

Convoco os Srs. Constituintes para uma reunião amanhã, às 8 horas e 30 minutos, cujo tema é "Audiências Públicas com os Representantes da Comissão da Reforma Sanitária, do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde".

Teremos, às 20 horas, audiência para ouvir o Sr. Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social.

Está encerrada a reunião.

(Levanta-se a reunião às 23 horas e 20 minutos.)

7.^a Reunião Ordinária

Aos vinte e dois dias do mês de abril do ano de mil novecentos e oitenta e sete, às oito horas e trinta minutos, na Sala da Comissão de Saúde — Anexo II do Senado Federal, reuniu-se a Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, sob a presidência do Senhor Constituinte José Elias Murad (PTB — MG), com a presença dos seguintes Constituintes: Fábio Feldmann (PMDB — SP), Maria de Lourdes Abadia (PFL — DF), Carlos Mosconi (PMDB — MG), Adylson Motta (PDS — RS), Eduardo Jorge (PT — SP), Eduardo Moreira (PMDB — SC), Floriceno Paixão (PDT — RS), Geraldo Alckmin (PMDB — SP), Jorjue Uequed (PMDB — RS), Júlio Campos (PFL — MT), Oswaldo Almeida (PL — RJ), Raimundo Rezende (PMDB — MG), Luiz Soyer, Raimundo Bezerra, Antôniocarlos Mendes Thame, Paulo Macarini, Abigail Feitosa, Euclides Scalco e Almir Gabriel. Havendo número regimental, o Senhor Presidente declarou iniciados os trabalhos e solicitou a dispensa da leitura da Ata referente à reunião anterior, dada a exiguidade do tempo disponível para sua elaboração, sendo que a mesma será discutida posteriormente. Em seguida, o Sr. Presidente comunica que a reunião destina-se à audiência pública para ouvir os Senhores José Alberto Hermógenes de Souza, Coordenador da Comissão Nacional de Reforma Sanitária; Laércio Moreira Valença, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Flávio Goulart e Nelson Rodrigues dos Santos, ambos representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Por sugestão do Constituinte Carlos Mosconi, primeiramente serão ouvidos todos os expositores e logo após dar-se-á início aos debates. Antes de passar a palavra aos expositores, a Presidência informou que o Sr. Flávio Goulart não poderá estar presente por motivo de força maior. Assim sendo, a Presidência, ouvido o Plenário, acata sugestão do Constituinte Carlos Mosconi no sentido de que seja dada a palavra a outros representantes de entidades ali presentes, mas não oficialmente inscritas. Desta feita usaram da palavra os seguintes representantes: Laércio Moreira Valença, José Alberto Hermógenes de Souza, Arlindo Fábio Gomes de Souza (Comissão Nacional de Reforma Sanitária), Ronei Edmar Ribeiro (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), Hésio Cordeiro (Presidente do Inamps), Roberto Chabo (Presidente da Federação Nacional dos Médicos), José Luiz Riani Costa (Secretário de Segurança e Medicina do Trabalho — MT), Geraldo Justo (Superintendente da Confederação das Misericórdias do Brasil), Maria José dos Santos Rossi (Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem), João José Cândido da Silva (Coordenador da Assessoria de Saúde do MEC), Maria Luíza Jaeger (CUT), Cristina de Albuquerque Possas (Flocruz). Dando continuidade aos trabalhos, a Presidência franqueou a palavra a todos os constituintes presentes, fixando em três minutos o tempo para as interpelações, conforme questão de ordem levantada pelo Constituinte Júlio Campos. Participaram dos debates: Raimundo Rezende, Paulo Macarini, Oswaldo Almeida, Raimundo Bezerra, Eduardo Jorge, Júlio Campos, Adylson

Motta, Abigail Feitosa, Carlos Mosconi e o Relator da Comissão da Ordem Social, Almir Gabriel. A seguir, o Sr. Presidente concedeu a palavra ao relator desta subcomissão, Constituinte Carlos Mosconi, que sugeriu fosse feito um manifesto, por escrito, em solidariedade ao Constituinte Célio de Castro, vítima recente de atentado em Belo Horizonte. Esta sugestão foi acatada, de imediato, por todos os presentes. Em seguida, a Presidência procedeu à leitura de matéria publicada no jornal **O Estado de S. Paulo**, dia 16 próximo passado, sob o título "Brossard vê asneiras na Constituinte". Considerando o profundo constrangimento causado pela mesma, ficou acordado pelo Plenário desta subcomissão que seja encaminhado ao Ministro o ofício solicitando esclarecimentos sobre a veracidade de tais declarações. O inteiro teor dos trabalhos será publicado, após a tradução das notas taquigráficas e o competente registro datilográfico, no **Diário da Assembléia Nacional Constituinte**. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente deu por encerrado os trabalhos. E, para constar, eu Paulo Roberto Almeida Campos, Secretário; lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelo Senhor Presidente.

ANEXO À ATA DA 7.^a REUNIÃO DA SUBCOMISSÃO DE SAÚDE, SEGURIDADE E DO MEIO AMBIENTE, REALIZADA EM 22 DE ABRIL DE 1987, ÀS 8:30 HORAS, ÍNTEGRA DO APANHAMENTO TAQUIGRÁFICO, COM PUBLICAÇÃO DEVIDAMENTE AUTORIZADA PELO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO, CONSTITUINTE JOSÉ ELIAS MURAD.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Caros colegas, vamos dar início à reunião. Peço àqueles que ainda não assinaram a lista de presença que o façam, pedindo ao Sr. Secretário que faça passar a lista a cada membro, porque parece que temos somente seis assinaturas e há mais participantes presentes.

Iniciando esta reunião, tenho a satisfação de cumprimentar a todos. Peço a dispensa da apresentação e leitura da ata porque a reunião de ontem terminou muito tarde, por volta de 23:30 horas, e evidentemente não houve tempo para a secretária preparar a ata. Portanto, peço permissão a esta Subcomissão para considerar e discutir a ata na próxima reunião, hoje à noite.

O assunto em pauta nesta reunião é "Audiências Públicas com os representantes da Comissão de Reforma Sanitária, do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde". O representante do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, que tem ainda hoje pela manhã um compromisso, pede para ser o primeiro expositor. Tenho o prazer de convidar o Dr. Laércio Valença, Secretário de Saúde do Distrito Federal e Presidente do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, para fazer a sua exposição. (Pausa.)

Como é praxe desta subcomissão, Dr. Laércio, o expositor tem dez minutos para fazer sua exposição, com direito a cinco de prorrogação, se for necessário, e depois a mais cinco para responder às perguntas e questões levantadas pelos Constituintes membros da Subcomissão.

Tem a palavra o Dr. Laércio Valença, Secretário de Saúde do Distrito Federal e Presidente do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde.

O SR. LAÉRCIO VALENÇA — Exm.^o Sr. Presidente da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, da Assembléia Nacional Constituinte, ilustre Constituinte José Elias Murad; Exmos. Srs. Constituintes, Vice-Presidentes desta Subcomissão, o Deputado Fábio Feldman e a Deputada Maria de Lourdes Abadia; Exm.^o Sr.

Relator, Deputado Constituinte Carlos Mosconi; meus senhores, minhas senhoras e demais parlamentares presentes, meus colegas:

Na carta convite que recebemos, em meados da semana passada, havia a solicitação de que enviássemos, previamente, um documento consubstanciando os pontos a serem expostos e debatidos nesta reunião. Entretanto, devido a permanência de tempo não foi possível elaborar um documento próprio. Também não haveria talvez um significado maior nesse documento, porque o CONASS — Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, é membro da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, e essa Comissão, que se tem reunido ao longo dos últimos sete meses, preparou um documento que vai passar à Mesa desta Subcomissão. O que gostaria de dizer é que, como membro da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, subscrevemos as propostas ali contidas, há um documento detalhado, bastante pensado e debatido com diversos segmentos, que atuam na área da saúde, e que certamente trará a esta Subcomissão um apoio de grande valia para o seu trabalho.

Passo a expender considerações sobre alguns pontos que consideramos importantes, do ponto de vista do Conass, mas dentro do texto do documento que será passado à Mesa.

Quando se discute saúde acho que não podemos perder de vista a figura do indivíduo, em primeiro lugar. Embora se discutam arcabouços institucionais, legais etc., temos que manter permanentemente a visão de que tudo isso que estamos fazendo se destina ao indivíduo, à coletividade, e que somos apenas instrumentos, seja o Legislativo, seja os que trabalham na área da saúde, instrumentos para levar as ações de promoção e de recuperação de saúde à nossa população. Então, com isso queremos dizer que os interesses do indivíduo, como pessoa, e da coletividade, do ponto de vista da saúde, são os interesses que devem prevalecer sobre outros interesses que às vezes são conflitantes. Dentro dessa noção, nós, naturalmente, antes de serem discutidos alguns pontos de propostas, temos que lembrar aspectos que são negativos do ponto de vista atual em nosso sistema nacional de saúde.

A verdade é que existe uma lei vigente que disciplina o Sistema Nacional de Saúde. Mas o fato é que essa lei não conseguiu um ordenamento como se desejava. O que temos hoje em dia, como pontos principais? Temos insuficiência de recursos para a área da saúde, do ponto de vista dos orçamentos, seja federal, estadual ou municipal. Esse é um ponto extremamente importante. Se levarmos em consideração o Produto Interno Bruto, no Brasil, está se gastando em torno de 4% para a saúde, enquanto em países mais desenvolvidos essa percentagem chega a 8, 9, 10% do PIB, e naturalmente se precisa de uma decisão política para que o País possa investir mais no setor saúde, se realmente considerar que esta é uma prioridade nacional.

Se temos insuficiência do ponto de vista global, temos uma pulverização de recursos muito grande, com multiplicitade de órgãos atuando às vezes em sobreposição. Outro aspecto que desejo enfatizar, porque nem sempre se discute isso com a profundidade necessária, é o problema da eficiência dos nossos serviços, principalmente a nível público. Penso que devemos fazer um ato de reflexão e verificar as razões por que o serviço público, muitas vezes ou na maioria das vezes não apresenta a eficiência que seria desejável. Muitas vezes não aplicamos os recursos existentes com a eficiência que seria desejável, ou até com a obrigação que teríamos, ao manipular recursos públicos.

Esses são alguns dos aspectos que contribuem para o oferecimento de uma baixa qualidade dos serviços, e em

muitos Estados uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O fato é que o Distrito Federal constitui, talvez, uma situação única, onde há um acesso universalizado. Quer dizer, a pessoa que precise pode utilizar o serviço público e ser atendida, internada, seja previdenciária ou não. Mas em muitas unidades da Federação há limitações, há restrições ao número de internações, através de sistemas conveniados, e muitas vezes essas cotas se esgotam antes que termine o mês, criando dificuldades àqueles que precisam de atendimento nos últimos dias de cada mês. Essas situações levam, hoje em dia, a uma insatisfação quase que generalizada com o sistema de saúde vigente, e essa insatisfação é manifestada pelo usuário, pela equipe de saúde, e o próprio Poder Público se sente insatisfeito com o trabalho que está sendo desenvolvido. É por isso que ganhou corpo, a longo desses últimos meses e após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada há um ano, da necessidade de se implantar uma reforma sanitária no País. Acho que essa idéia de uma mudança, de uma reformulação de nosso Sistema Nacional de Saúde é, hoje, um anseio geral.

Falando aqui em nome dos Secretários de Saúde, posso dizer que há um desejo de que realmente isso possa ser efetivado num prazo menor possível. Há um desejo inconsciente de que se possa caminhar mais rápido na implantação de uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

Não vou discutir os detalhes da proposta, já que a Comissão Nacional de Reforma Sanitária vai ser ouvida aqui, e vou continuar discutindo alguns tópicos que consideramos importantes.

Além do financiamento, e em relação a este tópico, eu queria citar dados que são importantes. Nos últimos anos foi criada uma estratégia a que se deu o nome de ações integradas de saúde, na qual se procurava racionalizar a prestação dos serviços de saúde. Isso começou timidamente e naturalmente foi crescendo ao longo do tempo. Começou na Velha República, mas foi uma estratégia endossada pela Nova República, que se ampliou. Mas, apesar de estar hoje com cerca de dois mil Municípios em todo o País, que aderiram a ela, em todos os Estados da Federação, que são signatários dela, o fato é que há muito no que avançar em relação às ações integradas de saúde. Basta dizer, do ponto de vista de orçamento, que as verbas do INAMPS ainda contribuem com uma parcela relativamente pequena para as ações integradas de saúde, que no momento são exercidas pelos serviços públicos estaduais ou municipais. Está-se aproximando em torno de 15 a 20%. O Dr. Ézio Potti pode, depois, comentar isso. Mas, da verba total do INAMPS do País, apenas cerca de 15 a 20 bilhões são dirigidos para as ações integradas de saúde e a maior parte desse financiamento ainda é dirigida para aquelas empresas ou indivíduos conveniados com o INAMPS, o que mostra ainda a fragilidade dessa estratégia e a fragilidade do próprio serviço público.

Se o financiamento é fundamental, acho que o outro aspecto essencial para o sucesso de uma reformulação do sistema nacional de saúde é em relação a recursos humanos. Se não formos capazes de fazer um treinamento e termos pessoas habilitadas não conseguiremos os frutos que todos nós desejamos. E em relação à área profissional, causa-me preocupação particular a área de gerenciamento. Eu, como Secretário de Saúde, com a vivência que tenho do cargo, nos últimos meses, tenho encontrado as maiores dificuldades, às vezes não no profissional, no especialista, naquele que detém os conhecimentos médicos, mas tenho encontrado as maiores dificuldades para fazer com que a máquina funcione, no sentido de que tenhamos pessoas competentes para gerir adequada e eficientemente a máquina da saúde que temos a responsabilidade de coordenar. Isso acontece aqui no Distrito Federal e certamente é um problema generalizado em todo o Brasil, e se não

dêrmos a devida atenção, apesar das formulações legais etc., não conseguiremos sair do papel para a prática.

Um outro aspecto que acho extremamente importante trazer à consideração dos Srs. Constituintes é o da existência de capacidade ociosa na rede oficial de saúde. Temos esse problema no INAMPS, temos a nível de Secretaria, em Brasília funcionamos com 70% de nossa capacidade instalada; quer dizer, não temos tido condições de colocar nossa rede em pleno funcionamento. E sei que isso ocorre na maioria dos Estados brasileiros.

Essa é uma situação que acho da maior gravidade e que certamente poderia, através de uma atuação coordenada dos diversos órgãos a nível federal, estadual e municipal, que se pudesse reverter isso num menor prazo possível. E por que ocorre isso? De um modo geral ocorre por falta de pessoas. As vezes, temos excesso de funcionários num área ou numa instituição, e carência de funcionários em outra.

Há um outro problema muito sério que tem sido a tendência de redução de carga horária de servidores. Sabem muito bem V. Ex.^{as} que, constitucionalmente, o médico pode ter dois empregos, às vezes tem mais de dois empregos, mas o fato é que o duplo vínculo, hoje, é um fato extremamente comum na maioria das categorias que compõem a equipe de saúde. Temos enfermeiras com duplo vínculo, assistentes sociais, nutricionistas, auxiliares de enfermagem e outras pessoas de nível mais baixo, cujas cargas teóricas de trabalho seriam de 40, 44 horas de trabalho semanal. Isso tem sido reduzido através de acordos com sindicatos ou através de atuação do próprio Poder Público ou, às vezes, até por uma questão de realidade do salário. Como o salário é baixo, a instituição, para manter seu corpo de funcionários, começa a reduzir a carga horária aumentando o seu salário de forma indireta. Não acredito que se possa realmente montar um Serviço Nacional de Saúde adequado se não houver uma reformulação nesse sentido. E a reformulação é enfrentar a realidade; pagar-se condignamente as pessoas para que elas tenham emprego único e cumpram a sua carga horária. Se houver fragmentação, como há no momento, dificilmente chegaremos a bom termo, dentro de todas essas idéias que estão sendo discutidas no momento.

Do ponto de vista do Conass, queremos dar uma ênfase a um ponto que está abordado no documento da reforma sanitária, mas talvez não tenha tido a ênfase merecida. É sobre a política de desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos.

Nós temos uma dependência, hoje, absoluta, ou quase absoluta, nessa área. Em relação aos imunobiológicos a nossa produção ainda não é suficiente para atender o mercado nacional, mas sei que estão sendo tomadas medidas, visando essa correção; mas, em relação à política de medicamentos, há necessidade de um novo posicionamento.

Existe — e não vou entrar em detalhes — um documento elaborado pela CEME e que eu poderia deixar com a presidência. É um documento muito bem elaborado, onde se faz uma análise crítica da situação é que, em suma, mostra que, hoje em dia, nós apenas produzimos 20% da nossa matéria-prima necessária à elaboração dos nossos produtos farmacêuticos, apenas 20%. E isso contrasta com nosso desenvolvimento tecnológico, com a nossa indústria como um todo.

Há áreas em que nós estamos muito mais avançados que na de medicamentos. E o que se precisa para isso é uma decisão de Governo, no sentido de estimular a pesquisa, de estimular a indústria de transformação, a indústria básica, de forma que ela possa fornecer os insumos

necessários, é, através da CEME, que hoje é um grande investidor na área de medicamentos, o Governo pode direcionar os recursos no sentido adequado, seja fortalecendo os laboratórios oficiais, seja fortalecendo a indústria nacional, que deveria ser priorizada nesse tocante à indústria farmacêutica.

Finalmente, um ponto, que é um ponto de debate, é a convivência do setor público com o setor privado, seja o setor conveniado, seja aquele que trabalhe independentemente dos órgãos oficiais.

A nossa posição coincide, também, com as recomendações do documento da Reforma Sanitária. Nós achamos que, pela situação sócio-econômica do Brasil e de política nacional, deve haver uma convivência entre o setor público e o setor privado.

Mas achamos que o setor privado que é conveniado, que depende dos órgãos públicos e do Estado para sua sobrevivência, deve trabalhar harmonicamente com o setor público e merecer uma fiscalização muito mais eficiente do que a que existe normalmente. Não só a fiscalização, mas acho que o importante seria, principalmente, na área de planejamento de novos serviços e de expansão da rede privada conveniada.

Como eu disse, numa situação em que temos ociosidade dos serviços públicos, ora por falta de pessoa, ora por falta de equipamento, ora por falta de material de consumo, os recursos oriundos do Estado deveriam privilegiar as entidades públicas, de forma que pudéssemos colocar o nosso sistema em pleno funcionamento.

Agora, que isso seja feito não de forma paternalista, mas sim, exigindo eficiência do serviço público. Não é possível aumentar a participação do serviço público no Sistema Nacional de Saúde, se ele não tiver a eficiência que é necessária e que é uma obrigação daqueles que participam dessa área de atividade.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Os nossos 15 minutos estão semelhantes ao minuto de silêncio, são bastante longos. Demos ao Sr. Secretário um pouco mais de 20 minutos, mas devido à importância do tema que ele está apresentando.

Então, vamos abrir os debates, mas antes queria consultar o caro colega Relator se ele quer tomar assento à Mesa ou prefere ficar aí, por causa dos debates.

Estão abertas as discussões. Quem quiser fazer uso da palavra, por obséquio, não se esqueça de se identificar.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Sr. Presidente, pela ordem. Pergunto a V. Ex.^a se não seria mais aconselhável, mais oportuno, que ouvíssemos o outro expositor, porque os temas são correlatos, são semelhantes. Poderíamos passar aos debates depois da exposição.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Esta Presidência acolhe a sugestão do Relator.

Assim, vamos passar a palavra ao Dr. Arlindo Fábio Gomes de Sousa que falará em nome da Comissão de Reforma Sanitária. S. S.^a disporá de 15 minutos.

O SR. ARLINDO FÁBIO GOMES DE SOUSA — Sr. Presidente, Srs. vice-Presidentes, Sr. Relator, demais Parlamentares, companheiros da Comissão de Reforma Sanitária, minhas Sras. e meus Srs.

É importante, em primeiro lugar, Sr. Presidente, na apresentação dos resultados de um trabalho de mais de 6 meses, de uma comissão criada por uma portaria interministerial por S. Ex.^a, os Srs. Ministros da Previdência, Saúde e Educação, que nos reportemos, brevemente, aos

anteriores dessa Comissão. Ela é resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada há um ano, nesta Cidade de Brasília, onde o setor saúde demonstrou sua pujança e sua organização ao trazer para Brasília, depois de conferências preparatórias em todos os Estados do território nacional, mil e duzentos representantes das mais diversas categorias e segmentos da sociedade, ademais de, aproximadamente, três mil e quinhentos participantes que, individualmente, vieram ter à VIII Conferência.

