



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

CPI - PLANOS DE SAÚDE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 1050/2003	DATA: 31/7/2003
INÍCIO: 10h28min	TÉRMINO: 13h1min	DURAÇÃO: 2h33min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 2h34min	PÁGINAS: 50	QUARTOS: 31
REVISÃO: Irma, Luciene Fleury, Rosa Aragão		
CONCATENAÇÃO: Débora		

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

MIGUEL ÁLVARO SANTIAGO NOBRE - Presidente do Conselho Federal de Odontologia.
JOSÉ MÁRIO MORAIS MATEUS - Presidente das Comissões Fixas do Conselho Federal de Odontologia.
SAMIR DAHAS BITTAR - Representante da Associação Médica Brasileira - AMB.
JALDO DE SOUZA SANTOS - Presidente do Conselho Federal de Farmácia.
ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Presidente da Associação Médica Brasileira.

SUMÁRIO: Tomada de depoimentos.

OBSERVAÇÕES

- Há expressão ininteligível.
- Há falha na gravação.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Roteiro da reunião ordinária de 31/07/2003. Discussão e votação das Atas. Indago aos Srs. Parlamentares sobre a necessidade da leitura das Atas das reuniões anteriores, realizadas em 9 e 29 de julho de 2003, tendo em vista a sua distribuição por cópias.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Pois não, Deputado Jamil Murad.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Solicito a dispensa da leitura das Atas.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Dispensada a leitura das Atas das reuniões anteriores, por solicitação do Deputado Jamil Murad, coloco-as em discussão. (*Pausa.*) Não havendo quem queira discuti-las, submeto-as à votação. Aqueles que as aprovam queiram permanecer como se acham. (*Pausa.*) Aprovadas. Audiência pública. Informo que esta audiência pública decorre da aprovação, em 12 de junho, 24 de junho e 29 de julho, dos Requerimentos nºs 10/2003, do Deputado Jamil Murad; 18/2003, do Deputado Arnaldo Faria de Sá, e 58/2003, do Deputado Dr. Ribamar Alves, que tem por finalidade ouvir os seguintes convidados: Dr. Miguel Álvaro Santiago Nobre, Presidente do Conselho Federal de Odontologia, a quem convido para assumir seu lugar à Mesa; Dr. José Mário Moraes Mateus, Presidente das Comissões Fixas do Conselho Federal de Odontologia, a quem convido também; Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Presidente da Associação Médica Brasileira — parece-me que ainda não chegou; Dr. Samir Dahas Bittar, representante da Associação Médica Brasileira; Dr. Jaldo de Souza Santos, Presidente do Conselho Federal de Farmácia. Bem, usualmente, quando em reuniões de audiência pública, nós temos um número menor de convidados, o tempo é de 20 minutos. Nós temos aqui 4 convidados até o momento. E nós vamos dar, portanto, 10 minutos para cada um dos senhores. E, depois, durante o desenrolar da audiência pública, naturalmente os senhores poderão acrescentar algum outro elemento que julguem necessário. Assim, concedo a palavra ao Dr. Miguel Álvaro Santiago Nobre, por 10 minutos.

O SR. MIGUEL ÁLVARO SANTIAGO NOBRE - Exmo. Sr. Deputado Arlindo Chinaglia, que preside esta sessão, demais componentes da Mesa, senhoras e senhores, nossa presença aqui é no intuito de cooperar com o bem-estar da



população brasileira no tocante a sua saúde. Nós temos algumas reivindicações, e a primeira delas se baseia na Lei nº 9.656, que colocava no Plano Básico de Saúde Suplementar a Odontologia. E, nessa ocasião, nós ficamos contentes, porque um segmento social teria um atendimento diferenciado, mesmo que pago. E nós sabemos que a prevalência da doença cárie no mundo, não no Brasil, mas no mundo, é de 90%. E, em cascata, surgem outras doenças que não só essa primordial, de grande ocorrência, que advêm como câncer de boca, endocardite bacteriana, todas, sucessivamente, passam a acontecer. Nós temos alguns levantamentos, e simbolicamente eu vou dizer, o INCOR de São Paulo tem uma estatística boa, e nos mostra que 40% das endocardites bacterianas advêm de doenças odontológicas. E quando do atestado de óbito, essas pessoas morreram de doença cardíaca. Eu acredito que se as leis... E se essa lei for contemplada no seu texto inicial é o que nos conforta. Se as pessoas tiverem o acesso ao Plano Básico, automaticamente estarão fazendo um exercício de cidadania, abrindo possibilidades nos próprios do Governo, para aquelas pessoas que nem isso podem. Então, acredito que num sistema democrático prevalece o cumprimento da lei. E se nós não estivermos de acordo com a lei, a gente procura um dos nossos representantes — e nós somos muito bem representados no Parlamento — para enunciar uma nova lei, e se não estivermos contentes, teremos que bater às portas dos tribunais. Eu acho que assim que se vive democraticamente. E quem nos norteia, as nossas ações no Brasil, pelo regime que vivemos, é o Congresso Nacional. Então, sempre que alguém, com algum artifício, se insurge contra uma lei, para que ela seja levado em efeito, ela é criteriosamente estudada em todas as comissões. Então, eu sinto como se fosse um esgarço de um Poder no outro, ou de um brasileiro num Poder constituído. Acredito, também, que eu não entendi quando a Medida Provisória nº 1908/20 de 99, para mim, fantasmagoricamente, tirou a palavra “odontologia” do Plano Referência Básico. E os nossos representantes Parlamentares, naquela ocasião, não souberam explicar também. E as outras editadas se sucederam sem a Odontologia. Uma outra coisa que é prevista em lei, e que causa um tumulto na classe odontológica e na sociedade, é que o Congresso Nacional decidiu que quem fiscaliza o exercício da profissão dos médicos, dos dentistas são os conselhos profissionais. E existe a figura de que as operadoras podem se inscrever



provisoriamente sem o registro nos conselhos. E o provisoriamente seria 180 dias. Mas só que os 180 dias são renováveis por mais 180, por mais 180, por mais 180. Então, nós temos 2 segmentos. As pessoas que têm clínica, que tem atividade autônoma registrada nos conselhos, sob a fiscalização e a supervisão dos conselhos, e as que estão nessa situação de ser uma operadora, com uma inscrição provisória, e que não é fiscalizada. E isso gera um desconforto na classe odontológica, e nós somos questionados e, às vezes, não sabemos responder. Aí, o sujeito traz o texto da lei que diz que serão obrigados a se inscrever nos conselhos profissionais. Aí, tem uma portaria que diz que no caso do início ainda é provisório. E, agora, culminou com uma coisa que eu não entendi, que saiu no *site* da Agência Nacional, edição suplementar, que não ficava mais obrigado as operadoras se inscrever nos conselhos profissionais. Eu vivo no Rio Grande do Sul, e através do regional do Rio Grande do Sul, oficiamos, e a resposta que veio da Agência foi, não textualmente, mas no sentido, que estava saindo do *site*, porque era o momento de sair do *site*, porque o tempo que era para ficar no *site* terminou, mas não pela lei. Então, eu não entendo porque o texto da lei assim contempla. Acredito que deva existir — e daqui para frente as coisas são super fáceis de, sentados em volta da Mesa, resolver — sobre o que os profissionais deverão ganhar sobre uma tabela. E, para isso, eu posso dizer que já existe o Projeto de Lei 587/2003, que dispõe sobre a elaboração de tabela honorários médicos e outros profissionais com base mínima para contratos as operadoras de plano de saúde; da Deputada Maninha, do PT, do Distrito Federal. Já existe um outro projeto de lei que regula salário mínimo profissional da Odontologia, que hoje é aviltante. Então, nós arrolamos... Quantos minutos eu tenho?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Mais 3.

O SR. MIGUEL ÁLVARO SANTIAGO NOBRE - Três? Nós arrolamos 8 propostas que entregaremos ao Relator, por escrito, mas as principais queixas eram essas. Existe um conflito técnico também de limitação de exames complementares que visam ao diagnóstico dos tratamentos. E, principalmente, na especialidade de cirurgia buco-maxilo-facial, a pessoa que estiver num plano sem a Odontologia, ela tem que rezar pra quando tiver uma doença não ser no sistema mastigatório; tem que ser no sistema locomotor, tem que ser no sistema circulatório. Se for uma



fratura, tomara que seja na perna, porque a fratura nos maxilares, ou na mandíbula, ela não é contemplada. Então, é muito difícil entender de duas saúdes, 2 procedimentos, e a limitação. E uma vez eu perguntei como é que se faz isso na prática. “Não, o senhor pede um médico, e o médico pede abaixo, e o dentista opera.” Bom, mais isso é fraude, isso é mentira, não pode ser assim. Eu acho que nós temos que começar um trabalho prevendo a dignidade. Então, esses são os maiores desconfortos que a Odontologia tem. Eu acho, assim, que elogio a Agência em muitas atitudes, eu acho que é uma maneira das pessoas que querem ter um atendimento melhor esse plano básico. Acho importante, acho bom. Acho que quem fizer isso, a camada social, que eu não sei quantificar, que fizer isso, está fazendo um trabalho de ajuda às pessoas que têm menos, que vão diminuir a necessidade e a procura nos postos do Governo. Sei que o Governo, e acompanho desde o Governo passado, os programas de saúde que levam ao interior, aos 32 milhões de habitantes que não conhecem o dentista, que nunca viram o dentista, que, hoje, as equipes de saúde da família já têm a odontologia e já recebem esses ensinamentos. E se a gente sabe que só o hábito de lavar as mãos reduz em 50% as doenças, o hábito de escovar os dentes reduz em grande parte a doença odontológica. Por muito tempo, o Governo Federal tentou colocar dentistas para fazer a parte curativa, e a velocidade das doenças odontológicas seria... É impossível não tem um quantitativo de profissionais que consigam parar essa velocidade. Então, esse paradigma já mudou, se entendeu que tem que se matar a doença no nascedouro. E as equipes de saúde que têm Odontologia, que eram 3 mil e cada equipe atende 6 mil pessoas, hoje, já são o dobro. E até o fim do ano está prometido mais 10 mil postos. Então, eu acho que o trabalho está sendo feito. Eu peço até desculpas por não ser mais enfático, ter mais conhecimento da matéria, mas eu acho que se soma, a saúde suplementar, se soma a mais um instrumento que nós tínhamos em benefício da população. Preliminarmente, Presidente, esta é a minha fala.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Dr. Miguel, inclusive pela precisão cirúrgica no tempo. Convido agora o Dr. José Mário Moraes Mateus, Presidente das Comissões Fixas do Conselho Federal de Odontologia.

O SR. JOSÉ MÁRIO MORAIS MATEUS - Exmo. Deputado Arlindo Chinaglia, demais Deputados, demais presentes, saúdo a todos. Eu gostaria de colocar que eu



sou representante do Conselho Federal de Odontologia na Agência Nacional de Saúde Suplementar desde outubro de 2000. E, complementando as palavras do Miguel, eu gostaria de deixar claro que o Conselho Federal de Odontologia não é contra a regulamentação do setor, a regulamentação é necessária. E nesse período houve vários avanços, mas alguns pontos nós temos de pontuar, como o Dr. Miguel colocou. O primeiro é a exclusão da Odontologia no plano de referência. Quando o Dr. Miguel fez menção ao plano básico, eu gostaria de colocar o plano de referência. O que acontece hoje é o seguinte: nós temos trabalhos publicados pela própria Agência Nacional de Saúde, através de 2 funcionários, o Sandro...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Dr. José Mário, me perdoe interrompê-lo, até porque eu tinha ficado com essa dúvida. Queria saber: onde se fez referência a plano básico, leia-se plano de referência?

O SR. JOSÉ MÁRIO MORAIS MATEUS - Plano de referência.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado.

O SR. JOSÉ MÁRIO MORAIS MATEUS - Então, temos trabalhos publicados pela Agência Nacional de Saúde, pelo Sandro Leal e a Elisabeth Covre, que fizeram um estudo sobre Odontologia, o contexto da Odontologia nos planos de saúde. Ficou bem claro no trabalho que a pessoa faz, entra num plano médico por aversão ao risco. Aversão ao risco seria medo de ter um mal súbito e não ter como arcar com a despesa. E, no caso de plano odontológico, ela não entra por aversão ao risco, ela ingressa no plano como método de financiamento para o plano odontológico. Isso nos leva à seguinte situação: o plano odontológico coletivo torna-se viável; o plano o plano odontológico individual e familiar não é um plano viável. A carteira... Explicando rápido para o tempo render, a pessoa entra no plano individual, usa o plano e paga, paga por determinado tempo. Em seguida, que ele não tem mais necessidade do plano, ele sai da carteira. Isso leva à não-formação de carteira para plano individual familiar. A não-inclusão da Odontologia no plano de referência leva a assistência odontológica somente a planos coletivos. Quem não entrar num plano coletivo não tem condição de entrar, mesmo porque as operadoras não oferecem plano individual por esse risco. A segunda colocação seria com respeito ao cumprimento do inciso I do art. 8º da Lei 9.656, que é a obrigatoriedade do registro nos Conselhos de Medicina e Odontologia, conforme o caso. É atribuição dos



