, rapidamente, algumas coisas que se eu fosse os senhores iria olhar. Há uma dúvida pairando sobre os auditores. Eu sugiro o seguinte: quando olhar os auditores, olhar também as pessoas que, dentro do serviço público e das empresas, são encarregadas de escolher os planos de saúde, porque dentro do sistema dos Ministérios, qual é o critério? Como é a escolha? Por outro lado, a gente sabe de Ministério que tem plano de saúde em Brasília e não tem para o Rio de Janeiro. E essas pessoas, então, não estão cobertas pelo plano. Então, eu veria também esse outro... Porque o Brasil é o país dos intermediários: quem não ganha é quem produz serviços; intermediários na agricultura e agora na saúde são os que ganham. Mas tem que ver toda essa cadeia, porque só ganha porque tem esses outros intermediários. Então, olhar nas empresas e olhar nos Ministérios como é que está essa seleção e se ela é para o território nacional porque, às vezes, não é. A questão das doenças preexistentes tem que ser reestudada, porque se tem alguém que tem doença preexistente é o cidadão mais velho, porque nele está tudo preexistente. Mas a gente está falando isso, porque é o caso mais, assim, caricato. Mas o que a gente tem visto, tem lutado muito por isso, é o pessoal com HIV. E tem que ser pensado e verificado bem isso. A outra coisa é a questão do controle social dessas agências. Esse controle social, se não é feito em alto nível, muito menos é feito no nível, por exemplo, do Conselho Nacional de Saúde, que só tem uma pessoa lá, que é voto vencido em qualquer coisa que ocorra. Então, eu sugeriria que os senhores ouvissem mais o Conselheiro Mário Scheffer, que, por acaso, por coincidência, chegou aqui agora. Ele tem dados preciosos a respeito da preexistência e essas questões. Agora, o que eu queria deixar muito claro, que eu não deixei, é que o primeiro anteprojeto, que teria vindo para esta Casa, saiu do Conselho numa luta insana minha e de 2 outros conselheiros, que na hora entenderam a minha proposta, que é terminantemente proibido aumentar o custo de 1 real sequer, se você quer manter a constitucionalidade das leis. Você não pode aumentar a pretexto de idade. Quer dizer, esse pretexto é anticonstitucional. Então, isso eu queria que ficasse muito claro como a minha fala específica. Se esquecer tudo, tudo bem, mas não pode esquecer que, do ponto de vista constitucional, nós não podemos aumentar nem porque é criancinha, nem porque é jovem, nem porque



é velho. Quer dizer, não pode haver esse critério etário para o aumento. E quando houver uma reformulação da nossa Constituição, além dessa questão de idade que eu contribuí, eu quero colocar uma também, que é a questão da higidez. O cidadão brasileiro não pode ser prejudicado em nenhum dos seus direitos por força de não ter uma boa saúde. Isso não está garantido na Constituição. Eu já deixo para os senhores começarem a pensar nisso. Ninguém pode ser prejudicado por ter uma saúde frágil, e não está colocado ainda. Eu gostaria que os senhores pensassem sobre isso. Quanto à questão do trabalho infantil, jamais eu vou ficar lutando para que as criancinhas brasileiras trabalhem. Não é isso. O que, então, eu vejo é o seguinte, o que está errado é a educação, que não leva a criança para a escola. Então, a gente está tirando uma situação errada. Vejam os senhores, eu dizia na ditadura, durante a ditadura, que era muito engraçado, porque o Governo não conseguia dar 4 anos de bom ensino, então, porque não podia dar 4, dava 6. E, aí, eu atacava os militares. Quase morri de susto, quando, em não podendo dar bom 4 anos nem 6, passou a ser exigência tempo integral. Quando as nossas crianças de 4ª série, 7ª série... E eu, com 26 anos de ensino superior, posso dizer aos senhores que tive muitos alunos analfabetos, no ensino superior. Essa escola que não consegue alfabetizar o cidadão brasileiro quer fazer gracinha de Primeiro Mundo. Então, se pudesse ser como no tempo dos meus bisavós e avós, que ficavam 4 anos na escola e saíam podendo ler, com autonomia intelectual para ler toda a literatura mundial e tudo mais, talvez fosse melhor do que querer que escola fosse centro social, centro de abrigo, como também quer que seja refeitório, centro de lazer, quer dizer, é tudo, só não ensina a ler e escrever. Então, eu acho isso assim um desvio de focalização das políticas públicas. Eu, como Assistente Social, sei que, desde o fim do Século XIX, quando a Inglaterra criou os primeiros centros sociais, a Previdência Social no Brasil implantou nos seus núcleos residenciais, comprados com o superávit da Previdência, sempre tinham centros sociais que fazem essa tarefa, porque a escola era para ensinar as primeiras letras e alguma coisa, mas não é para ser depositária das crianças brasileiras, até porque uma escola burguesa, horrorosa, como a nossa, não merece ter as criancinhas o dia inteiro lá, porque é lá que elas começam a ter preconceito de raça, é lá que elas começam com preconceito de classe, que não tinham na vizinhança. Então, eu acho que temos que