Uma das suas resoluções diz que seria criado um grupo executivo para a Reforma Sanitária. E esse grupo executivo é o que vem dar origem à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, pela portaria interministerial a qual eu me referi.

Nessa portaria interministerial, e na composição dessa Comissão Nacional da Reforma Sanitária, entenderam os Srs. Ministros de manter, também, o mais próximo possível, a amplitude da representatividade obtida na VIII Conferência Nacional de Saúde. Portanto, essa Comissão é fruto de todo um movimento social no território nacional, de comissões e de trabalhos prévios à VIII Conferência, à realização da VIII Conferência, e, posteriormente, a um debate ao longo de 6 meses, para que pudéssemos chegar a essa proposta de forma tão sucinta, que eu solicitaria fosse encaminhada aos Srs. Parlamentares e presentes, para que, talvez, pudéssemos, também, acompanhar o texto cuja leitura faremos.

Esta Comissão, ademais da representação dos órgãos oficiais, dos órgãos de governo, também conta com a representação da sociedade civil, porque não se poderia esperar que, depois de uma VIII Conferência Nacional de Saúde, e com a representatividade que obteve, pudéssemos ter uma Comissão de Saúde que apenas representasse parte de todos os interessados no setor.

Dessa forma, fizeram parte da Comissão Nacional da Reforma Sanitária: o Ministério da Saúde, com dois representantes, o Sr. Secretário-Geral, também Presidente da Comissão, e o Presidente da Fundação Oswaldo Cruz; pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, o Secretário de Serviços Médicos e Presidente do Inamps; pelo Ministério da Educação e Cultura, o Secretário de Educação Superior; pelo Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Urbano, Ministério da Ciência e Tecnologia, um representante para cada; pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, um representante; pelas Secretarias Estaduais de Saúde, dois representantes, sendo um deles o Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde — Conass; pelas Secretarias Municipais de Saúde, dois representantes; um representante do Senado Federal; um representante da Câmara dos Deputados; pelas Centrais Sindicais, Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura — Contag — Central Geral dos Trabalhadores — CGT — e Central Única dos Trabalhadores — CUT, um representante de cada uma; pelas Centrais Patronais, Confederação Nacional da Indústria — CNI — Confederação Nacional do Comércio — CNC — e Confederação Nacional da Agricultura — CNA, um representante de cada; pelos Prestadores Privados dos Serviços de Saúde, Confederação das Misericórdias do Brasil e Federação Brasileira de Hospitais, um representante de cada; pelos Profissionais de Saúde, Federação Nacional dos Médicos, Associação de Moradores, Conselho Nacional das Associações de Moradores e Associação Brasileira de Enfermagem, um representante de cada.

Esse, portanto, o espectro, com 26 membros, com o que essa Comissão chegou aos resultados que a seguir serão apresentados.

É importante que se entenda que esse texto, ainda que sucinto e sem nenhuma pretensão colocada sob a forma de artigos, mas apenas para facilitar o nosso procedimento de debates dentro da própria comissão, foi exaustivamente trabalhado, e os conceitos, às vezes entre vírgulas, contidos no texto, mereceram a atenção a mais redobrada dos membros da comissão, e chegamos a essa posição de uma série de debates e uma série de convergências e de divergências.

Eu entregaria ao Sr. Presidente, inclusive, os dissensos manifestados e que foram decisão da comissão, para que constassem, também, do nosso relatório final. Ou seja, nós estamos apresentando o texto que majoritariamente saiu de modo consensual proposto da comissão e vamos aditar a V. Ex.^{as} aqueles pontos que, para alguns representantes, era importante fossem salientados como de dissenso.

Entretanto, todos assumiram em conjunto essas representações que aqui eu li, assumiram em conjunto a responsabilidade pelo texto que V. Ex.^{as} agora recebem. E esse texto abre, na sua forma de apresentação, com o primeiro artigo tratando da questão do direito. E a saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Sr. Presidente, está presente o Dr. José Alberto Hermógenes de Sousa, Secretário-Geral do Ministério da Saúde. Por certo, S. S.^a gostaria de proceder à leitura do texto e concluir a apresentação.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Solicitamos ao Dr. Arlindo Fábio Gomes de Sousa que tome assento à Mesa, ao nosso lado.

O SR. JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES DE SOUSA — Sr. Presidente, Srs. membros da Subcomissão, inicialmente, tive a surpresa de ser colhido, logo na entrada, para essa função, quando imaginava uma dinâmica diferente dos trabalhos. Em função, inclusive, nas mudanças no Ministério da Saúde, já que hoje é o meu último dia como Secretário-Geral, tive que providenciar alguns encaminhamentos. Daí o meu atraso.

O conteúdo da proposta para a Constituinte, aprovada pela Comissão da Reforma Sanitária, resume-se em 6 artigos e um item nas disposições transitórias.

Acredito que o Professor Arlindo Fábio Gomes de Sousa, Coordenador da Secretaria Técnica, já tenha esclarecido que nos faltou e nos falta a competência no que se refere à redação típica de legislação, e que apenas nos preocupamos em fazer constar dos artigos, efetivamente, o conteúdo que nos interessava.

Na questão da redação, é evidente que buscamos, de alguma forma, aproximar-nos da redação própria, evidentemente, com incorreções nesse sentido. O texto é o seguinte:

“Art. 1.º A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do Território Nacional, sem qualquer distinção.

Parágrafo único. O direito à saúde implica em:

— condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;

— respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;

— informações sobre o risco de adoecer e morrer, incluindo condições individuais e coletivas de saúde;

— dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;

— recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso, ou que represente grave e iminente risco à saúde, quando não forem adotadas as medidas de eliminação ou proteção aos riscos;

— opção quanto ao tamanho da prole;

— participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde e na gestão dos serviços.

Art. 2.º É dever do Estado implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde, assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde, pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, em todos os níveis; assegurar, com essa finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.

Art. 3.º O conjunto de ações de qualquer natureza, na área de saúde, desenvolvido por pessoa física ou jurídica, de interesse social, sendo responsabilidade do Estado sua normatização e controle.

§ 1.º A lei definirá a abrangência, as competências e as formas de organização, financiamento e coordenação intersetorial do Sistema Nacional de Saúde, constituindo-o como um sistema único, segundo as seguintes diretrizes:

— integração das ações e serviços, com comando político-administrativo único em cada nível do Governo;

— integralidade e unidade operacional das ações de saúde, adequadas às realidades epidemiológicas;

— descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios, de forma a definir como de responsabilidade desses níveis a prestação de serviços de saúde de natureza local ou regional;

— participação, em nível de decisão, de entidades representativas da população na formulação e controle das políticas e das ações de saúde, em todos os níveis.

§ 2.º É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

Art. 3.º A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública far-se-á segundo necessidade definidas pelo Poder Público, de acordo com normas estabelecidas pelo Direito Público.

Art. 4.º O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde, incorporando as conquistas e os avanços científicos e tecnológicos, segundo critérios de interesse social.

Art. 5.º As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento científico, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde, subordinam-se a política nacional de saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos pú-

blicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6.º O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e parafiscais, com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos a gestão única, nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá, anualmente, a 12% das respectivas receitas tributárias."

Disposições transitórias:

1 — A Previdência Social alocará o mínimo de 45% da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde.

2 — Os recursos da Previdência Social destinados ao Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10% do Produto Interno Bruto.

São esses os itens aprovados pela Comissão Nacional da Reforma Tributária, na reunião do dia 30-3-87.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Consultamos ao Dr. Arlindo Fábio Gomes de Sousa se ele quer acrescentar alguma coisa. (Pausa.)

Os outros convidados, os representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, não puderam comparecer. O Dr. Flávio Goulart, de Uberlândia, mandou um telex dizendo que não pode comparecer, por motivo de força maior. E o Dr. Nelson Rodrigues, de Campinas, não respondeu ao nosso convite.

Neste caso, esta Presidência dá início aos debates.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Peço a palavra.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Pois não!

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Sr. Presidente, considero esta audiência das mais importantes desta subcomissão, na área da saúde. Isto porque esta comissão talvez seja a entidade mais abrangente que existe no País com relação à saúde e que já tem uma proposta muito bem definida, fruto de debate longo e muito profícuo. Pergunto a V. Ex.^a o seguinte: como faltaram alguns expositores e talvez estejam presentes na sala outros representantes da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, porque esta comissão tem 26 membros, pergunto a V. Ex.^a se não seria útil franquear a palavra a algum outro membro da Comissão de Reforma Sanitária para oferecer sua contribuição.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Está em discussão a proposta do Relator, Constituinte Carlos Mosconi.

Eu pediria se alguém quisesse se manifestar não esquecer de apertar o botãozinho, identificando-se.

Concedo a palavra ao nobre Constituinte Geraldo Alckmin.

O SR. CONSTITUINTE GERALDO ALCKMIN — Ape- nas para informar, Sr. Presidente, que o Dr. Nelson Rodrigues, que é de Campinas, deve ter-se atrasado por algum motivo de força maior, porque ele confirmou a sua presença e deve estar chegando.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Muito obrigado.

Com a palavra o nobre Constituinte Raimundo Rezende.

O SR. CONSTITUINTE RAIMUNDO REZENDE — Manifesto a minha opinião a favor da proposta do Constituinte Carlos Mosconi. Apenas como uma colaboração, uma lembrança: para melhor condução de os nossos trabalhos sugeriria que os Srs. Constituintes fizessem as perguntas, as observações e os conferencistas respondessem no final. Porque, do contrário, vários Constituintes usarão da palavra, repetidamente, assuntos repetidos, e nós aqui teremos uma delonga de tempo, como ocorreu na reunião de ontem, à noite. Então, sugiro que os conferencistas deixem para responder depois das perguntas formuladas. É apenas uma sugestão, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Com a palavra o nobre Constituinte Raimundo Bezerra.

O SR. CONSTITUINTE RAIMUNDO BEZERRA — Sr. Presidente, este é um texto sucinto, mas que resume realmente todo este trabalho desta Comissão Nacional de Reforma Sanitária. E eu acredito que o debate em cima deste texto resumido será bem mais proveitoso do que outra dissertação sobre o mesmo tema. De forma que nos discordamos da proposta do Relator em termos de nova exposição sobre um tema já tão bem resumido, que representa aquele início de debate que certamente será mais proveitoso.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Alguém mais quer manifestar-se?

Concedo a palavra ao nobre Constituinte Luiz Soyer.

O SR. CONSTITUINTE LUIZ SOYER — Sr. Presidente, sou a favor da proposta do Relator, considerando estes Senhores e Senhoras que se deslocaram de seus diversos Estados. Tenho a certeza de que uma exposição bastante sucinta, bem resumida mesmo, por exemplo, sobre um aspecto da proposta, sobre as ações integradas de saúde, se nos dissessem qualquer coisa, durante 5 minutos, iria nos trazer mais luz, principalmente para nós leigos nessa questão. Acho que isto seria muito importante. Sou a favor da proposta do Relator.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Então, só nos resta como opção colocar em votação a proposta. Pela ordem de apresentação.

Com a palavra o Sr. Constituinte Carlos Mosconi.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Quando nós sugerimos a presença da Comissão Nacional de Reforma Sanitária nesta Subcomissão, eu até considerava que a palavra deveria ser franqueada a toda a Comissão. Porque nós ouvimos, por exemplo, o Secretário de Saúde Estadual, que tem uma visão, nós ouvimos o Secretário-Geral da Saúde que tem outra, evidentemente sob enfoques variados. Portanto, considero muito importante para esta Subcomissão, e para mim, como Relator, que possa ouvir um elenco maior, de opiniões, todas elas evidentemente contidas, como colocou o Constituinte Raimundo Bezerra, neste documento. Mas eu creio que é muito importante não só para mim, mas para toda a Subcomissão, ouvir um número maior de especialistas na matéria. Por isto é que fiz a sugestão.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Então, nós colocamos em votação a proposta do Relator, Constituinte Carlos Mosconi.

Os membros da Subcomissão aqui presentes que estiverem a favor queiram levantar o braço. (Pausa.)

Está aprovada a proposta.

Tendo sido aprovada a proposta, consulto se algum dos membros da Comissão de Reforma Sanitária deseja fazer uso da palavra. E vamos conceder a palavra a cada um, por 5 minutos. (Pausa.)

Concedo a palavra ao nobre Constituinte Luiz Soyer.

O SR. CONSTITUINTE LUIZ SOYER — Como Secretário de Saúde, o Dr. Roney Ribeiro fez um trabalho espetacular no âmbito da Saúde, em Goiás, principalmente implantando as Ações Integradas de Saúde. Eu gostaria de ouvir o nobre ex-Secretário, Dr. Roney Ribeiro, especificamente, sobre as Ações Integradas de Saúde, pelo prazo determinado por V. Ex.^a Creio que S. S.^a nos trará muitos subsídios.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Convidamos o Sr. Secretário de Saúde, e aquele colega que levantou o braço, Dr. Ézio Cordeiro, nós ouviremos em segundo lugar, logo mais.

O SR. RONEY EDMAR RIBEIRO — Sr. Presidente, agradeço a deferência do Deputado Constituinte Luiz Soyer, que participou conosco do trabalho em Goiás, como Procurador-Geral do Estado. O que podemos dizer, como Secretário de Saúde do Estado, durante 4 anos, é que as ações integradas de saúde, no Estado e no Brasil representaram, realmente, importante estratégia para implantação do sistema unificado de saúde, no Brasil.

Em realidade, quando, a partir de 1983 e 1984, especialmente, e de maneira fundamental a partir de 1985, com o advento da nova República, se implantou uma ação integrada de saúde, em todos os Estados, com o envolvimento das instituições que cuidam do setor de saúde no Brasil. E, de maneira fundamental, ficou caracterizado que a pulverização existente de órgãos cuidando da saúde, a desorganização do serviço de saúde no Brasil, a falta de definição de metas para se alcançar a saúde para o povo, e a falta de envolvimento de rede privada na proposta de saúde no Brasil, tudo isto era aquela miscelânea de problemas que nós vivíamos e que tentávamos minorar ou diminuir através da implantação de uma estratégia de integração das ações integradas. Mas é preciso esclarecer a esta subcomissão, esperança de todos nós, que participamos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que se implante no Brasil o direito de o cidadão ao setor saúde, e que a saúde passe a ser direito realmente, tenha como prioritário que recursos financeiros e recursos humanos possam se associar, como nas ações integradas, para que atinjamos o sistema único de saúde a curto prazo, com comando único, a nível de Governo federal, a nível de governos estaduais, a nível de governos municipais; que haja uma hierarquia e uma sistematização deste setor de saúde, envolvendo, logicamente, a rede privada, mas é preciso que a rede pública assuma os compromissos de reformulação, de organização e o seu compromisso de atender a população de maneira universalizada.

Então as ações integradas serviram para realmente provar que é possível o sistema único de saúde, que é possível a universalização do atendimento a toda a população brasileira, desde que as propostas da Comissão Nacional da Reforma Sanitária sejam implantadas com mais recursos financeiros, mais recursos humanos.

Em realidade, Constituinte Luiz Soyer, as ações integradas de saúde significaram um avanço muito grande em Goiás, e um avanço muito grande do setor saúde em todo Brasil, apesar da crise que estamos vivendo no setor saúde no Brasil. Porém, reconhece-se que se não fossem as ações integradas de saúde estaríamos num caos terrível, hoje, discutindo nesta subcomissão.

Então, a integração dos órgãos serviu como estratégia para comprovar que é possível o sistema único de

saúde, envolvendo, como disse o nosso Presidente do Conass, Dr. Laércio Valença, e o relatório da Comissão, que é fundamental uma política de recursos humanos, uma política de recursos financeiros prioritários para o setor saúde, e assim todos nós, com saúde, trabalharemos para a melhoria, inclusive, da economia brasileira. Essa foi a tônica das Conass, das ações integradas de saúde, em todo o Brasil. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos ao Dr. Roney Ribeiro a sua exposição. Convidamos o Dr. Ézio Cordeiro, Presidente do Inamps para fazer a sua exposição.

O SR. ÉZIO CORDEIRO — Sr. Presidente, Srs. Vice-Presidentes, Sr. Relator, Srs. Constituintes, uma intervenção muito rápida, dado que no dia 30 terei oportunidade de debater com mais detalhes alguns aspectos da assistência médica, mais estritamente vinculada à Previdência Social, e a relação da Previdência Social com as várias instituições públicas e privadas. Creio que seria oportuno, nesta reunião em que se apresenta parte do relatório e dos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, indicarmos dois ou três aspectos dessa proposta, que naturalmente terá que passar sob o crivo técnico e político dos Constituintes, no sentido de aperfeiçoá-la.

Como contribuição central à nova Constituição, eu gostaria de destacar um ponto que na minha vivência, em nível de Inamps, parece-me extremamente relevante neste documento, que é a consagração das formas de relacionamento do poder público com as instituições particulares de prestação de assistência médica, que eu prefiro chamar de particulares, dado que o documento aqui não fez uma distinção entre o privado, de caráter lucrativo, e o privado de caráter filantrópico, que atualmente poderia ser um dos aprimoramentos a serem introduzidos neste documento.

Creio ser necessário distinguir, em primeiro lugar, neste relacionamento entre poder público e as instituições privadas de assistência médica, de um lado, as regras jurídicas que devem reger este relacionamento, estarem baseadas, como propõe o documento, nos princípios do Direito Administrativo ou do Direito Público, indicando, digamos, a soberania do poder público, no sentido de garantir a coletividade e garantir, na prática e na realidade, o acesso da população aos serviços de saúde, sobrepujando, desta forma, o interesse coletivo, o interesse da população, a interesses particulares. Creio que esta questão será bastante polêmica; tem sido bastante polêmica, nestes quase dois anos de administração do Inamps, tanto na gestão do Ministro Waldyr Pires quanto na do Ministro Raphael de Almeida Magalhães, dado que as formas de contratação de serviços baseados no princípio do direito público não têm sido aceitas, ou têm sido extremamente polemizadas, pelo próprio setor privado de caráter lucrativo. E distinguir como instrumento de relacionamento com o setor filantrópico, com o setor beneficente, o convênio como instrumento mais adequado para o estabelecimento das regras jurídicas entre o poder público e as instituições filantrópicas e beneficentes, distinguindo, portanto, uma das outras, as filantrópicas no sentido desta diferenciação enquanto entidades que não têm finalidade de lucro e que, portanto, se comportam como se instituições públicas fossem, garantindo, todavia, a completa autonomia da gestão administrativa financeira e técnica das instituições filantrópicas. E reger o relacionamento com as instituições de caráter privado lucrativo com base nos contratos inspirados no direito público, conforme reza o próprio Decreto 2.300, que regula toda a questão de contratos e contratações vinculadas ao Governo federal.

Este o aspecto que destaco aqui, pois me parece ser ele um dos pontos mais polêmicos e que dará bastante discussão nesta subcomissão.

Outro ponto que eu gostaria de destacar diz respeito à proposta de Ações Integradas de Saúde, aqui mencionadas pelo Dr. Laércio e pelo Dr. Roney, anteriormente. Creio que é preciso destacar que nesta proposta de desenvolvimento das ações integradas, no ano de 1984, apenas 112 municípios participavam desse programa; já em fins de 1985, 840 municípios estavam integrados, e em dezembro de 1986 participaram 2.400 prefeituras. Isso traduz um movimento e uma proposta muito concreta desenvolvida no âmbito dos três ministérios e como proposta de Governo de municipalização dos serviços de saúde, dado que se entende que os cuidados básicos e o fortalecimento das instituições em nível dos municípios devem ser uma das estratégias centrais no sentido da extensão da cobertura do controle social, sobre a qualidade do atendimento e sobre a própria possibilidade de aprimoramento da qualidade dos cuidados da saúde, com base neste processo da municipalização. Evidentemente que as situações regionais devem ser consideradas, quer dizer, há Estados do País em que o processo de municipalização poderá avançar com maior velocidade, e em outros a estratégia deverá ser distinta. Como regra geral, a nossa proposta é essa; haverá oportunidade de ser aprofundada no depoimento da própria Comissão, dia 30, de acordo com o convite formulado anteriormente; poderemos desenvolver todo o processo de descentralização das instituições de saúde, como estratégia da unificação, ou seja, proposta da unificação passando pela descentralização dos serviços, tomando como base para o nível dos cuidados básicos de saúde o Município e, para os níveis secundário e terciário, os Estados, tendo como gestor único do sistema de saúde, em nível estadual, as secretarias estaduais de saúde e, como gestor de nível local, as Secretarias municipais de saúde.

