



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**



# **DIÁRIO DO SENADO FEDERAL**

**SECRETARIA-GERAL DA MESA  
3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 54ª LEGISLATURA**

**Atas de Comissões Temporárias**

---

**ANO LXVIII – SUP. “B” AO Nº 71 – SEXTA-FEIRA, 17 DE MAIO DE 2013 – BRASÍLIA-DF**

---

MESA DO SENADO FEDERAL	
<b>PRESIDENTE</b> Renan Calheiros - (PMDB-AL) <b>1ª VICE-PRESIDENTE</b> Jorge Viana - (PT-AC) <b>2º VICE-PRESIDENTE</b> Romero Jucá - (PMDB-RR) <b>1º SECRETÁRIO</b> Flexa Ribeiro - (PSDB-PA) <b>2ª SECRETÁRIA</b> Angela Portela - (PT-RR)	<b>3º SECRETÁRIO</b> Ciro Nogueira - (PP-PI) <b>4º SECRETÁRIO</b> João Vicente Claudino - (PTB-PI) <b>SUPLENTE DE SECRETÁRIO</b> <b>1º</b> - Magno Malta - (PR-ES) <b>2º</b> - Jayme Campos - (DEM-MT) <b>3ª</b> - João Durval - (PDT-BA) <b>4ª</b> - Casildo Maldaner - (PMDB-SC)

As notas referentes à Mesa do Senado Federal encontram-se publicadas na Composição do Senado Federal (Vide Sumário).

LIDERANÇAS

<b>Bloco Parlamentar da Maioria</b> <b>(PMDB/PP/PSD/PV) - 28</b> <b>Líder</b> <b>Eunício Oliveira - Bloco</b> (62,70)  ..... <b>Líder do PMDB - 20</b> <b>Eunício Oliveira</b> (62,70) Vice-Líderes do PMDB Ricardo Ferraço (105) Romero Jucá (40,104)  <b>Líder do PP - 5</b> <b>Francisco Dornelles</b> (64) Vice-Líder do PP Ana Amélia (12,88)  <b>Líder do PSD - 2</b> <b>Sérgio Petecão</b> (84,87) Vice-Líder do PSD Kátia Abreu (11,13,52,60,85)  <b>Líder do PV - 1</b> <b>Paulo Davim</b> (75)	<b>Bloco de Apoio ao Governo</b> <b>(PT/PDT/PSB/PC DO B/PRB/PSOL) - 25</b> <b>Líder</b> <b>Wellington Dias - Bloco</b> (24,65,90)  Vice-Líderes Acir Gurgacz (49,55,67,97) Rodrigo Rollemberg (69,98) Inácio Arruda (89,99) Eduardo Lopes (37,45,63,100)  ..... <b>Líder do PT - 12</b> <b>Wellington Dias</b> (24,65,90) Vice-Líderes do PT Walter Pinheiro (22,27,93) Anibal Diniz (25,94) Paulo Paim (95) Eduardo Suplicy (96)  <b>Líder do PDT - 5</b> <b>Acir Gurgacz</b> (49,55,67,97) Vice-Líder do PDT Zeze Perrella (86)  <b>Líder do PSB - 4</b> <b>Rodrigo Rollemberg</b> (69,98) Vice-Líder do PSB Lídice da Mata (29,38,82)  <b>Líder do PC DO B - 2</b> <b>Inácio Arruda</b> (89,99) Vice-Líder do PC DO B Vanessa Grazziotin (1,91)  <b>Líder do PRB - 1</b> <b>Eduardo Lopes</b> (37,45,63,100)  <b>Líder do PSOL - 1</b> <b>Randolfe Rodrigues</b> (18,76)	<b>Bloco Parlamentar Minoria</b> <b>(PSDB/DEM) - 16</b> <b>Líder</b> <b>Mário Couto - Bloco</b> (34,61)  Vice-Líderes Wilder Moraes (101) Ataídes Oliveira (102) Cyro Miranda (31,103)  ..... <b>Líder do PSDB - 12</b> <b>Aloysio Nunes Ferreira</b> (7,68) Vice-Líderes do PSDB Cássio Cunha Lima (74) Alvaro Dias (78) Paulo Bauer (5,35,79,80)  <b>Líder do DEM - 4</b> <b>José Agripino</b> (2,10,14,44,46,77) Vice-Líder do DEM Jayme Campos (28,106)
<b>Bloco Parlamentar União e Força</b> <b>(PTB/PR/PSC/PPL) - 12</b> <b>Líder</b> <b>Gim - Bloco</b> (56,58,59)  Vice-Líderes Alfredo Nascimento (41,66) Eduardo Amorim (17,47,48,72) Blairo Maggi (19,51)  ..... <b>Líder do PTB - 6</b> <b>Gim</b> (56,58,59)  <b>Líder do PR - 5</b> <b>Alfredo Nascimento</b> (41,66) Vice-Líder do PR Antonio Carlos Rodrigues (92)  <b>Líder do PSC - 1</b> <b>Eduardo Amorim</b> (17,47,48,72)	<b>Governo</b> <b>Líder</b> <b>Eduardo Braga - Governo</b> (39)  Vice-Líderes Gim (56,58,59) Benedito de Lira Lídice da Mata (29,38,82) Jorge Viana Vital do Rêgo	

As notas referentes às Lideranças do Senado Federal encontram-se publicadas na Composição do Senado Federal (Vide Sumário).

EXPEDIENTE	
<b>Doris Marize Romariz Peixoto</b> Diretora-Geral do Senado Federal <b>Florian Augusto Coutinho Madruga</b> Diretor da Secretaria Especial de Editoração e Publicações <b>José Farias Maranhão</b> Diretor da Subsecretaria Industrial	<b>Claudia Lyra Nascimento</b> Secretária-Geral da Mesa do Senado Federal <b>Rogério de Castro Pastori</b> Diretor da Secretaria de Ata <b>Zuleide Spinola Costa da Cunha</b> Diretora da Secretaria de Taquigrafia

# SENADO FEDERAL

## SUMÁRIO

---

<b>1 – SECRETARIA-GERAL DA MESA</b>		
<b>1.1 – ATAS DE COMISSÕES TEMPORÁRIAS</b>		
<b>1.1.1 – Comissão Temporária destinada a acompanhar a crise institucionalizada na Federação Paraense de Futebol</b>		
Ata da 1ª Reunião, realizada em 17 de abril de 2013.....	4	Ata da 3ª Reunião, realizada em 11 de abril de 2013..... 4
<b>1.1.2 – Comissão Temporária destinada a debater e propor soluções para o financiamento do sistema de saúde do Brasil</b>		
		Ata da 4ª Reunião, realizada em 18 de abril de 2013..... 14
		<b>1.1.3 – Comissão de Juristas com a finalidade de realizar estudos e propor atualização da Lei de Execuções Penais</b>
		Ata da 3ª Reunião, realizada em 26 de abril de 2013..... 28

---

**SECRETARIA GERAL DA MESA****SECRETARIA DE COMISSÕES****SUBSECRETARIA DE APOIO ÀS COMISSÕES  
ESPECIAIS E PARLAMENTARES DE INQUÉRITO**

COMISSÃO EXTERNA PARA ACOMPANHAR,  
NO PRAZO DE NOVENTA DIAS, A CRISE  
INSTITUCIONALIZADA NA FEDERAÇÃO  
PARAENSE DE FUTEBOL – CTEFPF

**ATA DA 1ª REUNIÃO**

Ata Circunstanciada da 1ª Reunião, realizada em 17 de abril de 2013, às quatorze horas e trinta e dois minutos, na Sala nº 13 da Ala Senador Alexandre Costa, oportunidade em que foi instalada a Comissão com a presença dos Senhores (as) Senadores (as): Ivo Casol (PP/RO), Jarbas Vasconcelos (PMDB/PE), Magno Malta (PR/ES) e Mário Couto (PSDB/PA). Na ocasião foi eleito Presidente o Senador Mário Couto, também foi aprovado o Requerimento nº 001 de 2013.

**O SR. PRESIDENTE** (Mário Couto Bloco/PSDB – PA) – Declaro aberta a 1ª Reunião da Comissão Temporária, criada de acordo com o Requerimento nº 930 de 2012, com a finalidade de acompanhar, no prazo de noventa dias, a crise institucionalizada na Federação Paraense de Futebol – FPF.

**O SR. IVO CASSOL** (PMDB – RR) – Sugiro a eleição de Vossa Excelência para presidir os trabalhos desta Comissão por aclamação.

**O SR. PRESIDENTE** (Mário Couto Bloco/PSDB – PA) – Dessa forma, humildemente submeto meu nome para presidir os trabalhos deste Colegiado.

**O SR. IVO CASSOL** (PMDB – RR) – Parabeniço Vossa Excelência pela eleição e coloco-me à sua inteira disposição para auxiliá-lo no desenvolvimento dos trabalhos.

**O SR. PRESIDENTE** (Mário Couto Bloco/PSDB – PA) – Agradeço a todos pela confiança que me foi depositada e coloco a votação o Requerimento nº 001/2013, no sentido de que sejam realizadas diligências para apurar possíveis irregularidades na Federação Paraense de Futebol.

Então, submeto este requerimento à apreciação dos Srs. Senadores. (Pausa.) Em votação, o Requerimento está aprovado. E neste sentido comunico que amanhã estaremos eu e o Senador Ivo Cassol na Assembleia Legislativa do Estado do Pará, para iniciarmos a coleta de subsídios para levarmos a termo o objeto desta Comissão.

Muito obrigado, Srs. Senadores.

Está encerrada a reunião.

*(Iniciada às 14 horas e 32 minutos, a reunião é encerrada às 14 horas e 40 minutos.)*

Senador **Mário Couto**, Presidente.

COMISSÃO TEMPORÁRIA, CRIADA PELO  
RQS Nº 145 DE 2012, DESTINADA A DEBATER E  
PROPOR SOLUÇÕES, NO PRAZO DE NOVENTA  
DIAS, PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA  
DE SAÚDE DO BRASIL

**ATA DA 3ª REUNIÃO**

Ata Circunstanciada da 3ª Reunião realizada em 11 de abril de 2013, às 09 horas e 21 minutos, na Sala nº 09 da Ala Senador Alexandre Costa, ocorrida sob a presidência do Senador Vital do Rêgo (PMDB/PB) e com a presença dos Senadores: Humberto Costa (PT/PE), Paulo Davim (PV/RN) e Vanessa Grazziotin (PCdoB/AM). Deixaram de comparecer, justificadamente, os Senadores Antônio Carlos Valadares (PSB/SE) e Jayme Campos (DEM/MT). Na ocasião foi realizada Audiência Pública com a presença dos Senhores: Odorico Monteiro, Secretário de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde; Maria Socorro de Souza, Presidente do Conselho Nacional da Saúde; e Ronald Ferreira, Conselheiro Nacional de Saúde. Foi aprovado, ainda, novo Plano de Trabalho com as sugestões acolhidas na 2ª Reunião.

**O SR. PRESIDENTE** (Vital do Rêgo. Bloco/PMDB – PB) – Declaro aberta a 3ª Reunião da Comissão Temporária criada pelo Requerimento nº 145, de 2012, destinada a propor soluções para o financiamento do sistema de saúde do Brasil. Conforme convocação, a presente reunião destina-se à audiência pública com participação dos seguintes convidados: Sr. Odorico Monteiro, Secretário de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde; Srª Maria do Socorro de Souza, Presidente do Conselho Nacional da Saúde; e o Sr. Ronald Ferreira, Conselheiro Nacional de Saúde. Convido à mesa. Esta Presidência deseja a todos os nossos ilustres convidados, agradece a todos os nossos ilustres convidados as suas presenças. Inicialmente, consulto o nosso Relator se deseja fazer alguma preliminar ou já passaria, por ordem de convites, aos depoimentos. (Pausa.) Concedo a palavra, para suas manifestações, ao Sr. Odorico Monteiro, Secretário de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.