pensar nossas escolas também. Agora, a se proibir — eu queria que o senhor, representante do Ministério, tomasse uma atenção —, a se proibir o trabalho infantil, em vez de proibir que o camponês leve os seus filhos todos com ele para não ficar nas pequenas cidades do interior à mercê dos traficantes e dos delinqüentes, porque já não podem mais sair o pai e a mãe com seus filhos, antes de dar prioridade para isso, ou das meninas que realmente são muitas vezes estupradas dentro de casa, mas eu digo para o senhor que quem faz a iniciação dos nossos meninos não são as meninas, são as coroas, as empregadas que iniciam. Se perguntar aos homens aqui, eles vão dizer para os senhores que foram as empregadas de 40 anos que os iniciaram na vida sexual. E sabem que é verdade. Agora, deixa eu dizer para o senhor: a se privilegiar alguém, eu queria que o senhor visse as crianças que estão trabalhando na propaganda — por favor, vamos deixar o sexo das empregadas e vamos prestar atenção aqui —, a primeira faixa que eu olharia são as crianças que estão sendo escravizadas pela televisão, pelo cinema e pela propaganda no Brasil. Se o senhor algum dia vir um negócio chamado “*Mulheres Apaixonadas*” — não sei nem o que elas são, porque tem um livro daquela argentina e estou misturando o livro com a novela —, mulheres alguma coisa na *Globo*, o senhor vai ficar estarecido. Tem uma menininha, dos seus 9 anos, que faz o papel de uma menina que tem visões, ou visões metafísicas ou alucinação, ou seja o que for, e que essa menina sofre porque ela vê todas as noites, que eu vi, ela sofre aquela premonição de que a mãe dela vai morrer. E essa menina consegue pensar tais coisas tristes, que ela consegue chorar de verdade. Agora, se a gente que é velho — aqui também só tem eu, é uma desgraça. Não, tem um ali que é da minha faixa etária. Nós tínhamos Shirley Temple, nós temos esse menininho de *Esqueceram de Mim*. A Shirley Temple era só gracinha, a mãe dela não ia morrer, ela não tinha premonição, nada disso, eram só amenidades. É só um, eu olhei para o senhor, só nós dois de cabeça branca. Shirley Temple não tinha uma coisa trágica, só amenidade, era uma maravilha ser menina naquela fase. No entanto, ela ficou uma mulher totalmente alcoólatra, cheia de vícios. Esse menininho do *Esqueceram de Mim*, que infelizmente eu não vi o filme, eu já estou sabendo que ele está um menino com sérios problemas psicológicos, só por conta da escravidão do horário das filmagens e aquelas coisas. Agora, o senhor imagina essa menininha que tem