Agradeço a oportunidade, Sr. Presidente, de destacar esses dois aspectos que, no meu entendimento, são importantes, no relatório que foi apresentado à Comissão.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos ao Dr. Ézio. Convidamos o Dr. Roberto Chabo, Presidente da Federação Nacional dos Médicos, a fazer sua exposição.

O SR. ROBERTO CHABO — Sr. Presidente, Sr. Relator, Srs. Constituintes, companheiros que formaram a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nós queríamos dar um testemunho, que eu diria quase que privilegiado. Nós representávamos os profissionais de saúde e desejávamos que esta representação fosse mais abrangente, mas só ficamos na fase final, só com os médicos representando os profissionais de saúde, e mais, na fase final, também as companheiras enfermeiras da ABE nos ajudaram neste trabalho.

Quero testemunhar também a democracia que predominou nesta discussão, mesmo quando havia divergência de ponto de vista, mas, no consenso, mostrou que é possível discutir este tema tão palpitante e atual, que é a saúde nos moldes abrangentes como hoje se tenta implantar através da reforma sanitária.

Gostariamos de enfatizar o inciso IV do § 1.º, que diz:

“Participação, em nível de decisão, de entidades representativas da população na formulação e controle das políticas das ações de saúde em todos os níveis.”

Nós poderíamos dizer que somos caminhantes neste País há muitos anos, quem sabe trilhando os passos desse homem, que tinha um sortilégio prodigioso e chama-se

Carlos Jandiro de Melo. Ele já tinha uma visão social da questão da saúde neste País; esta questão candente que está na consciência de todos de que é importante que ela seja tratada nos moldes deste documento aqui. Certamente que este País está bastante amadurecido para o enfrentamento desse porte, para esse novo modelo que responde ao anseio não só dos segmentos profissionais de saúde, dos usuários e da população brasileira. Nós gostaríamos de dizer também, **en passant**, que as questões aqui formuladas pelo companheiro Laércio Valença, e companheiro de faculdade e de lutas, pelo Roney Ribeiro e pelo próprio Ezio Cordeiro, a respeito das ações integradas de saúde e de passagem... As ações integradas de saúde cumpriram uma etapa correta nesta luta por melhoria das condições da saúde do povo brasileiro através da Previdência Social. Acho que agora esta etapa já está sendo considerada como ultrapassada, sem deslustrá-la, sem demérito, mas pensar que agora as bases dessa nova saúde estão aqui nestes termos preconizados na reforma sanitária.

Era o que eu tinha a dizer. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos ao Dr. Roberto Chabo e convidamos o Dr. Rianni, representante do Ministério do Trabalho, para fazer a sua exposição.

O SR. RIANNI — Sr. Presidente, Sr. Vice-Presidente, Sr. Relator, Constituintes:

Em nome da Secretaria de Segurança de Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho, nós gostaríamos de chamar a atenção para três aspectos, com relação a essa proposta de um texto constitucional para a área de saúde.

No art. 1.º, quando diz que a saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do Território Nacional sem qualquer distinção, pretende-se que isso não fique como palavras introdutórias mas seja a essência desse novo sistema de saúde, que deve se embasar nesse novo texto constitucional. É muito sério pensar em todos os habitantes do Território Nacional sem distinção, importante inclusive é não destacar aqui quais são as distinções que têm sido feitas, porque a própria enumeração já inclui preconceitos e distinções que as pessoas mesmo colocam. Mas eu gostaria de destacar uma área da saúde do trabalhador, em que tem ocorrido várias distinções da atenção da saúde no Brasil, a distinção à saúde dos trabalhadores que, por vários motivos, tem sido feita em um sistema isolado, em um sistema constituído por serviços especializados dentro das empresas por medicina de grupo, por empresas médicas muito ligadas à retomada do trabalho e a reinserção do trabalhador na linha de produção, sem preocupar-se com a saúde desse indivíduo, enquanto cidadão, e não enquanto parte de um processo produtivo. Então, o interesse nosso é ver a atenção à saúde dos trabalhadores dentro desse conceito de que a saúde é um direito a todos os cidadãos, e enquanto cidadãos, serem atendidos sem qualquer distinção.

Mas há uma tendência também muito grande com esse próprio texto e com o consenso, que acaba de se estabelecer nas discussões, a se pensar a saúde muito como assistência médica. Eu gostaria então, de chamar a atenção para que, no parágrafo único do art. 1.º: "O direito à saúde implica..." e há alguma's coisas aí que nós chamamos fundamentais que vão além da assistência médica. Por exemplo, o primeiro item: — Condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer são a base da saúde de uma população, e não se limita tudo isso a esta Subcomissão de Saúde. Então aqui, mais do que um depoimento, uma

solicitação, um pedido, de que o trabalho desta Subcomissão tenha a íntima relação com as demais subcomissões e comissões que vão incluir diretamente no estado de saúde da população brasileira. Porque nas subcomissões estão discutindo os direitos dos trabalhadores, e nós tentaremos fazer uma contribuição específica naquela comissão, na que define a questão da habitação, do transporte, do lazer e da educação, da alimentação e várias outras subcomissões que estarão definindo a saúde da população. Que isso não seja apenas um item, mas seja fundamental.

O outro assunto, que também já foi abordado parcialmente, é que com essa proposta de um novo texto Constitucional, de um novo sistema de saúde, as Ações Integradas de Saúde passam a constituir um passo importante no momento atual, mas, daqui para frente, elas deverão ser substituídas, poderíamos dizer assim, pelo novo sistema de saúde, um sistema único, onde não haja necessidade de ações integradas porque já haveria ou haverá a integração das instituições, a integração de todos os setores que vão definir a saúde e enfatizaria, para encerrar a minha contribuição, de que nós tivéssemos sempre claro que saúde não é apenas assistência médica, não é apenas serviço de prestação de atenção, é um conjunto de fatores. Se nós não fizermos este trabalho mais amplo, nós ficaremos apenas aceitando os casos que aparecem para tratá-los. É desnecessário dizer a importância da saúde para todos os aspectos de uma sociedade que pretende ser independente, soberana e crescer qualitativamente.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos ao Dr. Rianni e convidamos o Dr. Geraldo Justo, da Federação das Misericórdias do Brasil, para fazer sua exposição de 5 minutos.

O SR. GERALDO JUSTO — Sr. Presidente, Srs. Constituintes, demais companheiros da Comissão, Sras. e Srs.:

Vou dar um testemunho rápido, já que a Confederação das Misericórdias do Brasil tem seu espaço garantido na próxima semana para fazer o seu depoimento aqui. Vou ficar praticamente em cima das ações integradas de saúde. As Santas Casas brasileiras estudaram com bastante carinho o Plano das Ações Integradas de Saúde, desde o seu início. Tínhamos um convênio antigo, que era um convênio da Portaria n.º 314, que realmente não atingiu os objetivos das filantrópicas brasileiras. Depois passamos a estudar com o Ministério da Previdência Social, com o Inamps, uma equipe conjunta, um novo convênio, uma nova relação de trabalho com a Previdência, terminamos este trabalho no início do ano de 1986. Temos uma experiência-pólo no Estado de São Paulo já com 8 meses de implantação. Esta experiência está sendo levada para os outros Estados do País. Existe até uma explicação de por que iniciamos em São Paulo.

De maneira bem simples, bem prática, vou dizer como estão funcionando as ações integradas de saúde com as Santas Casas de Misericórdia e os hospitais filantrópicos. As Santas Casas se integram nas ações integradas, como uma forma praticamente de transição à implantação de um sistema único de saúde neste País. No Estado de São Paulo — e daí vai o porquê o Estado de São Paulo ser a experiência-pólo — temos praticamente um hospital filantrópico. É 80 ou 85% dos municípios de São Paulo, e em cada um destes municípios temos um hospital filantrópico. De que maneira então as Santas Casas se integram?

Primeiro, universalizar o atendimento. O atendimento é universal. Então todo o cidadão, todo habitante do Ter-

ritório Nacional tem direito à saúde, tem direito à porta de entrada do hospital em qualquer tipo de atendimento, em regime ambulatorial, em regime de urgência ou em regime de internação. Mas, nesta integração, a gente prevê praticamente o hospital filantrópico de cobertura a toda a rede integrante das ações integradas de saúde. Então o hospital filantrópico dá cobertura ao posto de saúde do Município ao posto de saúde do Estado, aos Sindicatos dos Trabalhadores Rurais, Patronais, dos Empregados, a todos, praticamente a todo tipo de atenção e dentro da complexidade que cada comunidade necessita. Nessa forma de integração, entrou primeiramente o Estado de São Paulo. De que maneira o Estado de São Paulo entrou? O Estado de São Paulo entrou na recuperação da capacidade sucateada das Santas Casas. Entrou em 1986 e em 1987. O convênio com a Previdência Social, que é o convênio com o Sistema AIS, prevê, inicialmente, a manutenção do sistema, a recuperação da capacidade social das Santas Casas de Misericórdia. O Estado entrou então na capacitação das Santas Casas, em função da recuperação sucateada, da capacidade tecnológica das Santas Casas e dos hospitais filantrópicos. Então, durante o ano de 86, já foi distribuído e está sendo entregue este ano, dentro de uma relação de prioridade estabelecida com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, os equipamentos de primeira necessidade para as Santas Casas de Misericórdia do interior, no sentido de atender à necessidade de cada complexidade, de cada comunidade, a nível de estudo da Sines, da Crisi e da CLS, que foi feito conjuntamente, onde participa a Confederação das Misericórdias, participa as Federações e participa cada hospital ao aderir ao convênio especial, ou aderir às ações integradas. O objetivo nosso, e já temos experiência várias para serem inclusive visitadas, é universalizar, dar um atendimento de 100% à comunidade, provocar a satisfação dessa comunidade em relação à assistência médico-hospitalar. E, naturalmente, com a provocação da satisfação dessa comunidade, a gente também interessa provocar a comunidade no sentido de que esse sistema único de saúde, que eu disse a AIS, é um momento de transição, ele realmente acontece em função desta nova Constituinte que estamos debatendo e trabalhando aqui.

Este é o meu testemunho em relação à participação das Santas Casas nesse momento inicial das ações integradas de saúde do País.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos ao Dr. Geraldo Justo e convidamos a Enfermeira Maria José Rossi, da Associação Brasileira de Enfermagem, para a sua exposição.

A SRA. MARIA JOSÉ ROSSI — Sr. Presidente, Srs. Constituintes, colegas da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, Srs. presentes:

Aqui estamos, não propriamente para fazer uma exposição, mas para focalizar os aspectos deste documento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que consideramos importante. Estamos de acordo com as considerações levantadas pelo Dr. Rianni sobre a saúde, que deve ser vista não só como assistência médica, mas muito mais da assistência médica, porque ela é apenas um ponto. Um dos pontos que talvez seja o mais caro é o que hoje está sendo focado: chamar a atenção para os aspectos ligados à promoção, à proteção, à recuperação da saúde e, em especial, em relação à saúde do trabalhador. Nós aqui, no texto, temos alguns pontos levantados a este respeito, queríamos focar esta questão, como também levantar outro ponto em que pese o serviço de saúde pública, hoje, no Brasil ser apenas porta de entrada para o serviço de assistência médica, enfatizar esta questão. No item III do

artigo 2.º, do Dever do Estado: “assegurar, com esta finalidade, a existência da rede pública do serviço de saúde”. Queríamos aqui enfatizar que o serviço de saúde deve ser universalizado, deve ser descentralizado, deve ser equalizado, mas deve ser um serviço público e gratuito, e como estratégia de transição, os serviços privados entrarem nesta composição. Sabemos que hoje os serviços de saúde não podem, ou melhor, o Estado não pode ainda ser responsável totalmente por esta questão. Mas achamos, do ponto de vista mesmo da saúde do trabalhador, que o Estado deve ser o responsável. O sistema deve ser único, deve ser público, deve ser gratuito, e ao nosso ponto de vista, deve ser estatal. E só assim ele poderá assegurar, com esta finalidade, a existência da rede pública do serviço de saúde. Este é um ponto para o qual chamamos a atenção dos Srs. Constituintes para explicitarem talvez. Não sei se está muito claro na redação deste artigo, mas assegurar, do nosso ponto de vista, significa que o Estado deve ser o responsável.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos à Enfermeira Maria José Rossi a sua exposição e convidamos o Dr. João José Cândido, do Ministério da Educação.

O SR. JOÃO JOSÉ CÂNDIDO — Sr. Presidente, Sr. Relator, Srs. Constituintes, Srs. Companheiros da Comissão Nacional da Reforma Sanitária:

Como representante do Ministério da Educação, mais precisamente da Secretaria da Educação Superior, sentimos a responsabilidade quanto à formação de recursos humanos do setor saúde. Gostaríamos aqui de destacar aos Srs. o art. 5.º do presente documento, o qual me permito ler:

“As atividades do ensino e pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde subordinam-se à política nacional de saúde, e são desenvolvidos sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais com vistas à preservação da soberania nacional”.

Sentimos que, neste instante, o próprio Ministério, através de uma série de comissões e de especialistas ora instalados, não estamos respondendo às necessidades de recursos humanos à realidade nacional. E acho que, através da aplicação deste item e a normatização, a adaptação dos currículos a uma política nacional de saúde, o Ministério e as escolas de formação de recursos humanos para a área de saúde poderão formar recursos aptos e hábeis para as necessidades da população ou de um sistema que pretende toda a cobertura à população.

Outro depoimento que preciso fazer aqui em público é quanto às ações integradas de saúde, e principalmente à retomada da importância do setor público pela administração pública, principalmente, desempenhada pelo Ministério da Previdência. Os hospitais universitários hoje, principalmente em 1986, tiveram a sua taxa de ocupação em média em torno de 80%. Isso é muito devido ao sucesso das ações integradas de saúde e da política de remuneração praticada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

É este o depoimento que eu queria dar a V. Ex.^a levando em conta a integração dos hospitais, hoje. O MEC, com 37 hospitais universitários e 13 mil leitos instalados, ele, sozinho, não representa nada. Mas, integrado ao setor INAMPS, ao setor Ministério da Saúde, às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ele representa uma força, e pode ser utilizado como uma força muito importante nessa

integração da rede de serviços e integração dentro de um sistema nacional de saúde.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos ao Dr. João José Cândido, e convidamos a socióloga Maria Luiza Jägger, da Central Única dos Trabalhadores, para fazer a sua exposição.

A SRA. MARIA LUIZA JÄGGER — Sr. Presidente, Srs. Constituintes, Srs. presentes:

Apesar de a CUT apresentar sua proposta no dia 28, queríamos reforçar algumas coisas que estão na proposta retirada na Comissão da Comissão de Reforma Sanitária. Fica clara na Constituinte que o direito à saúde não é o direito só à assistência à saúde, à assistência médica, que já foi reforçado pelo Dr. Rianni e pela Maria José. O que tem que ficar claro nesses direitos é a questão das condições de trabalho, a recusa dos trabalhadores em trabalhar em ambientes insalubres e perigosos. Também tem que ficar claro em relação ao direito da população à questão da participação em nível de decisão da formulação, avaliação e controle das políticas da saúde. Isso em nível de direitos da saúde.

Em relação ao dever, para nós, enquanto Central Única de Trabalhadores, teria que se tornar mais claro o papel do Estado. Para nós o sistema de saúde deste País tem que ser o sistema público, estatal e gratuito. A função do Estado é prestar serviços de saúde. Para nós saúde não deve ser objeto de compra e venda. Saúde não deve ser objeto de lucro. Então, a nossa proposta é no sentido de que a Constituição torne claro o dever do Estado de prestar serviços.

A outra questão que se encontra no art. 3.º é tornar claro na Constituição que o sistema nacional de saúde é um sistema único de saúde. Não deverá haver neste sistema várias instituições prestando serviços de saúde, como hoje existem Secretarias de Estado, INAMPS, e Secretarias Municipais prestando serviços à mesma população no mesmo lugar. Quer dizer, deve ser um sistema único, organizado e hierarquizado, como uma instituição a nível federal, outra a nível estadual e a outra a nível municipal.

A outra questão para nós, também importante, é tornar claro a proposta de que o orçamento da União, dos estados e dos municípios deve assumir a prestação de serviços de saúde. O financiamento da saúde deve sair do orçamento. Enquanto isso não for possível ainda deve ser usado o dinheiro da Previdência Social. Mas deve-se fazer o possível para que esse dinheiro seja retirado do orçamento. E, realmente, o dinheiro da Previdência Social seja encaminhado só para a parte de seguridade social, de benefícios sociais.

E a outra questão, que acho que é importante esclarecer, é que a Comissão da Reforma Sanitária, além dessa proposta de Constituinte, está nesse momento discutindo uma proposta da Lei do Sistema Único de Saúde. Então que todas essas propostas, que estão aqui, enquanto uma proposta para a Constituição, estão sendo discutidas agora, enquanto uma lei do sistema nacional de saúde. Seria isto.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Muito obrigado à socióloga Maria Luiza Jägger, da Central Única dos Trabalhadores.

Convidamos, agora, a Dra. Cristina Albuquerque Costa, Coordenadora dos Grupos Técnicos da Comissão de Reforma Sanitária para a sua exposição.

A SRA. CRISTINA ALBUQUERQUE COSTA — Sr. Presidente, Srs. constituintes, companheiros da Comissão Nacional da Reforma Sanitária:

Eu não gostaria de me estender nesta exposição, mas senti, ouvindo as apresentações aqui que seria importante uma mensagem aos constituintes, no sentido de lembrar a importância histórica e a oportunidade histórica desse momento de inclusão da questão de saúde na Carta Constitucional.

Se pegarmos a história da inclusão da saúde nas Constituintes brasileiras, iremos verificar que o espaço dedicado à saúde, historicamente, neste País é praticamente nenhum. Esta será a primeira oportunidade histórica, este será o momento singular na vida nacional de possibilidade de inclusão da questão de saúde, enquanto questão de saúde na Carta Constitucional. Tradicionalmente, a questão da saúde tem sido reduzida, quando aparece na Constituição, tem sido reduzido à assistência médica a um setor muito específico da população, a população previdenciária, aos trabalhadores e aos assalariados de determinados segmentos de setor produtivo, ou seja, a grande maioria da população brasileira tem sido historicamente excluída, inclusive, na Carta Constitucional. Então, a possibilidade de romper com esta exclusão, acho que confere ao trabalho destes constituintes aqui presente, nesta comissão, uma importância histórica que merece ser destacada.

Um outro ponto importante que eu gostaria de lembrar é que o que foi colocado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária significa o produto de meses e meses de trabalho exaustivo. Significa, na verdade, o êxito do que eu chamaria de um verdadeiro pacto social. A possibilidade de incluir, de conseguir concluir um trabalho com representantes dos trabalhadores da iniciativa privada e dos órgãos governamentais, chegando-se a uma proposta única, ainda que com divergência, não conseguindo chegar a um produto comum, acho que é uma coisa que merece ser destacada, a possibilidade de um pacto social na área da saúde, acho que se concretizou, com todas as divergências que, porventura, ainda permaneçam.

Eu diria que esta proposta coloca as bases mínimas para um projeto de Reforma Sanitária, sem estas condições mínimas, que estão colocadas nesta Carta Constitucional, eu diria que dificilmente se conseguirá fazer a transição das ações integradas de saúde para uma reforma sanitária neste País. O Dr. Chabo colocou muito bem que estamos no momento de superar este projeto das ações integradas de saúde, que tiveram êxito neste País, mas que está se esgotando. Nós estamos diante da necessidade de um novo momento e de uma nova formulação para a política de saúde neste País. Para que essa transição se dê, é necessário que as condições mínimas, que estão contempladas nesta proposta, colocada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, se cumpram. Sem essas condições mínimas, dificilmente essa transição se completará. Este é um aspecto importante.