**O SR. LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE** – Bom dia a todos e a todas! Em nome do Ministério da Saúde, em nome do Ministro Alexandre Padilha, eu gostaria de agradecer ao Senado por este convite,

parabenizar o Senado, em nome do Senador Humberto Costa, por ter criado esta Comissão Temporária destinada a estudar, a refletir, a sistematizar sobre o grande desafio do financiamento da saúde e dizer da importância desse tema para os... Eu diria que este é o tema, a saúde, Senador Humberto Costa, Senador Vital do Rêgo, é uma agenda que, no que diz respeito ao financiamento propriamente dito, tem sempre uma equação que nunca fecha, porque as demandas são infinitas e os recursos finitos. Então você tem sempre aí, como regra, pela natureza do objeto, pela natureza do sistema e da complexidade, e essa equação se torna cada vez mais complexa e mais difícil em sistema de saúde universal. Eu diria que, se formos dividir o mundo em cenários de sistema de saúde, nós teríamos, pelo menos, cinco cenários. Eu diria que o cenário liberal, que foi o cenário americano, onde a saúde não é responsabilidade do Estado, não é um direito de cidadania, o cenário europeu, onde se consolidou, principalmente, no pós-guerra, os sistemas universais de saúde, o cenário asiático, onde você, como regra, tem, nos países, uma situação híbrida, ou seja, sistemas como o da China, que não é um sistema universal, e você tem a medicina tradicional chinesa, que é quem segura o tranco do sistema, mas você tem uma situação mista, que você tem uma medicina onde eles mesclam, da medicina tradicional chinesa, com a medicina ocidental e, em alguns locais, você tem a medicina ocidental pura, e Índia, que não tem um sistema também universal, tem 1,2 bilhão de habitantes, sistema praticamente indiano, quem segura o tranco é a medicina aiurvédica. Com o envelhecimento da população, isso leva a problemas graves do ponto de vista de acesso, principalmente quando se trata de oncologia e doenças crônicas não transmissíveis. A África, que tem uma situação que talvez seria o pior cenário do Planeta, porque não tem sistemas universais, tem conflitos, situações de guerras, e permanentemente diria ser um cenário crítico. O Brasil se destaca nesses cenários todos, porque tem um sistema universal recente, e a América Latina, que tem, hoje, tensões importantes indo para discussão de sistemas universais. Eu estou colocando isso para... Eu acho que um dos debates importantes é entendermos o contexto do financiamento nessa perspectiva dos sistemas universais e como é a situação do Brasil à luz dos outros países e outros investimentos. Feita essa introdução, vou dividir essa reflexão nesses. Primeiro, um contexto rápido da situação brasileira; depois, fazer algumas comparações em relação à realidade hoje interna do Brasil no sistema federativo e do Brasil com os outros países. No que diz respeito ao sistema universal brasileiro, essa realidade nossa termina sendo mais com-

plexa. Por quê? Porque nós somos o único país do mundo com um sistema universal de saúde que tem também um desenho extremamente complexo com uma quantidade de operadores sistêmicos superior a todos os outros países do mundo. Então, se pensarmos a Espanha, por exemplo, que tem um sistema universal como o nosso, embora a crise europeia tenha, o tempo todo, colocado os sistemas europeus de saúde em cheque, mas é um país que tem 17 operadores sistêmicos. O que eu quero dizer com isso? Você tem a Espanha, que tem 17 comunidades autônomas, e o desenho do financiamento está a União, ou seja, o governo espanhol, e 17 províncias. Se formos ao Canadá, você tem 10 operadores sistêmicos, a União e as 10 províncias, onde praticamente as províncias têm um desenho próprio e um financiamento próprio onde essa redução de operadores sistêmicos facilita a aplicação do princípio da universalidade e o da integralidade. Nós estamos construindo um sistema com 5.595 operadores sistêmicos. É um sistema que tem 5.568 Municípios, mais 27 Estados e a União, onde nós temos de construir sistemas locais de saúde dos quais 4 mil Municípios têm menos de 20 mil habitantes, mas um cidadão tem de ter acesso ao sistema de saúde integral onde há necessidade tecnológica, seja a situação em que você tem um estado que você tem em muitos desses Estados uma única cidade que garante 100% dos serviços da relação nacional de serviços de saúde a toda a sua população, e você tem a situação em que alguns estados, o Estado inteiro não consegue ter capacidade resolutive para o seu cidadão e que você tem que ter acesso à tecnologia de outro Estado. Então, essa compensação, esse fluxo de responsabilidades sanitárias constroem para nós um desenho extremamente complexo, porque o cidadão tem de ter acesso à universalidade, o financiamento é descentralizado nas três esferas – União, Estados e Municípios –, 75% do orçamento federal é descentralizado para Estados e Municípios, e nós não criamos estruturas, até hoje, de amarração das relações solidárias interfederativas ao ponto de que o fluxo do cidadão seja garantido onde ele estiver. Esse desenho interfederativo brasileiro coloca por si só também o nível de complexidade que tem implicações importantes no campo do financiamento. É muito importante esse contexto para entendermos que as experiências universais, ou são sistemas descentralizados, no máximo, para as províncias, ou sistemas unitários. O caso da França, por exemplo, é um país unitário que tem 26 departamentos, 22 departamentos no continente, 4 nas ilhas, mas no sistema unitário, a descentralização que ocorre está no âmbito de uma descentralização administrativa, gerencial. Nós fizemos, no administrativo, uma



descentralização da saúde que tem três componentes importantes: ela tem uma descentralização política, porque os entes da federação brasileira são entes autônomos, e temos uma descentralização política, administrativa e financeira. Essa descentralização, por si só, cria uma necessidade de uma nova reengenharia do Estado brasileiro para o caso da saúde, que tem uma particularidade em relação aos outros componentes das políticas públicas. Isso é muito importante de entendermos para que entendamos que parte da questão do financiamento também do Brasil não é só uma questão meramente de recurso, mas é também como gerenciar a complexidade dessa máquina interfederativa, única no mundo para o sistema de saúde. É muito importante, quando comparamos a saúde com as outras políticas públicas. Quando trabalhamos com a educação – e cito alguns exemplos importantes – da menor e da maior cidade do País. A menor é Borá, no Estado de São Paulo, que tem 950 habitantes. É um pequeno condomínio de qualquer cidade grande. São Paulo tem 11 milhões de habitantes. O desenho federativo brasileiro trata os Municípios como se fossem iguais, inclusive o desenho nosso, porque, para todos eles, foi destinada uma descentralização administrativa, política e financeira. Quando vamos para a educação, a cidade de Borá resolve todos os seus problemas de educação no âmbito do Município, na responsabilidade do Município, sem precisar do outro Município. Há um Município na educação destinado ao ensino fundamental. Essa cidade pode resolver todos os seus problemas sem precisar do outro Município. Se você pensar na Previdência, a relação da Previdência como uma política pública dessa cidade é da Previdência diretamente com os seus Municípios. Não há para a Previdência operar a necessidade de um desenho interfederativo. Quando pensamos nas LOAS, na responsabilidade, na seguridade social, o benefício da ação continuada, na relação do Ministério da Previdência com o cidadão de Borá é resolvido no âmbito do Município, sem a necessidade do outro. As relações da gestão pública local estão no espaço do seu Município. Quando você vai para a saúde, praticamente a grande maioria das necessidades da população de Borá tem de ser resolvida no entorno da cidade com vários prefeitos. Então, no caso da saúde, um prefeito nosso é prefeito da sua população, mas é prefeito da população do outro Município. Isso, no art. 26 da Constituição, que trabalha o interesse local, cria o tempo todo conflitos do ponto de vista de como é que a população, o fluxo dela para isso. Então, esse desenho também da complexidade do sistema traz para nós a necessidade de que repensemos as relações em relação à saúde. A Presidenta Dilma assinou

o Decreto nº 7.508, criando a região de saúde, mas nós não temos o ente da região de saúde na federação brasileira. Mas, na saúde, a região de saúde é um imperativo, inclusive. Como é que nós também vamos financiar esse espaço regional. Só para concluir. Quando você vai à cidade de São Paulo, pegando esse exemplo, nós temos uma cidade de São Paulo que tem 100% da Renas da população, resolve lá na cidade, e ela resolve 100% de vários procedimentos da população do Estado de São Paulo e da população de outros Estados, o que cria um arranjo para a saúde único na sua dimensão, na sua complexidade. Então, feita essa introdução, eu queria também fazer algumas reflexões sobre a situação do financiamento da saúde do Brasil comparada com outros países e a situação da saúde dentro do desenho interfederativo das responsabilidades de financiamento e, quando comparado à nossa situação com o sistema suplementar. Vou passar algumas lâminas. O próximo, por favor. (Pausa.) Aí, é para entendermos um pouco como é a situação nossa na América do Sul. Os investimentos em saúde, per capita, o PIB. Quando vamos para o PIB, estamos um pouco o que o PIB dos países, inclusive da Europa, o problema está exatamente na composição do PIB. Nós estamos gastando 9% do PIB com saúde. O problema é que praticamente só 45% dessa proporção do investimento é público. Então, esse também nos traz uma complexidade. E a outra coisa são os investimentos per capita. Argentina tem 1.3 dólares de investimento, per capita; o Brasil só 943; a Bolívia, 203; o Chile, 1.1; a Colômbia, 569; Equador, 503; Paraguai, 305; Peru, 400; Uruguai, 979 – mais do que o Brasil; e a Venezuela, 683. O próximo. (Pausa.) Os BRICS. Quando vamos para os BRICS. É isso que eu falei um pouco. Os BRICS têm uma realidade bastante complexa. O Brasil, dos BRICS, é o único universal. A União Soviética era um sistema universal e foi, praticamente, o primeiro grande sistema universal do ocidente, pouco trabalhado e pouco estudado por nós, mas parte da crise da União Soviética se manifestou, inclusive, na saúde. Quando a União Soviética entrou em crise, aumentou a mortalidade materna, aumentou a mortalidade infantil, aumentou o suicídio. E uma das, digamos, consequências da crise foi a eliminação da universalidade do sistema de saúde. No Brasil, nós temos esse per capita de investimento em 943, que é 9% do PIB; a China, 3.9 dólares. Agora, é importante que entendamos que quem segurou o tranco na medicina chinesa é a medicina tradicional chinesa. Então, parte da... Eles não conseguem entender, por exemplo, eu estive na China discutindo a questão da aids, em 2004, eles não acreditam que o Brasil tenha universalizado a droga para a aids. E é muito interessante, porque

you tem aquelas farmácias da medicina tradicional chinesa, farmácia de 500 anos, 400 anos, e o médico da medicina tradicional chinesa em cima, clinicando a 3 dólares a consulta, 5 dólares. Então, não é um sistema universal. Eles têm uma discussão importante. Essa é uma agenda dos BRICS, a saúde. A Presidenta Dilma tem tido um papel importante no protagonismo de discutir a questão da saúde, porque é muito importante, dentro dos BRICS, a relação dos países também com complexo produtivo da saúde. E a China tem discutido a universalidade para criança de até seis anos nos próximos 20 anos. Porque a universalidade significa a universalidade nas três modalidades que eles praticam da saúde: o sistema universal da medicina tradicional chinesa, da medicina mista ocidental e oriental e chinesa e da medicina. Nesse sentido, é um debate. A Índia tem o menor per capita, 132, com o menor gasto do ponto de vista do PIB, 4.2; a Rússia tem o maior – e aí, sem dúvida alguma, é o tensionamento produzido pelo modelo soviético, que ainda garantiu, sem dúvida, conquistas importantes de que a população não vai abrir mão, e a África do Sul, que se aproxima muito com o debate brasileiro na questão da universalização, já gastando 8.5% do PIB. Agora, o mais importante é a composição do PIB. Na Rússia, 64% do PIB é investimento público. A China, com 50%, mas com per capita baixa, com posição baixa do PIB, e o Brasil 45.7%. Próximo. (Pausa.) Aqui é mais ou menos de onde é que veio essa base de dados. Eu acho que é mais uma contribuição para ficar aqui para a Casa. O próximo, por favor. (Pausa.) Aí é um pouco, como eu falei. Nós fizemos um alargamento da base do Estado do brasileiro com as políticas públicas pós Constituição de 1988. É muito importante que entendamos que a Constituição de 1988 alargou a base do Estado brasileiro, aumentando as responsabilidades dos Municípios pelo processo de descentralização. O que essa tabela tem mostrado? Que, ao longo dos anos, temos uma redução do financiamento por parte da União, um aumento dos Estados – há tendência de os Estados aumentarem agora em função da Lei Complementar nº 141 – e o aumento progressivo das responsabilidades dos Municípios. Eu acho que esse também é outro debate que tem de ser feito, evidentemente. Eu ouvi ontem o Senador Humberto Costa, quando fez a apresentação pela TV Senado do contexto da Comissão Temporária, o CONAZ e o CONAZEM virão aqui também, na sequência desses debates. Então, eu acho que é uma agenda importante. O próximo. (Pausa.) É um pouco da composição desse PIB que eu falei. O próximo. (Pausa.) Agora, aqui, trazendo uma reflexão também sobre a questão da nossa relação com o sistema complementar. É muito importante

entendermos que os outros países europeus de sistemas universais não tenham o sistema complementar que nós temos. A nossa referência para debate com sistemas universais é a Europa, que acho que é importante, e o Canadá. Nesses países, a composição do PIB é praticamente, grosso modo, pública, quando colocamos a proporção do PIB público com o PIB privado. Nós, e aí é a nossa herança do processo no modelo industrial no século XX, produziu para nós esse modelo híbrido, porque, desde as primeiras caixas de aposentadoria e pensão da Lei ??? de 23, quando a assistência médica das caixas de aposentadoria e pensão, a partir de 26 e a partir da criação dos institutos da era Vargas, que o conjunto da classe média construiu os seus institutos, quando nós criamos o sistema universal, esse sistema complementar já estava forte: de um lado, o próprio modelo industrial do ABC paulista, que foi construindo esse espaço do operariado emergente, a partir da década de 60, quando veio a universalidade, esse sistema já estava consolidado, que representa, hoje, 45 milhões da população do sistema complementar. Quando colocamos ali 45 milhões da população SUS, isso é uma realidade, é mais uma questão de uma população 100% dependente. Mas tanto os 45% do sistema complementar como os 145% da população SUS são todos usuários do SUS. Cem por cento da população brasileira é usuária do SUS são usuários do SUS. Isso é muito mais para efeito didático de assistência médico-hospitalar por decomposição. Só para entendemos os gastos em saúde. Mas 100% da população brasileira é usuária do SUS porque o SUS não é um setor da economia. O setor complementar é o setor da economia, não é um subsistema privado. Inclusive, às vezes, equivocadamente, alguns acadêmicos têm colocado isso, mas, inclusive, já há algumas teses de doutorado defendendo e mostrando que o sistema brasileiro é único e o único sistema de saúde público é o SUS, e o único sistema de saúde é o público. O setor complementar não é um subsistema privado da economia, não é um subsistema de saúde. É um equívoco achar que é um subsistema. É um setor da economia, porque esse setor faz assistência médico-hospitalar, ele não faz vigilância sanitária, ele não faz vigilância saúde, ele não faz, ele não é um sistema. O sistema é o SUS, que 100% dos brasileiros. Esta água que estamos tomando, aqui, agora, é uma água do SUS, porque o SUS que dosou coliforme fecal na ponta de rede e é o SUS que dá o selo de segurança que faz com que possamos tomar essa água e não vamos adoecer. Quando vamos à padaria, vamos à padaria do SUS; quando vamos comprar carne, vamos comprar carne com o SUS; quando vamos ao motel, vamos ao motel do SUS, porque está lá o