Conselhos a fiscalização do exercício profissional, e o não-cumprimento da lei... A lei é clara no que diz respeito à obrigatoriedade para a concessão do registro definitivo, e a maioria das operadoras operam desde 1999, 2000 com registro provisório, até hoje. Então, a maioria não opera com registro nos Conselhos. Nós ficamos impossibilitados de fiscalizar, nós não temos uma operadora de âmbito nacional com sede no Rio ou em São Paulo. Ela opera em Mato Grosso e não tem um responsável técnico pelas atitudes tomadas pela operadora e pelos credenciados ou conveniados. Nosso terceiro ponto seria a respeito de criação de parâmetro profissional. Nós temos uma publicação da Agência Nacional de Saúde, de dezembro de 2002, colocando um índice alto para satisfação do usuário com os planos de saúde. Agora, eu gostaria de deixar um questionamento: essa satisfação é com o plano ou é com o prestador? Para mim, essa satisfação é com o prestador. É com o dentista que presta o serviço, é com o médico que atende no consultório, é com o hospital que presta o serviço. Essa satisfação, esse grau de satisfação... É uma sugestão até para a ANS fazer essa pesquisa focando na operadora e no prestador. Nós temos aqui um trabalho da Agência Nacional colocando alguns índices de correção. Nós tivemos, nos últimos 4 anos, um índice de correção pelo IGPM de 65,50% e o índice da Agência de 32,79%. É inadmissível uma operadora ter um índice de reajuste e não repassar para o prestador. Eu gostaria de saber como o prestador consegue ficar sem receber, um médico consegue ficar sem esse reajuste por tanto tempo, numa consulta, um dentista fique por tanto tempo sem um reajuste no procedimento e a rede credenciada hospitalar e as SADT — Serviços de Atendimento, Diagnóstico e Terapia. A criação desses padrões, parâmetros de remuneração profissional, é um ponto muito relevante. O Dr. Miguel citou também a regulamentação da solicitação de exames complementares. Temos um problema sério com a especialidade cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, que é uma área comum da Medicina e da Odontologia. E temos a negativa de cobertura, por exemplo, de exames complementares — cirurgião-dentista, buco-maxilo — para fazer uma cirurgia. Por exemplo, a tomografia normalmente é negada por planos médicos. Um outro item seria sobre a normatização de desligamento do prestador junto à operadora. A lei é clara quanto à rede hospitalar, que tem que ser notificado, que tem que ser substituída a rede de forma adequada, que dê condição de



atendimento. Mas a lei fazia menção, no início, ao descredenciamento do médico e do dentista, no caso. Isso foi excluído da lei. Hoje em dia sabemos que a propagação de universidades pelo País é muito grande. O número de cirurgiões-dentistas e de médicos também é muito grande. Estamos numa situação em que o dentista, às vezes, aceita o que pode, porque não tem como trabalhar de outra forma. O sétimo ponto seria normatizar sobre perícias e auditorias com o objetivo de observar impropriedades e irregularidades, porque a questão vinculada à glosa financeira, não pagar porque não tem como pagar e glosar, colocar a culpa na execução do serviço não é justo. Isso já é uma colocação nossa no fórum que está ocorrendo agora e na Câmara de Saúde Suplementar. E, por final, a elaboração de critérios para a avaliação da fiscalização, do desempenho da fiscalização e da qualidade da assistência. Em maio ou junho de 2001 escutei o Presidente do Conselho Federal de Odontologia, Dr. Edson — era na ocasião e ainda é o atual —, colocar à disposição da Agência os Conselhos para ajudar a fiscalizar. A Agência, se não me engano, tem 8 núcleos de fiscalização para 27 Unidades da Federação. A fiscalização não é efetiva. Os Conselhos de Odontologia e de Medicina têm Conselhos em todas as Unidades da Federação e vários Conselhos com Delegacias nas maiores cidades do Brasil. Então, acho que o não-cumprimento do inciso I do art. 8º não está ajudando a Agência Nacional de Saúde a fiscalizar e está nos impedindo de exercer a fiscalização, que é atribuição legal dos Conselhos de Odontologia e de Medicina. Coloco-me à disposição para responder às perguntas. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Muito obrigado, Dr. José Mário. Quero pedir à Assessoria, se houver a disponibilidade dessas apresentações, para nós distribuímos aos Srs. Deputados para que possam refletir e, eventualmente, usá-los quando da intervenção. Convido agora o Dr. Samir Dahas Bittar, que representa a Associação Médica Brasileira.

O SR. SAMIR DAHAS BITTAR - Inicialmente, gostaríamos de expressar nosso agradecimento pelo convite, nossos cumprimentos ao Deputado Arlindo Chinaglia, nosso agradecimento ao Deputado Arnaldo Faria de Sá pelo convite, que veio assinado pela sua pessoa, nossos cumprimentos aos Deputados que aqui se encontram, aos componentes dessa Mesa, às senhoras e aos senhores aqui



presentes. A Associação Médica Brasileira considera da maior relevância a realização desta CPI. Entendemos que, num fórum focado de uma maneira mais pontual, podemos, hoje, discutir com a sociedade e com o Parlamento os problemas da maior gravidade que vêm se desenvolvendo ao longo do tempo, lamentavelmente num processo de agravamento de uma crise que, com toda certeza, acomete o setor Saúde deste País e, ao nosso ver, é uma crise de gravidade sem precedente. Se estivermos falando do setor Saúde, estaríamos falando de um setor que, para não mencionar inicialmente a sua importância primordial, que na verdade é aquela de oferecer assistência à população, segurança à população, oferecer aquilo o que é um direito constitucional do cidadão brasileiro, estaríamos, num outro prisma e numa outra avaliação, entendendo de um setor que envolve 6,5% do PIB nacional, e com isso 70 bilhões de reais; envolve 2 milhões de empregos diretos; envolve 5 milhões de empregos indiretos; é uma rede que atende a 70% da população brasileira e 70% dos leitos hospitalares disponíveis. Na verdade, não é de se estranhar que o assunto saúde por vezes mereça menor relevância — que não é com o que concordamos — que outras questões de natureza econômica. Se fizermos um paralelo recente, podemos ver a crise, que não se desenvolve há tanto tempo quanto o setor Saúde, que envolve recentemente a indústria automobilística, e que representa o dobro desse volume, não tornando desprezível o volume de 6,5% do PIB, representado pela Saúde. Mas a indústria automobilística já tem recebido resposta nas suas reivindicações de uma maneira muito rápida e ágil. Entendemos que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme consta em dados de sua apresentação no *site* da mesma, tem uma responsabilidade não somente dirigida aos planos de saúde, mas uma responsabilidade para com todo o sistema de saúde suplementar do País e, fundamentalmente, na preservação do seu equilíbrio e na viabilidade desse sistema, na verdade fundamentado no interesse do bem do cidadão e da população. Com isso, não nos é possível compreender que um setor que na verdade traz para si grande parte da responsabilidade de todos os atos executados dentro do setor suplementar, e na verdade de todo o setor Saúde, que é a atividade médica do setor, maestro de todo o sistema, não esteja merecendo a atenção devida pela Agência, levando a uma situação realmente de total desequilíbrio do exercício profissional no País. Como representante da Associação Médica nessa Agência,



temos reivindicado que os índices e o estudo que leva aos índices de percentuais de reajuste passem a contemplar o honorário médico. Estranhamente, apesar de que o honorário médico represente, em muitas estatísticas, cerca de 25% do custo do sistema, esse índice não é contemplado nos indicadores que levam aos índices de reajuste oferecidos aos planos de saúde. Por essa razão e por outras os planos e as operadoras não têm repassado absolutamente nada a esses prestadores. Estranhamos que estejamos convivendo com um segmento que é a prestação de serviços de saúde por parte de autarquias, que representam uma enormidade de usuários, usuários esses que não têm menores direitos que os de operadoras comuns, nas diversidades aqui representam, e que nas autarquias não estão sendo alcançadas pela Lei nº 9.656, permitindo uma atuação que, na verdade, impõe regras unilaterais, vendem planos como se fossem medicina de grupo e que, na verdade, desequilibram todo o sistema. Nós temos uma visão clara — e isso pôde ser aquilatado — sobre como os médicos enxergam os planos e as operadoras de saúde neste País. Isso foi realizado por uma pesquisa do Datafolha, que seguramente será apresentada pelo Dr. Eleuses, que acaba de chegar a este recinto, e que mostra como os profissionais médicos se relacionam com as operadoras e como são tratados. Para que se tenha uma idéia panorâmica recente, é preciso entender que nos últimos 8 anos os médicos não receberam qualquer reajuste dos valores que lhes são pagos. Em alguns casos, tiveram redução dos seus valores. No Plano Collor, em 1990, os médicos amargaram uma redução da ordem de 75% de seus honorários. Com a instalação do Plano Real, essa defasagem alcançou o índice de 55% a mais, num total de 130, e do Plano Real até o momento, sem que tivéssemos qualquer reajuste, tivemos um IPCA da ordem de 157, tivemos um INPC de 150% e tivemos um índice médio de reajuste nos planos de saúde superior a 170%. E, se enfocamos a questão de honorários, não estamos privilegiando o ganho unicamente dentro de um contexto onde o exercício profissional é multifatorial. É preciso entender que essas perdas trazem repercussões em todos os outros setores. Nesse tempo, os médicos que adquirem equipamentos importados estão tendo o dólar 3,5 vezes maior que na época do início do Plano Real e estão arcando com responsabilidades trabalhistas de seus funcionários da ordem de 240% maiores, para não falar das tarifas públicas, que é



do conhecimento de todos como têm-se comportado ao longo desse tempo e que têm tido tratamento verdadeiramente especial. Nos últimos 4 anos, podemos ver que o salário mínimo, que em 1998 era de 130 reais, e, na época, a consulta média paga aos profissionais médicos representava 26% do salário mínimo. Hoje temos um salário mínimo de 240 reais e a consulta média paga por planos de saúde representa 10% do salário mínimo. É preciso salientar que, num estudo que nós mesmos apresentamos na Agência Nacional de Saúde Suplementar, pudemos comprovar que de uma consulta paga no valor de 25 reais, que é a média hoje, resta ao médico apenas cerca de 6 ou 7 reais, considerando todos os tributos e despesas que o médico tem de arcar na sua atividade profissional. É preciso salientar, senhores, que hoje, 40 consultas atendidas representam um salário mínimo de ganho; mas 40 consultas são, minimamente, 40 retornos. Teríamos, assim, um atendimento de 80 a 100 pacientes para o recebimento de um salário mínimo. Essa é a situação que os médicos têm vivido. Vou procurar encerrar, porque talvez já esteja dentro do prazo. Mas é preciso salientar que a medicina nacional está sofrendo um golpe que precisa ser revertido. A qualidade da medicina nacional está comprometida — e seriamente comprometida —, porque o poder de reinvestimento profissional está comprometido. O médico tem trabalhado a duras penas. E eu queria dizer aqui que tem muita pertinência o que o Dr. José Mário colocou, porque a pesquisa apresentada pela ANS, mostrando satisfação dos usuários acima de 80%, é, na verdade, produto da relação que os prestadores têm com os usuários. É o médico, é o dentista. É o médico que, a despeito de mal remunerado, ainda tem tido zelo e responsabilidade ética no exercício da sua profissão. Vou encerrar agora, senhores, apenas dizendo alguns dados. Esses danos que estão sendo presenciados comprometerão a qualidade da medicina nacional que, a despeito de tudo, tem sido respeitada internacionalmente. As conseqüências para os hospitais são o sucateamento geral. Foram 507 unidades de internação fechadas nos últimos 10 anos e mais de 80 mil leitos desativados. O desestímulo ao investimento na área de saúde é tal que nenhum empresário que avalie os resultados econômicos e os indicadores de investimento tem hoje disposição para investir no setor saúde. Por isso a nossa esperança, a nossa expectativa de que desta CPI possam sair indicadores que possam realmente reverter essa situação que é danosa não



somente a nossa classe, aos institutos hospitalares, mas fundamentalmente, em última instância, à população brasileira. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Muito obrigado, Dr. Samir. Passo a palavra ao Dr. Jaldo de Souza Santos, Presidente do Conselho Federal de Farmácias.

O SR. JALDO DE SOUZA SANTOS - Muito obrigado, Deputado Arlindo Chinaglia, a quem cumprimento com bastante gratidão pelo trabalho que vem realizando no campo da saúde. Cumprimento os Srs. Deputados também. Quero dizer a V.Exas. da satisfação de estar aqui nesta Casa, que respeitamos e consideramos como um santuário. O dito popular é que a voz do povo é a voz de Deus. V.Exas. são representantes do povo. Portanto aqui se deve falar a palavra que Deus assim determina, ou seja, palavra de sabedoria, a palavra de justiça e palavra de amor. Muito obrigado. Eu trouxe um texto escrito e também assinado, porque considero que as nossas denúncias são um tanto válidas e, ao mesmo tempo, pertinentes para este momento. Depois de fazê-lo, entregaremos o texto assinado para que V.Exa. tome conhecimento. Assumimos todas as responsabilidades do texto que agora iremos ler. A discussão constitucional em vigor (*falha na gravação*) art. 197, questão de relevância pública às ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. O texto constitucional traz no art. 199 que a assistência é livre à iniciativa privada. E ainda nos §§ 1º, 2º, 3º e 4º do mesmo artigo ensejam às instituições privadas que poderão participar da previdência complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. É vedada a participação direta ou indireta de empresas de capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. Finalmente, a lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus



derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. A intenção, em princípio, da Carta Magna brasileira tem raízes belíssimas, fazendo jus ao título de Carta Cidadã. Todavia, na prática, não está havendo concreticidade. Na verdade, no tocante à Saúde, o Sistema Único de Saúde, apesar da política do Poder Público para sua consecução, não vem conseguindo a integração e rede regionalizada e hierarquizada desse serviço. Atualmente, as disposições constitucionais estão sendo descumpridas, desde que o sistema privado, que tem cunho meramente subsidiário ou complementar do Sistema Único de Saúde, está, na verdade, funcionando como determinante ou como a mera propulsora das ações de saúde. Se adentrarmos para os órgãos governamentais como um todo, seja nas esferas dos Poderes federal, estaduais ou municipais, verificamos que há licitações para contratações de planos de saúdes dos mais variados tipos e benefícios com dinheiro público, utilizando-se as aberturas na legislação ou mesmo o cumprimento de normas na legislação, mas desrespeitando-se, *concessa venia*, os princípios constitucionais. Ou seja, os diversos Governos, seja na esfera federal, estadual ou municipal, em sua grande maioria, na verdade, estão subsidiando planos de saúde, logicamente através de procedimentos licitatórios, sob a ótica de se melhorar a assistência de seus empregados. Está totalmente sem controle esse mister, posto não há legislação que limite essa prática, que, na verdade, se faz parecer que se está garantindo saúde através de um contrato de adesão, mas se está subsidiando a iniciativa privada, que, com toda certeza, não está oferecendo serviços a contento, o que podemos compreender pela mídia escrita, falada e televisiva, com a triste notícia de que os planos de saúde são as organizações ou instituições de maior índice de reclamações e denúncias perante as Delegacias ou Promotorias de Defesa do Consumidor. Ou seja, o dinheiro dos empregados e empregadores nas licitações públicas para viabilizar melhor assistência seria muito melhor empregado na utilização de serviços em benefícios de setores do Governo, ou melhoria do sistema de saúde governamental ou na própria implementação de política de genéricos e assistência farmacêutica no Brasil. Então, a alegação não é utopia, mas é uma tentativa de se acreditar na melhoria bem como resgate das premissas constitucionais atinentes à Saúde, as quais, infelizmente, não estão sendo respeitadas, o que simplesmente pode ser obtido em números, quando se verifique,