que se colocar... Não é um dia, é todo dia. Quer dizer, todo dia eu não sei, mas toda vez que eu vi essa menina chora de horror, porque a mãe dela vai morrer. E ninguém entende esse sofrimento dela. Isso aí eu acho muito ruim, mas como é a *Globo*, então, vamos aproveitar para dar os pêsames para os Marinho, a *Globo* pode escravizar as crianças e tudo bem. Agora, os menininhos da minha reserva ecológica, que estão sabendo agora os nomes latinos dos passarinhos, quando eles saem com os pesquisadores da universidade federal, eles podem dizer o nome do passarinho, eles aprendem o nome em latim do passarinho, mas não podem ganhar salário, senão a gente perde a posse da terra. Ora, isso é uma iniquidade, isso é uma tolice muito grande. Mas vejam os senhores, pior do que isso — é pena que eu não consegui gravar na hora —, uma propagada, que um senhor estava falando sobre propaganda.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Eu queria pedir à senhora, agora...

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Mas isso aí eu termino. Sobre propaganda. E ele dizia da dificuldade do trabalho da fotografia da propaganda, em que ele tinha que conseguir que um bebê — eu fico rouca só de pensar —, um bebê de cerca de 3 meses, que tinha, ele era colocado no peito da mãe, ele era tirado do peito da mãe quando ele queria mamar para, então, naquela fisionomia, ele ser colocado no outro peito e aí fazer a propaganda. Quer dizer, ele era levado a um sofrimento de frustração e de insegurança, porque o seio materno dá leite, mas dá mais é segurança psicológica. Ele era retirado dessa segurança para fazer aquela fisionomia em que ele é depois recompensado com o fruto de um novo seio. E esse, sim, para ele mamar. Então, o senhor imagina como que se for pensar em trabalho infantil, e veja que eu não estou dizendo que eu sou contra, eu trabalhei, meus filhos trabalham, meus netos também, no Sul, mas uma menininha que é filha de mãe solteira na nossa família, no Nordeste, quando a tia dela a chamou para ajudar a varrer a casa, ela disse que a tia estava cometendo um grande crime, porque ela não podia varrer a sala, porque é proibido criança trabalhar. Os meus netos, que têm olho azul e moram em Joinville, pequetinhos, sabem pôr mesa, sabem por alguma coisa no microondas. E essa menina que não tem pai, que é mulata, que é pobre, vai crescer sem poder trabalhar, porque essa é a coisa que está sendo colocada.



Então, o que eu queria pedir é o seguinte: vamos pensar na nossa escola, essa escola burguesa não tem o direito de ficar com as nossas crianças o dia inteiro. Ela deforma as cabeças dos menininhos. Agora, nós temos que ter outras oportunidades de lazer para as crianças e não podemos privilegiar um aspecto, nós temos que dar proteção integral às crianças. Mas não é só às crianças, aos jovens, aos adultos e aos velhos. Agora, se puder, se só puder privilegiar — eu queria que vocês me ouvissem só esse pedacinho.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Eu queria pedir à senhora que tente concluir, D. Maria. Nós temos uma Ordem do Dia pela frente.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - É a última frase. Se tiver que ter só uma faixa etária sendo privilegiada, que se privilegiem os adultos na escola, na saúde e no trabalho. Se os senhores tiverem dúvida, vejam o que lhes dirão no avião quando entrarem. Em caso de despressurização, primeiro, ponham as máscaras para depois cuidar dos dependentes. Cuidemos, então, dos trabalhadores do Brasil, dos desempregados, que eles cuidarão das suas crianças e cuidarão dos velhos. Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, D. Maria.

**O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ** - Sr. Presidente, Sr. Presidente, só por registro, eu gostaria que V.Exa. desagrasse as empregadas domésticas, que ficou mal para a gente.

**A SRA. MARIA LEDA DANTAS** - Sim, sim. E, por favor, peço desculpas às matronas do serviço doméstico.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Está bem. Nós já acolhemos aqui essa preocupação, essa correção. Queremos dizer que um pedaço do nosso debate andou por esse outro tema que também é importante. Eu sei que as pessoas teriam vontade inclusive de abordar esse tema, mas nós não podemos, neste momento. Mas, de qualquer maneira, eu acho que foi extremamente positivo ouvir argumentos e contra-argumentos a respeito desse assunto. Eu, então, agradeço aos nossos convidados, mais uma vez, pela importante contribuição que deram à CPI. Solicito, tenho certeza, em nome do nosso Relator, que todas as sugestões que eles queiram passar, inclusive por escrito, no sentido de alterações que entendam importantes, de interesse público, na modificação das relações dos