SUS fazendo a vigilância sanitária da qualidade do uso do motel. É importante entendermos essa dimensão. Da camisinha também. (Risos.) Então, é importante entendermos que é um sistema que é vigilante à saúde brasileira, 24 horas por dia, 365 dias do ano. Eu sempre digo que o nosso grande desafio... Não estou aqui falando... querendo demarcar território com os outros, mas a educação trabalha com parte da população que estuda. Essa é a responsabilidade do setor. A Previdência trabalha com parte da população que é previdenciária. A assistência social trabalha com parte da população que necessita da assistência. Isso é fundamental! Mas a saúde, na hora em que o óvulo se encontra com o espermatozoide até a hora em que a pessoa vai para o leito perpétuo, a saúde tem de tomar conta da população. Em todos os sentidos. Então, esse é um desafio. É o maior sistema universal de saúde do mundo. Não há um país do mundo com a população com mais de 100 milhões de habitantes. São 11 países. O mundo tem 11 países com mais de 100 milhões. Os Estados Unidos nunca fizeram opção pelo sistema universal. O próprio Obama, que tem feito um esforço enorme do ponto de vista de ampliar o acesso à população mas não meche na estrutura do sistema que não é um sistema universal, é muito mais garantia de acesso, mas mantendo o mesmo sistema sem ser a universalidade. O México não tem sistema universal; a Rússia não tem sistema universal; China não tem sistema universal; o Japão não tem sistema universal; a Índia não tem sistema universal; a Nigéria não tem sistema universal; Paquistão não tem sistema universal; a Indonésia não tem sistema universal. Então, dos países com mais de 100 milhões de habitantes, nós somos o único. A Europa, o sistema universal mais, de maior habitante é a Alemanha, com 82 milhões. Então, é muito importante que entendamos a complexidade desse sistema, mas, mesmo assim... E olha o nosso desafio. Enquanto que a população alvo para o sistema suplementar, só na assistência médico-hospitalar, isso é importante, eles têm um custo de assistência em torno de 67 bilhões, quando somamos Estados, Municípios e União, estamos com 128 bilhões. O per capita do sistema suplementar é R\$1.487,00. O nosso per capita público R\$887,00, quase a metade. Então, isso coloca para nós esse desafio importante do sistema. Próximo. (Pausa.) É só para colocar alguns cenários que nós temos vivenciado. A União reduziu a sua participação cerca de 60% para cerca de 45% do investimento total, isso evidentemente que é importante. E não estão colocados os gastos recentes do PAC e os gastos recentes, principalmente deste ano, anunciados pela Presidenta Dilma, que nós estamos fazendo, Senador Humberto Costa e Senador Vital do Rêgo, um

dos maiores investimentos em sistema público de saúde. Eu fui Secretário de Saúde 20 anos, em quatro Municípios do Ceará – Capuí, Quixadá, Sobral e Fortaleza, nunca construí uma unidade básica de saúde com recursos federais. Algum recurso era emenda parlamentar. Nunca tive espaço, assim, para construir, mas o grosso era construído com recurso, ou do Estado, em parceria com o Estado, no caso do Ceará, tivemos alguns investimentos, hoje, não há um Município deste País que não tenha uma unidade básica de saúde sendo reformada, ampliada ou sendo construída com recurso federal. Então, temos aí... Esses dados são de até 2010. Não há aí os últimos investimentos feitos pelo Governo Federal na área da saúde que não têm sido poucos, principalmente com o PAC, com os recursos. Os Estados e Municípios aumentaram de 7 para 8% respectivamente sua participação. Então houve de certa forma, esse é um cenário. Os Entes aumentos significativos de seus orçamentos para a saúde no período, e a União dobrou os seus gastos de 2002 a 2008. Então, isso também é uma coisa importante. E a União tem principalmente, a partir de 2003, quando o Ministro Humberto Costa, o Senador Humberto Costa era Ministro de rigorosamente, já atendendo, àquela época, a emenda constitucional, ainda PEC nº 29, da saúde. Então a União, de 2002 a 2008, tem feito um esforço enorme de aumentar o orçamento. Mesmo assim, apesar de a sua participação diminuir em relação ao PIB. Então, grosso modo, era essa a contribuição que queríamos colocar, o Ministro Alexandre Padilha e a Secretária Márcia Amaral infelizmente vieram com questões de última hora que já estava agendado para a secretária vir, e estamos muito otimistas de que esta Comissão Temporária, importante iniciativa do Senador Humberto Costa, vai colocar, sem dúvida alguma, para nós elementos importantes para o financiamento de saúde no País. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo. Bloco/ PMDB – PB)** – Agradeço ao Dr. Odorico Monteiro. Passou imediatamente a palavra à Srª Maria do Socorro de Souza, Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

**A SRª MARIA DO SOCORRO DE SOUZA** – Mas tenho do mesmo, viu, Senador. Fiquei esquisito.

**O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo. Bloco/ PMDB – PB)** – Acabei de colocar o “do”.

**A SRª MARIA DO SOCORRO DE SOUZA** – Bom dia, Senadores; bom dia a toda a equipe de assessoria aqui presente; bom dia também aos componentes da Mesa, o Senador Vital, o Senador Humberto, que é meu conterrâneo de Pernambuco. Estamos praticamente com a Mesa Diretora, uma boa parte da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. Eu, como



Presidenta, mas há o Ronald, que é também um conselheiro nacional e que compõe a CONFIN, que é a nossa comissão que assessora o Conselho na área de financiamento e orçamento, e o Odorico, também representando o Ministério da Saúde. Primeiro, quero agradecer o convite e destacar a importância desta Comissão. Acho que a primeira coisa que é preciso destacar, aqui, é que nem sempre a pauta que chega no Congresso, seja Câmara ou Senado, termina reproduzindo muita fragmentação e coisas muito específicas. E acho que a pauta do financiamento tratada aqui, olhando um pouco esse papel da Comissão, é extremamente relevante, porque trazemos uma proposta de interesse público. Então, eu quero parabenizar, até porque nem sempre a pauta que chega ao Congresso Nacional expressa respostas ou vai no sentido de dar respostas mais estruturantes para o Sistema Único de Saúde. Então, eu quero parabenizar a iniciativa e o convite feito ao Conselho Nacional de Saúde. Estamos no início de um mandato, são três anos a nossa gestão, como Mesa Diretora, e eu na condição de Presidenta, e representando o segmento dos usuários. Eu sou assessora na CONTAG e tive a honra de ser conduzida a esta função pública, até pela legitimidade que a nossa categoria de trabalhadores e trabalhadoras rurais tem de ser essa fala do Secretário Odorico de ser uma população praticamente 100% SUS dependente. E, nesse sentido também colocar a importância de participarmos dos processos decisórios. Eu acho que todo esse panorama que o Secretário Odorico traz tem outra diferença relevante em relação a outros países, é que poucos têm participação social e poucos têm o controle social na saúde com a participação do setor organizado. Acho que isso faz diferença exatamente porque estamos aqui apontando os rumos que o País e que o Governo devem tomar, devem assumir. Então acho que estamos aqui com a relevância pública de grande monte. Peço desculpas pelo dia de ontem. Não foi possível vir aqui, e havia também toda uma composição da Comissão, aquela Comissão especial, mas isso para dizer também da minha dificuldade de agenda. Nesse sentido, gostaria também de chamar a atenção de que o que estamos discutindo com o financiamento do Estado, com o financiamento do SUS, é chamar a atenção do papel do Estado na distribuição de renda, na distribuição de riquezas. Até porque sabemos que, num país capitalista discutir proteção social é uma correlação de forças bastante desigual. E, como sociedade, segmento dos usuários, o panorama para nós, o ponto de partida de relevância é exatamente afirmar o papel do Estado na distribuição de riquezas, a partir de uma política setorial como é a saúde e a partir da qualidade dos servi-

ços públicos ofertados. Então, partimos desse princípio, que, para nós, é determinante, sobretudo quando estamos numa democracia. Segundo ponto. Eu gostaria de colocar aqui que vemos que, a partir do modelo de gestão e da forma de financiamento, hoje, para a saúde pública, vemos um risco muito grande do Sistema Único de Saúde não ser único. Na verdade, há um mix entre o público e o privado, o privado e o público, e aí é uma das questões que a Comissão traz para reflexão, se temos um sistema suplementar, o SUS, ou complementar ao SUS, mas muito também pela forma de financiamento hoje e pela forma do modelo de gestão, que, muitas vezes, tem sido justificada por algumas questões da Lei de Responsabilidade Fiscal, mas colocamos a preocupação do Conselho Nacional de Saúde de que algumas medidas podem, inclusive, levar ao risco de perda da característica que tem o SUS de ser um sistema único. E aí, Senadores, Senador Vital, Senador Humberto, que já teve a oportunidade para nós, foi uma honra do Estado de Pernambuco, da Região Nordeste, ter um Ministro da Saúde da nossa região, porque sabe exatamente a desigualdade regional que há. Acho que colocarmos no Conselho Nacional de Saúde, temos feito muitas reflexões e nos apropriado mais da discussão do orçamento e financiamento. Não é fácil, é uma discussão muito complexa, ficou muito a cargos, muito da gestão, e nos apropriarmos como setor organizado da sociedade, sobretudo como usuários e trabalhadores desse debate, foi preciso muito investimento no Conselho Nacional, inclusive contratando uma consultoria específica dessa área, onde aprimoramos bastante a qualidade da nossa intervenção e num diálogo efetivo também com o Ministério da Saúde. É preciso que registremos, aqui, a nossa autonomia, autonomia que o Conselho Nacional conquistou com a consultoria externa de olhar melhor todos os instrumentos trazidos à disposição do controle social, também com a contribuição e a transparência do Ministério da Saúde, e hoje conseguimos fazer uma análise melhor dessa situação, é preciso que se registre isso, inclusive com a nossa contribuição, aqui, neste momento. Eu queria chamar atenção exatamente dos desafios que também estão colocados no Conselho Nacional de Saúde para todos nós. Primeiro, que o mecanismo tem um sistema para todos, e percebemos que o posicionamento do hoje colocado na distribuição dos recursos, ela coloca uma responsabilidade muito grande para a sociedade, mais do que para o Estado. Hoje, estamos gastando mais da nossa contribuição direta ou com planos privados de saúde ou com questões complementares, despesas complementares, aquilo que o SUS não nos fornece. Então, eu venho de uma categoria que, para

nós, isso é claríssimo. A CONTAG fez algumas escutas itinerantes com 400 lideranças, isso recentemente. Envolvemos mais de 200 Municípios nessa escuta. Então, a nossa categoria, por exemplo, nessa situação da distribuição do desembolso direto e dos gastos com saúde, aquilo que não é ofertado no SUS, inclusive o IPEA e o IBGE chamam a atenção que é uma das áreas que mais tem desembolsado diretamente gastos com saúde é o campo, é na área rural. Exatamente uma população que é 100% dependente do SUS, que tem uma renda baixa – muitas vezes até de dois salários mínimos –, mas que desembolsa exatamente com exames especializados ou com medicamentos que não conseguem na atenção básica. E o IPEA chama a atenção, porque estamos aumentando cada vez mais esse gasto, mais do que a população urbana. Então, há um posicionamento, uma equação também que não bate. Essa equação é complexa no olhar da gestão, mas ela também é complexa para nós no olhar da sociedade. Como é que temos um sistema de saúde que é para todos, mas que tem um posicionamento da distribuição dos gastos de saúde bastante desigual, onde ainda pagamos cerca de 53%, conforme os dados do ano de 2012. Acho que outra coisa que não poderíamos colocar aqui, do ponto de vista de uma equação que não bate, são as desigualdades regionais. Então, falamos de um Brasil que é muito diverso, há essa complexidade entre todo um pacto federativo, mas também tem de se reconhecer nesse debate as desigualdades regionais. Eu venho do Nordeste, e temos uma massa enorme de representação na Região Norte, tive a oportunidade, no mês de fevereiro, de fazer toda uma escuta itinerante também na Região Amazônica, e é um debate que o Conselho Nacional de Saúde traz a partir também da sua representação. Discutir financiamento também implica enfrentar o debate das desigualdades regionais e das desigualdades locais. Também há um desafio colocado para nós que é óbvio que é a regulamentação do setor suplementar. Temos uma prioridade de afirmá-la dentro a importância do sistema pública universal integral de saúde, mas cabe também ao Conselho Nacional a discussão de contribuir com a regulação do setor suplementar. Com isso, quero também dizer que, ontem, tivemos a mobilização do dia da Saúde +10, dentro da pauta do 7 de abril, Dia Mundial da Saúde. Tivemos, aqui, cerca de, mais ou menos, 1.500 lideranças de todo o Brasil. Fomos recebidos na Câmara e no Senado. Inclusive o Presidente da Câmara nos recebeu, e foi uma sinalização muito importante de que essa pauta vai ser priorizada nesta Casa e na Câmara. Então, isso para dizer que a sociedade está mobilizada e atenta também a esse debate. E aí eu queria colocar, num olhar,