Outro aspecto importante: chamo a atenção para a absurda fragmentação que marca a organização do sistema nacional de saúde neste País, o total esvaziamento de recursos que o sistema de saúde neste País hoje vive, o absurdo esvaziamento em termos financeiros que nós observamos neste momento. Nós temos uma situação, eu diria, quase que esquizofrênica na área de saúde. Nós temos um Ministério da Previdência, nos termos o Inamps, com uma parte considerável dos recursos, embora muito aquém daquilo que seria desejável, e nós temos um Ministério da Saúde totalmente esvaziado. Nós temos uma lei, que é a lei do Sistema Nacional de Saúde, a lei atual, a Lei n.º 6.229, de 1975, que confere ao Ministério da Saúde a atribuição de formular a política nacional de saúde. Há um Ministério que hoje se encontra totalmente esvaziado de suas funções, ou seja, a lei atribui a um Ministério totalmente esvaziado a responsabilidade da

formulação de uma política nacional de saúde, quando a maior parte dos recursos se encontra ao nível da Previdência Social. Nós temos uma política de saúde teórica, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, e nós temos uma política de saúde na prática, que é feita pelo Inamps, embora, isso seja importante salientar, a quantidade de recursos hoje de que dispõe o Inamps está bastante aquém das necessidades reais de assistência médica, não digo nem em termos de política de saúde, refiro-me apenas à assistência médica, bastatne aquém das necessidades reais de assistência médica — o Dr. Êsio Cordeiro sabe bem das dificuldades do Inamps nessa área para concretizar esse objetivo.

Então, a grande contribuição desta proposta aqui é no sentido de uma unificação do sistema de saúde, de forma que tenhamos um único Ministério capaz de formular efetivamente uma política nacional de saúde para este País.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos à Dra. Cristina e consultamos ao Dr. José Alberto Hermógenes de Souza, porque ele apenas fez a leitura do documento, se ele não gostaria de usar também 5 minutos para uma exposição.

O SR. JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES DE SOUSA — Pois não, Sr. Presidente, muito obrigado por esta oportunidade. Eu gostaria de fazer alguns registros que, possivelmente, o Professor Arlindo tenha abordado no início da sua exposição, da qual infelizmente não pude participar, mas que, de alguma forma, se já o foi, eu acredito que mereceria também da minha parte neste momento, alguns registros sobre este tema que nós estamos discutindo hoje aqui.

Em primeiro lugar, para mim é realmente uma feliz coincidência que esse depoimento aqui da Comissão Nacional da Reforma Sanitária coincida, inclusive, com o meu desligamento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde. Nós, que militamos no setor de saúde, e que participamos, junto com muitos companheiros que aqui estão, inclusive com alguns dos Senhores Constituintes, também participantes desse movimento sanitário, o nosso sentimento, hoje, é um sentimento de muita frustração em relação à atual situação do sistema nacional de saúde e à situação em que poderíamos estar.

O Programa de Governo da Nova República e todos os documentos apresentados ao Presidente Tancredo Neves como subsídio ao seu Programa de Governo, e todas as propostas que diversos grupos elaboraram, a Comissão do Plano de Ação do Governo, o Grupo Parlamentar do PMDB e tantas outras que chegaram ao Governo, tinham, no todo, muito consenso, consensos que imaginávamos seriam tirados de proposições teóricas, de propostas, de bandeiras, para uma efetiva prática concreta na chamada Nova República.

Entretanto, o que vemos é que, hoje, ainda se exhibe como um programa importante em determinados momentos. Companheiros nossos se colocam no sentido, inclusive, de apenas aperfeiçoar as ações integradas de saúde. E devemos lembrar que as ações integradas de saúde surgiram durante o regime autoritário, num momento em que a Previdência Social, fruto desse sistema que aí está, estava em mais uma das suas crises sérias, e que surgem as ações integradas de saúde como uma alternativa simplesmente cosmética, num determinado momento, para contribuir para que se superasse o rombo da Previdência Social. E que, em grande medida, é causado pelo componente de saúde dentro da Previdência Social.

O nosso já lembrado companheiro Carlos Gentile de Melo já dizia que esse sistema era corruptor na sua essência, que é um sistema em que o paciente, ao ser encami-

nhado a um serviço contratado, se torna um cheque em branco ao portador, que não sabe quanto vai custar aquilo, quer dizer, o Governo não sabe em quanto vai ficar aquele seu tratamento, e que gerou todo esse esquema de corrupção, que aí está, e que ainda está, e que foi capaz, inclusive, de tornar algumas figuras nacionais, que tinham sido notabilizadas por perseguição aos progressistas, aos democratas deste País e que, de repente, ganharam notoriedade ao prender médicos e profissionais de saúde, em flagrante delito, adulterando guias de internamento hospitalar, etc.

Então, companheiros, esse sistema, essa situação que aí está, que o Presidente da República, na 8.ª Conferência Nacional de Saúde, usou expressões como inadmissível, inaceitável, de que o oitava potência econômica do mundo, por um lado, apresentasse índices de saúde piores do que os países mais atrasados da América Latina e da África, tem evidentemente componentes mais amplos: um regime econômico excludente, a situação de total abandono do setor social durante esses últimos anos, mas tem um componente importantíssimo, que é o atual sistema de saúde que aí está, que não responde naquilo em que poderia, inclusive, responder.

Então, esse momento, eu acho que é fundamental, quando se está criando, quando os Srs. Constituintes estão com essa missão única na vida de muitas das pessoas, que é elaborar uma Carta Constitucional para o País, tem realmente uma responsabilidade muito importante.

Na Constituição, no nosso modo de entender, devem estar lançadas as bases de um novo enfoque, um novo sistema, e não simplesmente remendos no que aí está.

Eu lembraria que a realidade epidemiológica deste País, cotejando os indicadores epidemiológicos com a situação econômica, realmente é inacreditável que nós estejamos ainda nessa situação. Agora, todas essas análises do porquê dessa situação desembocaram, no que se refere ao setor saúde, de que um dos responsáveis por isso é o atual sistema existente, e por isso ele precisa ser modificado e não apenas melhorado. E aí, quando alguns companheiros aqui se referem a outras questões que extrapolam o setor saúde, eu me permitiria, e como um profissional de saúde, um médico, um sanitarista, colocar a questão do saneamento. Nós temos um sistema financeiro de saneamento. Como surgiu? Fruto da violência contra o trabalhador brasileiro, que teve a sua estabilidade no emprego cassada e substituída pelo FGTS. E esse Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, que é um patrimônio do trabalhador, foi durante esses anos todos e ainda está, nesse momento, sendo aplicado em obras de saneamento completamente desvinculadas das necessidades da população brasileira e sem a participação dos trabalhadores nas decisões sobre as aplicações em saneamento do Sistema Financeiro do Saneamento, do SFS.

E o que é que ocorre com esse sistema? Um sistema que como ele é fruto, tem que retribuir o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, é um sistema que levou a água, que eu acho que também deve ser um direito de todo habitante do território nacional, a ser uma mercadoria que compra quem tem recurso para comprar e não tem sua água quem não tem recurso para comprá-la. Quem viveu em comunidades pequenas, o dia-a-dia desse processo, sabe que são inúmeras as situações hoje presentes, em que um trabalhador, num momento de crise econômica, onde deveria ser maior a assistência do Estado, que perde o seu emprego, não tem a sua remuneração e que deixa de pagar a sua água, e a tem cortada porque ele não pôde pagar. Quer dizer, isso eu acho que é uma violência que uma sociedade democrática não pode permitir.

Para não me alongar, eu colocaria que esse sistema que aí está, realmente, não atende às necessidades da população brasileira, atende a interesses, sim, constituídos durante esse período, que estão muito satisfeitos com o sistema, e que, dentro desse novo enfoque, a questão da saúde tem que ser vista de forma bastante abrangente. E que não se fique tentando remediar, consertar aqui e ali esse sistema que aí está, porque ele é completamente falido, de cima a baixo, desde o seu comando político, desde o seu financiamento.

Eu não esqueceria a questão da reforma tributária, que nós não podemos pensar também em ter saúde, em ter Municípios e Estados garantindo efetivamente essas ações nos seus níveis com essa situação fiscal e tributária que o País está apresentando. É completamente regressiva, paga mais imposto quem ganha menos, e todas essas questões também têm a ver com a questão da saúde.

Em meu nome pessoal, eu gostaria, como coordenador da Comissão da Reforma Sanitária, registrar o nosso profundo reconhecimento por essa oportunidade, e vamos continuar aqui à disposição de todos os Srs. Constituintes e, no meu caso, em particular, acho que ocupamos um espaço vazio na chamada Constituinte da Saúde. Como chamou o Presidente Sarney, a 8.ª Conferência Nacional de Saúde e a efetiva Constituinte, a Comissão da Reforma Sanitária ocupou esse espaço durante esse período, reunindo setores tão heterogêneos da nossa sociedade, conseguindo chegar a um produto, como foi ressaltado aqui, tem muito de consenso de todos os participantes. E como Secretário-Geral do Ministério da Saúde e Coordenador dessa comissão estou absolutamente tranquilo de que cumpri o meu papel nesse período e que, agora, a sorte está lançada para os Srs. Constituintes desta subcomissão. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Muito obrigado ao Dr. José Alberto Hermógenes, Secretário-Geral do Ministério da Saúde. E para terminar esta parte de exposições, nós convidamos o Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, que acabou de chegar, veio de Campinas — ele é do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde —, para fazer a sua exposição. Dez minutos, Dr. Nelson.

O SR. NELSON RODRIGUES DOS SANTOS — Sr. Presidente, Srs. Constituintes, colegas de todos os segmentos da área da saúde aqui representados, nosso atraso foi devido a que até ontem, à alta hora da noite, estávamos numa comissão de municipalização dos serviços básicos de saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, coordenando algum trabalho lá, e que não podíamos deixar. Então, tivemos que pegar um vôo agora, pela manhã, e o motivo, então, do nosso atraso, é o próprio motivo que nós vamos tentar resumir aqui da posição assumida pelos Municípios na Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Muito brevemente, a questão municipal na área da saúde é uma simples aplicação, um simples reflexo da questão municipal no País. Quer dizer, os municípios, que foram durante décadas passadas reduzidos a meras unidades administrativas, executoras finais de projetos federais e estaduais, principalmente projetos federais, perdendo toda a sua historicidade, de um dos poderes que emana da população, na área da saúde também, os municípios foram compelidos, através das últimas décadas, a serem apenas complementares, a exercer ações apenas complementares na área da saúde, complementares a um modelo central, modelo central esse, que eu suponho, já foi bastante colocado aqui, inclusive pelas últimas palavras que ouvi do Sr. José Alberto Hermógenes.

Esse modelo central, nas últimas décadas, todos sabemos que foi um modelo muito mais privatizante, quer dizer, o pecado não é ser privatizante, o pecado é a maneira como esse modelo central foi privatizante, e a saúde à baila da economia de mercado. A saúde foi transformada em simples mercadoria, e tudo que houve então em concentração de renda, concentração de riquezas, concentração de bens e de benefícios sociais no País, aconteceu na área da saúde. As empresas hospitalares concentraram, nas últimas décadas, tivemos aí um verdadeiro mar de pequenas empresas laboratoriais médico-hospitalares pré-falimentares, quase em falência, e a privatização se concentrou em grandes empresas médico-hospitalares, as multinacionais de equipamentos e medicamentos se concentraram também nos seus grandes monopólios — então, essa privatização resultou numa grande concentração, colocando quase que à margem do processo mais válido na área da saúde, para o próprio setor privado, a maioria dos órgãos privados que não puderam passar de pequenas e médias empresas.

Essa concentração desmesurada atingiu até a intimidade dos hospitais, os famosos corpos clínicos, tanto nos hospitais privados lucrativos quanto nos hospitais filantrópicos, houve concentração. É do conhecimento de todos que, dentro de dezenas e dezenas de médicos que compõem o corpo clínico de modo geral, se deu aquele fracionamento, se concentrou o usufruto da renda captada por aquele órgão privado nas mãos de poucos médicos, não mais que uns 5 a 10%, e do outro lado, a grande maioria dos médicos, sub-remunerados naquele próprio corpo clínico daquele hospital privado lucrativo ou filantrópico (foi até pejorativamente chamado de os bagrinhos desses corpos clínicos). Então, esse fenômeno de concentração, que numa palavra só foi gerado por um fenômeno aí maior da economia política da saúde, que é o complexo médico-industrial, o grande tripé, multinacionais de equipamentos, de medicamentos e as grandes empresas médico-hospitalares no País; concentrou, então, esse serviço de saúde dentro dos hospitais, e, aí, dentro dos serviços mais sofisticados, com maior margem de lucratividade. Isso dentro de um modelo global de saúde transformada em mercadoria, de economia de mercado.

Dentro desse modelo, também ficaram reservados outros papéis institucionais. Se o setor privado e alguns órgãos públicos concentraram essa riqueza, essa sofisticação e com altíssimos índices de atos desnecessários, porque os atos desnecessários praticados em relação à população, em nome de benefícios à população, começaram a ter porcentagens insustentáveis de desnecessidade, cirurgias desnecessárias e exames sofisticados, caros, desnecessários; esses índices começaram a subir 20, 30 e 40, às vezes, em certas ocasiões, até metade dos atos praticados no estabelecimento, desnecessários. Por quê? Porque tudo estava sendo originado em torno da lucratividade e não do benefício à saúde da população.

Mas, também dentro desse mesmo modelo central, num outro extremo, outras instituições tiveram outros papéis. As Secretarias Estaduais de Saúde e os Municípios tiveram papel complementar: prestar algum cuidado àquela população economicamente passiva, chamada de 4.º estrato social, pouco produtiva, às periferias urbanas, à zona rural e para isso, então, foi destinado um outro papel, dentro de um mesmo palco de atores institucionais, que foram as Secretarias Estaduais de Saúde e os Municípios oferecendo serviços precaríssimos, de baixo custo, com orçamentos péssimos com folha de pagamento péssima, com equipamentos péssimos. Esse modelo se completa, num extremo, o sofisticado, de altíssimo custo e quotas-porcentagens de atos desnecessários, e, no outro extremo, instituições paupérrimas estaduais e municipais

destinando serviços precaríssimos e ineficazes à grande maioria da população mais pobre.

Tomei a liberdade de ganhar bastante tempo neste retrospecto porque os Municípios, como poder local, e como poder local muito mais sensíveis e pressionados diuturnamente pela população, as lideranças municipais recebendo uma carga muito maior de cobrança do pagamento da dívida social, a primeira instância de poder que está convivendo com a população, esse poder municipal, a partir de meados da década de 70, na prática, sem muito "sociologuês", sem muita teoria, sem muito planejamento, na prática vivida, as prefeituras municipais começaram a inovar, a colocar em prática alguma coisa que mais tarde veio a enraizar como uma poderosa raiz de um novo modelo. Quer dizer, nem centros de saúde e postinhos de saúde precaríssimos para fazer de conta que atende à população, que era o modelo compelido pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Municípios de um modo geral, e nem também a sofisticação, a desnecessidade de atos. Então, as cidades médias neste País, em várias unidades federadas, mais e mais cidades médias, a partir de meados da década de 70, começaram a organizar serviços de saúde, e atenção global à população, a chamada medicina integral. Não só aqueles programas maternos-infantis, muito ineficazes, mas uma incorporação da assistência médica hospitalar pelos serviços municipais com postos de saúde, muito mais resolutivos, comparando-se com as redes estaduais e algumas redes municipais. E essas cidades médias foram promovendo encontros e intercâmbio municipal das suas experiências, nascendo as primeiras redes municipais mais eficazes de atenção primária à saúde. E hoje os Municípios assumem um grau mais avançado de organização com colegiados, secretários municipais em várias unidades federadas, e esse intercâmbio de experiências concretas já fustiga o nível estadual e o nível federal, tentando captar recursos através de convênios e qualquer outro tipo de repasse e aumentando também as fatias orçamentárias municipais destinadas à saúde. Então o poder municipal — estou falando bastante depressa por causa do nosso tempo — se coloca historicamente, numa história recente de pouco mais de uma década para cá, dentro dos três poderes, federal, estadual e municipal, aquele que mais sensibilidade encontrou, e encontrou sensibilidade mais precocemente, para oferecer à população serviços não tão precários e ineficazes e nem tão sofisticados e desnecessários. Em resumo as famosas redes básicas de saúde, o que se preconiza, hoje como rede de serviços básicos de saúde, realmente têm no poder municipal o primeiro poder que encontrou esta nova linha de atuação, de oferecer serviço de saúde à população. E agora, esse modelo municipal, que é o serviço básico, ele fustiga os níveis federal e estadual, no sentido de compor o sistema de saúde, porque são serviços básicos isolados, ele também acaba por se desmoralizar perante a população, ele precisa do apoio secundário e apoio terciário de complexidade secundárias e terciárias, promovendo o encaminhamento de cada cliente da população para cada grau de sofisticação, desde que seja cientificamente indicado graus mais complexos para atendimento da clientela.

Então, duas coisas importantes, como espécie de informe, nós queremos fechar a nossa contribuição: primeiro, o que se chamou movimento municipal de saúde, que já tem vários colegiados secretários estaduais e municipais, e estamos caminhando agora para a formação de um colegiado nacional, coloca a municipalização do serviço básico de saúde, hoje, como uma grande conquista, quer dizer, essa municipalização dos serviços básicos — e naqueles municípios maiores, que já puderam ter completado a contento toda a oferta de serviços básicos da população daquele município, também a entrada do próprio poder municipal nos serviços secundários e terciários de complexidade — a municipalização do serviço de saúde não é só de

serviços básicos, completando o ciclo de serviços básicos, o poder municipal também não deve ficar excluído de entrar na oferta de serviços de complexidade secundária e terciária.

Essa municipalização deve dar-se através da transferência dos serviços básicos estaduais e federais, numa primeira etapa com co-gestão, não mais as ações integradas, a questão da municipalização já amadureceu, as ações integradas de saúde foram um caminho eficiente, ainda são um caminho bastante eficaz para a unificação do sistema, mas hoje a municipalização deve dar um salto na frente das ações integradas e ser verdadeiras co-gestões de serviços estaduais e federais transferidos aos municípios. E essas co-gestões, caminhando rapidamente, para a transferência definitiva dos serviços básicos para os Municípios e para aquelas cidades que puderem, de ordem secundária e terciária também.

Dentro da municipalização do serviço de saúde, a experiência municipal recente das ações integradas está indicando que também através de forma de co-gestão, que é um passo adiante das ações integradas de saúde, e caminhando também para a unificação do sistema, o poder municipal se expressando através de consórcio ou associações municipais regionais e microrregionais, e aí em grande articulação com o poder da unidade federada, o poder estadual; então o poder municipal nesta articulação com o poder estadual, a nível das regiões e microrregiões, eles devem entrar com participação decisiva e efetiva na gestão de todo o sistema de saúde. Aqui, dentro da realidade atual, esta gestão implica, em primeiro lugar, os convênios, o acompanhamento dos convênios com a rede privada, principalmente a rede filantrópica, a avaliação desses convênios, a conveniência e a desconveniência, e enfim, os poderes municipais de uma microrregião, e eu digo a microrregião porque a grande maioria dos hospitais conveniados prestam serviços para regiões, não para um município só, são ofertas de serviços microrregionais ou, às vezes, até regionais, conforme o porte do hospital, então aí a gestão do sistema microrregional não pode ser só municipal, pode ser intermunicipal e articulado com o poder estadual. Então, as direções regionais das secretarias estaduais de saúde articuladas por grupos e Municípios, nós achamos que hoje estão maduras e é a instância de poder mais competente e que acerta mais no trato dos convênios com a rede privada, principalmente a rede filantrópica.

Rapidamente, como exemplo, eu escrevi aqui uns tópicos de experiências muito recentes das ações integradas em várias unidades que temos conferido:

— A identificação das necessidades de leitos. A média de ocupação de leitos hospitalares é, quando muito, 70%. É muito comum hospitais com 50, 60% de ocupação de leitos. Discute-se muito a construção de hospital e oferta de mais leitos. A simples ocupação de leitos quase que dobra a oferta de leitos na maior parte das regiões do País. Então, que leitos a serem ocupados, que tipo de leitos, leitos gerais, leitos especializados, leitos obstétricos, leitos pediátricos? Esse poder microrregional, que é articulação do poder estadual da unidade federada e governo municipal é que vai identificar isso e se articular com as direções desses órgãos a serem conveniados.