em todos os conselhos federais de profissões regulamentadas no País, o que se gasta para manter planos de saúde ou ainda nos Tribunais superiores, no Tribunal Superior Federal, no Superior Tribunal de Justiça, nos Tribunais Regionais Federais das 5 regiões com sede em Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Recife etc. Ora, o Governo federal, há muito tempo, vem fechando os olhos para essa prática, viabilizando a participação em licitações dos planos de saúde, o que se denuncia, neste momento, como verdadeiro subsídio para essas organizações ou empresas, o que, os senhores Deputados, configura-se afronta ao texto constitucional em vigor, pois se está desmerecendo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, sob a ótica ou a falácia de que o mesmo não funciona ou não pode funcionar. Mas, com todo o respeito, se não houver normatização ou proibição dessa conduta, não haverá como se fortalecer a saúde em nosso País. Ou seja, é necessário canalizarmos recursos de todos para um fim comum com a participação de todos. Daí a reflexão do modelo atual dos planos de saúde em nosso País ser muito séria e merecer maior zelo de todos; ao que preliminarmente após essa denúncia quero, desde já, parabenizar esta CPI, em nome da profissão farmacêutica do Brasil no sentido de que se verifique e se remedie o verdadeiro subsídio pelo Poder Público na forma direta ou indireta, ainda que respaldado em licitações para larga contratação e manutenção dos planos de saúde privados pelos órgãos públicos como contraprestação de assistência à saúde, quando, na verdade, o que se deve imperar é o funcionamento do Sistema Único de Saúde no País. No tocante aos laboratórios de análises clínicas e farmacêuticas no País, os quais detêm em torno de 85% das análises reclamadas pela clínica médica, muita prática indevida vem ocorrendo. Basta que se entenda que um plano de saúde, para conseguir licenciamento da Agência Nacional de Saúde Complementar, deve preencher diversas formalidades, tais como: apresentar uma listagem mínima de profissionais e serviços que atenderão aos usuários desse plano. Nessa lista, deverão constar os laboratórios de análises clínicas vinculados àquele plano já aprovado. Logicamente, o usuário do plano, após a consulta médica, quando solicitados exames complementares, deverá, após pesquisar a relação dos serviços credenciados e procurar o laboratório com outros serviços que lhes for mais conveniente seja por localidade, pela creditação do próprio serviço etc. Os planos estão exigindo, para os



exames, autorização prévia; outros planos exigem autorização prévia para exames de determinado valor — dos exames mais caros aos de maior complexidade. Tal prática não deve ocorrer, posto que se há o credenciamento deve-se disponibilizar o serviço livremente, não havendo razoabilidade para tal ação. Outra prática corriqueira que está havendo em laboratórios do País consiste em determinados planos de saúde convidar laboratórios isoladamente então credenciados para uma reunião com a finalidade de discussão de aspectos de convênio. Esse aspecto quase sempre resulta na imposição de redução dos valores pagos, ao que se avisa aos credenciados que há laboratórios dispostos a atender os novos valores propostos com redução e que, em caso da não aceitação dessa redução, poderá ocorrer o desc credenciamento do plano de saúde. Essa prática ocorre com bastante freqüência e se, por alguma redução contratual, não houver o desc credenciamento o laboratório é colocado na geladeira, ou seja, apesar de constar na relação de serviços credenciados não há o encaminhamento dos usuários com o agravante de que, desse credenciamento, inexistente qualquer controle governamental. Ou seja, para se ter um plano de saúde é necessário o mínimo de condições estabelecidas pelo Poder Público e, após a obtenção da licença para funcionamento do plano de saúde, não está havendo o controle fiscalizador dos planos de saúde ou dos serviços prestados, ao que se deve entender que a simples recepção nas promotorias ou delegacias de defesa do consumidor não resolve o problema, necessitando de sério ajuste. Outro ponto gravíssimo que merece maior exame são as medidas saneadoras desta CPI as quais se referem às UNIMEDs, ou seja, às Cooperativas médicas formadas com o intuito de os médicos cooperados serem os proprietários, sempre tiveram como princípio fundamental da livre escolha tanto do médico cooperado na consulta inicial, como os demais serviços. O funcionamento das cooperativas médicas tem forma singular, ou seja, uma em cada cidade ou região, com autonomia de funcionamento, e existem as federações estaduais de UNIMEDs, que congregam as singulares, e ainda uma Confederação Nacional, a UNIMED Brasil. A contabilidade final é feita pagando as despesas administrativas — salários, publicidade etc. —, os honorários de consulta ou procedimento ao médico credenciado e os prestadores de serviço — hospitais, laboratórios, clínicas de imagem, fisioterapia etc. —, bem como o que sobrar, ou seja, o lucro é distribuído



aos médicos cooperados. Essas entidades, usando brechas na legislação, bem como falta de sensibilidade do Judiciário, sob a falácia de serem cooperativas médicas, constituem-se como verdadeiras empresas praticando, inclusive, formação de cartel, o que é vedado por lei. Daí, institui laboratórios, farmácias para atendimento aos usuários do plano e cooperado, sob alegação de estar reduzindo custos operacionais, promovendo direcionamento de ações pelos cooperados para seus próprios serviços. A prática de se constituir plano de saúde sob a forma de cooperativas de médicos é um engodo na legislação, pois se constitui como cooperativa sob o manto constitucional e tem isenções de impostos dentre outros benefícios, não oferecendo os serviços a contento. Atualmente essas cooperativas estão abrindo laboratório próprio, na intenção de diminuir custos, o que é evidente a concorrência desleal para o cooperado. Os médicos têm os exames direcionados para seu próprio plano e, o mais grave, tem conseguido também licenciar farmácias para também vender o medicamento para o próprio usuário do plano respectivo. Ora, um dos preceitos fundamentais das UNIMEDs ...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Dr. Jaldo, perdoe-me interrompê-lo. Um pouco a distância estou vendo que o senhor ainda tem várias observações a fazer. Pediria que o senhor, dentro da possibilidade, porque já esgotamos o tempo e temos uma mesa, o erro não foi dos senhores, mas ela é altamente representativa e acaba impondo limites a apresentação dos senhores, das entidades. Então, a responsabilidade é nossa, dos Parlamentares, que assim foi organizado. Mas, diante da circunstância, porque hoje tem o Congresso da ABRASCO, coincidiu também um café da manhã com o Ministro da Frente Parlamentar de Saúde, estamos com uma limitação relativamente grave. Pediria, dentro da possibilidade, que o senhor produzisse uma síntese do que falta e, depois, no debate, quem sabe, o senhor pudesse complementar.

O SR. JALDO DE SOUZA SANTOS - Solicitaria apenas fazer a leitura das propostas que estamos apresentando.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Pois não.

O SR. JALDO DE SOUZA SANTOS - Por todo o exposto, vem o Conselho Federal de Farmácia propor a esta douta Comissão Parlamentar de Inquérito que, em suas conduções, faça ajustar inicialmente que sejam definidos em projeto de lei



os seguintes princípios e determinações: primeiro, que, além de se poder utilizar os serviços do 0800 ou 0300, sejam os planos de saúde obrigados a manter escritórios, ou filiais nas capitais brasileiras ou cidades que mantenham serviço ou credenciamento. Alguns planos de saúde mantêm apenas uma caixa postal, não tem um escritório onde se possa fazer reclamação. Segundo, que sejam estabelecidos, através de projeto de lei, os índices de correção e fixada a tabela de valores dos serviços das análises reclamadas da clínica médica ou autorizada aos conselhos profissionais ou profissões regulamentadas, respeitadas as áreas de atuação dessas profissões afixarem, por resolução, os critérios mínimos e dignos dos serviços e de seus profissionais, sejam esses médicos, dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentre outros, como já vem ocorrendo perante a Ordem dos Advogados. Terceiro, que seja estabelecido, através de projeto de lei, que os Conselhos Federais ou profissões regulamentadas, no âmbito de suas áreas de atuação, possam fiscalizar os serviços, identificar e qualificar os laboratórios, os serviços de saúde prestados aos usuários pelos planos de saúde respectivos. Quarto, que seja restabelecida, através de projeto de lei, vedação de qualquer plano de saúde que venha a restringir serviços de âmbito profissional, declarado livre pelo órgão fiscalizador, estabelecendo penas e medidas preventivas. Quinto, que seja proibida a formação de cartel por grupos médicos, cooperativas médicas, para exercerem serviços profissionais médicos, cumulativamente com laboratórios e farmácias, no mesmo plano de saúde, por caracterizar evidente concorrência desleal de mercado. Sexto, que seja estabelecido que, de 2 em 2 anos, seja renovado o licenciamento do plano de saúde junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, devendo comprovar os requisitos mínimos de serviço necessário, sob a pena de cassação, estabelecendo multas e outras penas. Sétimo, que seja incentivado em convenções coletivas de trabalho e negociações a criação de um fundo de assistência para melhoria dos serviços autônomos de saúde para as empresas com número superior a 50 empregados. Oitavo, que seja proibido que o Poder Público se utilize da lei de licitações e do critério de conveniência e oportunidade para subsidiar planos de saúde privados para os empregados, sem ajustar política social de fortalecimento do SUS. Que seja proibida a restrição de consultas e exames, bem como prévio ajuste ou autorização, quando o contrato de adesão versar sobre serviço e



credenciamento. Décimo, que seja transformada em lei, resolução da Agência Nacional de Saúde Complementar, que estabeleça a proibição de cheques caução para credenciados de planos de saúde, a exemplo do que já ocorre, por lei, no tocante ao atendimento emergencial. Décimo primeiro, que seja proibido o pagamento de anestesia ou serviços outros, objetos de planos de saúde, por hospitais conveniados ou credenciados do plano de saúde, através de projeto de lei, se estabelecendo penas, multas e outras medidas corretivas saneadoras. São as sugestões do Conselho Federal de Farmácia. Quero deixar bem claro que não temos, em momento nenhum da nossa fala e do nosso conhecimento, nada contra os senhores médicos, senhores que são colegas nossos na área de saúde. Somente que um dos planos de saúde, que é uma cooperativa médica, está exarcebando do seu direito e exercendo uma função que não é realmente a sua, de plano de saúde, logicamente anda criando cartéis dentro do sistema de trabalho que ela vem elaborando. Portanto, aos senhores médicos presentes, aos senhores médicos a quem muito respeito e que vos considero como colega, não existiu em nossa palavra e em nosso documento, que será entregue agora ao Sr. Arlindo Chinaglia, nada que possa ofendê-los. E se o fizemos, recebam as nossas escusas.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Obrigado, Dr. Jaldo. Mas aqui os farmacêuticos deram uma goleada no tempo. Setenta por cento a mais. Bom, eu passo a palavra agora para o Dr. Eleuses Paiva, que é Presidente da Associação Médica Brasileira.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA – Primeiramente, boa tarde aos Srs. Parlamentares, colegas, senhoras e senhores. Queria cumprimentar o Deputado Arlindo Chinaglia, que preside hoje esta Comissão, também o Deputado Rafael Guerra, que dirige a Frente Parlamentar de Saúde, cumprimentando todos os demais Parlamentares aqui presentes. O Deputado Arlindo Chinaglia já foi rígido comigo minutos atrás, falando que não tolerará o excesso de mais de 10 minutos na fala. Portanto, eu vou até diminuir um pouco da minha fala, esperando, depois, que os Srs. Parlamentares me façam algumas perguntas para eu poder tentar falar aquilo que eu tinha idealizado. Anteriormente, teriam nos dado o tempo de 20 minutos. Mas eu queria concentrar basicamente a fala da Associação Médica Brasileira, já pautando a fala também do nosso colega que antecedeu, Dr. Samir



Bittar, colocando principalmente a visão que nós temos após a edição da Lei nº 9.656. E eu não tenho dúvida, eu acredito que todos nós aqui presentes, defendemos, sem dúvida nenhuma, a necessidade de uma regulamentação do setor privado de saúde, a necessidade de uma agência de regulação. Mas entendemos também que a Lei nº 9.656 deixou espaços. Espero que não tenham sido espaços premeditados, vazios na própria lei, que leva ao conflito e leva, infelizmente, ao favorecimento muito claro, a nosso ver, do setor empresarial e do setor mercantil de saúde. Isso eu coloco aos senhores que em nenhum momento da lei, isso foi avisado diversas vezes, depois tivemos contato inúmeras vezes também com a Agência Nacional de Saúde, mostrando a necessidade de normatizar também a relação que existe entre médicos e operadoras. Eu coloco isso daí aos senhores muito claro. A Lei nº 9.656 ela colocou, normatizou muito claro a relação entre operadoras e usuários desses planos de saúde, mas em nenhum momento ela esqueceu de uma outra relação triangular que existe, que são os médicos, são os prestadores de serviço. E essa relação não foi normatizada. Eu não tenho a mínima dúvida que todos os ganhos que foram alcançados na lei, a grande maioria deles, são retirado por pressões e imposições claras que são feitas pelas operadoras de saúde, pelo setor mercantil aos médicos. Coloco basicamente 3 itens a serem pautados pelos senhores. Primeiro, são as imposições que existem por parte de restrições de procedimentos. A própria RDC 40 deixa claro alguns procedimentos dito como alta complexidade. E esses procedimentos, em período de carência e fora de período de carência, são normalmente negados e restritos esses procedimentos ao uso do usuário. Glosa de procedimentos médicos são feitas e realizadas mesmo quando autorizadas por essas operadoras. Mais grave, a meu ver, ainda, além dessas glosas, é a interferência direta no ato médico. Eu pedi licença ao Deputado Arlindo, ele não me concedeu, mas numa pergunta eu queria mostrar para vocês depois uma pesquisa que realizamos com o Instituto Datafolha, uma pesquisa que fizemos com 280 médicos, colocando, primeiro, se existe ou não interferência do ato médico, se existe interferência no meu relacionamento — eu como médico, atendendo um paciente —, se eu recebo pressão e interferência no meu atendimento. Noventa e três por cento dos médicos desse País disseram que existe interferência. E quando pediram o nível de interferência — nível sendo baixo, alto ou



moderado –, mais de 70% colocaram que esse nível é alto. Entre os níveis de restrições, pasmem os senhores, está até por pressões que os médicos recebem para estar dando alta aos seus pacientes, diminuindo o período de internação, independente do risco que esse paciente venha a correr. Só ocorre essa pressão, porque temos já, a nosso ver, uma outra situação extremamente correta, que é a situação do credenciamento. Os médicos dizem que, se não atenderem à demanda dessas operadoras, eles correm o risco de serem descredenciados. Porque também nós não temos, lastimavelmente, na própria lei, regras claras de credenciamento e descredenciamento de profissionais. Quando eu coloco regras claras, não coloco visando uma corporação ou visando o médico, eu coloco situações concretas para os Srs. Parlamentares e de dados que estou trazendo, de depoimentos – e depois quero deixar com a Mesa os depoimentos e documentos pertinentes à minha fala — por exemplo, de colegas que vêm acompanhando um paciente, oncologistas que vêm acompanhando um paciente oncológico — quero falar de um paciente com câncer —, e, por não concordar com a maneira com que o convênio, por não concordar com as condutas do colega, descredenciam sumariamente esse colega. O descredenciamento não existe em nenhum momento. Ele é feito aleatoriamente. Não precisa existir nenhum tipo de justificativa. Esse colega, a partir de 30 dias, é obrigado a não mais poder atender, porque ele está descredenciado pelo convênio. O grande problema que nós temos é que no meio de um tratamento, esse tratamento é interrompido. No meio de um tratamento, temos um tratamento interrompido. E esse colega pára de poder prestar atendimento a esse paciente, que tem de voltar à rede contratada por aquele segmento, por aquela operadora, para procurar um outro profissional para refazer o meio de um tratamento. O próprio Conselho Federal de Medicina emitiu uma resolução colocando regras claras para poder descredenciar um médico. E, mais do que isso, colocando que essa regra de descredenciamento, quando houvesse motivos claros, não excedesse a um tempo mínimo de 90 dias, para poder dar tempo que o usuário procure um outro médico, que tivesse um prontuário do seu tratamento, para poder dar seqüência ao seu tratamento, coisa que neste País hoje é feita drasticamente. Se pegarmos o próprio cadastramento que temos, que a própria agência pode fornecer, vocês vão ver que existe uma troca de 20% a 30% de médicos credenciados na rede. E se fizermos