eu quero dividir os Senadores, a fala também com o Ronald, no sentido de ele ter acumulado, na COFIN – Comissão de Financiamento –, algumas propostas nossas, mas, primeiro, temos muita compreensão de que essa responsabilidade de alocar mais recursos para o financiamento da saúde, a nossa bandeira são os 10% da receita bruta corrente da União, eu queria colocar que temos clareza de que não dá só para pensar esse desembolso todo, esse investimento todo, só a partir do setor saúde, até porque o setor saúde não é tão compreendido ainda como o complexo voltado para o desenvolvimento. É preciso também reconhecer que não é só investimento social, a saúde também gera emprego, a saúde gera desenvolvimento, a saúde tem um complexo industrial que precisa ser fortalecido. Então, esse volume de recursos com a bandeira que levantamos dos 10%, R\$45 bilhões, temos a compreensão de que nem tudo dá para sair do setor saúde. Agora, é preciso também colocar na agenda do debate a reforma tributária. E isso é distribuição de renda. Não dá para discutir, no Brasil, crescimento, desenvolvimento econômico, sem distribuição efetiva de renda. E aí, nesse sentido, a reforma tributária, como sendo uma medida importante para pautar o debate nesta Casa. Eu acho que compete a nós destacar os principais problemas, Senadores, do subfinanciamento. Um deles é o contingenciamento. Quer dizer, essas medidas do Governo têm sido menores, na atual gestão, mas há contingenciamento. E uma das questões que queremos levantar é esta: por que a saúde é um direito constitucional, é dever do Estado, nós temos já problemas de déficit no orçamento da saúde, por que ainda há contingenciamento numa área que é determinante, enquanto que em outras áreas que não são constitucionais não há. Inclusive, todo o volume de dívida pública, porque aí não temos contingenciamento, não temos medida alguma nesse sentido em relação às dívidas públicas, mas há para uma área estratégica que remete e garante vidas por algumas decisões de governo. E outras áreas não são. Eu queria colocar outro problema do subfinanciamento exatamente também os restos a pagar. Temos feito grandes discussões também com a contribuição de consultorias externas. Essa disponibilidade financeira anual e o orçamento é outra equação que não bate. E aí temos o problema dos restos a pagar, muitos valores são cancelados, e vamos acumulando um déficit. Nessa questão do contingenciamento e dos restos a pagar, temos também uma implicação para os Estados e Municípios, boa parte do dinheiro que vai para o Município e para os Estados é fundo a fundo, é um grande volume de recurso, sobretudo para o Município, ter contingenciamento, implica também a capacidade de

repassa para os Municípios, e ainda temos que enfrentar toda a dificuldade dos valores cancelados. O Conselho Nacional de Saúde tem algumas propostas que vimos acumulando, tanto é que estávamos aqui com uma representação expressiva de várias lideranças do Brasil inteiro, de várias organizações, estávamos com as centrais sindicais, igrejas, CONAZ, CONAZENS, várias organizações populares, e a nossa grande reivindicação e bandeira é exatamente acumular forças para colocar, aqui na tramitação, um projeto de iniciativa popular. É isso que estamos levantando, a bandeira de 10% da receita bruta corrente da União. E queremos exatamente o apoio para viabilizar esse projeto de iniciativa popular. O outro é exatamente a revisão e a redução da renúncia fiscal. É outra proposta que trazemos aqui, e isso garantiria também, hoje, está estimado em 22 bilhões, e o que representaria isso exatamente também para um investimento maior no setor da saúde. Outra nossa reivindicação é mais recursos para a atenção básica. Não é tirar da média e alta complexidade e transferir para atenção básica. Há um déficit tanto em um quanto em outro. Então, é importante como uma proposta desta Comissão na defesa de mais recursos para a saúde é que não tiremos mais de uma área para compensar a outra. Na verdade, as duas estão com déficit, e entendemos, na nossa proposta política de fortalecimento do sistema público de saúde que a atenção básica tem de ser prioridade. E aí eu não poderia incluindo a vigilância. Incluindo aí a vigilância. É muito difícil discutir com a gestão local o papel da vigilância com autonomia. Eu estive no Mato Grosso do Sul, fiquei muito preocupada, não é novidade para a CONTAG, não é novidade para a minha entidade, mesmo na condição de presidente, eu não posso me eximir da minha identidade política. A nossa identidade é com a categoria, porque 100% dependem do SUS. E é isso que nos legitima nesse espaço. E eu não poderia deixar de colocar, aqui, também o papel e a importância de fortalecer a vigilância e é uma bandeira também que, no Conselho Nacional de Saúde, reforçamos, até porque há muita omissão do poder municipal enfrentar e garantir condições de ação efetiva. Então, discutir essa atenção básica, inclusive é no sentido de reforçar a vigilância em todos os níveis, há muitos trabalhadores – cerca de 700 mil trabalhadores/ano, no Brasil –, que sofrem permanentemente riscos de acidente, adoecimento no processo de trabalho. Enfrentamos o modelo produtivo no País que é danoso à saúde da classe trabalhadora, a construção civil, quem está na agricultura, a construção civil, hoje, ainda tem muita regulação; no setor da agricultura, há menos; nós temos populações imensas expostas a agrotóxico, e a vigilância precisa de

um papel, de um fortalecimento também, inclusive de investimentos. E aí, quando discutimos aqui esse investimento e como a prioridade é a discussão das regiões de saúde. Quer dizer, para o Governo, há 100% de cobertura das regiões de saúde. Mas precisamos, na discussão do financiamento, discutir essas dimensões das desigualdades. O que significa uma região de saúde, por exemplo, no Estado do Amazonas? O que significa a região de saúde lá na região de Pernambuco ou do sertão do Ceará com outras condições também de rede, estruturas e serviços organizados? Então, é preciso fazer essa discussão, e, com certeza, o custo é mais caro, é mais caro fazer saúde no Amazonas, sem sombra de dúvidas. O que vemos, na verdade, lá, é população inteira, inclusive sendo transportada para Manaus, cinco, seis dias de barco, ou dez horas de barco, e aí de que região de saúde nós estamos falando? Que condições de enfrentar essas desigualdades locais? É importante também fazer essa discussão porque muitas vidas estão sendo perdidas. Há mulheres parindo dentro de barco. Para finalizar, a nossa proposta também é no sentido de compensar os valores cancelados dos restos a pagar e o ressarcimento também do sistema suplementar e finalizando a importância também da responsabilidade sanitária. Então, eu queria só aproveitar estes últimos minutos complementares para, se a Mesa permitir. Gostaria só de dizer aqui que, no dia de ontem, nós perdemos uma companheira. Nós perdemos na mobilização de ontem, uma companheira exatamente do Mato Grosso do Sul, do Município de Corumbá, com anemia falciforme. Ela não chegou à Esplanada, ela teve de ser atendida com urgência na UPA de Recanto das Emas, e conseguimos, com todo apoio também do Ministério e do GDF, transferi-la para o HRAN, mas, hoje de manhã, tivemos a notícia do falecimento. Então, uma companheira do Mato Grosso do Sul, conselheira de saúde do Município de Corumbá, com anemia falciforme, teve complicações. Daqui a pouco, também precisamos nos solidarizar com esse contexto e também fazer, no dia de hoje, outras discussões. Não poderia deixar também, Senador, de colocar o seguinte. Vamos ter uma conversa hoje com Arlindo Chinaglia sobre a urgência do projeto do Osmar Terra. Nós estamos muito preocupados com que esta Casa não faça maiores debates – a Casa, o Senado ou a Câmara – sobre esse tema. Fazemos um apelo a todos vocês: não façam – no caso, por essa inter-relação Senado/Câmara –, vocês são Parlamentares, são políticos, e conversam, está lá na Câmara, mas é um apelo também aqui neste espaço, não poderia deixar de fazer isso, da internação compulsória. Temos a preocupação de que isso não tenha tido debate acumulado suficiente, sobretudo para os



sujeitos dessa política. Eu acho que, como sujeitos da política, devem ser ouvidos. Então, é um apelo para que não votemos em regime de urgência, e demos oportunidade de acumular mais debates. Então, agradeço e passo para cá.

**O SR. RONALD FERREIRA** – Bom dia, Senador Vital do Rêgo...

**O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo. Bloco/PMDB – PB)** – Só um minuto! Passamos a palavra, para efeito de organização do nosso setor de comunicação e arquivo, ao Sr. Ronald Ferreira, Conselheiro Nacional de Saúde.

**O SR. RONALD FERREIRA** – Bom dia, Senador Vital do Rêgo, Senador Humberto Costa, Senador Paulo Davim, Odorico, Socorro. Eu gostaria de pedir licença ao Presidente para nós fazermos uma singela homenagem a essa Conselheira cujo nome é Valtênia Águida da Costa, Conselheira Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Corumbá, Conselheira do Conselho Estadual de Saúde, que, até os últimos momentos da sua vida, dedicou à luta na defesa da participação popular, na defesa desse sistema tão rico, construído pelo povo brasileiro, e que acho que é a questão principal do objeto desta Comissão é a proteção da vida. Acho que essa lutadora merece um registro, ser registrada não apenas como uma cidadã, mas como uma lutadora. Por isso, achei a importância de registrar o nome da Valtênica Águida da Costa neste momento. O Conselho Nacional de Saúde, particularmente a sua Comissão de Orçamento, vem tentando, ao longo dos últimos anos, subsidiar o controle social na qualificação da sua intervenção, mas principalmente buscando sistematizar o acúmulo que a participação popular desenvolveu ao longo dos últimos anos no sentido de entender, propor, formular, mobilizar a sociedade brasileira em torno da garantia desse direito. O Sistema Único de Saúde nasce com um problema congênito, que é o problema do seu financiamento. Levamos 10 anos para garantir na Constituição uma destinação, mais 11 anos para regulamentar esse financiamento, mesmo essa regulamentação ainda ficou com um problema sério, onde não ficou definida a justa participação da União na garantia desse direito. Por isso mesmo, o controle social, o Conselho Nacional de Saúde tem mobilizado a sociedade brasileira no sentido de o povo brasileiro ser o autor, como foi na Constituinte ao propor o Sistema Único de Saúde um projeto de iniciativa popular, da mesma forma o povo brasileiro ser autor de parte da solução do financiamento apresentando um projeto de lei de iniciativa popular. Esse foi objeto de ontem. Então, o Conselho Nacional de Saúde tem se debruçado ao longo do tempo. A nossa Presidente já colocou um pouco a análise a respeito das discussões,

os grandes dramas. E, da mesma forma, a proposição dos 10% da União não é uma proposição que o Conselho Nacional de Saúde trouxe agora. Foi objeto de debate nesta Casa. Da mesma forma, há discussão a respeito da regionalização, que é uma das formas da gestão. Não é um debate de agora. Ou seja, longe de querer simplificar o quão complexo é a gestão e o financiamento, mas parte importante do conjunto das soluções tanto do financiamento da gestão, do ponto de vista da formulação política, nós já apresentamos, já atemos, há muito tempo, desde, inclusive, do ponto de vista assistencial, de governança ou de gestão, desde o nascimento do Sistema Único de Saúde. Então, a nossa função aqui é acumular e construir lastro político na sociedade para que algumas proposições que já tramitam ou que já tramitaram aqui, nesta Casa, tenham capilaridade e lastro nas diversas organizações. No caso dos 10% da União, nós conseguimos o Conselho Nacional de Saúde e as suas diversas entidades, mobilizar amplos setores da sociedade brasileira. Hoje, nós podemos dizer que o que tem de sociedade civil organizada neste País está, de alguma forma, envolvido, mobilizado, no sentido de ampliar o lastro político, buscar as assinaturas, participação, e queremos trazer mais de dois milhões de assinaturas, aqui, para o Congresso Nacional, nesse projeto de lei. Já alcançamos 1,250 milhão assinaturas. Vamos trazer, aqui, para apresentar essa pauta que já esteve aqui presente. Do ponto de vista do financiamento, para não me alongar muito, há algumas formulações que, ao longo do tempo, a participação popular já apontou. Algumas, inclusive, já tramitam aqui no Congresso Nacional: umas na Câmara; outras no Senado. Vou destacar apenas três das proposições que estão na agenda política do Conselho Nacional de Saúde. A primeira é a taxação das grandes fortunas. É deliberação das últimas conferências nacionais de saúde e os cálculos dão conta de que 957 CPFs, se taxados adequadamente, tenham condições de apenas 957 CPFs. Certo? Contribui com mais de 8 bilhões/ano. A concentração de renda, no nosso País, é algo escandaloso, é um dos países onde há maior concentração absolutamente desproporcional. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde, as suas conferências, tem uma proposta concreta e objetiva, inclusive que tramita e que deve ser objeto de reflexão desta Comissão. Outra proposição, também de origem das conferências do debate da participação da sociedade no controle social, é a discussão de destinação de 50% dos royalties do petróleo também para garantir à saúde, porque, se não houver saúde, investe-se em educação, muito provavelmente esse recurso que você vai investir em educação não vai ter o retorno necessário. Portanto, é