planos de saúde com usuários e com prestadores de serviço, que remetam à nossa CPI, que o nosso Relator está atento, procurando fazer uma grande síntese. Eu já vejo ele com uma cara preocupada, porque os assuntos são inúmeros, mas tem bastante gente para ajudar. E nós vamos fazer um trabalho em conjunto e um grande relatório. Cumprimentar o Deputado João Grandão, que parece que está com um olhar de quem quer fazer um rápido uso da palavra. E o Presidente hoje está num dia de bastante liberdade de tempo. Então, ele passa a palavra ao Deputado João Grandão, já que, ontem, quero contar publicamente, tivemos um momento, na reunião da bancada do PT, que, depois da 25ª inscrição, o Deputado João Grandão queria pedir mais uma com outro grupo de 5 Deputados. Eu, que coordenava a reunião, não pude dar a palavra a ele. Então, ele ficou com forte argumento. Então, hoje está garantida a palavra.

**O SR. DEPUTADO JOÃO GRANDÃO** - Com os protestos do Dr. Rosinha. Com certeza vai ser rápida minha fala, muito rápida. Eu prestei atenção na fala que o Dr. Dante relatou em relação a algumas empresas que passam a responsabilidade evidentemente para prestadoras e tal, quando, na verdade, haveria de ter uma... são terceiros de boa-fé que estão sendo lesados. Eu quero levantar uma preocupação, e aqui vou me reservar, porque vou apresentar depois em forma de requerimento, de não citar o nome. Não sei se é plano de saúde ou se é seguro, porque chama-se seguro, seguro saúde uma determinada empresa, seguro saúde, e estou sabendo agora, de forma concreta, evidente, que passou o atendimento médico para uma terceira seguradora, entendeu? Então, olha bem a situação: é um plano de saúde, um seguro, chamado seguro saúde, e que passou para uma terceira seguradora fazer o serviço e que essa seguradora se acha no direito de colocar, de tirar, por exemplo, os pontos de atendimento, e colocar os pontos de atendimento de acordo com a sua vontade. E, nesse aspecto, está tendo muita reclamação. Então, eu queria exatamente fazer esse levantamento. E dizer, Sr. Presidente, que oportunamente vou apresentar um requerimento nesse sentido. E agora, embasado na fala do Dr. Dante, eu tenho inclusive mais subsídios em relação a essa questão, porque sei que isso já está acontecendo, inclusive provocando situação de constrangimento para terceiros.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Deputado João Grandão, eu quero, independente de requerimento, sugerir, e acho que todos os colegas vão concordar, que V.Exa. faça uma diligência, em nome da CPI, verificando *in loco* essa situação, procurando receber documentos e informações de que forma se dá a coisa, ouvindo partes que estejam fazendo essa crítica, recolhendo documentos, para que nós possamos agregar ao nosso relatório e, eventualmente, inclusive verificar alguma ação que a CPI possa sugerir nesse tema específico que a V.Exa. traz ao debate.

**O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ** - Tem que ter a delegação da Comissão. Acho que (*ininteligível*) delegação. A Comissão tem que dar uma delegação a ele para ele trabalhar em nome da Comissão.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Perfeito. Então, nós vamos passar aqui, agradecendo aos nossos convidados — aqueles que quiserem permanecer conosco, será um prazer a permanência — e vamos passar à Ordem do Dia. Vamos passar à Ordem do Dia. O primeiro requerimento que está na pauta é o Requerimento nº 60, de autoria do Deputado Henrique Fontana, que requer seja convidada a comparecer a esta CPI a Dra. Rosana Chiavassa, advogada especializada em planos de saúde e Conselheira da OAB federal, para prestar esclarecimentos quanto aos principais motivos de ajuizamento de ações, bem como as implicações destas frente à atual legislação. Eu quero convidar para assumir a presidência dos trabalhos, aqui, o Deputado Arnaldo Faria de Sá, já que o autor do requerimento sou eu. E já adianto: não vou querer discutir o requerimento, para tranqüilidade da ...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arnaldo Faria de Sá) - Requerimento nº 60/2003, de autoria do Deputado Henrique Fontana, nosso brilhante Presidente, que requer seja convidada a comparecer a esta CPI a Dra. Rosana Chiavassa, advogada especializada em planos de saúde e Conselheira da OAB federal, para prestar esclarecimentos quanto aos principais motivos de ajuizamento de ações, bem como as implicações destas frente à atual legislação. Em votação o requerimento. Aqueles que concordam com a sua aprovação queiram permanecer como se acham. (*Pausa.*) Aprovado o requerimento. Item 2 da pauta. Requerimento 61/2003, de autoria do Deputado Henrique Fontana, que requer seja convidado a comparecer a