uma perspectiva de número de usuários que deixa de ter atendimento adequado, isso acontece a todo o momento em tratamentos cardiológicos, ginecológicos, oncológicos, e assim por diante. Mais grave ainda do que esse momento, vemos também à questão, já colocada pelo colega Samir, referente a honorários médicos. Nem vou colocar aos senhores se ele é baixo ou alto. Só vou colocar aos senhores que eu não consigo entender. E eu trouxe uma documentação farta para poder colocar aos Srs. Parlamentares. Temos aqui, se quiser, vamos citar empresas, esses dados já fornecidos oficialmente pela própria agência, o próprio PROCON também tem esses dados. Mas podemos pegar empresas como, por exemplo, a Sigma Saúde, que em 98 teve autorizado, na época, pela SUSEP, 7,02% de aumento; em 99, 8,91%, depois 6,11%, depois 7,46%; em 2002, o aumento de 7,69%; em 2001, o aumento de 8,71%; em 2003, agora, o aumento concedido pelo INSS da ordem de 9,23. Parece-me, no entanto, que nenhum desses aumentos foi repassado a nenhum profissional do setor. Eu não estou nem discutindo se o que ela paga é alto ou barato. Eu gostaria de saber, se nós pegássemos esse aumento, ele está levando ao usuário desse plano de saúde um aumento final de 50 a 60% do valor que ele vai estar pagando no final do mês. No entanto, esse reajuste não é passado nem para médico, nem para prestadores, nem para hospitais. Eu gostaria de saber onde é o custo, então, que é dado por essa operadora para estar repassando ao usuário e esse mesmo valor não é repassado à rede contratada. E se nós formos pegar, temos todas aqui. Eu selecionei 34 operadoras, mostrando que todas, nesses últimas 7 anos em que não existe nenhum tipo de reajuste a prestadores de AMED, durante esses 7 anos, todas elas praticaram aumento. Eu, no mínimo, ou vejo o usuário punido, porque se ele está pagando mais, subentende-se que quem trabalha para aquele setor também deverá receber no mínimo aquele aumento que é repassado. Eu queria colocar também outro dado, que, ao meu ver, é extremamente claro: as maneiras como são redigidos algumas RDCs pela ANS, RDCs que, a nosso ver, propostas extremamente... que têm a nossa defesa. Eu estava falando há pouco com o Deputado Arlindo Chinaglia, o que está faltando ainda é o contato maior entre os atores que trabalham no setor de saúde. Algo que, eu acredito, tem o apoio de todos nós. Foi falado pelo colega que me antecedeu da farmácia, o cheque caução. Eu não tenho dúvida de que todos nós, todos os



setores, o fórum de saúde, todos nós éramos contra o cheque caução. Mas a maneira como está redigida a RDC, ela, a meu ver, é um absurdo a redação da RDC. Eu vou colocar um resultado concreto: vem a RDC, dispõe sobre a proibição... Eu só vou ler o art. 1º : *Fica vedada, em qualquer situação, a exigência, por parte dos prestadores de serviço contratados, credenciados, cooperados ou referendados por operadoras de planos de assistência de saúde, seguradoras especializadas, de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou qualquer outro títulos de crédito no ato anteriormente à prestação de serviço.* Perfeito. Só que, vamos ler os outros artigos, em nenhum momento fala quem vai pagar a conta. E eu vou explicar concretamente o que que acontece. Em um serviço de nefrologia, em um serviço de radiologia ou mesmo na rede hospitalar, como é que é feito isso daí para os Parlamentares saberem que não vivem o dia-a-dia. O usuário chega com o seu cartão, ele passa o cartão quando tem o sistema automática, passa o cartão e vem lá a negativa da operadora. Isso aí ocorre – é por isso o cheque caução – com uma frequência enorme. Há negativa seja ela reclamando de atraso do pagamento, o usuário vai e fala: “Não, mas eu não estou atrasado. Está aqui. Eu paguei o último mês”, ou reclamando que está em período de carência. E a partir desse momento que nega, o que que acontece? Não se pode cobrar dessa pessoa. Não se pode cobrar quem vai pagar a conta. É isso que eu estava falando para o Deputado Arlindo. Tinha que deixar claro que vai pagar a conta. Quem vai pagar essa conta? Vai ser o prestador? Vai ser o hospital que vai atender gratuitamente? Vai ser o Sistema Único de Saúde que vai estar pagando essa conta? Ou a RDC já tem de deixar clara a responsabilidade da operadora de não poder fazer a negativa nesses casos e ela, sim, arcar com os custos? Isso, a meu ver, tem que ser muito claro. Quem vai arcar com esses custos tem que ser a operadora. Por isso é que existe. E nós defendemos o cheque caução para que não haja o abuso por parte de nenhum tipo de usuário, seja ele prestador de serviço, seja ele rede hospitalar, para estar cobrando diferença ou tentar, aproveitamento por parte do desconhecimento do usuário, estar recebendo algum tipo de pressão nesse sentido.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Dr. Eleuses, não vai ser necessário o cheque caução, mas já está esgotado o seu tempo, dado que no início nós alertamos todos os convidados, dada a alta representação aqui presente, as



entidades. Eu já também salientei que o erro não está nos convidados, está em nós, que organizamos. É uma Mesa muito forte. Então, eu pergunto a V.Sa., quanto tempo mais gostaria de ter tempo. E nós tínhamos combinado, com referência à pesquisa, eu falei com o Dr. Eleuses, que após as perguntas, ele vai ter o espaço para ressaltar, na forma de resposta, aquilo que está contido na pesquisa, porque, tentando fazer um critério de justiça, dar o mesmo a todos dentro de um equilíbrio de tolerância. Então, eu pediria a V.Sa. que finalizasse, não deixando de colocar o que for mais importante, e após a intervenção dos Parlamentares, V.Sa. vai, ao responder, colocando os elementos da pesquisa, inclusive havendo o recurso audiovisual.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Pois não.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Eu queria ponderar a esta Presidência, ao Relator e também aos meus pares que, nos planos de saúde, o contingente maior de profissional que vive mais essa contradição entre o desejo do plano e o anseio da população, é o profissional médico. Ele é que trata diretamente do paciente, ele sente a negativa ou a pressão de não fazer..., não diminuindo o papel do odontólogo ou do farmacêutico, mas, mesmo os planos na área da odontologia estão penetrando, mas o grande contingente é dos médicos. A sugestão que faço, se puder ser aceita por todos os pares, é dar mais alguns minutos para o Dr. Eleuses.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Quantos minutos ?

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Cinco minutos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Cinco minutos são suficientes, Dr. Eleuses?

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Não, não, mais dois minutos, porque eu prometo seguir a regra.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Não, não pode ser cinco. Aí veja fica resolvida a questão, e de maneira que V.Sa. possa então inclusive colocar mais e melhor as questões específicas. Não é pelo argumento, até porque a AMB tem aqui dois representantes, e o Conselho Federal de Farmácia tem apenas um. Mas é pela justiça da causa.



O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Obrigado, Deputado Arlindo. Eu vou tentar terminar, tentar ser bem breve, colocar outro dado para tentar demonstrar para V.Exas. a necessidade... Acredito que a CPI vem neste momento para justamente orientar o setor, colocar outro dado que, a meu ver, mostra a necessidade de haver normatização da relação entre as operadoras e os profissionais de prestadores. Eu trago outra documentação, que me foi encaminhada, mostrando um determinado plano de saúde que está exatamente há doze meses — essa documentação vai ser entregue à CPI — sem pagar determinadas prestadoras. O que ele faz? Ele deixa de pagar; se o prestador não quer, ele descredencia aquele prestador, ou contrata outro. Dá o calote em outro mais doze meses, aí ele não paga, e aí depois do calote ele contrata outro e se mantém no mercado. Agora o que eu acho grave — é que quando, isso daqui está documentado, e ainda quando pagou o fez com cheque sem fundo — é que, se um usuário de plano de saúde deixa um, dois meses de pagar o plano de saúde, ele perde o atendimento. Para isso, há regras claras, para quem dá o calote não tem regras claras, mas para o usuário e para o cidadão tem regras claras de atendimento. Esse é outro dado que queria demonstrar a V.Exas. da necessidade que temos de ter um contrato rígido nesse setor com direitos e deveres para todas as partes. Eu gostaria de encerrar minha fala colocando cinco sugestões. Primeira, a meu ver, muito clara, a necessidade que temos, na Câmara de Saúde Suplementar, de ter uma representação paritária, como nós temos nos diversos conselhos deste País, Conselho Nacional de Saúde, Conselhos estaduais e municipais. Temos que ter representação paritária de prestadores, de usuários e de compradores de serviços. Hoje não é paritária essa Câmara de Saúde Suplementar. Segunda, monitoramento dos valores e honorários médicos. Acredito que, a partir do momento em que a agência assume para si o poder de colocar limites e valores que serão passados aos usuários, ela tem que assumir também para si a responsabilidade de falar quanto desses valores serão repassados para os profissionais que estão trabalhando nesse setor. A terceira coisa é criar, no âmbito da ANS, uma comissão para acompanhar e atualizar toda a discussão que envolve a parte de numerário, inclusive no que tange tanto a valores de repasses de honorários e profissionais, como também uma câmara que tenha aberto claramente por que os valores são repassados aos



usuários. Eu gostaria de saber por que o valor é 9, 23 e, não é 15 não é 8, 5, ou 2, ou não é zero, ou até negativo, dado que esses valores não são repassados. Por último, a manutenção do atendimento. Acho fundamental que esta CPI se posicione pela manutenção do atendimento integral e pela incorporação de novas (*ininteligível*) e subsegmentação. Que em momento algum isso seja aventado, porque não dá para tratar de saúde subsegmentarmente entendendo que algumas doenças não necessitam de tratamento ou não devam ser incorporadas pelo setor. Por último, eu só gostaria — o Deputado Arlindo me deu 5 minutos, eu acho que eu tenho mais dois — de ler alguns dados para demonstrar... Essa pesquisa é uma pesquisa que fizemos com a Datafolha, em que existia, inclusive para prestar depoimentos aqui ficaria um posicionamento muito pessoal de um presidente da entidade em relação ao que acontece no setor de saúde. A Datafolha pesquisou entre os 285 mil médicos do setor de saúde suplementar. A metodologia e toda a pesquisa está sendo apresentada à CPI; eu só queria apresentar alguns dados para V.Exa. para mostrar a importância. No que tange à área médica, é importante o quanto os médicos atendem de volume de planos de saúde. Oitenta e dois por cento dos atendimentos feitos em consultórios médicos são de planos de saúde; um a cada três médicos pesquisados falaram que mais de 90% dos seus atendimentos eram de plano de saúde, mostrando a vinculação direta hoje do profissional médico. Avaliação dos planos de saúde. Qual a avaliação que tem a comunidade médica? Oitenta e nove por cento classificam os planos como regulares e ruins. Atribuir nota de 0 a 10. Dos 285 mil entrevistados, de nota de 0 a 10, a média é 4,6 sobre a qualidade de prestação por parte do plano de saúde. O extremamente extremamente grave — acho que deve haver um posicionamento desta Casa — é algo que nem se poderia aventar: os planos de saúde interferem ou não no ato médico? Quando eu estou atendendo um paciente, é bravata, estou dizendo que estou recebendo pressão, mas não, interfere ou não. Noventa e três por cento dos médicos entrevistados disseram que sofrem interferência. E eu vou colocar quais são os tipos de interferência.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Dr. Eleuses, dada a importância desses dados, se não houver discordância dos demais pares, eu pediria a V.Sa. que projetasse toda essa pesquisa que me parece que...



O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Eu a tenho em mãos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Está em mãos? Ok. Não sei se dar para fazer cópias agora em tempo hábil, mas, de qualquer maneira, como vai estar documentado na CPI... Então o método que ele escolheu está correto, eu imaginei que ele tivesse como projetar. Mas V.Sa. então poderia colocar os dados mais importantes e os Parlamentares vão anotando para reflexão e posterior uso. Depois não é?

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Posso continuar? Interferência dos planos de saúde. Noventa e três por cento dos médicos dizem que sofrem interferência no seu atendimento. Qual o grau de interferência, o nível de intensidade da interferência? Cinqüenta e dois por cento, é verdade que essa interferência é alta. Quais os tipos? Oitenta e dois por cento das interferências são sobre tipos de glosas e medidas terapêuticas. O que são medidas terapêuticas? Oitenta e dois por cento dos médicos que atendem os planos de saúde relatam que sofrem interferências em medidas terapêuticas. Para os Srs. Deputados, o que são medidas terapêuticas? Eu, a partir do momento em que for me posicionar sobre um tratamento do meu paciente, sobre uma solicitação de exames, o plano de saúde me pressiona “está pedindo exames demais esse mês”, “esse tipo de tratamento é caro”, “ esse tipo de droga não deve ser utilizado”. Caso eu não cumpra, a porta do descredenciamento está colocada. Oitenta e dois por cento são dados que não são questionáveis. É extremamente lícito que cada um dos senhores quando está sendo atendido hoje por um médico pode saber que também pode levar a dúvida de que estão recebendo o melhor tipo de tratamento pelo nível de imposição que vem atrás; 72% ainda recebem restrições sobre atender pacientes com doenças preexistentes. Atos diagnósticos e terapêuticos, 69% de bloqueio. O mais grave: — e isso para mim é inaceitável — 64% dos médicos que atendem planos de saúde recebem pressão das operadoras com tempo de internação, ou seja, o tempo em que se mantém o paciente internado. O mais grave ainda — e isso para mim é inaceitável sob todos os pontos de vista — é que 45%, ou quase metade, só que quando colocamos 45% temos que ver que esse número é muito maior, porque eu falarei sobre área operatória, e a pesquisa feita com a abrangência de 280 médicos, e não são os 280 que fazem o pré-operatório, se os Parlamentares entendem, porque a maioria não é



cirurgião. Então, se fôssemos sinalizar em cima dos cirurgiões, esse número deveria ultrapassar 50%; 45% dos médicos recebem pressão de tempo de internação e pré-operatório, realizar exames de pré-operatórios. O que está sendo hoje imposto é que se está entrando numa cirurgia sem ter uma avaliação de pré-operatório. Isso é risco fechado, e até economicamente Deputado Arlindo, é no mínimo insano, porque qualquer paciente que complique, que vá parar numa UTI, o risco para o plano de saúde será muito maior. Isso além de não ser humano, não ser ético, até economicamente por parte das operadoras...

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - É crime!