proposição do controle social, do Conselho Nacional de Saúde, a discussão da participação dos royalties do petróleo na garantia do financiamento da saúde. A terceira proposição que vem já sendo elaborada há algum tempo, no Conselho Nacional de Saúde, é a questão do ressarcimento dos serviços prestados pelos planos de saúde. É muito, muito baixa e muito pouco eficaz, embora reconheçamos que, nos últimos dois anos, o Ministério da Saúde arrecadou, conseguiu buscar, cobrar o que em dez anos não havia conseguido cobrar. Mas as indicações e estruturas que têm o serviço suplementar dão conta de que o tamanho do ressarcimento necessário para os cofres públicos do setor suplementar pode significar um aporte importante para garantir o financiamento do Sistema Único de Saúde. E uma proposição que o Conselho Nacional de Saúde fez, à época do debate nesta Casa, a respeito do fim ou não da Contribuição sobre Movimentação Financeira, nós trazemos a reflexão a respeito desse bolsa empresário que foi definido com o fim da CPMF. Ou seja, com a discussão de diminuir os custos da produção, não vimos um centavo dos mais de 30 bilhões que a CPMF garantiu, garantia para o financiamento da saúde, um centavo em redução de preço, ou seja, foi, com os dados que nós temos na Comissão de Orçamento que davam conta de que 80% dos recursos oriundos da CPMF eram do sistema financeiro e da grande indústria que era a principal origem dessa fonte de recurso. Nós temos uma crítica a essa decisão uma vez que esses recursos fazem muita falta ao financiamento do Sistema Único de Saúde. E também a discussão que é a necessidade de se ter uma reflexão que a nossa Presidente já colocou, também em termos de reflexão, é o problema do contingenciamento e do cancelamento dos restos a pagar. É insuficiente – nós sabemos – os recursos destinados, mas, mesmo esses recursos destinados são contingenciados em um valor importante, significativo desses valores são cancelados e não são realocados. Hoje, em 2013, está na ordem de 12 bilhões o que está anotado em restos a pagar. Ou seja, muito em virtude do processo de contingenciamento, e há necessidade de uma reflexão a respeito da solução desses importantes recursos. Acredito que possamos, em conjunto, aqui, encontrar uma boa solução. Era isso, Senador. Obrigado!

**O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo. Bloco/PMDB – PB)** – Agradeço a participação do Dr. Ronald. Gostaria de questionar os Srs. Senadores se têm alguma indagação a fazer aos nossos convidados e palestrantes. (Pausa.). Pela ordem e precedência, o Sr. Relator, Senador Humberto Costa.

**O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco/PT – PE)** – Eu tenho um conjunto de perguntas a serem feitas, mas,

devido ao adiantado da hora, eu vou repassar para cada um dos palestrantes. Boa parte também dessas perguntas já foram respondidas pelo representante do Ministério, o Secretário Odorico, e registrar que a contribuição das duas instituições que aqui estiveram, o Ministério e o Conselho Nacional de Saúde, foram muito significativas. Trouxeram-nos argumentos importantes para travarmos esse debate, que não vai ser fácil, e provavelmente vamos novamente nos encontrar, porque a ideia é que, desta Comissão, saíamos com uma proposta, um projeto de lei que amplie os recursos para a saúde. Então, antes de trazer para a Comissão de Assuntos Sociais, vou convocar essas instituições para fazermos esse debate, tentarmos chegar a um consenso.

**O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo. Bloco/PMDB – PB)** – Senador Paulo Davim.

**O SR. PAULO DAVIM (Bloco/PV – RN)** – Quero saudar a Mesa, o Sr. Odorico, a Sr<sup>a</sup> Maria do Socorro, o Sr. Ronald. O Odorico fez uma exposição com muitas informações interessantes e fez uma afirmação que é a mais absoluta verdade: tudo é saúde. E citou o exemplo da água, do motel, da padaria. Mas é verdade, tudo é saúde; em contrapartida, nem tudo contribui para a saúde. Se você, na sua casa, quer ter acesso à TV a cabo, você paga para ter acesso à TV a cabo; se você quer ter acesso ao estacionamento, você paga para ter acesso ao estacionamento. Mas eu não vejo essa preocupação geral, no contexto da sociedade, essa preocupação em contribuir com a saúde da sociedade. E o mote desta Comissão são fontes de financiamento para a saúde. Não é só remanejar recursos do próprio orçamento para a saúde, como foi bem colocado pelo Ronald, pela Maria do Socorro, a questão do contingenciamento, a questão dos 10%, enfim, isso justo, legítimo, tem de ser, eu também acho. E eu acho que, se o Município dá a sua contrapartida, o Estado dá uma contrapartida, a União tem de dar também. Concorde em gênero, número e grau. Isso também fará parte, na minha visão, do relatório final desta Comissão. Mas eu me preocupo muito é com fontes adicionais, porque eu acho que no Brasil se contribui pouco para a saúde. Há uma preocupação muito grande com outros setores e menos com a saúde. Os recursos da educação quintuplicaram. Da assistência social passou 10 vezes o aumento; mais de dez vezes aumento. A saúde, não! As pessoas reclamam, reclamam e reclamam da saúde, mas não querem contribuir para a saúde. Há um raciocínio – e aí quero até fazer um comentário a respeito do Conselho Nacional de Saúde –, que é mais ou menos, como eu diria já conhecido, tradicional. Recurso para a saúde vem os mesmos raciocínios: são os dez por cento, é o contingenciamento. Nenhuma



crítica, também concordo com isso. Está certo? Tudo bem! Mas não dá para discutirmos fontes adicionais, novas fontes? Porque nós vamos apenas tirar o bolo de um lado e colocar no outro. Entendeu? Mas o orçamento é o mesmo. E a impressão que tenho é de que a nossa Comissão está empenhada em discutir novas fontes de financiamento. Nós queremos, é lógico, essas questões foram levantadas aqui. Para dar um exemplo claro: a água. Para ter uma qualidade de água boa, é bom que se contribua para ela. O trânsito, todos nós sabemos que os acidentes de trânsito são responsáveis pela sangria na saúde pública, pelos corredores abarrotados. Mas, se pegar as multas, não tem especificamente um percentual destinado à saúde, não há. Há para construção de estrada, educação do trânsito e tal, essas coisas todas, mas para a saúde não há. A questão do marco regulatório das minas tem de ser discutida. É muito dinheiro. Dos royalties, dá muito dinheiro. Seguradora, eu não vejo ninguém mexer em seguradora aqui no Brasil. Há seguradora, aqui, que tem o lucro de 5 bilhões/ano. Há não sei quantos anos está congelado o prêmio do IPVA. Está congelado. E há um projeto que passou para a seguradora a responsabilidade de determinar o reajuste. Eu fiz um pronunciamento no Senado, outro dia, que diz, foi um contrabando que colocaram na medida provisória. Entendeu? E passou a responsabilidade de estabelecer o reajuste do prêmio de acidente de trânsito para a seguradora. O que ela fez? Congelou, mas todo ano aumenta a contribuição. Tem um lucro absurdo. Seguro de vida, seguro de carro, seguro de roubo, as seguradoras todas, têm um lucro tal quais os bancos. Contribui para a saúde? Não, passa a mais. Eles são perfeitos. Eles passam à margem da especulação da imprensa, não despertam o nosso olhar para mexer lá, nós, Parlamentares, precisamos abrir essa caixa preta. Então, para resumir, eu acho que é interessante que exerçamos, ou exercitemos o raciocínio no sentido de descobrir novas fontes de financiamento. O Conselho Nacional de Saúde tem cabeças privilegiadas, pessoas comprometidas com a saúde, com o SUS. Mas eu sugiro que se faça um exercício, e tenho certeza de que vocês são brilhantes e contribuirão com certeza com esta Comissão, trazendo-nos opções para discutirmos como novas fontes de financiamento de saúde. Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE (Vital do Rêgo. Bloco/PMDB – PB)** – Agradeço. Havendo quórum, coloco a ata em votação. Está em discussão a ata da reunião anterior. (Pausa.) Não havendo quem queira discutir, em votação. Esta Comissão presta também a sua solidariedade à memória de Valtênia Aga Costa, Conselheira estadual de saúde, Presidente do Conselho

Municipal de Corumbá, sul-mato-grossense, vitimada, ontem, aqui em Brasília, no exercício de sua brilhante cidadania. Nada mais havendo a tratar, agradeço a participação dos senhores. Desculpem-me. Na reunião passada, foram propostas algumas alterações no plano de trabalho do Senador Humberto Costa, que foram plenamente acatadas por esta Comissão. Eu gostaria de apenas formalizar e pedir a aprovação de V. Ex<sup>as</sup>. Em discussão. (Pausa.) Aprovada. Na próxima semana, estamos convocando a reunião com um novo plano de trabalho.

*(Iniciada às 9 horas e 21 minutos, a reunião é encerrada às 10 horas e 27 minutos.)*

Senador **Vital do Rêgo**, Presidente.

**“COMISSÃO TEMPORÁRIA, CRIADA PELO RQS Nº 145 DE 2012, DESTINADA A DEBATER E PROPOR SOLUÇÕES, NO PRAZO DE NOVENTA DIAS, PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL”.**

#### **ATA DA 4ª REUNIÃO**

**Ata Circunstanciada da 4ª Reunião realizada em 18 de abril de 2013, às 09 horas e 21 minutos, na Sala nº 09 da Ala Senador Alexandre Costa, ocorrida sob a presidência do Senador Paulo Davim (PV/RN) e com a presença do Senador: Humberto Costa (PT/PE). Deixaram de comparecer os Senadores Antônio Carlos Valadares (PSB/SE); Jayme Campos (DEM/MT) e Vital do Rêgo (PMDB/PB). Na ocasião foi realizada Audiência Pública com a presença dos Senhores: Jurandi Frutuoso Silva, Secretário Executivo do CONASS e Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda, Secretário Municipal de Saúde de Formosa/GO e representante do CONASEMS.**

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Bom dia a todos e a todas.

Declaro aberta a 4ª Reunião da Comissão Temporária criada pelo Requerimento nº 145, de 2012, destinada a propor soluções ao financiamento do sistema de saúde no Brasil.

Conforme convoca a ação, a presente reunião destina-se à audiência pública com a participação dos seguintes convidados, já convidando-os para comporem a Mesa, o Sr. Jurandi Frutuoso Silva, Secretário Executivo do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), e o Sr. Rodrigo César Faleiro de Lacerda, Secretário Municipal de Saúde de Formosa, Goiás, e representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o CONASEMS.

Os convidados já à Mesa, eu passo a palavra ao Relator, Senador Humberto Costa.

**O SR. HUMBERTO COSTA** (Bloco/PT – PE) – Sr. Presidente, Srs. Senadores e Senadoras, representantes aqui do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, como é do conhecimento de todos, esta nossa Comissão tem um objetivo bem concreto: discutir a situação do financiamento no Brasil, elaborar um projeto de lei ou mais de um projeto de lei, para que possamos solucionar ou minimizar esse problema. Então, para nós, é uma alegria poder recebê-los aqui.

Nossa ideia é que, no máximo em dois meses, tenhamos discutida e definida uma proposta e aí vamos trazê-la para a Comissão de Assuntos Sociais e envolver todo o Senado nessa discussão. Então, a contribuição de V. S<sup>as</sup> é muito importante para nós neste dia de hoje. Fiquem à vontade.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Dando seguimento à presente reunião, eu passo a palavra ao Sr. Jurandi Frutuoso Silva, Secretário Executivo do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), para a sua exposição.

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – Bom dia, queria saudar o Senador Paulo Davim, o Senador Humberto Costa, tenho pelos dois uma admiração e um conceito da mais alta conta, pelo compromisso que cada um tem de desempenhar bem o seu papel; e aqui também saudar o Rodrigo, que fala pelo CONASEMS.