esta CPI o Dr. Duciran Van Marsen, Procurador do Ministério Público Federal, para prestar esclarecimentos quanto às ações ajuizadas pelo Ministério Público Federal contra as operadoras de planos de saúde, bem como quanto aos principais problemas identificados nesse segmento. Em discussão o requerimento. *(Pausa.)* Em votação o requerimento. Aqueles que concordam com a sua aprovação queiram permanecer como se acham. *(Pausa.)* Aprovado o requerimento. Item 3 da pauta. Requerimento nº 62, de 2003, de autoria do Deputado Henrique Fontana, que requer seja convidado a comparecer a esta CPI o Dr. Luiz Fux, Ministro do Superior Tribunal de Justiça, Professor de Faculdade de Direito da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, para prestar esclarecimentos sobre a tutela de urgência em plano de saúde, tema de livro de sua autoria. Em discussão o requerimento. V.Exa., Deputado Biscaia, tem a palavra.

**O SR. DEPUTADO ANTONIO CARLOS BISCAIA** - Sr. Presidente, eu gostaria de subscrever esse requerimento juntamente com o Deputado Henrique Fontana, por conhecer o convidado e também por considerar importante o depoimento que ele vem prestar a esta Comissão.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arnaldo Faria de Sá) - Deferido o pedido de V.Exa. Solicito que compareça à Secretaria para subscrever o requerimento. A manifestação de V.Exa. não é suficiente, há necessidade de apor a assinatura de V.Exa. ao requerimento. Alguém mais quer discutir? *(Pausa.)* Não havendo mais quem queira discutir, em votação o requerimento. Aqueles que concordam com sua aprovação queiram permanecer como se acham. *(Pausa.)* Aprovados os requerimentos do Deputado Henrique Fontana, devolvo a Presidência a S.Exa.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - O pessoal está fazendo uma brincadeira com o Deputado Arnaldo Faria de Sá, que sempre é um Deputado muito atuante no momento de votar requerimentos, inclusive já promoveu uma discussão democrática que durou quase uma hora e meia aqui para votar um requerimento. E me sugeriram que eu sempre convide ele para presidir os trabalhos na hora dos requerimentos, para acelerar a votação aqui. Então, item nº 4 da pauta. Requerimento nº 63, do Sr. Deputado Dr. Rosinha, que requer a convocação dos Srs. Wilson Martins Marques, Reginaldo Czezacki, Newton Rangel Marques, Arlete Luz Aparecida Rodrigues e Mônica Moura Marques, proprietários e ex-proprietários





da CLINIPREV Ltda., bem como o Sr. Nilson Marques e Antônio Aparecido Saganski, que, juntamente com o Sr. Wilson Martins Marques e Reginaldo Czezacki, são proprietários da Prever Serviços Póstumos Ltda., para prestar informações a esta CPI sobre as atividades das respectivas empresas, bem como a possível prática de crime contra a economia popular e à ordem econômica. Em votação o requerimento. *(Pausa.)* Não havendo quem queira discutir, aqueles que concordam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovado.

**O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ** - Sr. Presidente, ...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Pois não, Deputado.