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - É crime, e ultrapassa a casa dos 90%. Eu trouxe essas pesquisas para dizer que, quando nós apresentamos dados de uma população de 280 mil médicos em que mais de 90% relata esse tipo de pressão, não é nenhum tipo de bravata e nenhuma outra história, porque essa pressão existe no dia-a-dia, essa interferência, sem dúvida alguma — podemos afirmar — está levando à queda da qualidade da medicina e está pondo em risco a população com um único objetivo: resguardar a saúde econômica, o lucro de determinadas pessoas que operam no setor. Quem opera no setor de saúde ou tem compromissos com a ética, com a moralidade e tem respeito ao cidadão, no mínimo, deveria exercer outro tipo de questão empresarial que não o nosso que, é fundamental. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Dr. Eleuses.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Gostaria de saber para quem eu passo essa documentação?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Fica a seu critério, mas normalmente vai para a Presidência e para a relatoria, pelo menos; depois vamos tirar cópias e passar para os demais membros desta CPI. Em que pese vamos continuar a audiência pública. Vou fazer a sugestão ao Deputado Henrique Fontana para que, se houver necessidade, nós façamos uma reunião de trabalho com as entidades aqui presentes, porque, para além dos dados aqui apresentados e sem prejuízo do debate, creio que uma audiência pública talvez não seja suficiente para refletirmos mais e melhor sobre que medidas eventualmente esta CPI e, particularmente, logo na proposta do Sr. Relator, o que devemos contemplar a partir



de tudo aquilo que temos ouvido, presenciado e vivenciado. Passo a palavra ao Deputado Mário Heringer.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Sr. Presidente, senhores convidados, vou-me permitir, antes de entrar no assunto dessa audiência, comunicar à Presidência que recebemos ofício da Agência Nacional de Saúde atendendo a requerimento nosso. Gostaria de ler, é pequeno o texto: *“Em atenção ao ofício, datado de 7 de julho de 2003, inicialmente esclareço a V.Exa que a ANS não recebe ou possui de maneira oficial as tabelas de preços pagos aos prestadores da área de saúde e encaminho as planilhas de custos operacionais das operadoras disponíveis nessa agência”*. Em documento anexo com 353 páginas acompanhada de arquivo em meio magnético, disquete assinado pelo Presidente Januário Montone. “Não recebe ou possui” não sei por quê. “De maneira oficial” me leva a pensar que possa ter outra maneira de se negociar e de se acertar lá dentro. “Encaminho a planilha de custo adiantado das operadoras disponíveis”. Eu imagino que tivesse que ser de todas. Quando se verifica o documento enviado e solicitado, ele não atende em nada o requerimento; são 353 páginas de nada para nos fazer aqui de bobos. Ele apresenta aqui a sigla do Estado, o código da operadora, o CNPJ, a razão social, a data de início e 3 ou 4 números que não significam nada, uma vez que não temos obrigação alguma de saber disso. Estamos aqui numa CPI de planos de saúde; ouvimos ouviu aqui um monte de coisas; a cada dia que passa e ouvimos mais um pouquinho, ficamos sabendo que realmente esta CPI tem função, sim, até porque o material que vimos recebendo, que as pessoas nos mandam, dentro das organizações que defendem essas entidades, estão achando injusta e desnecessária a nossa presença aqui. Isso está publicado. A Agência que, durante esse tempo todo, entendeu que normatizaria esse sistema e se omitiu de fazer uma normatização que contemplasse os interesses do usuário, dos prestadores e dos tomadores, vem agora, açodadamente, numa decisão em cima da perna e numa decisão que não cabia a ela tomar, implantar o tal do cheque caução de maneira estapafúrdia. Por que é que agora ela regulamenta deveres de prestadores? Por que é que agora, neste momento, ela não fez também uma definição clara, inequívoca, com relação à obrigação de negar ou autorizar em meio físico, 24 horas por dia, o atendimento? Porque, como disse o Dr. Eleuses, quem paga essa conta é o médico,



é o prestador, e agora ela acha que pode legislar em cima disso. Eu quero entender, Srs. Deputados, que nós estamos sendo empurrados com a barriga, que nós não estamos fazendo aqui o jogo da verdade que deveríamos estar fazendo desde o início. Nós temos o entendimento, como médicos, de que esse sistema precisa continuar vivo, precisa continuar funcionando, porque ele é de grande relevância nacional, mas os partícipes desse sistema não podem ser mais predadores, eles terão que ser parceiros. Assistimos a todo o momento um movimento indiscriminado de obter resultado financeiro. E isso teremos de definir, aqui na nossa CPI, se vamos terminar esta CPI, só levando a nossa posição relativa a “não atende isso, não atende aquilo”, muito genérica da discussão, ou se nós vamos efetivamente obter informações, que neste momento — — parece-me — a Agência Nacional de Saúde não quer nos fornecer, para que nós possamos gerar aqui uma posição clara de que queremos é consertar o sistema. Nós não estamos aqui para perseguir ninguém, nós não queremos nomear ninguém, mas queremos que esse sistema seja útil à sociedade brasileira. Os usuários pagam, sofrem seus reajustes — não vou discutir se são certos ou errados, mas sofrem esses reajustes — e têm o direito de ser atendidos adequadamente. Eu acho que, nos consultórios, apesar da pesquisa, não se atendem só 82%, Dr. Eleuses, atende-se até mais. E nós estamos vivendo um problema muito sério, que é a exclusão profissional, com o que eu acho que a AMB, o Conselho Federal de Medicina e outras entidades representativas precisavam tomar cuidado, que é a exclusão profissional. Com as restrições de mercado que esses planos de saúde vêm fazendo, com os médicos recém-formados — porque eu acho que em tudo aí existe uma orquestração —, nós vamos assistir àquela disputa que V.Sa. apresentou muito bem: de 12 em 12 meses, pode-se trocar o grupo prestador, porque a necessidade de emprego está tão grande que o sujeito aceita até o risco de não receber, acreditando que vai receber. Então, eu queria, para encerrar e para não prolongar, dizer que a todos os dias que passam e em todos os dias em que eu sento aqui, eu fico mais feliz por estar participando disso aqui. E acho que a posição que está sendo tomada é a posição que deve nortear esta CPI. Esta CPI tem que olhar por essa ótica, a ótica de ter os resultados, ter as informações para gerar a solução. Nós temos um sistema — desculpe, Presidente, já vou encerrar — que atende a 35 milhões de usuários, e nós não conhecemos a



epidemiologia desse processo. Onde é que está a saúde? Onde é que está a coisa pública controlando isso aí? Então, mais uma sugestão que gostaria de fazer é que saísse desta CPI uma tentativa de uniformização dos formulários para que esses formulários, iguais e únicos, dentro de um sistema único, pudessem nos gerar documentos para se propor e saber se esse jogo é verdade ou se esse jogo é de pega de gato e rato. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Deputado Mário. O próximo inscrito é o Deputado Jamil Murad. Seguindo a tradição da Casa, o tempo é de 3 minutos, prorrogáveis por 5 minutos.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD – Cumprimento os Líderes que nos vieram ajudar e contribuir com esta CPI, particularmente, o Dr. Eleuses, velho amigo e grande líder da classe médica. Os dentistas falaram que a ANS não fiscaliza e não deixa os Conselhos fiscalizarem. Depois, também declararam que a ANS dispensou o registro dos planos nos Conselhos. Era provisório e agora dispensou, não é?. Depois, o Dr. Eleuses falou que a ANS dá aumento para os planos, mas nunca vê quem atende à população são os médicos e os planos não repassam isso para os prestadores nem para os médicos, para os profissionais. Depois, vem a interferência do cheque caução e a ANS obriga o prestador, o profissional a atender o paciente, mas não vê quem vai pagar. O plano vê o seu segurado ser atendido e, depois, vai discutir se ele vai glosar e tal. Então, a ANS está funcionando para quem? Essa pergunta eu queria fazer para o Dr. Eleuses, e mais outros líderes poderiam colocar. A ANS, na sua opinião, está funcionando para quem? São pessoas, muitas vezes, a maioria nomeados num Governo e estão trabalhando num Governo posterior, que era o do Fernando Henrique e, agora, o do Lula. E o que aconteceu? O próprio ex-Presidente se declarou articulador da Oposição política no Brasil. Não precisa entender de política para dizer o seguinte: quem faz isso não quer que nada funcione bem, quer que haja descontentes para todo lado. Então, ele nomeou pessoas na ANS, que têm imenso poder e que estão trabalhando em outro Governo. Quanto mais descontentes e mais gente reclamando, acaba... Se a ANS não funcionar direito, ela acaba jogando água no moinho de quem nomeou esse pessoal. Veja a conotação gravíssima e que esta CPI, no final dos seus trabalhos — vamos ainda ouvir a ANS —, vai ter de tomar providências, decidir se pede



destituição da atual Diretoria, além da mudança nas prerrogativas da ANS, etc. Acho que os planos são legalmente constituídos mas estão cometendo crime. O Dr. Eleuses disse que fazem pressão sobre os exames pré-operatórios e o sujeito pode morrer. Às vezes nem o pré-operatório é corretamente feito. Sob o mais elementares preceitos da Medicina, isso é crime. Vai continuar assim? Pode continuar assim? Que propostas V.Sas. poderiam eventualmente levantar para esses Legisladores, para nós caminharmos para um sistema que respeite o paciente, respeite a população, respeite as pessoas de boa-fé, porque os donos de plano não agem de boa-fé, eles estão abusando da impunidade. Eu gostaria de ouvir as sugestões também quanto às medidas que devemos tomar sobre os planos. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Muito obrigado, Deputado Jamil Murad. O próximo sou eu que estou inscrito também e peço que alguém controle meu tempo, a Carla me acione. Agradeço ao Deputado Mário Heringer, que me substitui na Presidência por uns momentos. O que tem sido a tônica dos depoimentos nesta CPI? São reclamações com maior ou menor documentação, mas que, para nós, são mais do que suficientes. Se nós produzíssemos aqui uma síntese rigorosamente mal feita, já saberíamos que os profissionais sofrem com as restrições que vão de exames pré-operatórios, tempo de internação até procedimentos terapêuticos, etc. Os odontólogos não têm, sequer, pelo aqui relatado, a condição adequada de, através de seu Conselho, fazer a fiscalização. Há uma situação — diria — diferenciada apenas nesse aspecto, em que, pela característica da atenção, um tratamento, uma vez terminado, o plano individual não se sustenta. No caso dos farmacêuticos, nem nas farmácias como um todo, temos a lei cumprida, que é a determinação de ter o farmacêutico em tempo integral em consonância com o horário da farmácia, e assim vai. Queria perguntar aos membros desta Mesa se acreditam no sistema da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Quero dizer que não acredito num órgão que tem mandato não outorgado pelo povo, que é irreduzível e que, uma vez no exercício da função, fica sem controle. Minha pergunta é bem direta: acreditam que o melhor modelo para fazer a fiscalização é através de agência. Se depender da minha opinião, esta CPI deve propor a extinção da Agência e a criação de outro mecanismo de controle, demissível a qualquer momento, porque o Governo se livra da responsabilidade



quando é agência e a agência não tem de prestar contas. Segundo ponto: o Dr. Mário Heringer tocou aqui, mais uma vez, na questão central, o resto é consequência, que é exatamente o mecanismo que envolve também a falta de controle da planilha de custos. Os expositores mostraram que, quando há aumento — e não se sabe por que é tal ou qual aumento —, ele não é repassado para os prestadores de serviço. Quanto custa para o Estado a medicina de grupo, o convênio, esse tipo de atenção à saúde? Porque me permito observar que, no início da exposição do Dr. Miguel, quase entendi que ele acredita no sistema. Ou seja, é possível fazer algo adequado. Quero dizer que não acredito, é impossível, porque a lógica do sistema é o lucro sem risco. Não há risco! Porque, quando a faixa etária chega a determinada altura, aumenta-se o preço porque o que se quer é que os idosos fiquem fora do sistema. Por isso não há problema em aumentar muito. O Deputado Jamil Murad deve ter uma dificuldade danada para fazer, nessa altura, um convênio bom e barato.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Deputado...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Pois não.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - O Zé Rainha está preso, dois anos e oito meses condenado, e esses aqui? O sujeito faz um contrato e não cumpre. Por que é colarinho branco?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - A Presidência chama a atenção do Deputado Arlindo Chinaglia que não pode dar aparte. Mas, de qualquer maneira, queria dizer que esse sistema, diferentemente daquilo que entendi da exposição do Dr. Miguel, não alivia o Poder Público. Na verdade, ele agrava, porque ele ganha dinheiro com aqueles que podem pagar, ou as empresas pagam, mas as patologias caras vão para o sistema público. Assim, pergunto a V.Sas. que propostas teriam para que possamos abrir a caixa-preta da planilha de custos. Se esta CPI não fizer isso — na minha opinião —, ela será uma seqüência de audiências públicas que podem atender aos Parlamentares, aos expositores, a quem assiste, mas não vai chegar ao cerne da questão. Obrigado. Passo a palavra ao Deputado Antonio Biscaia.