Essa minha participação, na verdade, vai representar a fala do CONASS, que tem como Presidente o Dr. Alecrim, Secretário do Amazonas. O tema em discussão é para nós da mais alta relevância e isso não representa o meu pensamento, o que está aqui posto é o pensamento do Conselho e tenho aqui a Viviane, que veio comigo, lá do CONASS, e que vai me ajudar aqui nos debates.

Eu queria primeiro elogiar a Comissão. Eu acho que essa atitude de trazer de volta o tema do financiamento para o Congresso é, para mim, uma atitude bastante louvável. Nós sabemos que a discussão aqui se deu de 2000 até 2012, quando foi aprovada a Lei 141, mas o resultado não foi, na verdade, definitivo para o sistema de saúde brasileiro, deixou algumas lacunas que levaram os conselhos, os sanitaristas, os parlamentares responsáveis a tentar outros caminhos. Portanto o retorno desse assunto aqui à pauta, tanto aqui quanto na Câmara, é motivo de alegria.

Eu sei que vão ser, Senador Humberto, dois meses bastantes intensos, com muita reuniões, com muitas discussões e, na verdade, dentro de muitas divergências. O senhor, que foi Ministro da Saúde, com quem eu tive o prazer de trabalhar quando fui secretário de Estado, sei do trato que o senhor deu ao Sistema Único

de Saúde, sei das marcas fortes que o senhor imprimiu quando passou pelo Ministério da Saúde – aí temos várias, temos o Samu, saúde mental, e vou parar por aqui senão vamos passar um tempo grande fazendo só essa fala de reconhecimento ao seu trabalho – e também sei do cuidado que o senhor teve com a saúde dos Estados e dos Municípios. Era o Ministério que funcionava bem e que tinha portas abertas para ouvir os gestores que chegavam aqui angustiados e muitas vezes por problemas de assistência, mas também por problemas de insuficiência de recursos para tocar o que estava lá posto como sua obrigação ou, deles, secretários, tanto na questão da assistência quanto também na questão do financiamento das ações ali implantadas.

Portanto eu queria deixar, Senador Paulo Davim, esse registro feito publicamente do meu reconhecimento, como CPF, Jurandi Frutuoso, mas também como um representante desse momento do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde. Eu acho que é sempre bom para a pessoa pública, aquela que trabalha honradamente, com critério, com cuidado, com responsabilidade, ouvir isso, porque o que levamos para casa depois que a gente para parece ser muito pouco. O que vale é a autoestima e o reconhecimento de ter feito um bom trabalho. Quero, então, deixar isso aqui claro, na abertura desse trabalho, reconhecer isso. E, ao senhor, também pela preocupação que tem demonstrado ao longo desses tempos que tenho aqui convivido com o tema saúde, que também é sua área. Portanto, V. Ex<sup>a</sup> tem de mim esse reconhecimento.

O que trouxe para apresentar aqui no Plenário desta audiência pública, Senador Humberto, Senador Paulo Davim, é uma apresentação que os senhores já conhecem e os presentes também. A maioria já conhece, mas é uma apresentação em que vou procurar demonstrar, não pela minha locução, não pelo meu pensamento, não pelo pensamento da Dr<sup>a</sup> Viviane e nem só do CONASS, mas fiz questão de registrar na penúltima lâmina algumas referências que usamos para poder... É fundamental o que está posto dentro dessa apresentação que não é uma fala de vontade do gestor, é uma fala que tem evidência, que está aqui colocada, que pode ser por qualquer um pesquisada sobre o que afirmo ser ou não verdade.

Quero, de pronto, pedir desculpa por algum excesso e também pelas falhas que, na verdade, cometerei.

Pode passar para a próxima.

Essa primeira aqui, *en passant*, é para lembrar que, estando em um ambiente do Parlamento, é importante a gente lembrar que o Parlamento define e o Parlamento definiu, na Constituição de 1988, essas obrigações que estão aí postas como cláusulas da

Constituição a serem respeitadas por todos nós porque a saúde é direito de todos e dever do Estado e que ela é de relevância pública e as ações do serviço de saúde cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Esses dois artigos delineiam o Sistema Único de Saúde e todos conhecem como é que ele atua.

O próximo, por favor.

Em quase duas décadas e meia de existência – e não vou trazer nenhum gráfico para mostrar isso. Eu teria que perder um grande tempo para mostrar isso –, o SUS, na verdade, tem-se mostrado como o sistema público é de enorme relevância. Enorme, não é nem uma palavra hiperbólica. É uma realidade. Ele reconhecido fora do Brasil. As publicações internacionais colocam esse sistema como um sistema que incluiu socialmente, na sua criação, mais de 60 milhões de brasileiros e que mudou, pela fala de vários acadêmicos, o perfil social do povo brasileiro redimindo aqueles que estavam fora do sistema para ser acolhido no sistema público universal gratuito posto por lei e não por favor. Portanto, as evidências mostram e aí temos algumas que podem ser mostradas em publicações que dão isso como verdade.

Agora, apesar dos inegáveis avanços temos vários desafios. O CONASS, já em 2006, nesse livro *SUS: avanços e desafios*, posto que embaixo no rodapé da página mostrava que temos o desafio de recursos humanos, o desafio do modelo assistencial, o desafio do modelo institucional, o desafio do controle social, mas um dos principais desafios é o desafio do financiamento.

Esse desafio está posto desde o nascimento do Sistema Único de Saúde. É bom lembrar que o SUS nasceu dentro de uma conjuntura, saindo de um período ditatorial, indo para um cenário de dificuldade econômica de extrema atividade dos movimentos sociais. Portanto, ele nasceu da vontade de muitos sanitaristas que tinham na cabeça um ideal forte de uma saúde pública universal, gratuita, incluyente e eficiente, mas dentro de um cenário econômico de dominação. Este é o conflito, desde o nascimento da Constituição: um sistema socialista nascido dentro de uma conjuntura capitalista. E isso nunca foi resolvido. Essa é a base do nosso problema do financiamento da saúde. Até hoje é a base do problema do financiamento.

Pode passar; o próximo.

Rapidamente... Eu trouxe isso mais para ficar em registro, porque vai ficar aí no *desktop* de vocês. Como vai ficar como registro, não vou passar tempo lendo isso aqui. Mas é para mostrar a dimensão do sistema: 6 mil

hospitais, 400 mil leitos, 60 mil unidades ambulatoriais. Embaixo, nós temos aí as mulheres com mais de 25 anos que fizeram mamografia: um incremento de 48% de 2003 – esse é o período – até 2008. Portanto, há cinco anos. Um incremento, dos 25 aos 59 anos, com realização de exames de prevenção de câncer de colo de útero: também um incremento de 82%. E aí vão vários dados, que eu queria deixar como registro para, depois, ficarem aí para alguém consultar.

Pode passar; o próximo.

Aí, essa evidência internacional. Já que vou falar de recursos, é bom colocar sempre uma visão também que as pessoas têm pelo resto do mundo, para não parecer uma preocupação só brasileira, para não parecer uma atitude corporativa de quem é “susista” ou um ato de defesa apenas de gestor.

O mundo diz isto aí: a Organização Mundial de Saúde coloca que, em 1997, 8% do PIB mundial era gasto com saúde; já em 2009, houve um acréscimo para 9,4% do PIB mundial. Lá nos parênteses está a referência: Organização Mundial de Saúde e também a WHS – World Health Statistics. Está lá colocado; não é invenção do Jurandi Frutuoso, nem do CONASS, nem do CONASEMS e nem de ninguém que defende saúde pública.

Em um estudo prospectivo, tendo como base os anos de 2002 a 2020 (estamos em 2013), os países da OCDE – países ricos, a maioria da Europa – crescerão, nesses 18 anos, de 2,7 trilhões, ou seja, 8,5% do PIB, para 10 trilhões, ou seja, 16% do PIB, os seus gastos com saúde. Vejam que a conta vai ficando em um crescimento bastante progressivo e com muita velocidade. Estou falando em um espaço de 17 anos.

Nos Estados Unidos, um país que todos têm como referência ou que a maioria, aliás, tem como referência, embora não seja o melhor sistema de saúde do mundo – e está longe de ser, mas muitos acham que lá está a “oitava maravilha do mundo” –, lá nos Estados Unidos, a previsão é que, em 2020, já se gastem 20% do PIB com saúde. Repito: 20% do PIB com saúde. Quem suporta isso?

Pode passar; o próximo.

Eu trouxe aqui um pequeno eslaide de um trabalho que não é do SUS, nem de “susista”, nem de sanitarista e nem de ninguém que faz saúde, mas é um trabalho da IBM, que foi contratada, em 2006, para fazer uma prospecção sobre o futuro dos sistemas de saúde no mundo. E aí englobou saúde pública e também saúde privada. E esse é o resultado.

Este é o título do trabalho que está na Internet, que é datado de 2007: *A Saúde em 2015: “Ganha-Ganha” ou “Todos Perdem”?* Ele aponta para a necessidade de mudança de postura do gestor, do profissional, da



comunidade, enfim, de todos se quiserem ter essa resposta dada positivamente, que é o “ganha-ganha”. Do contrário, todos perderão. E o prazo está acabando. Então, ele coloca claramente...

Pode retornar um pouco.

O anterior, por favor.

O que ele coloca:

*A saúde está em crise. [Então, não é só a nossa. Não é a saúde do Brasil; é a saúde do mundo.] Ainda que isso não seja novidade para muitos países, nós acreditamos que a diferença agora é que o caminho trilhado por muitos sistemas de saúde ao redor do mundo se tornará insustentável até 2015.*

Esse trabalho é bom ler quem não leu ainda.

Pode passar; o próximo.

Nós temos alguns axiomas sobre o financiamento da saúde no Brasil. O primeiro é que o financiamento tem se constituído em uma preocupação permanente dos gestores de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se um tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Isso aqui está no livro do CONASS, que nós publicamos há três anos.

O segundo é que o financiamento do SUS, pela Constituição, em seu art. 198, alterado pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, é competência das três esferas de Governo – é só ler o restante do texto. E que o SUS foi idealizado para ser um sistema de saúde inserido no sistema de seguridade social, inspirado em padrões conceituais no estado de bem-estar social. Os parênteses são as referências, que nem é bom colocar em eslaide, mas eu trouxe para mostrar que isso não é frase da gente. Essas três afirmações nos levam à reflexão do próximo eslaide.

Por favor, o próximo.

Essa frase, Ministro Humberto, eu trouxe de um ex-colega do senhor. É do Ministro Adib Jatene, cidadão dos seus oitenta e poucos anos de idade, ministro respeitado, que tem a preocupação de falar sobre esse tema em todos os espaços que ocupa. Essa frase é dele, e ele não é mais gestor, mas ele colocou na **Folha de São Paulo**, de setembro de 2011, o que está aí exposto.

Aos 21 anos, o SUS vive um “paradoxo”. É gratuito e aberto a todos, mas tem menos dinheiro do que a iniciativa privada gasta para atender menos gente. Em nenhum outro país é assim, segundo a OMS. Despesa estatal brasileira é um terço menor do que a média mundial. Para especialistas, o SUS exige mais verba. “O orçamento precisa dobrar”.

Pode passar.

E aí está a Emenda Constitucional nº 29, que nasceu da necessidade da crise do sistema de saúde, que começa desde a origem, se agrava em 1993, quando os recursos da saúde foram tirados da seguridade pelo Ministro Brito, e, com certeza, com o acordo do Governo Federal, porque ministro é subordinado a presidente, e, praticamente, quebrou o Sistema Único de Saúde. Começou daí a necessidade de se fazer alguma lei que pudesse proteger o sistema e vincular a receita. Nessa lei de vincular a receita há uma coisa estranha, não está claro? Vocês estão vendo o que está desigual? Nós temos, no item dois, Estados com a obrigação de gastar 12%, e Municípios com a obrigação de gastar 15%, no mínimo. E, com a União, por que é diferente? Aí teve uma discussão – que a gente não soube, eu já sei, mas não vou dizer – que aconteceu, e em que trataram Estados e Municípios diferentemente da União. Esse tratamento desigual dado a um nível de governo começa a desequilibrar a participação de cada um.

Pode passar para o próximo.

Se pegarmos o gasto público *per capita* em paridade de poder de compra com o dólar, temos o Brasil com 401...

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Isso aí é público e privado.

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – Eu misturei, Ministro, para poder dar uma ideia do todo, senão ficaria muito monótono. O público, no Brasil, 401; na Argentina, 921; no Chile, é gasto total, na Espanha também; Estados Unidos, ali; Portugal, lá; e o Reino Unido, no último, US\$2.893 por habitante. O Brasil, 401, no gasto público, ele dobra, quando coloca o gasto privado.

Se pegarmos a evolução dos gastos públicos com saúde por esfera de governo, novamente vamos ver o que aconteceu como resultado daquela lei desigual que foi aprovada lá atrás, tratando União de um jeito, Estados e Municípios, de outro. Em 1993, os gastos públicos com saúde por esfera de governo, de cada cem reais gastos com saúde no Brasil, 72% foram gastos federais, 12% foram gastos estaduais e 16% foram gastos municipais. Em 2008, começou a cair: a União vai para 43,5%; os Estados sobem para 27,6%, e os Municípios para 28,6%.