**O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ** - Eu fui consultado pelo Deputado Rosinha, e logicamente entendi a preocupação dele, porque nós temos uma atuação da CPI no Paraná e a não-aprovação poderia redundar em prejuízo à sua intenção. Mas só queria deixar um registro, não em relação a esse requerimento, mas em relação a quaisquer outros requerimentos: que quando for citado, como nesse caso, que a empresa atua sem a devida autorização da ANS, a gente comprove isso. Acho que tem de ter uma consulta prévia, porque de repente a empresa tem algum tipo de autorização. Nós estamos convocando como se não tivesse. Estamos denegrindo a empresa, e posteriormente pode ser comprovado que ela tenha. Então, eu tinha um compromisso com o Deputado Rosinha de deixar aprovar, mas eu quero sugerir à Comissão que, quando fizéssemos essa afirmativa de que a empresa não tem registro, que fizéssemos uma consulta prévia à ANS e só depois de confirmada a não-existência de registro nós fizéssemos essa afirmação. Acho temerário afirmar que não tem e depois ter, e aí fica uma situação negativa. E nós trabalhamos com um tipo de atividade em que credibilidade é fundamental.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Perfeito.

**O SR. DEPUTADO JOÃO GRANDÃO** - Sr. Presidente, pela ordem.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Eu aproveito — só uma informação; já passo ao Deputado João Grandão — eu aproveito para convidar todos os Deputados para a nossa primeira audiência pública, que ocorre no dia 18 de agosto, na Assembléia Legislativa do Estado do Paraná. Este Presidente conversou com o Presidente da Assembléia, que prontamente se colocou à disposição para nos receber. Nós já temos assessores que estão trabalhando no



Paraná no sentido inclusive de organizar a audiência pública. E se algum Deputado tiver alguma sugestão para essa audiência pública e depois para a do dia 1º de setembro, que se realiza em São Paulo, por favor, transmita à Secretaria da CPI, para que nós possamos tomar as medidas necessárias para ter audiência pública mais proveitosa possível. Deputado João Grandão, depois o Deputado Rosinha.

**O SR. DEPUTADO JOÃO GRANDÃO** - Sr. Presidente, é só uma observação. Da forma que o Deputado Arnaldo Faria de Sá fez a observação e foi prontamente atendido para que retirasse das notas taquigráficas, Sr. Presidente, para que retirasse das notas taquigráficas a situação a que foram expostas as empregadas, eu gostaria de que retirasse também a palavra "denegrir".

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - O Presidente tinha pensado, mas sentiu que V.Exa. ia entrar em campo. Eu tenho certeza de que o Deputado Arnaldo já retirou.

**O SR. DEPUTADO JOÃO GRANDÃO** - Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Rosinha.

**O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA** - Sr. Presidente, Srs. Deputados, eu agradeço a aprovação do requerimento e sugiro a convocação de todos os que são citados nesse requerimento já para o Paraná. E quanto à sugestão do Deputado Arnaldo Faria de Sá, este membro da Comissão teve essa preocupação. Nós consultamos a Agência Nacional de Saúde e observamos que não consta o registro. Foi consultado, é lógico, via Internet. E chamo só a atenção dos colegas da Comissão. Esses cidadãos citados são donos ou ex-donos da CLINIPREV Ltda., que vende seguro de saúde. E depois vende também os Serviços Póstumos Ltda. Eu tenho certeza de que pelo menos o usuário desses planos vai ser atendido em algum momento, senão da vida, pelo menos da morte, eles vão ser atendidos. Por isso, a convocação desse pessoal.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Nada mais havendo a tratar, e agradecendo a presença de todos e de todas, encerro os trabalhos e oportunamente ...

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Sr. Presidente...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Pois não, Deputado Mário Heringer, antes do encerramento dos trabalhos.



**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Sr. Presidente, eu só queria relembrar que a Agência Nacional de Saúde continua nos devendo os documentos adequados. Eu gostaria de reforçar isso aqui.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Henrique Fontana) - Está reforçado publicamente. E esta Presidência vai avisar, nas próximas horas, aos Deputados quais serão ou qual será nossa audiência pública da semana que vem. Encerrados os trabalhos.