O SR. DEPUTADO ANTONIO CARLOS BISCAIA – Sr. Presidente, Srs. Parlamentares, senhores expositores, vi que a maioria dos Parlamentares



integrantes desta Comissão integram a área médica. Fui convidado pelo Deputado Chinaglia e pelo Deputado Henrique Fontana, embora não pertencesse a essa área, exatamente porque a minha área é Ministério Público. Então, ouvi algumas das intervenções e, depois, o Deputado Jamil Murad. Acho que não há dúvida com relação a, se comprovados diversos desses fatos aqui, o terreno penal está mais do que configurado. Porque, evidentemente, se há uma interferência na ação profissional do médico, uma interferência que — não digo nem questão de glosa — signifique uma pressão para fixação do tempo de internação ou um outro tipo de pressão, como foi exposto, pela não-realização de um exame pré-operatório, comprovado isso, evidentemente existe uma figura típica penal perfeita que pode enquadrar os responsáveis por essas ações que são criminosas, inquestionavelmente. Não se precisa nem propor modificação da lei. Evidentemente que também comungo da mesma opinião do Deputado Chinaglia de que a ANS e outras agências não estão cumprindo seu papel primordial. Em todas as áreas, essas agências não estão atendendo. Elas estão defendendo interesses ou de concessionárias ou de empresas, mas nunca dos usuários, dos consumidores, inquestionavelmente. Nosso papel aqui, entre outras coisas, vai ser apresentar alternativas nessa linha das agências reguladoras que foram criadas em nosso País. Depois dessa intervenção, queria colocar dois questionamentos diretos ao Presidente da Associação Médica, porque aí também, na minha avaliação, envolve a atuação do médico. Pelo que sei, quando, por exemplo, há pela empresa prestadora de serviços uma determinação para que aquela internação cesse, que ela está se estendendo demais no tempo, isso, em regra, é atestado por um médico da confiança da operadora. Um médico vai visitar o paciente, ele vai ao hospital em que o usuário está internado e, a partir de uma avaliação médica, é que vem a determinação de que aquela internação tem de cessar. Aconteceu com minha mãe, nesse sentido, dizendo que enfisema pulmonar era uma doença crônica e não era mais possível. Quer dizer, qualquer tipo de internação decorrente daquele enfisema pulmonar... Mas foi um médico lá e constatou isso. Então, qual é a posição que se adota com relação a esse médico? Ele é conivente com relação a isso? Eu tenho dúvida. Então, qual é a posição que se adota com relação a esse médico? Ele é conivente com relação a isso? Eu tenho dúvida. Em segundo lugar, então, também a



respeito do médico, que providências adota um médico que está ministrando tratamento que considera que as medidas terapêuticas são essenciais para a vida ou para a recuperação daquele paciente que sofre interferências? Ele se mantém calado, ele não denuncia isso, em regra? Qual o procedimento que esse profissional adota? Um profissional, como já houve, quer dizer, na hora de uma internação para a cirurgia, uma informação do plano de que está em débito e que não está autorizada aquela internação. Será que o médico responsável não denuncia aquele procedimento? Então, são duas questões que estão na mesma linha aí e que envolvem o profissional médico, que, de alguma forma, favorece essas práticas contrárias ao usuário. São essas as minhas colocações, eminente Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlingo Chinaglia) – Muito bem, Deputado Biscaia. Com a palavra o Deputado Silas Câmara.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA – Sr. Presidente, inicialmente quero cumprimentar todos os nossos expositores, parabenizá-los, embora o tempo seja bem resumido, pelo esforço brilhante de tentar passar o máximo de informação a todos nós. Ontem, quando tivemos audiência pública, falava sobre essa questão justamente do descredenciamento. Está muito claro, Sr. Presidente, que essa questão tem de ser tratada com muito rigor. Não se pode descredenciar um médico em pleno tratamento de um determinado doente só porque ele não atendeu ao plano de saúde. O que está muito claro é que o plano de saúde exerce uma pressão muito forte sobre isso. Chego até a pensar que a pesquisa que o PROCON nos apresentou aqui, dizendo sobre o índice de aceitação, de satisfação dos clientes de planos de saúde, não é deles, é dos médicos, dos profissionais, que fazem seu trabalho por missão e que a verdadeira pesquisa que reflete essa atuação dos planos de saúde são justamente a da classe médica, que, embora sufocada, embora pressionada, não deixa que isso ultrapasse o sentimento de profissionalismo e de responsabilidade que têm e, por isso, tratam muito bem os clientes, e os clientes acham que esse tratamento é o tratamento que o plano de saúde o manda repassar. E isso é muito grave, Sr. Presidente. Sobre a Agência Nacional, sou sincero em dizer aos companheiros que acho que, não só a Agência Nacional de Saúde, mas também as agências em geral do Brasil precisam mudar conceito. Esta Casa é casa do povo. É incrível como essas agências têm tanto poder que elas não podem ser



afetadas por uma ação do Parlamento, mas, elas são soberanas. É incrível! Nem do Executivo, lembra muito bem o Sr. Presidente. Isso tem de acabar. Acho que esta CPI será um instrumento legal para, de forma definitiva, acabarmos com esse poder que essas agências têm. Inclusive, sobre as planilhas, por exemplo, de custo. É inadmissível que empresas façam esse verdadeiro trambique na praça não pagando seus fornecedores e mudando de fornecedor a cada passo. Digo até, Sr. Presidente, que perguntaram aqui, o meu colega, que é do Ministério Público, perguntou se não está havendo registro desse crime. Acho até que a classe médica no País anda tão aperreada para poder sobreviver trabalhando tanto, que eles preferem até, às vezes, não perder o tempo do atendimento em que eles têm de fazer em 2, 3, 4, 5 contratos diferentes para poder sobreviver e, por conta disso, às vezes, a desconfiança é tão grande do sistema que ele prefere continuar atendendo sistematicamente aos seus clientes a estar perdendo tempo de estar denunciando, porque já não dá mais resultado. Por conta disso, posso assegurar aos senhores que aqui estão das Federações, das Associações, que acho que esta CPI vai lhes surpreender, vai surpreender a todos nós, vai surpreender porque não viemos aqui para passar simplesmente um tempo ouvindo audiências públicas e não tomar providências. Talvez, esta seja a CPI que maior resultado e melhor resultado dará a toda a sociedade brasileira, confio nisso, na Presidência e no Relator, até porque são profissionais da área que trarão resultados de forma muito clara para a sociedade brasileira. Anotei aqui algumas coisas, mas, devido ao tempo, acho que nós realmente temos de criar uma forma de controlar as planilhas de custo dos planos de saúde. Acho que o segredo está todo aí: controlar. Porque isso não pode ser apenas um negócio. É óbvio que tem de ser um negócio. Acho que quem está conduzindo esse negócio no Brasil tem de ganhar a sua sobrevivência, agora, não pode ser um banco, não pode ser um banco, porque, na realidade, os planos de saúde deixaram de ser planos de saúde e hoje são bancos que não têm nenhum tipo de risco. Um banco, quando tem uma operação que está dentro da regulamentação do Banco Central mal feita, o Banco Central, no Imposto de Renda, é obrigado a indenizar, o custo dele é zero no mercado, praticamente. Porque, até na taxa de juros, ele inclui o risco da operação. E me pareceu muito similar quando o Dr. Eleuses diz que todo o custo, todo o risco, quando os colegas dizem, de forma muito clara, que não tem



risco, porque todos os riscos estão embutidos nos custos. Inclusive, quando dizem respeito aos nossos queridos idosos do Brasil, eles fazem uma forma dura de excluí-los e de fazer uma compensação de não perda de custo quando colocam preços praticamente inatingíveis pela classe, pelo dinheiro, pelo salário, pelo poder aquisitivo dessa classe, que, no Brasil, é altamente rejeitada. Eu queria, mesmo sem fazer perguntas, até porque achei que foi muito claro, embora não tenha assistido a todas as exposições, mas deu para eu tirar, pela média, o que foram as anteriores, dizer a vocês e parabenizar, inclusive o Presidente, sobre essa reunião de trabalho que vai ser muito importante e que, na realidade, deu para a gente fazer uma ligeira captação superficial sobre o que a gente pode sugar, sobre o que a gente pode absorver de vocês sobre informação. O fato é que esta Comissão não será uma Comissão que passará pela Câmara sem que nenhum resultado seja feito. E uma delas, eu acho, é que tem de agir na Agência Nacional de Saúde. Acho que os planos nem são tão culpados, porque nós temos um instrumento de fiscalização que não funciona, que não funciona. Por exemplo, é impossível se descredenciar um médico sem que se tenha de avisar ninguém. Eu acho isso um absurdo! Eu contrato e descredencio sem nenhum critério, na hora que quero, quando quero; quando preciso punir um profissional, vou às Associações, vou aos Conselhos e o Conselho tem de punir o profissional da Farmácia, da Odontologia, da Medicina. Agora, que força têm esses Conselhos para também fiscalizar esses descredenciamentos sumários, sem que nenhuma atuação seja feita sobre os planos de saúde? Então, eu queria só poder passar essa certeza para todos vocês que aqui estão. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Deputado Silas Câmara. Aliás, V.Exa., não tendo ouvido aqui as exposições iniciais, de maneira arguta, deu a interpretação àquela pesquisa realizada pelo PROCON que foi também a mesma interpretação dada aqui pelo Dr. José Mário, que representa os dentistas, o Conselho Federal de Odontologia na Agência Nacional de Saúde. Não é isso? E ele, ao analisar a pesquisa feita pela própria agência, deu essa interpretação de que bem avaliados são os prestadores, o que não implica um aval às operadoras. Passo a palavra ao Deputado Rafael Guerra, que é o último inscrito.

O SR. DEPUTADO RAFAEL GUERRA – Bom, Sr. Presidente, Sr. Relator, nossos convidados, quero cumprimentar o Dr. Miguel Nobre, o Dr. Eleuses, o José



Mário, o Dr. Jaldo e o Samir. Tenho, Sr. Presidente, na qualidade de membro da Comissão — até optei por ficar como Suplente aqui na Comissão —, porque, como Presidente da Frente Parlamentar da Saúde, estava querendo manter uma postura mais até observadora e tenho feito poucas intervenções. Mas eu estava aguardando exatamente que as coisas, as idéias fossem se aclarando para que a gente fosse construindo um consenso. E, hoje, já me senti na obrigação de fazer uma intervenção, que vou procurar fazer com que seja bem rápida. Vou fazer alguns comentários sobre as observações que ouvi, não pude ouvir todas as exposições porque estava num café com o Ministro da Saúde para lutarmos pela manutenção dos recursos da Saúde nos 3 níveis de Governo. Mas, então, não pude ouvir todos e peço desculpas àqueles expositores a quem não pude assistir. Mas, tenho algumas observações que quero fazer. O Deputado Biscaia fez um questionamento muito importante sobre a questão dos médicos auditores, sobre a questão dos médicos que, quando, às vezes, são pressionados a não utilizar determinado recurso, diagnóstico ou terapêutico, calam-se. Gostaria, depois, até de ouvir a opinião dos membros da Mesa. A minha opinião, Deputado, é que progressivamente se vem banalizando o setor saúde. Estamos... Acho que isso são medidas que já têm 10 anos que vêm sendo tomadas. Por exemplo, defendo a revogação de uma portaria ministerial que impede a internação de pacientes pelo SUS em acomodações especiais. Quer dizer, quem quiser se tratar pelo SUS não pode ir para um apartamento e não pode ter um acompanhante. Se quiser tratar pelo SUS a sua mãe que tem uma doença grave e quiser ficar com ela, não pode ser pelo SUS. Tem de ter um plano de saúde ou tem de pagar tudo particular. Essa foi uma primeira medida que veio prejudicar o cidadão e favorecer os planos de saúde. Essa é uma opinião que já foi, inclusive, julgada inconstitucional em 3 ações do Supremo Tribunal Federal e continua em vigor. Certo? Lutei muito, no Governo passado, para revogar essa portaria e até hoje não aconteceu. E continuo na mesma luta. A proliferação de escolas médicas é outra forma de banalizar a profissão. Estamos formando médicos e odontólogos e outros profissionais de saúde mal preparados, sem professores capacitados, sem formação ética adequada e que ficam subempregados, que aceitam, como denunciou aqui o Dr. Eleuses, trabalhar um ano sem receber, na esperança de um dia receber. Então, quem está trabalhando um



ano na esperança de um dia receber não tem condição de estar reagindo a essas normas dos planos de saúde. Esses auditores, muitos deles são contratados, e, quanto mais glosam mais recebem de salário, de pagamento, de comissão, percentual da glosa. Então, como é que fica?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Mais descredenciamento para os que reagem.

O SR. DEPUTADO RAFAEL GUERRA – Não é? Exatamente. Então, os odontólogos, eu vejo muito à margem dos planos de saúde. Eu acho que, quase que a salvação ainda da Odontologia é não estar se envolvendo com plano de saúde, porque o atendimento passa a ficar desrespeitado, o atendimento no consultório. Isso não é privilégio do Brasil, não. Eu tenho colegas meus, até de turma, um colega de turma que mora nos Estados Unidos há mais de 20 anos. eles intervêm em todos os procedimentos que ele faz: por que está pedindo raio X de tórax; por que está pedindo tomografia e ultra-som; e assim por diante. Quer dizer, não é só aqui. É a questão do lucro. Nós estávamos hoje falando sobre a questão de medicamentos. Até o Governo acaba de restabelecer o controle de preço na área de medicamentos. Eu estava dizendo que medicamento não pode ser tratado como perfumaria, não pode ser tratado com as leis de mercado que vendem automóvel, que vendem sabonete. E plano de saúde é a mesma coisa: não pode ser tratado dessa forma. Não é perfumaria. Plano de saúde, se alguém chega a fazer, é necessidade absoluta, né? Então, agora, nós viemos com essa medida do cheque-caução. Eu até acho que as entidades estão moderadas, porque, na verdade, não cabe à Agência Nacional de Saúde ditar normas para os prestadores; ela dita normas para as operadoras. Então, essa medida, eu acho que foi intempestiva e extrapolou a competência da Agência. Queria deixar, para ouvir a opinião dos senhores sobre a questão dos reajustes, já foi dito, mas eu queria ouvir a opinião dos senhores, primeiro, sobre a questão do credenciamento dos profissionais. Quer dizer, na minha visão, o credenciamento deveria ser universal. Quer dizer, na minha visão, o credenciamento deveria ser universal. O profissional qualificado, com título de especialista e adequadamente, portanto, com situação regular no País, credenciado no Conselho Regional de Medicina, etc., é credenciado em qualquer plano. Quer dizer, eu pergunto a opinião sobre o controle, o credenciamento universal, e ouvi



uma posição do Deputado Arlindo Chinaglia bastante forte e positiva em relação à extinção das agências. Eu até acho que a gente vai discutir isso muito ainda aqui na Comissão, não discordo dessa opinião, sabe? Agora, pergunto aos membros da Mesa também o que propõem em termos de controle social na saúde suplementar. Porque o interessante é que a Lei Orgânica da Saúde estabeleceu o controle social para o sistema público, não é? E, na saúde suplementar, qual é a proposta de controle social? Porque, se a agência tivesse a representatividade da sociedade, talvez, pudesse até ser uma forma de controle social, não nas normas atuais. Então, são essas as 2 perguntas que queria fazer. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Obrigado, Deputado Rafael Guerra. Eu quero alertar os Srs. Deputados que a Ordem do Dia já começou, já faz tempo, e está sendo aqui sinalizado. Possivelmente, está sendo discutido e vai ser votada a Lei de Falências, porque tem uma sessão extraordinária. E, portanto, queria fazer uma sugestão, porque temos aqui 2 representantes da AMB, 2 representantes do Conselho Federal de Odontologia e 1 representante do Conselho Federal de Farmácia, que é o Presidente. Para que possa haver uma complementação, pediria — se possível, também não está proibido —, que, quando um representante abordar um tema, o faça, se possível, para dar a opinião da entidade, para que o outro representante aborde, quem sabe, um outro tema. Está bem assim? Bem, então, vou dar a palavra na ordem dos expositores para responder àquilo que julgarem apropriado. Passo a palavra, portanto, ao Dr. Miguel Álvaro Santiago Nobre, que é o Presidente do Conselho Federal de Odontologia.