Também, a garantia da universalização da clientela; quer dizer, que está tratando diariamente, diuturnamente, com a rede conveniada e recebendo a pressão da população, que tem que ser beneficiada por essa rede, é o poder regional e microrregional e o poder local dos Municípios.

O tratamento com as entidades filantrópicas — as experiências recentes das ações integradas de saúde nesse novo convênio filantrópico, e esse novo convênio filantrópico, deve ser dito aqui, e nós queremos afirmar, talvez

esteja sendo, de um ano para cá, o passo mais importante, quer dizer, ao lado das ações integradas, que se referem a unidades federais e os Municípios vêm esses convênios filantrópicos, que são a busca do resgate do caráter filantrópico das entidades filantrópicas. E todos sabemos que, nas últimas décadas, as entidades filantrópicas nesta economia de mercado a que foi compelido todo o sistema de saúde, as entidades filantrópicas acabaram por se mercantilizar também, se tornaram verdadeiras entidades lucrativas e perderam suas raízes filantrópicas. Mas a grande maioria das entidades filantrópicas ficou com as suas raízes filantrópicas amortecidas, apagadas, mas ficou dentro da natureza filantrópica, aquelas raízes filantrópicas, apesar de um tanto ofuscada devido àquela mercantilização grande das últimas décadas. E esse convênio novo das filantrópicas é o grande instrumento desse resgate do caráter próprio das entidades filantrópicas. Só o Estado de São Paulo, 60% a 70% da oferta de leitos hospitalares são das entidades filantrópicas. O grande aliado do setor público, o grande aliado do interesse público na oferta de um sistema de saúde é hoje as entidades filantrópicas. Então, o tratamento das entidades filantrópicas, quer dizer, quem é quem dentro das atividades filantrópicas, como é composta a mesa provedora, quais são aqueles provedores que se distanciaram das raízes filantrópicas e se aproximaram da mercantilização dos chamados caciques dos corpos clínicos. Quais são aqueles outros provedores das entidades filantrópicas que estão minoritários, esperando um fortalecimento para resgatar o caráter filantrópico? Quem lida com esse nível de detalhe é o poder local, é o poder municipal, é o poder microrregional. Então, o segundo componente da municipalização, para finalizar, não é mais a transferência dos serviços básicos de saúde federais e estaduais para o Município; é a transferência para o poder Municipal e poder microrregional de lidar, conveniando, desconveniando, avaliando e controlando as entidades privadas de saúde e, principalmente, as entidades filantrópicas, que estão muito mais perto de uma aliança de interesse da população, tanto a saúde como direito de cidadania.

Acho que nosso tempo já está esgotado. Fizemos um discurso meio improvisado, tentando ressaltar alguns aspectos que me chamaram muito a atenção, mas a questão da municipalização, todos sabem muito bem que ela se estende muito mais, isso vai para muito fora da área da saúde, é a questão também do resgate do poder local para a sociedade brasileira. O poder local talvez seja o mais autêntico de todos os poderes, expressando o jogo social, os interesses sociais predominantes em cada local, em cada região e esse poder local, todos sabemos, que muito antes, até mesmo em 1964, quer dizer, é a questão quase da História do Brasil, esse poder local foi sendo compelido a um quase ostracismo do exercício do poder e na possibilidade de intervir sobre os problemas sociais básicos da população. Então, esse resgate do poder local, também me parece que é uma questão da marcha democrática do País, e nós da saúde sentimos muito isso, na esperança do papel do município na área da saúde.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Agradecemos ao Dr. Nelson Rodrigues dos Santos. Antes de passar às perguntas e debates com os Srs. Constituintes, eu gostaria de lembrar a todos que hoje à noite, às 20 horas, neste mesmo local, deverá comparecer o Exm.º Sr. Ministro da Previdência e Assistência Social, Dr. Raphael de Almeida Magalhães, para fazer a sua exposição. Estamos convidando todos os presentes.

Quero, antes de passar, também, aos debates, agradecer ao Dr. Arlindo, que serviu aqui como secretário *ad hoc* e, ao mesmo tempo, dar-lhe os parabéns pela sua excelente memória; ele praticamente conhece todo mundo,

escreveu aqui todos os nomes, ao contrário do que acontece comigo, que tenho uma péssima memória para nome.

Quando eu entrei para a política, um psicólogo me deu um conselho: "Você deve fazer associação de idéias". Eu não me dei muito bem. Certa vez, fui apresentado a uma senhora chamada Páscoa. Quando me despedi dela, disse assim: "muito prazer, Dona Quaresma".

Então, amigo, meus parabéns. Você nos ajudou aqui enormemente, caso contrário, nós estaríamos um pouco encalacrados, aqui.

Conforme a proposta do nosso colega Constituinte, Dr. Raimundo Rezende, nós vamos, então, ouvir os Constituintes, fazendo as suas colocações e as suas perguntas. Mas gostaria de insistir para que não se esquessem de apertar o botãozinho do microfone e de se identificar e dizer, também, a qual dos expositores está dirigindo a sua pergunta.

Com a palavra o nobre Constituinte Raimundo Rezende.

O SR. CONSTITUINTE RAIMUNDO REZENDE — Sr. Presidente, em primeiro lugar, nós desejamos manifestar a nossa satisfação pelo que ouvimos na manhã de hoje, através do depoimento de várias autoridades que trouxeram subsídios valiosos para nossa Subcomissão. Mas, com a presença do nosso caro amigo, Dr. Ézio Cordeiro, Presidente do Inamps aqui nessa reunião, nós vamos tomar a liberdade de fazer um ligeiro comentário sobre o problema das ações integradas da saúde, e como Secretário da Saúde do Estado de Minas Gerais, ex-Secretário, na ocasião nós tivemos a oportunidade de incrementar, lutar pela expansão das ações integradas em Minas Gerais. E tivemos, por parte de alguns setores do Governo, dificuldades na implantação dessas ações integradas, sob o argumento de alguns de seus auxiliares, sobretudo do Secretário da Fazenda e Secretário da Reforma Administrativa, de que não se podia assumir tantas responsabilidades na aplicação das medidas que nós estávamos propondo, porque era temerário acreditar no Governo na aplicação dos recursos, já que as ações integradas de saúde são aplicadas com recursos da Previdência Social. Mas, Sr. Presidente e Srs. Constituintes, nós conseguimos fazer alguma coisa. Posteriormente, agora recentemente, tivemos um fato bastante desagradável na Previdência Social e sei o quanto o Presidente do Inamps, Dr. Ézio Cordeiro, sofreu com as consequências que decorreram da implantação de nova sistematização de pagamento por parte do Instituto, dos seus compromissos com todos os Estados e todos os Municípios. Particularmente, nós tivemos uma tragédia em Minas, porque tivemos vários municípios onde a falta de pagamento, o atraso de pagamento no Inamps, gerou dificuldades tão grandes que tivemos hospitais entrando em greve. Em Governador Valadares, onde o hospital que presta um serviço inestimável, relevante, a Valadares e a toda região, hospital que foi implantado por nós, quando prefeito daquela cidade, com 200 leitos e com um pronto-socorro médico-odontológico, ficou sem receber recursos, ou recebeu recursos de outubro, e ficou sem receber recursos do hospital municipal. Então, a Prefeitura não teve condições de acudir ao hospital e no mês de fevereiro, então, tivemos uma greve dos enfermeiros, dos auxiliares de saúde e serviços e o hospital ficou fechado um mês. Então, aqui, é um apelo que nós fazemos ao Dr. Ézio Cordeiro, que não teve culpa porque foi uma medida de ordem geral, foi uma medida que aconteceu em todos os Estados, resultante da modificação da sistematização de pagamento. Então, acreditamos muito nas ações integradas de saúde, mas foi realmente um acontecimento que veio trazer para estas ações integradas uma certa preocupação, uma preocupação maior por parte dos administradores que contam com os recursos da previdência e podem passar por extremas dificuldades.

As nossas palavras servem mais como advertência, mais como um pequeno protesto de tudo que ocorreu na cidade que representamos, mais especificamente, Governador Valadares. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Continua franqueada a palavra.

O SR. CONSTITUINTE PAULO MACARINI — Sr. Presidente, peço a palavra.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Tem a palavra o nobre Constituinte Paulo Macarini.

O SR. CONSTITUINTE PAULO MACARINI — Eu, inicialmente, queria fazer um esclarecimento. Eu não sou médico, não fiz curso de enfermagem, e nem tenho pretensões a ser enfermeiro. Então, resguardadas essas ponderações, eu pedi a palavra, Sr. Presidente e Srs. Constituintes, para tecer algumas considerações, revelando ao nosso Relator, Constituinte Carlos Mosconi, as minhas apreensões relativamente ao projeto de saúde na Assembléia Nacional Constituinte.

Sr. Presidente, acho que esse projeto aqui não vai alterar as estruturas de saúde neste País; ele revela timidez, dubiedade e induz a algumas interpretações equívocas. E eu gostaria de transmitir essas minhas apreensões ao relator. E se elas forem procedentes, tenho certeza e esperança de que poderão ser levadas em consideração na feitura do projeto ou do anteprojeto definitivo.

Relativamente às ações integradas de saúde, espero que as reações aqui demonstradas contra essa instituição não sejam as mesmas que eu colhi no interior deste País, onde a maior reação à implantação às ações integradas de saúde partiram de alguns médicos que se julgavam prejudicados nos seus vencimentos, nos seus honorários, não levando em conta nem em consideração, o Capitulo, primeiro aqui, em que a saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção. Acho que a saúde é um direito inerente à pessoa humana, nem precisava estar consignada na Constituição.

Há um outro aspecto, aqui, Sr. Presidente. O § 2.º do art. 3.º, em que lhes é assegurado o livre exercício de atividade liberal em saúde e a organização de serviço de saúde privada.

É bem verdade que o Presidente do Inamps, o Professor Eúzio Cordeiro, cujo esforço que vem realizando pela modernização da autarquia e pela melhoria dos seus serviços, quero deixar registrado, deu-nos a entender que essa expressão "serviço de saúde privados" englobaria, também, as entidades filantrópicas que o último orador, responsável pela Secretaria da Saúde de Campinas, definiu as entidades filantrópicas como os grandes aliados do serviço público na prestação da saúde e, para que esses textos constitucionais não dessem azo a uma interpretação duvidosa, eu acho que nós teríamos que esclarecer aqui. Quando se fala em serviços de saúde privados, vamos esclarecer, dando destaque, preferência e privilégios às entidades filantrópicas e, segundo se falou muito aqui elas estão retornando ao seu caminho, às suas finalidades. E, eu quero prestar um testemunho aqui. Sei do sacrifício, da abnegação do trabalho, da maioria dos dirigentes das entidades filantrópicas deste País, sem perceberem remuneração, preocupados apenas em aliviar as dores das camadas mais carentes deste País, porque se nós deixarmos a coisa assim sem muito esclarecimento, quem sabe nós estaríamos até premiando aquelas entidades que estão cobrando, por fora, os serviços médicos da Previdência Social, dos médicos que estão cobrando por fora e que recebem cheques pré-datados, notas promissórias e assim por diante.

Sei da luta que o Professor Eúzio Cordeiro e o Ministro Raphael de Almeida Magalhães estão travando contra essa poderosa força oculta, porque, na verdade, o previdenciário, hoje, é um cidadão humilhado na maioria dos gabinetes médicos e nas portas dos hospitais deste País. Revelo aos meus companheiros aqui essa preocupação, como revelo também, relativamente ao art. 5.º, que tratam das atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção de insumos e de equipamentos essenciais para a saúde — não está bem claro aí o que representam esses insumos, se efetivamente são insumos — e aqui vai toda a minha ignorância em medicina ou em farmacologia ou em indústria de medicamentos. Ou se nós queremos dizer aqui, efetivamente, que isso diz respeito a medicamentos. Faz tempo, talvez 10 ou 15 anos, que estou ouvindo neste País que cerca de 40 remédios essenciais cobririam 90% das necessidades. E, se a Ceme ou os governos estaduais tivessem os seus laboratórios, sem embalagens faustosas, sem amostra grátis, sem propaganda, poderíamos produzir esses medicamentos acerca de 20% do preço que, hoje, é colocado nas farmácias deste País. Inclusive, nesse recente Projeto n.º 60, que tramita na Câmara dos Deputados, apresentei emenda que tem o apoio do Ministro Raphael de Almeida Magalhães, determinando que a Ceme firme convênio com os Estados, para a produção de medicamentos essenciais destinados às camadas mais carentes da sociedade brasileira. Porque, quem sabe se direta ou indiretamente, voluntariamente ou não nós estaríamos premiando os laboratórios estrangeiros que tiveram até a coragem de sonegar medicamentos, em época bastante recente aí, sob a alegação da contenção de custos.

Quero, também, revelar a minha preocupação — e aqui não é só preocupação aqui é o meu inconformismo — relativamente ao art. 6.º, que eu gostaria que a redação fosse mais direta, que as ações e os serviços com a saúde pública, contassem com recursos nunca inferiores a 12% das receitas orçamentárias da União, dos Estados, dos Municípios, dos Territórios, do Distrito Federal, mas que se dissesse, inclusive, que esse dinheiro deveria ser depositado em determinado estabelecimento bancário, no Banco do Brasil, e supervisionado pelo Tribunal de Contas.

O meu inconformismo e a minha resignação residem nas disposições transitórias. Acho que o dinheiro do trabalhador não pode e não deve financiar programas de saúde que são de inteira responsabilidade orçamentária da União Federal. A Previdência é um patrimônio do trabalhador e esses recursos não poderão financiar — veja bem a expressão aqui, financiar — o sistema nacional de saúde. Mas, da mesma forma com que diz "que esses recursos são destinados ao financiamento do sistema", admite que serão substituídos por outras fontes a partir do momento em que o gasto nacional, em saúde, alcance o equivalente a 10% do Produto Interno Bruto. E, gostaria de ressaltar que os compromissos da União Federal com a Previdência Social que, inicialmente, representavam 1/3 das despesas, porque era tripartite — 1/3 com da União, 1/3 do trabalhador, 1/3 do empregador — hoje estão reduzidos ao reembolso das despesas de administração e de manutenção dos três institutos e o Governo Federal não está cumprindo sequer com esta lei, porque em 1985 deixou de recolher aos cofres da Previdência Social, a preços de dezembro de 1985, 6 trilhões de cruzeiros.

Então, eram essas, Sr. Presidente, as minhas preocupações que eu quero transmitir aqui ao nosso relator, ao mesmo tempo em que espero que os integrantes da Comissão Nacional da Reforma Sanitária continuem prestando toda colaboração a esta subcomissão e, se, razoa-

velmente procedente as minhas objeções, que nos ajudem a redigir um texto que represente a alteração das estruturas dos serviços de saúde mas, acima de tudo presente, também, a certeza de que essa Carta possa representar a eliminação dessas desigualdades sociais.

O SR. CONSTITUINTE JÚLIO CAMPOS — Sr. Presidente, peço a palavra para uma questão de ordem.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Concedo a palavra ao nobre Constituinte Júlio Campos, para uma questão de ordem.

O SR. CONSTITUINTE JÚLIO CAMPOS — Os nossos expositores tiveram um tempo mínimo disponível para falarem, eu acredito que seria de bom alvitre a Mesa fixar para cada constituinte 3 ou, no máximo, 5 minutos, a fim que fizéssemos as perguntas às autoridades responsáveis aqui presentes, como também algumas colocações de interesse da subcomissão. Porque senão, nós somos 22 constituintes membros desta Comissão de Saúde, e se cada um de nós falar 10 minutos, nós vamos parar no fim da tarde.

Gostaria que fosse fixado um tempo mínimo, que se desse chance para que todos os constituintes tivessem oportunidade de falar.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Esta Presidência acolhe a sugestão do caro colega e fixa em 3 minutos o tempo necessário para a exposição de cada colega.

Nós queremos agradecer ao Constituinte Paulo Macarini e dizer a S. Ex.^a que se continuar conosco, apesar de S. Ex.^a não ser da área da saúde, e com a nossa subcomissão nós vamos dar a S. Ex.^a, no fim da Constituinte, o diploma de sócio honorário. S. Ex.^a falou muito bem.

Concedo a palavra ao caro colega Constituinte Oswaldo Almeida.

O SR. CONSTITUINTE OSWALDO ALMEIDA — O nosso primeiro registro é, de fato, o reconhecimento desse brilhante trabalho da Comissão Nacional de Reforma Sanitária que, sem dúvida alguma, criou as melhores condições para a nossa subcomissão. Mas eu queria fazer uma indagação: se eventualmente, desta comissão, fizeram parte alguns especialistas do Ministério da Fazenda, por exemplo da área tributária, e que tivesse, eventualmente, dado uma colaboração mais efetiva nessa parte do que os recursos para sustentar esse programa bastante justo.

Em segundo lugar eu queria indagar, também, se nessa busca de ir de encontro à comunidade como razão final desse serviço se, eventualmente, foi exercitado um novo tipo, ou melhor, a forma antiga que houve nesse País de levar a responsabilidade classista ao tempo do Iapi e do Iapetc, etc., porque, tendo em vista a dimensão gigante que tomou a previdência no País, se entende e se vê, perfeitamente, que essa preocupação com a subdivisão das responsabilidades é muito importante, é impositiva, mas a indagação seria se, também, foi exercitado o retorno àquela responsabilidade classista de buscar o melhor para os diversos segmentos, uma imitação daquilo que foi, eventualmente, um esforço grande dos institutos. E a terceira colocação nossa é a plena concordância da necessidade de integração das subcomissões, que foi caracterizado por um dos expositores, porque nós entendemos, por exemplo, dentro das preocupações do programa de Reforma Agrária, de estruturação fundiária, de política agrária, nós teremos que passar tranqüilamente pelo que passará se ofertado a nível de assistência de saúde, a nível de assistência previdenciária ao homem

rural, e até mesmo em nome disso nós fizemos uma solicitação na Subcomissão de Reforma Agrária para a presença do nosso ministro da Previdência e de modo que criasse condições para que nós também tivéssemos oportunidade de acenar para aqueles que ainda estão na atividade rural.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Muito obrigado. Concedo a palavra ao nobre Constituinte Raimundo Bezerra.

O SR. CONSTITUINTE RAIMUNDO BEZERRA — Sr. Presidente, a minha preocupação, principalmente em relação ao resultado dessa proposta da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, é sobre o enfoque que não foi dado com muita ênfase à medicina preventiva.

Nós, hoje, somos um País de 10 milhões de portadores de doença de Chagas e há 80 anos a nossa estatística só faz aumentar desde a descoberta, por Carlos Chagas, da doença.

Nós somos portadores de 6 a 8 milhões de esquistossomose, nós somos portadores de 90% de protozoose e parasitose no Nordeste e, infelizmente, o enfoque de sermos um País tropical e subtropical, em que a natureza aqui foi madrastra, ao contrário de determinados países em que a natureza estereliza tudo por ocasião do inverno com o gelo e com a neve e aqui faz é proliferar, principalmente, os agentes transmissores através da composição de matérias orgânicas, praticamente, este enfoque não foi dado. E nós temos que ver que este País é um País diferenciado e a nossa medicina tem que ser diferenciada. Se nós fizéssemos um saneamento mais intenso, só com a economia que faríamos, só em termos de doença de Chagas, por exemplo, em relação a implantação de marca passo que custa 250 dólares, nós daríamos uma casa condigna para cada brasileiro sem necessidade de BNH. Se nós fizéssemos em termos de alimentação e nutrição, uma alimentação adequada para cada criança de 0 a 5 anos, nós não teríamos essa evasão imensa, em termos de educação, partindo do 1.º, 2.º e 3.º graus, porque o 1.º grau apenas 12 crianças chegam à 4.ª série, das 100 que entram na 1.ª série. Isso é um enfoque que tem que ser diferente para o Brasil. Nós temos que priorizar a medicina preventiva, em vez da medicina curativa. Se 90% das ações de governo fossem em cima de medicina preventiva, nós teríamos uma economia muito grande de recursos e uma medicina muito mais humana. Por outro lado faríamos, exatamente, aquilo que advogo: que medicina não é tratar doentes, é evitar doenças prioritariamente.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Concedo a palavra ao nobre Constituinte Eduardo Jorge.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE — Nesse breve tempo que me coube, eu gostaria de levantar, rapidamente, seis questões: a primeira, qual seria — dentro daquilo que levantou o ézrio, a diferenciação, dentro dos privados, do lucrativo e o não-lucrativo — a cobertura prevista com a associação do público com os filantrópicos, atualmente, no Brasil?