Ora, eu não trouxe esse gráfico, mas é bom observar o seguinte: percebe-se que a soma de Estados e Municípios ultrapassa a da União. E isso acontece por pressão do cumprimento da Emenda nº 29. Acontece que Municípios, em média, já ultrapassaram os 22%, e só faltava um Estado, que era o Rio Grande do Sul, para, em 2013, chegar aos 12%, a que chegou agora. Eu não sei como é que ele vai cumprir. O governador

foi muito corajoso, porque ele teve que dar um salto de mais de cinco pontos percentuais para cumprir a Emenda nº 29. O Governador Tarso Genro foi muito corajoso ao colocar isso no orçamento de 2013. E, com esse passo gigantesco do Rio Grande do Sul, acaba praticamente aí o não cumprimento pelos Estados.

E aí qual é a minha preocupação: se eu tenho Estados e Municípios já ultrapassando o que está programado pela lei, como é que nós vamos...

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Dr. Jurandi, nós vamos prorrogar por mais cinco minutos.

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – Mais cinco? Então eu vou ter que andar muito rápido.

**O SR. HUMBERTO COSTA** (Bloco/PT - PE) – Vá indo aí.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Vá indo.

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – Dá para ir? É que eu queria fundamentar bem a questão do subfinanciamento, Senador. Bem fundamentado, para a gente não ter dúvida. Porque parece que, quando você fala de recurso: “Ah, é choro. Ah, é gestão, é só gestão, não é recurso.” E eu acho que aqui o principal é você mostrar que a questão não é só gestão, embora também seja.

No três. Então está aí. O gasto privado com saúde no Brasil hoje é maior do que o gasto público, 56%. Isso também é muito grave. O sistema é público, universal, gratuito e, no entanto, por que é que o setor privado gasta mais do que o público? Então, não é público, universal e gratuito. Aí há alguma coisa que não está batendo.

Pode passar para o próximo, um pouco mais rápido agora.

O percentual do PIB. O Brasil gasta muito: 8,4%. O percentual do PIB é 8,4%. Isso aí é nível de qual-quer país rico.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Público ou privado?

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – Somados os dois. É muito dinheiro 8,4% do PIB. Está certo? Agora, se eu pego o gasto público e o percentual do gasto total, só há 43% de gasto público. Na Argentina é 66%; no Chile é 47%; Colômbia é 71%. Eu comparei com os da América Latina e lá comparei com os ricos. Alemanha é 76%, o Brasil é 43%; o Canadá é 70%, aqui é 43%; a Dinamarca é 85%, aqui é 43%; a França é 77%. Bom, em resumo, está ali.

E, lá do outro, o orçamento público *versus* gastos em saúde. O Brasil – aí é que é complicado, Ministro Humberto e Senador Paulo – só compromete 5,9% do seu orçamento para a saúde. Aí é irrefutável. Essa é a

média da África, dos países africanos. E a Argentina 22%; Canadá 18%; e vai por aí fora até Portugal, que está em situação difícil de 14%.

Pode passar o próximo, amigo.

Bom, aqui pode passar, que eu vou andar mais rápido um pouco. Essa aqui é a evolução do percentual do PIB somado aos três níveis de Governo. Você vê que você pega em 2000 de 2,89% para 2010 de 3,65%. Em dez anos, eu aumentei apenas 0,7% do PIB, e o serviço aumentou gigantesca-mente com a ampliação do Sistema Único de Saúde e também de serviços.

Pode passar o próximo.

Esse é o gráfico que representa isso.

Agora, aqui, Senador, eu preciso para um pouco. Por região. A região em vermelho é o gasto federal. O primeiro é a Região Norte. A Região Norte em 2000, o federal em vermelho está lá perto de 60%, acima de 50%; em 2005 ele baixa para baixo de 40%; e em 2010 ele vai baixando. Se eu pego o Nordeste, o pobre Nordeste da seca, está lá: em 2010, o vermelho muito alto, acima de 65%, e vai caindo e vai caindo. E vai cair em todas as regiões, mas o absurdo é, principalmente na Região Norte e na Nordeste, o desfinanciamento progressivo do Governo Federal e, igualmente, do Governo estadual e do Governo municipal.

Pode passar o próximo.

Com uma aberração. Essa é o que gerou a implantação do SUS. Recursos humanos por esfera de governo. Em 1992 o Município tinha 41% da força de trabalho. Hoje o Município – hoje, não, em 2005 – tinha 68%. Fala-se que em 2010 já chega acima de 74%. Mas eu não trouxe porque não é oficial, pelo menos para mim. Os Estados, que tinham 42% da força de trabalho, hoje têm 23%. E a União, que tinha 15%, baixou para 7%.

Pode passar o próximo.

Essa é a distribuição da riqueza.

Pode passar.

Bom, aqui pode parar, volte um pouquinho.

Eu estou indo rápido agora. Deve estar para terminar.

Se eu pegar – esse é um trabalho que foi feito pelo nosso amigo Gilson Carvalho, grande estudioso da matéria. O Gilson pegou e estimou os recursos para a saúde do Brasil: em 2010, se levasse em conta o *per capita* dos planos de saúde, o SUS deveria ter R\$298 bilhões. Se levasse em conta o *per capita* dos planos de saúde, seriam R\$298 bilhões. Portanto, estavam faltando R\$160 bilhões. Se levasse em conta a média do gasto mundial quanto ao PIB, que é de 5,5% em 2010, o SUS teria que ter R\$198 bilhões. Estava faltando R\$60 bilhões. Aí para baixo eu nem olho.

Pode passar o próximo, porque aí é gritante.



E aí, para isso, o CONASS esteve aqui com o Senador Humberto Costa, há um mês, e com o Senador Moka, trazendo o, esse... Não, esse aqui foi um documento que foi feito e entregue ao Senador...

(*Soa a campanha.*)

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – ...ao Senador – estou terminando – ao Senador... Não, o do Orçamento, o Relator de Roraima, Romero Jucá, e o Flexa Ribeiro, e nós trouxemos essa projeção para o orçamento de 2013, apenas em quatro itens: atenção à saúde de população para procedimento de média e alta complexidade, pisos de atenção básica, apoio para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais e farmácia básica. A soma desses quatro itens aponta que o orçamento de 2013 nasce com um déficit, já, de R\$10,925 bilhões, em quatro itens.

Pode passar o próximo.

Estou terminando.

Constatações.

Fica evidente o baixo investimento e a redução proporcional dos gastos com saúde pelo Governo Federal – esse é um trabalho de Vasquez e Franzesi –, a resistência à ampliação dos recursos financeiros para o setor advindas principalmente da área econômica – em todos os governos, desde o começo do mundo, que a área econômica teima com a saúde e não coloca os recursos necessários, e aí ficam os ministros, secretários municipais e estaduais, sem saber o que fazer, e isso é um comportamento que vem de muitos e muitos anos e ninguém consegue dobrar.

Enfim, ao analisar os avanços e retrocessos obtidos com a Lei nº 141, fica evidente a percepção de que a forma de cálculo para a União causou uma frustração. A Lei nº 141, sem mexer no percentual da União, causou uma bela frustração em todos que esperavam por ela como ordenadora da EC 29. E aí é preciso garantir arcabouço jurídico forte e estável para o financiamento da saúde. Isso aí é uma evidência.

Rapidamente, pode passar o próximo.

O CONASS trouxe aquele ofício, que eu não vou ler, para a CAE, e entregou aos senhores naquele dia com esses compromissos aí colocados, e nós agora estamos sustentando esse movimento Saúde+10, que é um Movimento em Defesa da Saúde Pública, criado pelo Conselho Nacional de Saúde, e que no balanço da última semana já aponta para algo em torno de 900 mil assinaturas. A gente espera que, até o final de junho, a gente tenha cumprido essa tarefa de arrecadar pelo Brasil afora, coletar pelo Brasil afora mais de 1,5 milhão.

Pode passar. Pode passar, rapidinho. Pode passar. Pode passar, por favor.

Como gastar.

Esse fazia parte do ofício, porque, só pedir e dizer como é que gasta, não adianta, porque pode ter muito dinheiro e não saber gastar, dá no mesmo.

Então, como gastar?. O CONASS propõe gastar em custeio, investimento e capacitação e ser feita de forma a contemplar uma metodologia que vise à redução das desigualdades regionais, seja dentro dos Estados, seja entre os Estados e entre as regiões brasileiras.

Portanto, pode passar o próximo. Estou terminando.

Para que era esse incremento de recursos? Para ampliar as redes de atenção à saúde para além das regiões metropolitanas e para incrementar a média e alta complexidade ambulatorial hospitalar, buscando a equalização do *per capita* entre os Estados, de forma a reduzir as desigualdades regionais.

E o próximo. E o próximo. Não, volta um pouco. Só mais um, volta só um.

Então... esse aí é o penúltimo.

O que fazer com mais recursos?

O financiamento do SUS, visto da perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloca os recursos financeiros entre os Estados e entre os Municípios de cada Estado a partir de um valor *per capita* igualitário, ajustado por estrutura etária, por gênero, por necessidade de saúde que leve em consideração a oferta de serviço. Esse financiamento implica equilibrar as ações e os gastos do Sistema Único de Saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Pode passar.

Essas são as referências que eu trouxe, rapidamente, para mostrar aqui, isso foi captado desses estudos que a gente colocou o que está posto aí nos eslaides.

O próximo, para terminar mesmo. Próximo. Pronto.

E, por fim, eu deixo isso como reflexão. Isto é, para mim, o que tem que ser feito:

*É necessário refazer o percurso no sentido inverso para trazer à tona os ideais que forjaram o SUS e criar a possibilidade de novo recomeço, cujo fim seja compatível com o respeito ao direito constitucional e com a necessidade das pessoas.*

O que essa Comissão faz hoje é isso. Encerrou-se um ciclo que veio de Roberto Gouveia em 2000, que passou pela lei do Tião Viana, que passou pelo projeto de lei do Senador Marconi Perillo e do Pepe Vargas, o 306. Fechou-se o ciclo da Emenda 29. E agora os senhores trazem de volta o tema para a discussão, e isso para mim é um recomeço que pode, na verdade, corrigir esse rumo e dar ao Brasil o sistema de saúde

que a população quer, precisa ter e a que tem direito pela Constituição.

Obrigado e desculpe-me.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Obrigado, Dr. Jurandi. Parabéns pela exposição, muito boa.

De imediato, passaremos a palavra para o Dr. Rodrigo César Faleiro, Secretário Municipal de Saúde de Formosa, Goiás, e representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, que disporá do tempo de 15 minutos.

**O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA** – Bom dia a todos os presentes.

Cumprimento o Senador Paulo Davim, o nosso Senador Humberto Costa. Parabenizo a Casa pela iniciativa relevante de tratar de um tema tão importante que tem nos afligido, a nós, Secretários Municipais de Saúde de todo o Brasil.

Quero cumprimentar o colega Jurandi e, ao mesmo tempo, parabenizá-lo pela apresentação. Esses dados são muito importantes e, com certeza, contribuirão para a nossa discussão.

Nós que somos municipalistas temos o dever e a responsabilidade de executar a maioria das ações de atenção, de fazer a gestão junto e mais próxima aos cidadãos dos Municípios. Esse tema está se tornando, a cada dia, de tamanha relevância nos Municípios para os gestores municipais, para os nossos prefeitos, e, ao mesmo tempo, está sendo um processo irreversível de modelo de atenção e de gestão empregado nos Municípios.

Vou apresentar alguns dados. Estou representando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, do qual é Presidente o Sr. Antônio Figueiredo Nardi, atual Secretário do Município de Maringá, Estado do Paraná.

Não vou trazer minha fala pessoal, mas sim a fala da instituição sobre o tema financiamento, que nos aflige.

Próximo.

Recentemente, fizemos uma oficina com a academia, com os pensadores e gestores para discutirmos, desde a sua constituição, a 8.080, e agora a recente Lei 141, a questão da alocação dos recursos.

Lá diz que há vários critérios para que possamos fazer o rateio desses recursos junto aos Municípios, Estados e ao Ministério da Saúde. Ficamos, durante o dia todo e nos deparamos com uma situação que, como falamos, lá existem as diretrizes do perfil epidemiológico, da questão das áreas dos Municípios e da necessidade de saúde.

Quando fomos tratar da necessidade de saúde para poder desfazer uma proposta de distribuição

desses recursos, alocação desses recursos dentro do Sistema Único de Saúde, nos deparamos com um problema grande. Por que estamos falando sobre essa questão de necessidade? Se hoje temos um subfinanciamento que é claro, visível, como vamos distribuir dinheiro, recurso hoje do Sistema Único de Saúde, e para que área? Vamos priorizar o que dentro de um sistema, que é universal, integral, pois temos que garantir a universalidade e a integralidade a todos os cidadãos deste Brasil?

Então nos deparamos com essa situação, que está dificultando as nossas discussões porque, se não tivermos recurso novo, financiamento novo, para fazermos uma proposta em que sejam de fato levadas em consideração as necessidades de saúde do cidadão, estaremos diante de uma situação que não sei como poderemos resolvê-la.