O SR. MIGUEL ÁLVARO SANTIAGO NOBRE – Quero me dirigir mais à fala do Deputado Rafael Guerra e volto ao início da minha fala que, quando um Poder não respeita a lei, desprestigia o outro Poder. Então, fiscalizar o exercício da Medicina e da Odontologia, legalmente, é dos Conselhos profissionais. Então, a lei não diz que o Conselho de Medicina fiscalize o exercício do profissional, não, é da Medicina, todos os atos e os eventos da Medicina. Então, se formos analisar — e eu estava analisando —, as maiores dificuldades vêm do não-cumprimento da lei ou de artifícios para não inscrever nos Conselhos para o Conselho não inscrever. Quando o senhor falou da importância da Odontologia, realmente o volume de atendimento da Odontologia não é proporcional ao da Medicina em todos os âmbitos e, nos



credenciamentos, é o início a uma incursão. Existem planos de saúde que vendem um plano médico e dão de brinde, como se fosse um chaveirinho, o preço odontológico. Então, eu não sei como é, eu sou um dentista de consultório e sei quanto custa um consultório, que o sujeito pode atender, de maneira razoável, e dar de graça. Quer dizer, então, é uma empresa maravilhosa, belíssima. Eu conheço, por dentro, serviços que têm um plano, que vendem um plano e que atendem a um plano odontológico e que contratam os dentistas. Então, eles trabalham com a maior insatisfação possível do credenciado sem ele ir embora. Então, por exemplo, o senhor faz uma consulta como usuário, faz-se um levantamento, uma anamnese e suas necessidades, marca uma consulta, mas o senhor precisa de 12. Marca uma consulta. A média é de 45 dias para marcar a segunda. Aí, ele marca a segunda, são mais 45 até ele desistir. Aí, ele não vai mais. Se é a empresa quem está pagando o plano e ele não está indo, a empresa nem está vendo que ele não está indo. Então, quem está tendo ganho? A empresa ganha no não atender, ganha no não autorizar o exame, ganha no negativo, ganha ao contrário. Então, eu acho assim: a Odontologia tem problemas? Tem. Mas, quando falei e o Deputado Chinaglia não concordou comigo, eu acho assim, se respeitar a lei, o resto até dá para esta CPI fazer uma proposta robusta. Agora, não pode alguém ser mais do que a Casa, que determina a conduta da sociedade brasileira. Quer dizer, nós perdemos... fica doente o Estado brasileiro se houver essas inversões. Então, ninguém pode ter uma portaria de poder mais que uma lei. Então, nós somos ridicularizados na classe odontológica quando uma empresa que a lei diz que tem de se inscrever nos Conselhos e ser fiscalizada, e assim não o faz, e nós temos de fiscalizar aquele que tem a clínica legalmente registrada. Então, eu até refaço um pouco a minha posição. Se for para respeitar a lei, até concordo em votar a favor, que se suspenda, então, que não haja mais agência se é para tumultuar, não a vida do médico e a do dentista, para tumultuar a vida do Brasil e daquele usuário. Então, eu enxergava, quando cheguei aqui, a maneira mais pura, eu achava assim: que aquele segmento que conseguisse, pelo seu bolso, de maneira modesta, suprir suas necessidades de saúde, abriria uma vaga para aquele que não pode nada, ter um lugar no próprio Governo. Mas vi que não é bem assim. E estou repensando essa



posição. Então, a minha fala, por enquanto, é essa. O José Mário quer complementar uma coisa da Odontologia, não sei se...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Eu o cumprimento, assim, pela sinceridade, em que pese a sua representação, dá uma demonstração que queremos copiar de que, num debate, numa audiência pública, quando a gente é permeado por argumentos, quero dizer que também sempre sou sensível a mudar de opinião. E cumprimento o senhor por essa atitude pública. Então, Dr. José Mário.

O SR. JOSÉ MÁRIO MORAIS MATEUS – Bom, dentre as várias questões que foram colocadas, quero falar sobre dois pontos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Dr. José Mário, eu me distraí no encaminhamento. Acaba de chegar aqui o Deputado Henrique Fontana, que é o Presidente. Sou apenas o 1º Vice e o estava substituindo, porque ele foi fazer uma palestra na ABRASCO, no Congresso, e, por isso, ele pediu que o substituísse. Mas, ele está retornando.

O SR. DEPUTADO HENRIQUE FONTANA - Eu gostaria que V.Exa. permanecesse presidindo esta sessão até o final, para concluir o trabalho da Presidência de hoje. Acabei a palestra agora e quero pegar o final.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Honra-me essa deferência, porém, com sua Presidência, esta Comissão estaria melhor servida. Mas, diante dessa ordem, então, continuo. Deputado José Mário. Deputado, não, Dr. José Mário.

O SR. JOSÉ MÁRIO MORAIS MATEUS – Bom, quanto à colocação da extinção da Agência Nacional de Saúde, é claro que tem de ter um órgão regulador e ele tem de ter regulamentação. O problema que estamos vivendo é falta de regulamentação ou não-cumprimento da lei. A Agência Nacional de Saúde foi criada, como as outras agências, várias... as outras agências, por exemplo, a ELETROBRÁS, a Agência Nacional de Petróleo, a ANEEL, tiveram retrospecto. Por exemplo, a de petróleo teve um retrospecto da PETROBRAS. A Agência Nacional de Saúde, a gente tem de ressaltar o seguinte: ela não teve um retrospecto de outra atividade de controle público que trouxesse algum parâmetro. Agora, que na situação que está o caso igual ao do inciso I de não deixar uma autarquia federal, como o Conselho Federal de Medicina e o de Odontologia, exercer sua atividade,



para mim, não consegui entender. Eu participo da Câmara desde 2003, desde 2002, desde 2000, até agora, o presente momento, e nós tentamos, por 3 anos, e não conseguimos. Os outros pontos estão todos relacionados com o cumprimento da lei. A questão do descredenciamento, o Conselho Federal de Odontologia baixou uma portaria e o Conselho Federal de Medicina baixou uma portaria a respeito desse descredenciamento, porque o prestador é praticamente obrigado a manter aquilo ali naquela situação. Se a agência tomasse a atitude de ela baixar uma portaria ou de não ter o descumprimento do artigo, eu acho que não seria necessária a posição tanto do Conselho de Odontologia quanto do de Medicina. Em relação à pesquisa, como o Deputado colocou aqui, a satisfação realmente é com o prestador, e não com a operadora. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Obrigado ao senhor. Vou dar a palavra agora ao Dr. Jaldo de Souza Santos, Presidente do Conselho Federal de Farmácia e, a seguir, por sugestão do Dr. Samir, darei a palavra ao Dr. Eleuses, que é o Presidente da AMB e, em seguida, ao Dr. Samir. Então, Dr. Jaldo, por favor.

O SR. JALDO DE SOUZA SANTOS – O que podemos dizer é que o sistema de saúde neste País é cruel. No que concerne ao Sistema Único de Saúde, vimos e sentimos que nada existe. O Sistema Único de Saúde é falido, os hospitais são mal atendidos pelo Sistema Único de Saúde, um médico muitas vezes recebe um valor mínimo, pequeno por uma consulta. E estamos nesta situação. A assistência farmacêutica inexistente neste País, mais de 30% da população brasileira não tem acesso a medicamentos. No ano passado, foi aplicado para o Ministério da Saúde 40 milhões de reais, que estão na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, desde o começo do ano está essa verba para que fosse empregada nos laboratórios oficiais. Isso, na realidade, não existe. O dinheiro está lá ainda, sem essa aplicação. Os laboratórios oficiais estão sucateados. Isso é apenas uma situação. Quanto aos planos de saúde, nós vimos, sentimos e sabemos que também é cruel. Tanto os profissionais da área de saúde quanto os pacientes que necessitam dos planos de saúde estão em dificuldade. Há poucos dias, uma funcionária nossa, com uma criança hospitalizada com uma infecção, ficou 3 dias, foi obrigada a ter alta sem conseguir nenhuma melhora no seu estado de saúde, sendo obrigada a retornar a outro hospital, a fim de concluir o tratamento. São situações



que existem. Há necessidade, portanto, de um órgão que possa regulamentar essa situação e de que se permita que os conselhos de fiscalização profissional possam fiscalizar não somente esses serviços, mas também a qualidade desses serviços. Os laboratórios de análises clínicas, tanto de médicos, quanto de farmacêuticos ou de biomédicos, desde 1997, não têm nenhum reajuste. E logicamente os reajustes têm vindo quase seguidamente para os laboratórios, para os seguros de saúde. Portanto, a idéia do Presidente desta CPI, do atual Presidente, de se fazer um grupo de estudos para que se elabore um programa mais adequado a essa situação, eu acho excelente. E o Conselho Federal de Farmácia está à disposição do Dr. Arlindo Chinaglia para qualquer técnico ou mesmo uma assessoria nossa para a Comissão.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Muito obrigado, Dr. Jaldo, até porque o Presidente nosso agora está presente. Nós sugerimos, Sr. Presidente, num dado momento, que, sem prejuízo dos debates que já acumulamos, que, pelo nível destas representações de hoje e também de outras, nós constituíssemos, quem sabe, um grupo de trabalho para aproveitarmos mais e melhor as inúmeras informações que os profissionais da área dêem através de seus representantes. Está sendo muito proveitosa a audiência, mas, quem sabe, a gente possa posteriormente.... Aqui o Dr. Jaldo e creio que os demais Conselhos também vão estar à disposição, bem como as outras entidades, para, através da própria direção ou de assessoria, como diz o Dr. Jaldo, nos auxiliar para o melhor trabalho da CPI. Dr. Eleuses, Presidente da AMB.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA – Eu vou começar pelo final, pelo menos depois que não for gastado o tempo, pelo menos as 4 propostas...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Aqui só se sugere, Dr. Eleuses.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - As 4 propostas, pelo menos 4 sugestões que queríamos deixar, por parte da AMB e do Conselho Federal de Medicina, de encaminhamento para esta Casa, e espero que tenhamos nos posicionado muito claro. Primeiro, a necessidade de um contrato, de uma normatização da relação entre médicos, prestadores e operadores do setor. Tem-se mostrado claramente, por determinados fatos e documentos, o que eu gostaria que fosse analisado por essa CPI. É impossível, não é, uma operadora de saúde ficar



um ano sem pagar, quando paga, paga com cheque sem fundo, e ela continua operando no mercado. Aí, esse usuário que não quer... ele sai fora, entra outro e isso ocorre... e essas operadoras estão funcionando, dando calotes no mercado. Nós não temos nenhum contrato para denunciar. Estamos olhando juridicamente, que até à própria OAB já pedimos socorro. Não temos nenhum contrato em mãos para poder denunciar, porque essa regra inexistente hoje no modelo. Segundo, sob o ponto de vista de credenciamento, Deputado Arlindo, o senhor colocou muito bem: regras claras para esse setor. E eu comungo — o Deputado Rafael Guerra já se retirou — da proposta que ele faz da abertura, e também o nobre Deputado, da abertura e o credenciamento universal, a partir do momento que se mostre que um profissional é apto para exercer a profissão naquele setor, não tem por que termos aí o impedimento desse profissional operar e trabalhar no setor. O credenciamento só é feito, só, é manipulado pelo setor, justamente para se agir sob pressão, que depois gostaria de responder para o Deputado que fez uma pergunta direcionada, sob o ponto de vista da reação dos médicos, que é justamente esse médico que denuncia tudo isso que estou denunciando, esse médico que é descredenciado pela operadora. Falo mais claro: eu, por exemplo, a maioria dos meus sócios, quase metade, já perdi, a outra metade continua comigo. Sou um problema seriíssimo. Eles estão esperando quando é que eu saio da AMB, porque, no grupo que trabalhamos — vejo algumas operadoras que tomaram essa atitude comigo —, sou descredenciado da maioria delas. Eu fui descredenciado. Justamente, cada denúncia que apontamos é um descredenciamento que perco na minha clínica. Eu sou descredenciado e presido uma entidade nacional. Se esse tipo de pressão é feito comigo, o senhor imagine o tipo de pressão que é feito com o médico da base, que está atendendo no dia-a-dia. Particularmente, fui descredenciado nesses últimos anos que presido a entidade. Obviamente, ninguém nunca me descredenciou falando que é porque eu presido a AMB ou tomo esse posicionamento, mas normalmente, é porque a rede já está nessa especialidade, com profissionais suficientes. Fui descredenciado de 23 planos de saúde que eu atendia na minha clínica, no setor mercantil. E essa é a realidade para as pessoas que denunciam. É muito difícil para o profissional do dia-a-dia, que nenhum suporte de uma entidade médica tem, vir aqui denunciar e apresentar esse tipo de



argumentação. E a última coisa que pediria que esta Comissão não se furtasse é de criar uma Comissão clara para rever todos os aumentos que foram repassados aos usuários e prestadores, se essa regra foi feita, e o planilhamento de cada uma dessas empresas tem que ser pedido. Primeiro, gostaria de saber por que esse reajuste foi dado, qual o valor. Pode ser até que o reajuste tenha sido menor, precisaria ser maior, mas temos que ter uma regra transparente, que eu particularmente desconheço. Nunca consegui entender a regra utilizada. Gostaria de saber mais: por que esse reajuste, quando dado para o usuário, nunca foi repassado, nunca foi repassado para médicos. Em 7 anos, não tivemos reajuste. É mais grave, porque não só não tivemos reajuste, como tivemos vários desgastes por várias operadoras que trabalham no setor. Recebe um reajuste de 9, de 7 e de 8 e diminui o valor pago na ponta. E nenhuma providência é tomada. Em relação ao Deputado — ao senhor, quero responder no final —, em relação ao Deputado Arlindo Chinaglia expor o modelo, a manutenção ou não de agência, queria colocar para o Deputado, até para ser extremamente correto e justo com o Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sr. Januário Montoni, do qual nós temos tido diálogos freqüentes sobre a discussão. Tenho muito claro, além de ter restrições a algumas maneiras de encaminhamento da agência, principalmente de alguns diretores, vejo, por parte do Presidente da agência, a tentativa de acertar. Por exemplo, queria dizer, que talvez não tenha ficado claro: eu sou favorável a ter o cheque-caução. O que não sou favorável é sair uma resolução, da maneira como foi feita, em que simplesmente a resolução, da maneira que foi feita, não fala quem paga a conta. E, a meu ver, é claro quem tem que pagar essa conta, porque se essa pessoa tem um plano de saúde, para mim é claro. A maneira com que são feitas determinadas coisas na agência, não sei que traduz inclusive o pensamento do presidente da agência. Só não ter, entendeu, paridade, a Câmara Nacional de Saúde Suplementar não ter paridade já é um meio das coisas não andarem. Nós estamos discutindo contratualização, é isso que eu pautei no primeiro momento, pois a ANS pôs esse tema em pauta e abriu uma Câmara — nós estamos discutindo agora há pouco —, abriu uma Câmara pra fazer a contratualização. Ela tem mais de um ano e essa Câmara não foi... Essa Câmara não tem paridade. Como é que se imagina uma Câmara que não tem paridade que ela vai funcionar, que o setor que