A segunda questão é se está claro que, a nível federal, se trata da unificação em um único órgão! Porque essa é uma questão fundamental.

A terceira questão, da saúde do trabalhador que, hoje, está afeta ao Ministério do Trabalho, seria também incorporado a esse Ministério a nível federal, a esse Ministério único da Saúde?

A quarta questão refere-se ao financiamento. Sabe-se que no Imposto de Renda há um certo montante de isenções, de pagamentos tanto de pessoas físicas como jurídica-

cas, quando com gastos na área de saúde, seguridade previdência, montagem de seguros de saúde próprios por empresas, e a informação que eu tenho é que esse montante é muito grande, não é um montante imaginário. Se essas verbas, na verdade, deveriam vir para o orçamento fiscal da União para serem gastos com a saúde de toda a população, fossem recuperados pelo Estado. Esse montante é importante para o orçamento do sistema único de saúde?

A quinta questão é em relação à questão de recursos humanos. Muito se falou na questão de isonomia, local único de trabalho, necessidade de carreira, formação, questão do concurso público, da obrigatoriedade de um concurso público. Então são questões muito grandes e variadas na questão de recursos humanos, e no sistema de saúde, recursos humanos é fator de peso fundamental. E eu não vejo aqui na proposta uma referência à questão de recursos humanos. Não caberia, dado o peso do recurso humano na questão da saúde, uma referência específica a este setor?

E a sexta questão, para concluir, é, voltando ao discurso do Constituinte Paulo Macarini, do PMDB, de Santa Catarina. Acho que, inclusive, se compara com o discurso final do companheiro José Alberto Hermógenes. E no produto da Comissão há um certo descompasso. Acho que o Constituinte Paulo Macarini tem toda razão, é preciso avançar mais na definição, na precisão das propostas se se quer realmente mudar o sistema de saúde, no Brasil.

Eu estava olhando aqui um documento da 8.^a Conferência Nacional de Saúde e um dos expositores comparou como uma espécie de Constituinte, na área da saúde. Por analogia, a Comissão de Reforma Sanitária, por exemplo, por mais respeito que tenhamos a ela — e temos — ela seria uma espécie de Comissão de Sistematização, no nosso caso. Não cabe, pois, à Comissão de Sistematização mudar questões importantes de princípio aprovado na Constituinte, propriamente dita. Lendo aqui, na página 18 desse documento distribuído pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, está clara essa preocupação do Constituinte Paulo Macarini, quando se fala que a meta é a progressiva estatização do setor. Então, essa questão foi aprovada com clareza na Conferência Nacional de Saúde, e não está com a mesma clareza no documento. Acho, então, que é uma contribuição que tanto o diálogo com a comissão e as contribuições de constituinte poderão aprimorar para se chegar a uma proposta de relatório da Comissão Nacional de Saúde, com maior profundidade.

Eu, evidentemente, sou de um Partido Socialista e gostaríamos que não só essa área fosse socializada. Mas a questão não é essa. Mesmo no sistema capitalista como o nosso, do Brasil, e esta Constituinte não vai mudar essa questão, eu acredito, tenho plena convicção de que essa área, a questão da saúde deve ficar como uma área socializada. Ora, se nós estamos querendo atingir objetivos como universalização, equanimidade, integralidade do sistema, participação, é impossível que um setor importante da assistência à saúde fique sujeito às leis de mercado. Por maior boa intenção que tenhamos, como a questão de um contrato mais rigoroso, embora haja resistências muito grande no setor privado nessa área, continuaremos a dar o tal do cheque em branco, a que um dos palestrantes se referiu aí, continuaremos com a dinâmica do mercado, concentrando recursos em alguns locais e descobrindo outras.

Um companheiro do Nordeste — sou eleito por São Paulo, mas sou nordestino, mais nordestino que paulista — deve sentir isso na carne. Compare-se a assistência

médica, os recursos oferecidos ao Nordeste com os recursos oferecidos aos grandes centros, pela própria Previdência, aos próprios previdenciários. A disparidade é brutal. A diferença, por exemplo, entre a oferta de serviços da Previdência, no Rio de Janeiro, e no Ceará deve ser de um para dez, ou mais.

Então, para concluir a sexta questão, deveremos manter o espírito da chamada Constituinte na área da saúde, que foi a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, e avançar numa definição mais precisa em relação a essa questão, que é a questão da socialização do serviço na área da saúde. Acho, inclusive, que do ponto de vista capitalista, do ponto de vista de outros setores do capital, isso inclusive iria viabilizar uma revolução da força de trabalho com muito maior eficácia. Então, apesar de eu ser um socialista e defender um regime socialista para o Brasil, acho que para os próprios capitalistas, no Brasil, a socialização do sistema de saúde seria um grande estímulo ao desenvolvimento global do País.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — A palavra continua franca. (Pausa.)

Com a palavra o nobre Constituinte Júlio Campos.

O SR. CONSTITUINTE JÚLIO CAMPOS — Quereria perguntar ao nosso ex-atual Secretário-Geral do Ministério como nós poderíamos diferenciar a política da saúde da política partidária, existente no Brasil. A minha experiência vem como ex-Governador de Estado, que tentei, durante os três anos e meio no exercício do cargo, fazer alguma projeção melhor em termos da saúde pública de Mato Grosso, mas, infelizmente, esbarrei em setores políticos com a mudança do Governo Federal, e a minha origem é conhecida. Um exemplo concreto: apresentei um projeto para a construção de um hospital central para Cuiabá, onde o déficit de leito hospitalar é de mais de 1.500. Esse projeto previa a construção de 150 leitos ao FAS, da Caixa Econômica. No momento em que chegou à mesa do Dr. Marcos Freire, Presidente da Caixa, esse projeto, os meus adversários políticos do PMDB de Mato Grosso foram lá e colocaram uma pedra em cima, e não houve Jesus Cristo ou São Cosme e Damião que fizesse o Dr. Marcos Freire aceitar, aprovar o FAS para a construção do hospital em Mato Grosso, porque o Governador não era do seu partido. No BNH, idem. Queríamos fazer um projeto de poços artesianos em pequenas comunidades mato-grossenses, projeto esse altamente viável, dentro da técnica, mas no momento em que a Sanemat apresentou esse projeto também não conseguimos aprová-lo lá no BNH de espécie alguma. Havia interferência política. E na presença do nosso superintendente nacional do Inamps, presidente do Inamps, aqui, também o assunto partidário influi decisivamente nos convênios existentes lá em Mato Grosso entre a Superintendência do Inamps de Mato Grosso e as prefeituras que não são do partido, são do PFL. Elas não têm direito, ou quando têm direito, convênio assinado, os atrasos são de mais de 90 dias, 180 dias, até um ano. Exemplo claro é que a Prefeitura Municipal de Cuiabá, quando o prefeito ainda era nomeado por nossa pessoa, Aníbal Lima Barros, ficou durante o ano todo de 1985 sem receber os convênios do FAS, embora tenha prestado esses serviços, sem condições de trabalhar, porque o superintendente era de um partido e o prefeito de outro. Agora, exemplo dramático vive o meu irmão, Prefeito de Várzea Grande, Jaime Campos, que não tem direito a receber, e quando recebe é quase com um ano de atraso, porque ele é do PFL e o superintendente do PMDB.

Então, como seria possível fazer diferenciar? Saúde pública não tem política partidária, mas tem, sim, polí-

tica de melhorar o nível de vida do cidadão brasileiro, independente da origem do eleitor. O eleitor, quando vai procurar um posto de saúde, não vai se identificar que votou no partido tal, mas, infelizmente, as chefias de repartição, por melhores que sejam os técnicos, na hora, infelizmente, vem a política partidária. Então, o que poderíamos fazer para conscientizarmos neste momento de nova Constituição a mudança de mentalidade que saúde pública é, realmente, um assunto para todos os brasileiros e não para segmentos partidários do País?

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Com a palavra o nobre Constituinte Adylson Motta.

O SR. CONSTITUINTE ADYLSON MOTTA — Sr. Presidente, cheguei atrasado e evidente que não tive o privilégio de ouvir os expositores. Mas quero apenas fazer uma colocação referente ao que disse o Constituinte Raimundo Rezende, e dizer que eu endosso em gênero, número e grau o que S. Ex.^a colocou. Embora nesse documento esteja aqui nas entrelinhas embutido isso que é motivo da preocupação dele, acho que deveria ser explicitada, aqui, a preocupação que é a grande responsabilidade do Estado no que se refere à medicina preventiva, quer seja através dessas doenças que são controladas, detectadas através de exames periódicos, quer as doenças que são controladas através de agentes imunizantes, mas eu acho que tem que haver aqui uma conscientização, neste País, e uma obrigatoriedade estabelecida em lei, inclusive com punição para os pais das crianças faltosas, quanto à obrigatoriedade dessa ação de saúde na área da prevenção, porque não se pode conceber que um País que queira se transformar em país desenvolvido ainda lute com quadros assim entristecedores e até deprimentes de doenças transmissíveis aqui matando nossas crianças. Aliás, o grande contingente de mortalidade infantil ainda é creditado a essa inépcia, essa incúria, essa irresponsabilidade do Governo na área da prevenção.

Só vejo no Brasil fazer campanha vertical aqui e algumas de manutenção no que se refere à pólio, e eu não vejo outra grande campanha aqui em termos de imunização. Então, eu queria fazer um apelo para que — evidente que na Constituição não vai entrar uma terça parte do que está aqui, porque a Constituição é um texto sintético, objetivo, genérico — mas que nós devéssemos já criar uma consciência ou alguma coisa no sentido de estabelecer essa obrigatoriedade do Estado em todos os níveis do Poder Público, eu diria, Estado, Município e União, no que respeita à medicina preventiva, e eu acho que se deveria, inclusive, submeter o pai de uma criança que não leva o filho para ser vacinado, por exemplo, a alguma sanção. E ao Governo então nem se fala! O Governo é obrigado a pôr isso à disposição. Agora, evidentemente que enquanto não houver uma federação, neste País, não vai haver saúde pública em lugar nenhum. Enquanto houver um Estado unitário, como hoje, que só é federação em cima do papel, nós não teremos estrutura para enfrentar problemas desse porte.

Então, a coisa é muito complexa, mas eu queria concordar — a minha intervenção era apenas para endossar o que o Constituinte Raimundo falou. A coisa mais importante e indiscutivelmente é atuar na área da prevenção que nós vamos reduzir tranquilamente, em 90%, a parte da Medicina curativa, que é o que traz as grandes despesas para o Estado.

Era apenas essa colocação.

Eu gostaria de ter vindo, mas outros compromissos me atrasaram e eu perdi, mas depois se tiver reproduzido aqui, por escrito, o que foi dito, eu gostaria de ter acesso a esses papéis.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Continua franca a palavra. (Pausa.)

Concedo a palavra à ilustre colega Constituinte.

A SRA. CONSTITUINTE ABIGAIL FEITOSA — Lamento ter chegado atrasada. Eu vim direto do aeroporto, mas perdi a exposição dos companheiros. Gostaria, em primeiro lugar, de parabenizar toda a equipe que fez esse documento aqui. No dia que conseguirmos realmente que isso esteja funcionando, nós teremos um país diferente, decididamente.

Estou vendo aqui, inclusive, a questão do controle do meio ambiente. Na Bahia, li no jornal hoje, na região do cacau, onde 2.500 botos morreram contaminados. Então, isso tem que ter todo tempo também a questão de comunicação. Todas essas coisas que estão postas aqui no papel têm que vir à televisão, aos meios de comunicação para fazer com que a população encampe essa luta, que a população se mobilize para cobrar que isso seja realmente executado, porque não adianta fazermos as coisas bem bonitas e ficar só no papel, sem ter a mobilização da sociedade. Então, acho que vamos ter que fazer com que os meios de comunicação comprem essa briga, que é uma briga de todos nós, para que se cobre, que se, enfim, inclusive, se eduque quem lida com medicamento, quem lida com esses produtos químicos, os agrotóxicos, a contaminação pode atrapalhar todos nós na saúde. De modo que eu ficaria por aqui, apenas para parabenizar e dizer que nós vamos precisar sempre desse pessoal que fez esse documento, que esse é um documento de grande categoria.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Continua franca a palavra.

Concedo a palavra ao Constituinte Carlos Mosconi, Relator.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Sr. Presidente, inicialmente, gostaria de cumprimentar a Comissão Nacional de Reforma Sanitária pelo trabalho tão profícuo realizado por essa Comissão, e que vem nos trazer uma proposta objetiva para a Constituinte. Entendo que esse trabalho, que é um trabalho técnico, deve ser, na medida do possível, viabilizado, sob o ponto de vista político. Sei que, hoje, esta Comissão tem uma audiência com o Presidente da Constituinte, Ulysses Guimarães, às 15 horas, e, em seguida, uma audiência com o Líder do PMDB na Constituinte, Senador Mário Covas, levando essa proposta aos dois importantes constituintes. Até sugiro que a Comissão Nacional de Reforma Sanitária adote o mesmo método e faça visitas a todas as lideranças partidárias na Constituinte, levando essa proposta.

Há alguns dias, Sr. Presidente, recebi em meu gabinete a visita das entidades médicas brasileiras, e, numa conversa muito cordial e franca, coloquei para essas entidades praticamente o que falou aqui o Constituinte Paulo Macarini. Exatamente as preocupações que ele revelou são as preocupações que possuo também. Entendo que a comunidade sanitária brasileira amadureceu muito, fruto de anos e anos de luta e de batalha. Entendo que houve, com a nova República, inegavelmente, uma abertura para as propostas de tão grande interesse e valor social que foram alcançadas, ao longo desse tempo, por essa comunidade de saúde no Brasil. Mas entendo que, na realidade, nós precisamos avançar muito e as propostas, todas elas fruto de uma discussão muito ampla, de um debate muito longo, muitas vezes dificilmente saem do papel, e nós então continuamos a elaborar documentos cada vez mais aperfeiçoados sem que, na realidade, a população brasileira, especialmente a população mais carente, possa sentir esses progressos que, teoricamente, estamos alcançando.

Entendo que a Constituinte é um momento crucial para nós e me preocupa muito, Sr. Presidente, como Relator nessa área, que eu não tenha condições de fazer com que essas propostas avançadas, outras tímidas, sejam mais um elemento teórico e que nós, realmente, não consigamos avançar nada depois de elaborarmos o setor saúde da Constituição.

Com relação a esse anteprojeto que foi apresentado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, e que eu praticamente fico de acordo com ele em quase todos os seus artigos, ainda que evidentemente alguns sejam redundantes, até mesmo repetitivos, e que necessitem de uma redação talvez um pouco mais objetiva, acho que algumas coisas não foram abordadas devidamente. A questão de recursos humanos, por exemplo, é uma questão que me preocupa sobremaneira. Há quem diga que isso não deva fazer parte do texto constitucional. Nós não sabemos. Acho que ninguém sabe o que deve fazer parte e o que não deve fazer parte porque isso, evidentemente, não deve ser fator limitante para a nossa discussão, porque esse é um momento adequado para que possamos definir. Como é que vamos unificar o sistema de saúde sem nos inteirarmos de como ele será feito, com todos os detalhes. É possível ser feito? Não é possível ser feito? Como é que os recursos humanos vão-se colocar dentro desse novo sistema? Não houve ainda uma discussão mais profunda, acredito, com relação a esse detalhe. Será possível unificar o sistema sem alterar essa política de recursos humanos que nós temos no Brasil hoje? Acredito que não. Pois bem, então precisamos definir como é que vamos modificar essa política de recursos humanos para possibilitar a unificação do sistema.

Por outro lado, a questão de medicamentos, e há aqui um item que aborda de passagem apenas. Temo que com essa colocação não haja qualquer modificação substancial e que o panorama continue exatamente o mesmo. Com relação ao financiamento, tenho grandes dúvidas se esta questão de estabelecermos um percentual em todos os níveis, se isso poderá realmente, significar uma solução competente. Faço a seguinte indagação: num município, por exemplo, do Sul do País, um município, vamos dizer, de 30 mil habitantes, nós vamos ter uma arrecadação "x". Num município também com 30 mil habitantes, no Nordeste do País, nós vamos ter uma arrecadação muito menor do que "x". É evidente. Portanto, o valor arrecadado, ainda que percentualmente seja o mesmo, será significativamente diferente entre um e outro. Então, eu me pergunto se essa é a maneira de resolver o problema. Se essa não é uma solução imaginária, quimérica, que não vai resolver nada. Essa questão eu creio fundamental, porque nós temos uma diferença sócio-econômica regional muito grande no Brasil. Talvez essa não seja a solução mais adequada. Talvez nós pudéssemos fazer por habitante, mesmo porque os constituintes que conhecem tributação não concordam, de maneira nenhuma, com essa política de repartir o bolo fiscal dessa maneira, porque se assim fosse nós teríamos que dar 180%, porque 100% seria pouco para satisfazer todas as áreas.

Então, Sr. Presidente, essas indagações que coloco aqui, preliminarmente, para que possamos, ao longo dos nossos trabalhos aqui na Subcomissão, aprofundar essa discussão. Acho que este texto, como base para o nosso trabalho, inclusive eu tive oportunidade de apresentá-lo aqui oficialmente, praticamente na primeira reunião da Subcomissão, acho que como base ele se coloca muito bem, mas é necessário, sem dúvida alguma, que possamos avançar muito naquilo que nós desejamos e pretendemos apresentar como relatório final para esta Comissão.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — O Sr. Deputado Carlos Mosconi, que é o Relator da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente colocou as coisas muito bem, principalmente um ponto que acho fundamental e que gostaria de enfatizar. Podemos fazer até um relatório; o Constituinte Carlos Mosconi, que é o Relator da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, colocou as coisas muito bem, principalmente num ponto que eu acho fundamental e gostaria de enfatizar. Podemos fazer até um relatório muito bem feito e muito bonito, desta Subcomissão, e levá-lo até à aprovação para a nova Constituição brasileira, mas a coisa ficar, simplesmente, no papel.

Costumamos dizer, sanitariamente, que as leis no Brasil são como as vacinas, umas pegam, outras não. É preciso fazer com que a nova Constituição brasileira possa pegar. Então, essas colocações do nosso colega relator, todas elas muito importantes, além daquelas outras dos deputados constituintes que usaram da palavra.

O SR. CONSTITUINTE ALMIR GABRIEL — Sr. Presidente, peço a palavra.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Concedo a palavra ao nobre Constituinte Almir Gabriel.

O SR. CONSTITUINTE ALMIR GABRIEL — Creio que dado fundamental para ser levado em conta pela subcomissão é que é ingênuo admitir que a solução do problema saúde esteja dentro do setor saúde. É absolutamente fundamental que todos vejam que o setor saúde tem interfaces extraordinariamente grandes com todas as áreas de atividades do País. Podemos colocar alguns dados que nos parecem muito importantes para serem cotejados. O Brasil está entre os 164 países que forneceram dados para a Organização Mundial da Saúde, dos quais sete não forneceram dados completos; só de 157 foi possível tomar dados com relação ao *per capita* destinado à saúde, e o Brasil é o centésimo quinquagésimo.

O segundo dado é que nós aplicamos, com o setor saúde, apenas 3,6% do nosso Produto Interno Bruto, dos quais 2,8% são constituídos pela contribuição do trabalhador, 0,2% pela União, 0,4% pelos Estados e 0,2% pelos Municípios.

Quando comparamos com outros países da órbita capitalista, vamos ver que o País, também se situa entre os que menos aplicam no setor. E, se essa comparação se faz com os países da órbita socialista, nós vamos verificar que estes aplicam, no mínimo, 10 e chegam até 15% dos seus orçamentos ou do seu Produto Interno Bruto, destinado à saúde. Ora, comparando o que o Brasil produz, os nossos 260 bilhões de dólares, nós vamos verificar que no período de 1970 a 1984 a carga tributária bruta do País baixou de 25% para aproximadamente 20%. E, a carga tributária líquida passou de 15% para 9%, isto é, através de incentivos, através de mil formas o Governo deixa de receber recursos que, por lei, são de direito. Então, vamos verificar que subsídios e incentivos correspondem a um desvio brutal da receita, quer da União, quer dos Estados, quer dos Municípios. E, pouco importa nós estabelecermos um valor percentual sobre o orçamento se este não guardar uma relação definitiva com o Produto Interno Bruto. E eu temo que os recursos oriundos do trabalhador acabem sempre compondo a maior parcela da assistência à saúde da própria população. Eu entendo que é necessário que ele contribua para a sua saúde, mas entendo, também, que é necessário haver uma reformulação na questão orçamentária e financeira do País, de molde a garantir que os estímulos dados a certas áreas da economia, como a produção do trigo, como a exportação, como, enfim, uma série

de atividades econômicas que são incentivadas, que esse incentivo não resulte sempre na penalização do setor social — e aí entra uma outra questão importante, que foi levantada aqui — nós ficamos falando sobre a questão saúde, mas pouco adianta insistirmos numa questão saúde, quando a formação de recursos humanos não tem nada a ver com a saúde que se propõe para o País. A formação de recursos humanos é destinada, exatamente, ao antiprojeto — anti com i — para o desenvolvimento da saúde em nosso próprio País.

Eu entendo, portanto, que a Subcomissão de Saúde, Previdência e Meio Ambiente tem que ter claro a interface com a educação, tem que ter claro a interface com os outros setores econômicos, a fim de que, não apenas aqui se aprovelem recomendações e um relatório que seja interessante — e eu diria —, não lírico, não utópico, para o setor, mas que garanta a atitude de todos aqueles que estejam nessa subcomissão de lutar, dentro das outras subcomissões e dentro das outras comissões, para que garantam recursos suficientes e uma postura, também homogênea, nessas outras comissões, capazes de garantir a elevação do nível de saúde da nossa população. Entendo que só assim, só com esta visão de interface e só com a possibilidade de interferência nas outras áreas da Constituição, poderemos almejar colocar esse belo trabalho da Comissão de Reforma Sanitária, dentro do corpo da nossa próxima Constituição.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Temos, aproximadamente, 35 minutos para terminar esta reunião; ela deve terminar às 12h30min, segundo resolução da própria subcomissão.

Acho que nós podemos encerrar, aqui, a parte de debates e de perguntas dos senhores constituintes e passar para as eventuais respostas. Porque em alguns casos não houve propriamente perguntas, houve manifestações e colocação até muito importantes. Mas, de qualquer maneira, se alguém quiser fazer algum comentário, daremos, então, a cada convidado, o tempo de 2 minutos para a sua resposta e colocação.

Em primeiro lugar, a questão levantada pelo nosso colega Constituinte, Deputado Raimundo Rezende, me parece que ele dirigiu mais o assunto ao Dr. Ézio Cordeiro, mas eu tenho a impressão...

Dr. Ézio, quer usar da palavra?

O SR. ÉZIO CORDEIRO — Sr. Presidente, se for da conveniência do andamento dos trabalhos, eu poderia talvez fazer dois ou três comentários, perpassando as várias questões e as perguntas que foram levantadas pelos senhores constituintes, no sentido de, numa única intervenção — é lógico que não se esgota o assunto — mas pelo menos se esclarece alguns pontos que foram levantados. Se o senhor...

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Seria ótimo, seria ótimo mesmo.

O SR. ÉZIO CORDEIRO — Creio que uma das questões levantadas envolve a possibilidade ou o esgotamento ou não do modelo das ações integradas de saúde, enquanto na estratégia da unificação do setor Saúde. E, a minha impressão, em contato com a realidade dos Estados, em que alguns Estados, realmente, as ações integradas de saúde já prepararam, já chegaram a um grau tal de maturação que podem dar uma espécie de saldo qualitativo para o novo modelo que pode ter já, no seu limite máximo, a transferência de unidades para a gestão municipal ou para a gestão estadual. Promover, realmente, a unificação, no sentido de nós termos instituições unificadas com a gestão unificada dos serviços do Estado em nível de determinados municípios. Também essa ca-

racterística de mais estadualização ou mais municipalização ela vai variar de acordo com as regiões do País. Ela poderá estar mais madura em São Paulo, no âmbito da municipalização, por exemplo, mas poderá estar menos madura nos Estados do Nordeste. Então, há que se entender, também, velocidades e ritmos diferentes no próprio processo de unificação, nas próprias possibilidades da unificação, via secretarias estaduais de saúde, ou via secretarias municipais de saúde. Ou, digamos, o horizonte é o horizonte da unificação de serviço, mas uma unificação que, eu entendo, deve ser descentralizada ou seja, não vejo no sistema unificado um grau de eficácia que possa ser sustentado na eventualidade de um único órgão central, uma espécie de um novo Ministério da Saúde e etc., mas que seja ele próprio o gestor da totalidade da rede pública. Eu creio que isso seria ineficaz. Eu contraponho à essa idéia da unificação centralizada, a idéia da unificação descentralizada, com base na gestão única em nível das secretarias estaduais de saúde, fortalecendo, portanto, os Estados e, em nível das secretarias municipais de saúde, fortalecendo, portanto, as estruturas municipais. Quando digo municipais não me refiro apenas às vinculadas às prefeituras; envolvem também as outras instituições públicas e as outras instituições filantrópicas e privadas existentes num dado município.

O salto de um modelo para o outro pode ter como um mecanismo de transição, como Nelson Rodrigues dos Santos apontava, o mecanismo de co-gestão, ou seja, na montagem de um orçamento em que se defina as várias fontes de financiamento oriundas da União, da Previdência, dos Estados, dos municípios, de recursos para investimentos vinculados ao Fas, ao Finsocial, recursos externos, etc.

A montagem dessa sistemática de co-gestão, no meu entendimento, supera problemas do tipo que o Constituinte Raimundo Rezende mencionava, no sentido de certas dificuldades no fluxo de pagamento de repasses de recursos às prefeituras, em função de dificuldades de ordem administrativa e burocrática. O mecanismo da co-gestão permite que, a partir de um orçamento definido, de um sistema de acompanhamento definido, esse repasse se faça automaticamente a cada mês.

Esse será, como mecanismo de transição, como proposta transitória que atenda às peculiaridades regionais da unificação do sistema de saúde, um interessante mecanismo, não só de financiamento, de gestão financeira, como também de integração efetiva, incluindo a integração técnica, e colocando em nível de cada instituição, um colegiado diretivo, que pode ser a própria Cimes no nível do município, Comissões Intermunicipais de Saúde, ou as Cies, no nível dos Estados.

De maneira que, a questão sobre se as ações integradas estão esgotadas ou não, como horizonte, elas devem buscar esse processo de unificação. Há peculiaridades regionais que devem ser analisadas caso a caso. Esses mecanismos de transição são muito diferentes nos Estados do Sul, do Sudeste, do Norte e do Nordeste. Realmente, uma das preocupações levantadas aqui pelo Constituinte José Eduardo em relação à concentração de recursos nas Regiões Sul e Sudeste é uma preocupação central. A vantagem do mecanismo da co-gestão e da definição do orçamento está em se poder reverter essa às vezes selvagem concentração de recursos nas Regiões Sul e Sudeste, que tanto tem preocupado nossos companheiros José Alberto e José Hermógenes.

Valeria a pena, então, considerar essa estratégia como uma estratégia também de reversão desse processo de concentração de recursos.

Outro tópico que é importante mencionar e reforçar aqui, é o que diz respeito a essa concepção das relações entre setor público, setor filantrópico e setor privado, e entender que o setor filantrópico participa com cerca de 52% da capacidade instalada em leitos hospitalares. Hoje temos cerca de 350 mil leitos; portanto, cerca de 180 mil estariam vinculados a entidades filantrópicas e santas casas.

Se todos esses leitos fossem utilizados plenamente, com uma capacidade, uma taxa média de ocupação de 80%, com tempo médio de permanência em torno de 4 e meio a 5 dias, necessitaríamos, no País, hoje, cerca de 225 mil leitos. Evidente que não estou levando em conta aí as desigualdades de distribuição regional.

Portanto, o setor filantrópico, excluída a questão das desigualdades regionais de distribuição, se funcionando a plena capacidade, poderia realmente dar conta de uma parcela mais substantiva de internações junto com o setor público, talvez chegando a 70, 75, talvez 80%, dependendo das regiões, em relação a internações. O que justifica a afirmativa, tantas vezes colocada na Comissão da Reforma Sanitária, de que o setor privado de caráter lucrativo tem seu espaço, tem seu lugar, mas deve exercê-lo como uma função complementar aos serviços públicos e aos serviços filantrópicos, entendidos os serviços filantrópicos como serviços que atendem ao interesse público, ao interesse coletivo e, como tal, devem se relacionar com o Poder Público.

Essa é a percepção que temos do problema e é, digamos, a justificativa técnica, inclusive, para que buscássemos uma nova modalidade de relacionamento com o setor privado de caráter filantrópico, naturalmente, tomando todos os cuidados, todas as cautelas. Para isso, a Confederação das Misericórdias participou intensamente do trabalho básico de triagem para identificar aquelas entidades filantrópicas que perderam as suas características de filantropia e sequer ficaram com as raízes, que o Dr. Nelson Rodrigues aqui mencionava, por se vincularem, por exemplo, a medicina de grupo, a empresas médicas etc.

Esse trabalho de identificação de quem é quem no contexto das entidades filantrópicas tem contado com uma intensa e muito criteriosa participação da Confederação das Misericórdias.

Em relação à intervenção do Constituinte Paulo Macarini, brilhantíssimo Presidente do Iapas, na gestão do Ministro Waldyr Pires, realmente as preocupações referentes de um lado, a assegurar a gratuidade dos cuidados à saúde inscrevem-se numa das preocupações centrais, quando se trata de atendimento a populações onde este entendimento é coberto por alguma fonte pública de financiamentos, como é o caso da Previdência Social.

Esse tem sido um dos grandes problemas, uma das grandes dificuldades, no sentido de assegurar, no concreto, na situação do dia-a-dia da população, do paciente, a gratuidade desses serviços. É, talvez, um dos desafios maiores, que deve se associar, de um lado, a mecanismos mais rigorosos de fiscalização. Esses mecanismos rigorosos de fiscalização fazem parte, inclusive, do novo contrato-padrão que foi aprovado pelo Ministro Raphael de Almeida Magalhães, regulando o relacionamento com o setor privado, consta, portanto, das cláusulas do contrato, isso tem gerado resistências no setor hospitalar, no sentido de adotar o contrato-padrão, no meu entendimento, uma medida bastante unilateral da questão. Naturalmente, também a partir de uma política de remuneração dos serviços contratados e conveniados que seja mais justa e mais adequada.

Há que se enfrentar esse problema apontado pelo Constituinte Macarini, dentro dessa dupla perspectiva, mais fiscalização, mais cobrança, implementação do contrato-padrão de um lado e de outro lado, uma remuneração mais justa pelos serviços conveniados e contratados.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Helias Murad) — Realmente, o Dr. Ézio Cordeiro respondeu a várias perguntas. Dentro dessa linha, passamos a palavra ao Dr. Arlindo, pois parece que ele quer também responder, de uma vez, várias das colocações que foram feitas aqui pelos Constituintes.

O SR. ARLINDO FABIO DE SOUSA — Muito obrigado, Sr. Presidente.

Certamente são questões que dizem respeito propriamente à Comissão. Tendo participado, ao longo desses meses e tendo a responsabilidade da Secretaria Técnica, observamos — e acho que é este o processo — um movimento de tentativa de fechamento num texto bastante conciso para apresentação aos Srs. Constituintes.

O que observamos, agora, é a abertura novamente do debate, na mesma forma como procedemos dentro da própria Comissão. É um processo normal, da concisão do texto agora, a ampliação do debate da mesma forma como se procedeu na Comissão.

Para que os Srs. Constituintes tenham uma idéia, vamos também colocar à disposição desta Subcomissão vários textos que foram produzidos por quase uma centena de profissionais em especialidades das mais variadas áreas do território nacional, sobre a questão de financiamento, a questão de recursos humanos, com toda a discussão sobre a isonomia, sobre o emprego único, sobre ciência e tecnologia, onde tenho, inclusive, sugestões sobre a questão de medicamento, fármacos, química fina; a questão da auto-suficiência e políticas na área dos gêneros biológicos e da investigação propriamente dita na área chamada saúde, dentro da abrangência do conceito com que se trabalhou na Comissão Nacional da Reforma Sanitária; a questão de saneamento de meio ambiente também, quer dizer, dentro desse mesmo conceito também trabalhado na Comissão, apresentado à consideração da Comissão.

Outro material sobre informação para a saúde, também questão substantiva, é para que se possa pensar na elaboração de qualquer política. Que essas informações não só sejam disponíveis por parte dos serviços, mas sejam também de acesso fácil e imediato à população exposta a determinados riscos, de acordo com o que foi colocado aqui.

Quanto à questão de recursos — e no texto sobre financiamento, fica bastante claro —, a utilização partidária ou suprapartidária e a composição e a discussão na Comissão foi sempre a colocação da saúde como uma questão supra-partidária. Evidentemente, a questão de governo e a responsabilidade dos partidos entre os Governos, ela existe e ela é legítima, mas o manejo dos recursos em benefício das questões partidárias, por certo, elas sempre foram colocadas fora das cogitações da Comissão. Agora, que os partidos políticos possam apropriar-se e devam apropriar-se dos resultados favoráveis das políticas por eles implantadas, isso também faz parte de todo o movimento político de determinada sociedade.

Mas, as fundos únicos de saúde que estão preconizados aqui, dentro do sistema único, tanto quanto os conselhos de saúde e não, por certo, o atual Conselho Nacional de Saúde, que peca pela falta de representatividade, mas um conselho que fosse, pelo menos, tão representativo

quanto foi esta Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na discussão desses trabalhos e que se reproduzisse nos três níveis de administração, federal, estadual e municipal, e que pudesse ele ser o indicador, o que determina sobre as políticas e, ao mesmo tempo, aquele que determina sobre movimentação dos fundos únicos. Isto teria de se ver, exatamente, a questão, como se faz a interface com a questão tributária.

A Comissão Nacional da Reforma Tributária solicitou a presença, e a obteve da Comissão de Reforma da Previdência, para que pudessemos discutir juntamente com quem estivesse analisando a questão da Previdência, como ficariam os recursos previdenciários na questão da assistência médica. E a posição da reforma da previdência foi muito clara. Esses recursos são recursos dos trabalhadores e não devem ser utilizados para assistência médica, devem ser fundos da União, dos Estados e dos Municípios, os sustentadores básicos desse processo.

Quando ouvimos, logo depois, a Comissão ou grupo encarregado da reforma tributária do IPEA, ouvimos e discutimos com a Secretaria de Orçamento e Finanças da então Seplan. Naquelas duas oportunidades ficou claro que a possibilidade, a não ser na medida em que o nobre Constituinte Almir Gabriel se pronuncia, de uma redefinição dos percentuais do Produto Interno Bruto, e como estão preconizados, também no texto da Comissão, fosse substantivamente ampliada para a área em esfera social. Caso contrário, o País num nível de crescimento entre 8 e 10%, teríamos a possibilidade, guardadas as tendências históricas observadas, de dobrar aquela parte do orçamento destinada à área de saúde dentro de 5 anos. Quer dizer, caso não houve uma decisão política enfática de se alterarem os percentuais do Produto Interno Bruto que corresponde à arrecadação governamental e depois de ter esses recursos poder fazer a aplicação, mais prioritariamente na área social e na área de saúde, caso contrário, obedecidas as tendências históricas, nós não teríamos nenhuma modificação neste quadro de duplicar os recursos destinados, hoje, por exemplo, no Ministério da Saúde, que é de 14 milhões de cruzados e os 60 ou 80 bilhões de arrecadação do Inamps, pelo menos, num prazo de 5 anos.

Quando, então, se estabeleceram as disposições transitórias, foi mais ou menos nessa idéia — este foi o sentido. Mas, que ficasse claro que esses recursos seriam o mais rapidamente substituídos, e quando foram colocados os 10% do Produto Interno Bruto, quando alcançasse os 10% na área de Saúde, seria então o momento da retirada total dos recursos previdenciários. Acho que é importante tenhamos consciência de que a Comissão trabalhou com dois parâmetros: com o da viabilidade e com o da utopia, não o do não alcançável, mas da proposta a médio e a longo prazos.

Acho que em alguns pronunciamentos dos Srs. Constituintes ficou muito claro que a ênfase é dada à proposta, quando se coloca, por exemplo, o texto da 8.ª Conferência Nacional de Saúde. Na tendência de que o Estado assumira a responsabilidade integral pelas ações de saúde, também a Comissão trabalhou com a viabilidade e num determinado momento. Como isso seria possível, por exemplo, na questão da indústria farmacêutica? O que representaria quando a indústria farmacêutica, neste momento, de capital internacional das multinacionais tem o controle num País que não desenvolveu suficientemente a indústria de fármacos e de química fina, tem o controle da matéria-prima e não teríamos condições, a um nível de Estado, de assumir a responsabilidade pela investigação e pela produção desses elementos básicos para a produção, inclusive, dos 40 fármacos, dos 40 medicamentos da relação básica.

As questões como Fundo Único de Saúde e os Conselhos de Saúde, esperamos poder trazer a esta Subcomissão

logo após as nossas reuniões dos dias 4 e 5 de maio, onde teríamos esse elenco de estudos sobre financiamento, recursos humanos, ciência e tecnologia, saneamento e meio ambiente e formação para a saúde, ao mesmo tempo também aquilo que acreditamos pudesse ser a base de uma lei ordinária que viria a se colocar na atual Lei n.º 6.229, a atual Lei do Sistema Nacional de Saúde, que inclusive não foi até hoje regulamentada ainda que tenha presidido as nossas relações, ao longo dos últimos anos.

Acho que existe todo um outro trabalho complementar, também a ser entregue aos Srs. Constituintes, e lembrar que nós trabalhamos sempre com essas duas questões: a questão da viabilidade, de um lado, e a questão da utopia ou da proposta ser alcançada para o outro. O que resulta no texto final desta nossa Comissão. Este aqui é o texto consensual. Mas, o Sr. Presidente da Subcomissão recebeu ademais deste texto, que foi integralmente distribuído, um anexo que contém proposições utópicas ou das metas a serem alcançadas que são defendidas por vários representantes ou membros da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Gostaria de fazer uma pequena intervenção neste momento, porque se falou um pouco nesta questão dos medicamentos. Na verdade a OMS recomenda para os países em desenvolvimentos 200 drogas essenciais, que drogas seriam suficientes para tratar de cerca de 90 a 95% das doenças tratáveis. Quantas é que existem no Brasil? Ninguém sabe direito. Até o nosso Secretário do Ministério da Saúde poderá confirmar esses nossos dados, pois nós já andamos investigando esse fato. Alguns falam em 14 mil especialidades farmacêuticas e outros em 20 a 28 mil, e existe até alguém que fale em 43 mil especialidades farmacêuticas à disposição do consumidor brasileiro. Haja doença para tanto remédio!

Nós ficamos nesta dúvida levantada da questão do número necessário. E como foi citada aqui a Ceme, nós lembramos à comissão que nós devemos ouvir em breve a presidência da Ceme e a lista chamada Rename — Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que, se não me engano, no caso da Ceme é de 360. É lógico que isso tem de ser transformado em 3, 4 ou 5 formas diferentes farmacêuticas. Pode-se dar um número um pouco maior, mas de que nunca deveria ultrapassarem em torno de 2 mil e 500 especialidades farmacêuticas, que, aliás, é o número que existe na Suécia, por exemplo.

Esse foi um ponto muito importante que foi aqui levantado. Mas, não concordo com o que disse o Dr. Arlindo, acho que nós temos condição de preparar nossos insumos básicos, basta que tenhamos condições de vender esses insumos básicos e como a Ceme é, no momento, o maior comprador, porque o maior comprador das multinacionais no momento é a própria Central de Medicamentos. Se nós tivermos esta garantia de que essa matéria-prima poderá ser adquirida pela Ceme, que é o maior freguês das multinacionais, acho que seria possível, não digo 100%, mas mais do que aquilo que foi citado aqui pelo Dr. Laércio, se não me engano, de que a produção nossa de insumos no momento é em torno de 20%. É muito baixa e isso nos torna dependentes.

Ontem, mesmo, um colega estava me dizendo que tem uma filha com problemas de disritmia e que estava controlada há 10 anos com um determinado medicamento, agora, faltou este medicamento no mercado. E qual foi o drama desta família que, após 10 anos de controle da disritmia, a moça apresentou um quadro de convulsões na semana passada, porque desapareceu o produto anti-convulsivante que a sua filha estava usando. Então, enquanto nós temos verdadeira selva terapêutica com esse

número incrível de medicamentos, faltam alguns medicamentos essenciais.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Vamos dar a palavra, agora, ao Sr. Secretário-Geral do Ministério da Saúde, Dr. José Alberto Hermógenes, para, também na sua exposição geral, responder a várias perguntas.