domina ele acaba influenciando o restante e simplesmente bloqueia os trabalhos. Então, esse tipo de coisa eu acredito que, em nenhuma menção ao Presidente da agência, mas a maneira com que a ANS hoje atua, a maneira com que é composta a Agência Nacional de Saúde, a maneira como são feitas as Câmaras Técnicas, eu acredito que tem que ser revista. E aí eu não tenho a mínima dúvida, comungo do mesmo modo de pensar do senhor. Respondendo ao colega, colega...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - É o Dr. Biscaia, possivelmente. Ele é Promotor Público, é um homem que foi Procurador-Geral do Ministério Público do Rio de Janeiro. Então, é rigorosíssimo eticamente, politicamente, é um grande valor aqui nosso.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Eu só queria colocar para o nobre Deputado, primeiro, coisas muito claras para o senhor. O ofertar denúncia. Nós fizemos vários movimentos no Estado de São Paulo, principalmente um liderado pelo Conselho Geral de Medicina e a Associação Paulista de Medicina — o Deputado Jamil nos ajudou, Deputado Arlindo nos ajudou —, denunciando, há 2 anos atrás, isso que estou colocando para o senhor, apresentando, naquela época, cerca de 200 médicos. Essas denúncias, eu tenho a impressão que o Dr. Edson trouxe na última explanação dele aqui, denúncia de quase 200 médicos, colocando exatamente o que eu estou falando para o senhor. Médicos que estão recebendo pressão sobre solicitação de exame, manutenção. O grande engodo é que a Lei dos Planos de Saúde, por exemplo, terapia intensiva: 364 dias. A partir do 10º dia de terapia intensiva, tem pressão em cima do médico para dar alta. Então, o usuário acredita que ele foi aumentado e, na realidade, isso daí não foi, porque, se de um lado a lei lhe favorece, de outro lado... Nós apresentamos todos esses — ah, desculpa, é Unidade de Terapia Intensiva —, nós apresentamos todos esses dados. Na época, foram colocados... pontualmente eles foram resolvidos quando o Ministério Público entrou: “Olha, esse problema está havendo, resolve; esse problema tá havendo, resolve”. Nós resolvemos 10, 15, 20 problemas, só que continua a mesma coisa, porque, no problema que eu denuncio, só que o médico que denunciou esse foi descredenciado. Esse entra numa lista negra, ele desaparece e perde 20, 30 convênios. Quem que é o médico que faz a próxima denúncia? Eu provavelmente venho aqui e faço. Já tenho muito pouco para me



descredenciar. Qual que é o médico que pego da base para estar fazendo isso? Isso ocorre no dia-a-dia. Nós só fizemos essa pesquisa com a *Data Folha* para mostrar que isso daí é real. Mais de 90% dos médicos estão alegando isso. Isso é real. Os próprios hospitais — gostaria que chamasse os hospitais aqui para gente, porque os hospitais vão colocar...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Está previsto.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Os hospitais vão colocar algo fantástico. Sabe o que os planos estão fazendo, a idéia? Porque o problema não é o auditor falar para o médico: “Você não vai manter internado”. O Conselho, tanto de Odontologia quanto de Federal de Medicina, ele tem exigido registro do médico responsável daquela operadora no Conselho, porque o Conselho não pode punir a operadora, mas, se tiver um médico responsável, este vai responder. Até hoje nós não conseguimos. Conseguimos? Até hoje não conseguimos. Porque se tem um médico responsável por aquela operadora, este vai ser e vai ser até cassado dentro da nossa área. Só que isso não existe, isso não existe. E nós não podemos ...

O SR. JOSÉ MÁRIO MORAIS MATEUS - Na lei existe.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Na lei existe, mas, de fato, não existe. Então, isso nós não podemos atuar. Mas vou colocar o dado mais claro. Normalmente não é o médico auditor que vai chegar no médico que está internado. Ele simplesmente, atualmente, estão utilizando o seguinte: os hospitais colocam isso claramente para vocês, porque eu tenho a documentação disso. Eu tenho certeza que eles vão colocar. Por isso que eu coloco a seguinte coisa: “Olha, a partir do 10º dia “...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Dr. Eleuses, eu quero, veja, isso nós podemos nesta CPI resolver de imediato. Proponho que a gente, depois de dar redação ao seguinte requerimento, exigir de todas as operadoras o nome do médico responsável e o seu registro. Esta CPI...

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Dos Conselhos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - E também dos odontólogos e também dos farmacêuticos. Isso é fácil. Esta CPI já vai dar um grande auxílio a essa causa.



O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Sem dúvida nenhuma. E aí teve a ligação. Então, o que é acontece? A partir do momento que ele chega para o hospital e fala: “A partir do 12º dia está glosada a conta hospitalar”, o hospital não vai receber. O hospital chega no médico e fala: “Olha, não estamos recebendo mais nada. O que nós vamos fazer?” E essa é uma ciranda. Enquanto não tiver o responsável para ser punido da operadora, nesse caso, porque eu acho que é assim no nosso Conselho... O nosso Conselho, o CFM, não se furta, e tem pedidos regionais também. Só que nós não temos o elemento responsável para saber quem é o responsável por essa atitude.

O SR. DEPUTADO HENRIQUE FONTANA - E quando — só para um esclarecimento —, e quando a operadora faz uma glosa, não há um local para recorrer que fosse um local neutro para analisar. Ela faz a glosa e fica a palavra de um contra o outro, e não há um local para recorrer tecnicamente contra aquela glosa.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Não, e tem coisa que é um pouco maior ainda, Deputado Fontana, se o senhor me permite, além de não ter o local, quem for muito insistente perde o credenciamento, porque eu não acredito uma regra de credenciamento que não tem regra, para credenciar e descredenciar. E se for muito exigente e denunciar, for ao Ministério Público, apresentar denúncia na associação, no Conselho Regional de Medicina ou no sindicato, simplesmente é descredenciado. Vai falar: “Olha, você fatura tanto por mês, vai perder a partir de hoje se continuar fazendo” Não é possível trabalhar num sistema desse, é impossível um sistema desse trabalhar.

O SR. DEPUTADO RAFAEL GUERRA - Dr. Eleuses, só para esclarecer, o problema que eu acho...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - O Deputado Rafael Guerra está com a palavra, mas lembrando que essa luz aqui pode nos interromper a qualquer momento.

O SR. DEPUTADO RAFAEL GUERRA - Não, é só para esclarecer. Você disse que, na sua explanação, que você é a favor do cheque-caução. Acho que ficou... Você é a favor da proibição do cheque-caução ou a favor do cheque-caução?



O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Deixa eu colocar, Deputado. Eu quis colocar claramente essa conversa nós já tivemos, enquanto usuário, com a Associação dos Usuários, nós não somos favoráveis a ter um cheque-caução. Mas somos favoráveis ao seguinte, entendeu?

O SR. DEPUTADO RAFAEL GUERRA - Que alguém pague a conta.

O SR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - Tem que ter a responsabilidade de quem pague a conta. Não pode é ter uma medida e falar: "Olha, não pode". Quem vai pagar essa conta a gente não sabe. Do jeito que está redigido, você atende e a operadora tem todo o direito de negar e falar: "Olha, não vou pagar". E você vai prestar o serviço e quem vai pagar essa conta? Eu acredito que não pode levar o conflito, o que foi feito claramente é que acaba levando a um conflito desnecessário. É claro, tem que ter na própria medida um item claro, um artigo claro, colocando isso até para acabar esse tipo de coisa. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Dr. Samir Dahas Bittar.

O SR. SAMIR DAHAS BITTAR – Atendendo à solicitação da brevidade, até porque o Dr. Eleuses colocou as questões de maior relevância. A Câmara Técnica da Contratualização, nós estamos lá representando a Associação Médica Brasileira e lutando, há um ano, para que a relação de operadoras e médicos ela realmente seja efetivada. Na verdade, a relação de operadoras e médicos ela hoje existe de uma forma fluida, totalmente anômala, como destoando de qualquer outra relação de trabalho. O médico não tem a sua data de reajuste, não tem a determinação da forma de relação, especialmente na questão do credenciamento, se sujeitando a toda a natureza de pressões. É preciso dizer que, quando se alega que a agência, ela limita o reajuste, o que é proposto como limite incide sobre os planos familiares que se referem a 30%, normalmente, dos usuários. Os demais planos de natureza coletiva, eles são planos que não têm esse limite. Portanto, a questão da ausência de repasse para prestadores, ela poderia ter limitação apenas em 30%. E, mesmo assim, nem no limite proposto pela agência isso tem sido repassado. Ter um mercado justo que pudesse equilibrar essa questão vai envolver a diminuição do números de médicos e a diminuição de escolas médicas. Essa é uma questão que o Deputado Arlindo Chinaglia tem participado ativamente, tem o nosso apoio. É preciso dizer que as glosas que, na verdade, não se sabe quando se paga, porque



as instâncias de busca da recuperação desses valores para médicos e hospitais, elas não são definidas. E há práticas muito curiosas que, inclusive empresas que prestam serviços de natureza autárquica e que fazem glosas sistemáticas em percentuais rigorosamente próximos ou idênticos a todo mês, denotando uma situação grave em prejuízo do sistema, denotando um ajuste de caixa. Isso tem existido. E quando o Dr. Jamil Murad pergunta, as demais perguntas já foram respondidas, a quem atende aos interesses da agência, o Deputado Mário Heringer respondeu, porque a agência desconhece o que ocorre com os prestadores, não sabem quanto eles recebem. E, por isso, a situação vem se agravando e a crise vem se agravando. Ela tem se focalizado as suas atenções nas operadoras e o restante do sistema desaba pelo País em prejuízo da população. Ela atende aos interesses que já ficaram aqui claros. Eu expressei mais uma vez, finalizando, a tranquilidade que temos em relação à condução desta CPI pelo envolvimento social e pela qualidade desta Casa, em geral, e muito especialmente dos que estão à frente desta Comissão. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Muito obrigado, Dr. Samir. Eu passo a palavra agora ao Deputado Ribamar, que é o nosso Relator. E, após as considerações do Deputado Ribamar, vamos dar seqüência aqui a esta audiência pública, sempre atendendo à orientação do nosso Presidente.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES – Sr. Presidente em exercício, Arlindo Chinaglia, Sr. Presidente Henrique Fontana e os expositores, quem fica por último fica muito sem ter o que falar. Então, todas as minhas falas foram atendidas nas perguntas, nas observações dos colegas e nas respostas aqui observadas. Eu gostaria apenas de fazer algumas observações sobre o que foi falado por alguns colegas. A reunião de trabalho, proposta pelo Deputado Arlindo Chinaglia, já havíamos discutido junto com o Deputado Henrique Fontana, inclusive já até convidei também algumas sociedades, como a Sociedade Brasileira de Cardiologia, de Ginecologia e Obstetrícia, que também se sentem prejudicadas grandiosamente por esses planos de saúde. O Deputado Mário Heringer fala da preocupação da CPI está sendo empurrada pela barriga. E aqui eu faço um parêntese de que a maioria dos Deputados são taxados de Deputados financiados. E eu tive o meu financiador de campanha. E o meu grande financiador de campanha exige que eu tenha uma



postura aqui dentro. O grande financiador da minha campanha foi minha perseverança, minha obstinação, a minha determinação. Foram 6 campanhas seguidas até eu conseguir o mandato, um mandato que veio da base popular, do movimento social organizado. E o meu comportamento dentro desta Casa, nesses meus primeiros 5 meses de mandato, eu acho que foram suficientes para que o Presidente da Casa, João Paulo Cunha, juntamente com o Colégio de Líderes, me escolhessem como Relator da CPI. A responsabilidade é grande, mas nós saberemos, no final, fazer aquilo que nós propusemos desde o início, juntamente com o Presidente Henrique Fontana, nós nos dispusemos a fazer daqui um diagnóstico mais preciso possível. Portanto, nós, primeiro, estávamos ouvindo as queixas do doente para passarmos aos exames complementares e formularmos um exame físico também, exames complementares, e formularmos um diagnóstico e propormos a terapêutica. Não é a quebradeira que nós queremos para o País, muito menos para o Plano de Saúde Suplementar. Nós queremos é equacionar e organizar. E tudo que foi falado aqui, eu acho que foi de todas as audiências públicas foi a melhor que nós tivemos até hoje, dados os fatos serem bastante relevantes, a preocupação das entidades envolvidas e também a gama de informações aqui obtidas. Nós vamos aprofundar com as nossas reuniões de trabalho, individualmente com cada entidade — com certeza vamos convidá-los a comparecer para nós conversamos ou irmos até vocês — e também com as sociedades organizadas. Eu quero parabenizar os colegas que entrevistaram muito bem e os expositores. E dizer que a CPI e a população brasileira fique tranqüila, porque daqui vai sair. Eu sempre digo que o seguinte: quem é o maior tem que ser o melhor. Eu sou o maior Deputado da Casa, com 1 metro e 92, e tem que ser o melhor relatório de CPI desta Casa o da CPI dos Planos de Saúde. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) – Muito bem, Deputado Ribamar. Mas a observação do Deputado Mário Heringer, ela foi mais *light*, não tinha toda essa carga, não. Mas, de qualquer forma, ficou aqui reiterada a disposição do nosso Relator, que é, de resto, dos Parlamentares aqui. O que existem são diferenças de opinião. E, se houver algum Deputado que, digamos, não tenha esse compromisso, quanto mais seguramente o povo brasileiro vai, através do voto, em certas situações, até com outras atitudes, ele será corrigido. Bem, eu quero



agradecer profundamente aos nossos convidados, Dr. Miguel Álvaro Santiago Nobre, Presidente do Conselho Federal de Odontologia, Dr. José Mário Morais Mateus, Presidente das Comissões Fixas do Conselho Federal de Odontologia, ao Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Presidente da Associação Médica Brasileira, ao Dr. Samir Dahas Bittar, representante da Associação Médica Brasileira, e ao Dr. Jaldo de Souza Santos, Presidente do Conselho Federal de Farmácia, tanto pela presença quanto pelo nível e aporte de informações que aqui nos trouxeram. Quero dizer que, pela exposição dos senhores, nós podemos afiançar que foi muito útil a presença dos senhores aqui nesta CPI e nesta audiência pública e, posteriormente naquilo que for necessário, ao Relator. Mas também, por iniciativa, quem sabe, aqui de um grupo de Parlamentares, nós procuraremos maiores e melhores informações. Eu agradeço. Eu os dispenso, neste momento, para continuarem aqui presentes. Nós vamos dar continuidade agora no trabalho da CPI. O que nós teríamos para analisar são requerimentos. E eu creio que, a essa altura, talvez fosse mais apropriado deixarmos para a próxima reunião, visto que, como já está em andamento a Ordem do Dia, algum Parlamentar ausente poderia até questionar a validade dessas votações. Então, e pelo assentimento inclusive do Deputado Henrique Fontana, Presidente da CPI, eu creio que a melhor atitude é nós deixarmos para uma futura reunião. Como o Sr. Relator já fez também as suas observações, portanto, dispensa a nossa indagação para saber das suas considerações. Então, nada mais havendo a tratar, encerro os trabalhos, antes convocando os Srs. Deputados para a reunião ordinária, dia 5 de agosto, terça-feira, às 14h30min, destinada a ouvir o Diretor do Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho e Emprego, e a representante da Confederação Brasileira dos Aposentados. Está encerrada a presente reunião.