O SR. JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES — Sr. Presidente, sou muito grato e acredito que os companheiros que me antecederam — o Professor Eziro Cordelro e o Dr. Armando de Pádua — já se referiram, pelo menos, à grande maioria dos pontos aqui colocados. Apenas a título de colaboração ou de contribuição adicional, queria me referir a alguns aspectos, inclusive na questão de medicamentos. Realmente, concordo, inclusive, com algumas intervenções que foram feitas, no sentido de que o item "Medicamentos", aqui, mereceria, realmente, um tratamento mais destacado e, quem sabe, também, em outros pontos do próprio conteúdo do texto constitucional, no que se refere à indústria e a uma série de outras coisas, já que duas questões se colocam: uma é, realmente, a produção de medicamentos por uma rede estatal de laboratórios farmacêuticos, que garanta não só a soberania nacional como, também, garanta, efetivamente, o suprimento de medicamentos básicos da população brasileira. Então, um ponto é a produção que, realmente, é muito incipiente, veio a duras penas se constituindo neste País, nos últimos anos, sendo que, hoje, nós temos aí em torno de 7 a 8 laboratórios públicos oficiais, produzindo medicamentos, sendo que o principal deles é a Fundação do Remédio Popular, a Furp, e o segundo a Bahia-Farma, uma empresa do Governo do Estado da Bahia e que tem demonstrado, claramente, a capacidade do Estado nessa área. A Furp, por exemplo, é um dos setores onde se desmistifica totalmente um conceito que, às vezes, é difundido de que o setor público é ineficiente e que não produz. Quem visita a Furp ou quem conhece a Fundação do Remédio Popular, do Estado de São Paulo, vê que num setor público, quando há uma decisão política, efetiva, de fazê-lo funcionar isto é feito, e eu daria um exemplo, no que se refere à questão da dependência de medicamento, uma situação que nós vivemos, porque o problema não é só da produção. Tem a questão da produção da matéria-prima que o País não produz e que fica na dependência do exterior. Então, um exemplo claro é Metiodopa, um remédio chamado Aldomet, para aqueles que não são médicos, é usado para hipertensão arterial. No mercado externo, o fornecedor da matéria-prima no Laboratório Merck Sharpp & Dohme é o mesmo que produz, que vende o produto acabado aqui no mercado interno e que também o produz internamente e o coloca no mercado brasileiro. Então, a Ceme andou comprando a matéria-prima, a alfametiodopa, ao Laboratório Merck Sharpp & Dohme no exterior, através da Interbrás por um preço, só a matéria-prima, mais cara do que a Merck Sharpp & Dohme vendia o produto acabado aqui dentro e, praticamente, inviabilizou a produção de alfametiodopa pelos laboratórios oficiais, porque o próprio Governo, entre optar por comprar um produto acabado mais barato do que estava comprando a matéria-prima no exterior, evidentemente que a título de economia, optava numa operação evidentemente muito próxima, talvez — não sou economista — mas o que se caracteriza aí como um **dumping**, para forçar a não produção interna desse produto.

Então, acho que esta questão do medicamento é, realmente, crucial e que mereceria, certamente, um tratamento à parte e os Srs. Constituintes, seguramente, vão se aprofundar mais sobre este assunto.

Com relação a algumas perguntas específicas dos Srs. constituintes, eu me referia ao Constituinte Osvaldo

Almeida, do Rio de Janeiro, com relação às questões das responsabilidades classistas. Nós achamos que este assunto não foi aprofundado, porque, em princípio, ele inviabilizaria, imediatamente, um outro conteúdo do texto proposto e de todas as propostas do movimento sanitário que é a universalização em equidade. Então, nós achamos que o sistema de saúde deve ser para todos o com os mesmos direitos e não um sistema para uns mais privilegiados, como os antigos institutos se socorria, por exemplo, o dos bancários, pelo nível salarial etc., com um atendimento muito mais diferenciado do que os outros. Aí, eu concordaria com o nobre Constituinte Eduardo Jorge, de que é possível que o texto constitucional tenha sido, digamos assim, menos ousado do que o próprio documento da 8.ª Conferência Nacional de Saúde. Eu colocaria um exemplo. Acho e foi discutido isso, debatido plenamente, talvez deva sair no documento relativo à organização do sistema, que se justifica que as Forças Armadas tenham um hospital completamente à parte desse sistema. Por exemplo, o HFA, aqui em Brasília, não esteja integrado nesse sistema e todos aqueles que necessitam de atendimento que só tem lá tenham esse direito garantido, quer dizer, por que os militares, em tempo de paz, têm que ter um serviço de saúde diferenciado do restante da população brasileira? Achamos que essa proposta classista, realmente, seria um retrocesso no avanço que já foi a unificação da Previdência Social, sem dúvida nenhuma, sem se referir à questão da concentração do poder etc., mas a unificação da Previdência Social achamos que foi um avanço no sentido da universalização. Na Argentina, por exemplo, o pessoal da previdência talvez possa dar os números exatos, mas parece que a Argentina tem 600 "INAMPS". Imaginem se nós, com um só, particular, imaginem tendo cada categoria, cada grupo, aqui e ali, tendo a sua previdência própria, os seus serviços próprios. Essa multiplicidade que tem sido um dos fatores identificados de equívoco, no atual sistema, estaria acentuada.

No que se refere ao enfoque de medicina preventiva, que alguns Deputados, principalmente o Constituinte Raimundo Bezerra se referiu e citou exemplos de doença de chagas, sem dúvida alguma, a idéia que se está fazendo aqui é a de unificarem-se todas as ações, é reverter essa tendência dos privilegiados, — que são os médicos, em relação a outras ações, e quando —isto também foi um ponto muito discutido na Comissão — se detalhou o que significava direito à saúde e se colocou aqui: "condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer, "porque assim, garantindo esses direitos dessa forma, se está garantindo a questão da saúde. Aí, eu lembraria, novamente, o nosso saudoso companheiro Carlos Gentil de Mello, quando dizia, no caso da Doença de Chagas, que essa doença não era um problema de BHC mas um problema de BNH". Então, com habitação se resolveria, evidentemente, essa questão.

No que se refere ao Constituinte Júlio Campos, ex-Governador, realmente, S. Ex.ª coloca uma questão importante e eu acho que a superação dessa política com "p" menor e que é esse tipo de discriminação, acho que, na minha opinião, será corrigida com a própria evolução democrática da sociedade brasileira. Vejo dois pontos importantes nisto — e alguém já se referiu aqui e que é a questão da participação da população organizada nos diferentes níveis de Governo, nas decisões sobre a aplicação de recursos, sobre os gastos públicos, etc., um efetivo papel das Assembleias Legislativas, das Câmaras de Vereadores, do Congresso Nacional do qual temos a certeza que terá as prerrogativas de modificar o orçamento, portanto, de fiscalizar, efetivamente, os atos do Executivo e da participação da população, organizada num Conse-

lho Nacional de Saúde, nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Acredito que essas coisas se reduziriam bastante, ao lago de uma clara definição das competências por nível de Governo, para evitar que governadores ou secretários de saúde, como nós vemos por aí, fiquem peregrinando nos gabinetes de nível federal, atrás de miniguados recursos, quando não os municípios, quando ficam não os Srs. Deputados, acompanhado os prefeitos naqueles programas, verdadeiros programas de Papai Noel, distribuindo um aqui e ali e, evidentemente, que o fisiologismo e o clientelismo predominam nesse tipo de política.

Acho que, definindo responsabilidade por nível de Governo e a participação popular na fiscalização e no acompanhamento das políticas, teríamos bastante minimizado o problema.

E, finalmente, com relação à referência de que o documento não estava expressando o discurso do Coordenador, até fico feliz por isto, porque, em realidade, a minha função nesta Comissão de 24 pessoas, com toda a representatividade que tinham era, eminentemente, de coordenar esse trabalho e, seguramente, as minhas posições não foram prevalentes aqui neste documento e algumas delas, realmente, estariam, quem sabe, mais avançadas e outras não, mas, reflete um trabalho coletivo da Comissão que todos nós precisamos fazer. E, inclusive, com relação ao financiamento, foi muito citado aqui, eu, pessoalmente, defendi na Comissão que não se colocasse a questão de recursos, senão, vamos terminar "loteando" esta Constituição, 12% para isto, 10% para aquilo, e qual será o trabalho do Parlamento, qual será o trabalho dos Srs. Parlamentares, quando esta Constituição estiver aí promulgada e terá que ser discutidos os orçamentos e as prioridades, etc., e passarem pela representação popular senão virá o orçamento, dizendo que são 10% para aquilo, 10% para ali, um embate político que se deve dar ano a ano e que é bastante salutar. Nesse caso, nós achamos que, por um determinado período, a fonte saúde para o setor saúde, para o setor social, deve ser a mais possível preservada. E eu colocaria, também, como uma contribuição aos Srs. Constituintes, a questão de que o recurso da Previdência Social é um recurso do trabalhador, quando, no meu modo de entender, principalmente aquele componente relativo ao empregador, é um recurso do consumidor. Um cidadão, na beira do rio Araguaia, quando compra uma carteira de cigarro, ele está contribuindo ali para o faturamento da empresa. Então, quando se coloca aqui que é 40% da contribuição patronal, preserva-se a contribuição direta do desconto do salário e se vincula à saúde uma contribuição do empregado. Para o custo do produto ou do serviço, não são só os trabalhadores, aquilo é repassado por preço e o consumidor, qualquer que seja ele, está contribuindo para formar esses recursos.

Dá porque acho que esse ponto, realmente, deve ser mais aprofundado e, certamente, será aqui e o nosso trabalho, tenho certeza de que cumprimos com o nosso papel, que era o de trazer um texto conciso para aqui suscitar, então, esse debate.

Muito obrigado da minha parte e da Comissão da Reforma Sanitária, espero, Sr. Presidente, não ter fugido às regras e aos horários.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Os seus dois minutos foram pouquinhos. Mas, devido a importância do tempo, nós, evidentemente, aceitamos isso com tranqüilidade.

Nós estamos com o tempo da nossa reunião praticamente esgotado, mas, eu gostaria de submeter à Comissão um fato que julgo bastante grave.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Sr. Presidente, peço a palavra.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Tem a palavra V. Ex.^a

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Sr. Presidente, antes de V. Ex.^a encerrar a reunião, eu gostaria de fazer uma breve colocação e submetê-la à apreciação de V. Ex.^a e dos membros aqui da subcomissão.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Pois não.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi) — Na semana passado, um companheiro nosso, colega constituinte foi vítima de um atentado em Belo Horizonte. Trata-se do companheiro Célio de Castro. É médico, muito ligado, também, às questões de saúde e toda essa luta envolve o pessoal ligado a esta área, e o Dr. Célio de Castro é vanguarda nesta posição em Minas Gerais. Evidentemente, o atentado teve o intuito de intimidar a sua participação na Constituinte, um atentado, claramente perpetrado por grupos radicais da extrema direita. Eu gostaria de solicitar a V. Ex.^a que esta subcomissão manifestasse, oficialmente, a sua solidariedade ao nosso companheiro, vítima dessa violência, na capital mineira. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Eu deixo de submeter à votação, porque as palmas já são sugestivas, e peço que conste de ata e que, também, façamos, então, uma manifestação escrita deste pedido do nosso colega Constituinte, Relator desta Subcomissão, Deputado Carlos Mosconi. Considero a proposta aprovada.

O nosso companheiro, Secretário da Mesa da Constituinte, Sr. Arnaldo Faria de Sá, acaba de me trazer aqui, um assunto que me deixou profundamente chocado. Notícia publicada, quinta-feira, dia 16 de abril, no **O Estado de S. Paulo**, com o título: "Brossard vê asneiras na Constituinte". E diz assim:

"Fantasias, desordem mental e realismo exacerbado. É este o estado em que se encontra a Assembléia Nacional Constituinte, segundo afirmou, ontem o Sr. Ministro da Justiça, Paulo Brossard, receoso quanto à possibilidade de que ela, efetive e realmente, consiga realizar um trabalho eficiente. É o caso de dizer como profissionais de Molière: pode ser que sim, pode ser que não."

E, mais na frente, continua — pelo menos está aqui o título e eu me sinto profundamente magoado e constrangido:

"Constituintes covardes"

"O ex-Líder do PMDB, Brossard, notou, também, que, hoje, os líderes parlamentares estão muito desprestigiados. Criou-se um clima em que cada cabeça é uma sentença. Basta verificar que os líderes combinam soluções e, depois, são surpreendidos por deliberações em sentido contrário. Isto foi largamente comentado por vocês, da imprensa, quando deram curso largo de espaço para os deputados novos que não aceitavam pratos feitos. Isso foi manchete quando, em qualquer parlamento do mundo, o antecedente histórico, a tradição parlamentar e a experiência por mais um mandato."

Como deputado novo, pela primeira vez eleito, eu repudio essas declarações do Sr. Ministro da Justiça do Brasil. (Palmas.)

Senti-me ferido, fiquei magoado, constrangido, humilhado até, por essas declarações do Sr. Ministro da Justiça.

Em razão disso quero ler o art. 16 do Regimento Interno:

“Art. 16. Os Ministros de Estado e dirigentes de entidades da administração pública, poderão comparecer perante às Comissões, quando devidamente convidados para prestarem informações acerca de assuntos relacionados com a elaboração do projeto da Constituição.”

Então, eu quero propor, ouvido aqui os meus colegas e, se outras Comissões não o fizerem, que esta Comissão convoque o Sr. Ministro da Justiça para os necessários esclarecimentos.

Com a palavra o nobre Relator, Constituinte Paulo Macarini.

O SR. RELATOR (Paulo Macarini) — Apenas para uma ponderação. É no sentido de que essa decisão fosse precedida, não digo de uma interpelação, mas de ouvir do Sr. Ministro Paulo Brossard, se S. Ex.^a confirma o que declarou o que está impresso aí no jornal, para que nós, açodadamente, não venhamos tomar uma posição que, talvez, não reflita a verdade dos fatos.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad) — Aliás, o nobre Deputado Arnaldo Faria de Sá já respondeu, também, através do mesmo jornal, dizendo que gostaria de interpe-lar o Sr. Ministro a esse respeito. Então, fica de pé a proposta aqui feita, complementada pelo Deputado Paulo Macarini, e nós, como Presidente da Comissão, vamos mandar um ofício ao Sr. Ministro, solicitando confirmação ou não dessas declarações. Conforme a sua resposta, nós poderemos, então, verificar a oportunidade ou não desta solicitação.

Algun dos Srs. deseja se manifestar? (Pausa.)

Não havendo quem queira se manifestar, nós agradecemos a presença de todos e damos por encerrada a reunião.

(Encerra-se a reunião às 12 horas e 40 minutos.)

**COMISSÃO DA FAMÍLIA, DA
EDUCAÇÃO, CULTURA E
ESPORTES, DA CIÊNCIA
E TECNOLOGIA
E DA COMUNICAÇÃO**

13.^a Reunião (Extraordinária)

Aos vinte e três dias do mês de abril do ano de mil novecentos e oitenta e sete, às dezoito horas e trinta minutos, na Sala de Reunião da Subcomissão, Ala Senador Alexandre Costa, Senado Federal, reuniu-se em caráter extraordinário a Subcomissão da Educação, Cultura e Esportes, sob a presidência do Senhor Constituinte Hermes Zanetti, com a presença dos seguintes Senhores Constituintes: Louremberg Nunes Rocha, Bezerra de Mello, João Calmon, Pedro Canedo, Átila Lira, Sólton Borges dos Reis, Octávio Elísio, José Moura, Paulo Silva, Márcia Kubitschek, Cláudio Ávila, Tadeu França, Florestan Fernandes, Ubiratan Aguiar, Osvaldo Sobrinho, Aécio de Borba, Antônio de Jesus, Chico Humberto e Gumerindo Milhomem. Havendo número regimental, o Senhor Presidente, ao declarar abertos os trabalhos, convida os representantes das entidades inscritas para fazerem parte da Mesa e apresentarem resumo das atividades realizadas na reunião anterior. O Constituinte Sólton Borges dos Reis ao lembrar qu a reunião da manhã se prolongou demais sugere as mesmas iniciativas que foram tomadas na apresentação dos depoimentos a fim de agilizar os trabalhos desta que ora se inicia. O Senhor Presidente solicita as providências da Secretaria em relação aos convites à Sociedade de Estudos e Atividades Filosóficas — SEAF — que será ouvida no próximo dia vinte e oito às nove horas. Tomam

seus lugares à Mesa os representantes do Conselho Federal de Educação na pessoa de seu Presidente, Doutor Fernando Gay da Fonseca, o Prof. Oswaldo Giustina, Chefe de Gabinete do Ministro da Educação que responde pelo Grupo de Trabalho, Educação e Constituinte do Ministério da Educação e a Professora Gilda Poli Rocha Loures, do Fórum Nacional dos Secretários de Educação. O Senhor Presidente leva ao conhecimento dos convidados, as normas para apresentação assim como o tempo que lhes é destinado e aos Senhores Constituintes. Iniciando seu depoimento o Professor Oswaldo Giustina afirma não caber ao Ministério constituir “lobby” e que estes cabem à Sociedade. Cita o nome das diversas associações que têm formado o grupo de trabalhos ligado à educação e que entregará brevemente a esta Subcomissão o pensamento da comunidade educacional no Brasil. Faz um breve relato sobre a aplicação do montante destinado à Educação, sua origem, como deve ser distribuído. Estabelece relação entre a escola pública e a privada; extensão da escola fundamental à escola básica; o ensino nos setores específicos da Sociedade, o ensino profissional; os excepcionais e a política a ser adotada nessas questões. Afirma que sessenta por cento dos recursos do Ministério da Educação são revertidos às Universidades e que cinco por cento são canalizados para a merenda escolar e material didático. Acredita que enquanto o Brasil for centralizado nas suas desigualdades, vai existir a burocracia e que as decisões do Conselho não têm força executória. O Presidente passa a palavra ao representante do Conselho Federal de Educação, Doutor Fernando Gay da Fonseca que agradece a oportunidade de oferecer contribuição a esta Subcomissão. Vê a Educação como matéria constitucional pelo seu conteúdo sociológico e por ser assunto de tão relevante importância não pode ser analisada apenas por educadores. Afirma que o Conselho Federal tem assistido o descumprimento constitucional em relação à transferência dos recursos destinados à escola privada. Acusa a falta de encaminhamento dos planos de carreira do Magistério ao Conselho Federal de Educação. Acredita na necessidade de uma revisão tributária uma vez que a União arrecada e só depois repassa aos Estados. Afirma que a canalização dos recursos ao ensino de primeiro grau deve ser assegurada. Afirma que as instituições educacionais têm vestido uma camisa-de-força e que encaminhará a esta Subcomissão, dados que serão subsídios à elaboração do texto constitucional. O Senhor Presidente registra a presença do Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Educação, o professor Fábio Vieira Bruno e passa a palavra a Professora Gilda Poli representante do Fórum Nacional dos Secretários de Educação que ao apresentar suas propostas, oferece aos Senhores Constituintes e ao público presente, os Princípios Educacionais para a Nova Constituição, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários da Educação — Consed. Ao cumprimentar os Senhores Constituintes parabenizando-os pelo convite às entidades que se apresentaram no dia de hoje a Professora recorda o compromisso do Fórum e dos Estados com a Educação. Cita a emenda Calmon como sendo a Lei Aurea da Educação. Defende a aposentadoria com proventos integrais aos vinte e cinco anos no magistério, ensino público, gratuito, laico mas não ateu. Escolaridade mínima e obrigatória a partir dos seis anos sem estabelecer limites de idade. Sugere a busca da descentralização de responsabilidades para que se possa garantir a qualidade do ensino. Oferta da educação pré-escolar pública e gratuita dos quatro aos seis anos. É a favor do funcionamento autônomo e democrático das Universidades. Afirma que o Estado deve ser co-participante da Educação uma vez que os municípios não podem arcar com todas as responsabilidades do ensino de primeiro grau. Acusa a disparidade entre as Universidades no Brasil citando o exemplo do Sul e a falta das mesmas no Norte e