Sabemos da necessidade de melhorar a eficiência dos gastos públicos. Sabemos que o financiamento é o primordial neste momento. Nós, gestores municipais, estamos sofrendo na pele e estamos, de certa forma, sendo pautados. Nós primamos muito por um planejamento em que entra o planejamento financeiro. Só que hoje estamos pautados pela judicialização, pautados pela urgência, pela emergência em prol de uma atenção básica, de um modelo de atenção voltado às necessidades básicas de saúde. Então, estamos numa situação em que não podemos planejar um melhor sistema de atenção voltado às necessidades básicas. E isso é muito preocupante, porque estamos, hoje, numa curva ascendente, em que cresce, agora, o número de idosos, de pessoas da terceira idade, no Sistema Único de Saúde, dependentes, e, com isso, aumentam muito as doenças de base, chamadas crônicas – isso é natural de chegar com a idade.

Se não tivermos um modelo de atenção à saúde voltado para dar resposta a essa situação, vamos continuar apagando incêndios, na urgência, na emergência, lotando nossos prontos-socorros, as nossas unidades de saúde e atendendo ao Judiciário. Então, isso chegou a uma situação em que nós, gestores municipais, estamos engessados, não conseguimos fazer políticas, conforme as nossas necessidades de saúde básica.

Próximo

Esses são alguns dados da participação do Poder Público nos gastos com saúde, que nos mostram que o Brasil gasta com saúde pública 44%. Quer dizer, mesmo países que não têm essa universalidade e essa integralidade que temos aqui gastam muito mais do público em saúde do que nós aqui, no Brasil – um dado que o próprio colega Jurandi já apresentou aqui.

Próximo.

Este é outro dado importante que também trouxemos aqui, o que está até repetitivo em relação à exposição do colega Jurandi, que mostra que o PIB público hoje corresponde a 5,0% no Brasil e o privado a 3,4%. Sabemos, quando trazemos isso, na questão da receita líquida, na receita bruta, hoje, há insuficiência, e o índice de aplicação na saúde é muito baixo, diante das nossas necessidades de saúde hoje.

Próximo.

Corresponde à média da aplicação municipal, hoje, em saúde. Mostra o gráfico, de acordo com SIOPS, os Municípios que alimentaram, e estamos gastando 20,49%, quando temos uma média em que deveríamos gastar 15%. Infelizmente, esses 20,49% que estamos gastando em saúde, hoje, gastamos por pressão, e isso não está refletindo em melhor qualidade de saúde para a população. Lógico que melhora, mas isso é a pressão da sociedade – juntamente com a imprensa, juntamente com o Judiciário, juntamente com as demandas urgentes e emergentes quanto ao sistema de saúde – que está fazendo todos os Municípios gastarem mais de 20% da sua receita própria em saúde: quer dizer, estamos num limite!

Se observarmos que a educação já gasta mais de 25%, gastando a saúde 20%, temos uma transferência já para as Câmaras municipais. O prefeito está entrando, hoje, em desespero – essa é a realidade dos Municípios, e muitos deles querem passar isso para o Governo Federal, querem passar isso para o Governo estadual, querem se ver livres desse problema! Então, nós, gestores municipais, estamos numa situação...

E uma das principais questões é organizar um modelo de atenção, um modelo de gestão, que dê resposta às nossas necessidades de saúde. Temos que fortalecer as relações interfederativas, porque o sistema de saúde hoje... E não há como resolver, e não há intenção de resolver, todos os problemas de saúde no nosso próprio Município – o que é diferente da educação, que tem isso muito bem definido.

Temos que montar uma rede de atenção à saúde que dê resposta e garanta esse atendimento. E, por isso, temos que ter um processo de organização, com a relação interfederativa entre os Municípios, Estados e o próprio Governo Federal, que garanta a continuidade do processo de saúde, que não pode ser interrompido, diante de uma vontade política municipal ou estadual. Temos que ter a garantia de um processo de saúde pactuado em que tenhamos uma rede de atenção a dar a garantia do acesso, com qualidade, a esse cidadão.

Próximo.

Trazemos, aqui, um comparativo: despesas e recursos próprios e despesa total com saúde. Então, nós percebemos nesse gráfico as despesas com recursos

próprios. Nós estamos aumentando de 2008 a 2011. Então, e um gráfico que traz a realidade do Município hoje nessa situação do financiamento.

Próximo

O percentual de participação das despesas com recursos próprios nas despesas totais com saúde.

Hoje, os municípios, e até faço das palavras do Jurandi em relação ao nosso ex-Ministro Humberto Costa – e eu estive na diretoria do CONASEMS na oportunidade –, e nós reconhecemos o trabalho. Na oportunidade, vários serviços foram implementados e estão hoje prestando serviço a nossa comunidade. Mas hoje grande parte desse custo está ficando para os municípios. Na hora em que pegamos a força de trabalho, a inversão da força de trabalho, desde a constituição do Sistema Único de Saúde, nós, municípios, estamos hoje...

Próximo, por favor.

Olhem a força de trabalho. Nós temos hoje 66,3% da força de trabalho no Sistema Único de Saúde. Quando foi instituído, nós tínhamos o inverso disso. A maior força de trabalho era do Governo Federal; depois, do estadual e, depois, do municipal. Nós invertemos a força de trabalho hoje. Com isso, temos todos os encargos relativos a essa força de trabalho. Então, são situações que, a cada dia que passa, nós gestores municipais assumimos ainda mais o que está preconizado pela Constituição, que é a descentralização, a municipalização. Nós hoje estamos em uma situação, em termos de saúde, na qual necessitamos de recursos urgentemente.

Próximo, por favor.

Uma das prioridades nossas, do CONASS, do Conselho, da Ordem dos Advogados do Brasil – estamos em uma mobilização grande para conseguir as assinaturas –, se chama Saúde+10, necessária para resgatarmos aquilo pelo que nós vínhamos lutando, dentro da Emenda Constitucional nº 29, que foi aprovada. Nós lutamos para que 10% da receita bruta do Governo Federal seja voltada para a saúde, porque entendemos que isso é o mínimo necessário para que consigamos colocar hoje o nosso sistema para funcionar, de acordo com aquilo que nós preconizamos na garantia de um acesso com qualidade para o cidadão.

Nós temos agora a Lei nº 141, o cumprimento dos critérios legais dos rateios. Aquilo que eu coloquei no início. Nós temos que atender e discutir. Quando fizemos essa discussão de como vamos fazer esse rateio, a partir do que está preconizado hoje legalmente, nós dissemos: ninguém pode perder recursos. Esse foi o primeiro passo que colocamos. Como vamos perder se já estamos em uma situação difícil? Se nós vamos instituir que ninguém pode perder recursos e que nós



temos que alocar recursos conforme as necessidades e várias outras diretrizes que estão apontadas dentro da própria Lei nº 141, como vamos distribuir e alocar recursos de forma a não ter um financiamento complementar para que possamos fortalecer principalmente a atenção básica.

A atenção básica como coordenadora do cuidado, como protagonista e a primeira porta de entrada do sistema, para resolver 80% ou mais das questões de saúde, para que possamos ampliar o escopo, para que, de fato, o cidadão possa ter a promoção, a prevenção e o cuidado necessário para que possamos dar melhor qualidade de vida melhor para o cidadão, nós precisamos trabalhar com a revisão do modelo de atenção preconizado hoje. Mas, para isso, para exercermos o planejamento, tudo aquilo que preconizamos, temos de ter recursos para empregar um modelo de atenção voltado para as ações básicas de saúde hoje, principalmente nos Municípios brasileiros.

Onde mostramos nos gráficos a quantidade de recursos próprios que o Município está colocando na saúde hoje, isso é a média. Quando pegamos certos Municípios, principalmente Municípios menores...

*(Soa a campanha.)*

#### **O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA**

— ...com receita própria hoje dentro de uma receita própria, Municípios pobres, que não têm recurso, vivem às vezes de transferência voluntária da União, nós temos uma dificuldade ainda maior do que isso.

Então, essas são algumas contribuições que nós trazemos aqui para este debate. Quero ressaltar, mais uma vez, a relevância desse tema para nós Secretários Municipais de Saúde, para a nossa instituição, do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Espero que, mais uma vez, possamos participar e ser parceiros. Podem contar conosco nessa discussão. Sei do empenho dos Srs. Senadores para buscar uma alternativa, para que a gente possa concluir esse tema da melhor forma possível.

No mais, agradeço a oportunidade.

Bom dia a todos.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Obrigado, Dr. Rodrigo César Faleiro, Secretário Municipal de Saúde de Formosa, de Goiás, representando o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde.

Bom, pelo exposto, dá para notar, e todos nós sabemos, a crônica doença do subfinanciamento da saúde. É realmente insustentável. E uma das grandes frustrações que nós tivemos, no ano de 2011, foi exatamente na regulamentação da Emenda nº 29, que

acreditávamos que a União teria e, mais cedo ou mais tarde, terá que contribuir com os seus 10%.

O que observamos é que está havendo uma transferência de responsabilidade para os Municípios sem, contudo, haver uma transferência de recursos. Então, está havendo um estrangulamento financeiro dos Municípios e o comprometimento dos serviços oferecidos à sociedade. Então, essa lógica precisa mudar.

Eu me preocupo também com a necessidade de uma reforma tributária no Brasil, e essa necessidade dessa reforma terá que urgentemente ser encampada pelo Parlamento e pelo Executivo. Tem que ser discutida aqui, e o Executivo terá que levar à frente, porque a concentração de recursos na União é muito grande: 56% de todos os recursos ficam com a União, 26%, com os Estados, e apenas 16% ou em torno disso fica com o Município. E há ações governamentais na esfera municipal que resultam na melhoria da qualidade de vida do cidadão e da cidadã e, com isso, melhoram a saúde municipal. Então, esses recursos o Município não está tendo.

Essa discussão de financiamento que nós fazemos aqui é uma discussão ampliada, porque nós enxergamos dessa forma também. Nós achamos que a contrapartida da União terá que ser dada, não pode repassar só as obrigações orçamentárias com a saúde para Estados e Municípios. Teremos que discutir aqui outras fontes de financiamento — nós precisamos discutir isso. Tudo no Brasil é saúde.

Odorico esteve quinta-feira passada aqui e ficou muito feliz quando eu disse: “Esta água que nós estamos bebendo é SUS, porque é o trabalho da Vigilância Sanitária.” Então, tudo, tudo é SUS. Só que os recursos que são destinados ao sistema são insuficientes.

Todo mundo quer ter acesso a uma boa saúde, todo mundo quer ter acesso a um bom sistema público de saúde, mas ninguém quer contribuir para ele. É como se você quisesse ter na sua casa a assinatura de TV a cabo, canais adicionais, sem querer pagar. Tudo é pago. Para você ter acesso a um estacionamento, você paga. Para você ter acesso à segurança para sua família, à sua casa, você paga adicionalmente. Enfim, se você vai viajar e quer o assento conforto no avião, você paga um adicional. Então, tudo é pago. Saúde, não! Ninguém quer pagar. São absurdos os gastos. Só com internação, nos acidentes de trânsito, mais de R\$200 milhões — só com internação. Mas ninguém quer contribuir. Há até um projeto nosso e também do Senador Eduardo Amorim, criando um percentual das multas de trânsito destinado à saúde.

Enfim, várias fontes estão sendo discutidas — fontes adicionais de financiamento da saúde — nesta Casa, e esta Comissão tem por bem discutir o finan-

ciamento, não só a destinação de recursos que nós sabemos que a União tem que transferir. Não só isso, isso também, mas fontes adicionais de financiamento.

Essa questão dos *royalties* do petróleo. Essa é uma questão que nós estamos debatendo também. Outro ponto que nós vamos discutir nesta Comissão é o marco regulatório da mineração, que é outra fábula de recursos que a gente terá que discutir também, para saber de que forma a gente pode extrair recursos para a saúde dessa discussão e dessa atividade econômica. Enfim, são várias atividades das quais nós queremos extrair recursos e tê-las como mais uma fonte de financiamento.

A discussão das seguradoras, por exemplo. Nós precisamos discutir essa questão das seguradoras, que contribuição elas poderão dar. Sabemos que as seguradoras têm um lucro absurdo no Brasil, assemelhado ao lucro dos bancos. Precisamos discutir essa questão também.

Enfim, de forma que eu trago aqui o panorama do quadro que nós estamos discutindo, as propostas que nós queremos discutir. Estamos elencando todas as matérias do Parlamento que versem sobre financiamento. Estamos trazendo para cá representatividades as mais diversas possíveis, para darem o enfoque que vocês brilhantemente acabaram de dar para esta Comissão, a visão do CONASS, a visão do CONASEMS sobre o financiamento.

Já trouxemos aqui o Ministério para falar e vamos trazer outros setores importantes da sociedade, para que eles possam enriquecer o nosso debate, nos trazer informações importantes, para que nós possamos estabelecer um debate proativo, um debate que resulte em algo concreto, para que nós possamos utilizar esses instrumentos de melhoramento do financiamento da saúde.

Quero agradecer ao Dr. Jurandi, ao Dr. Rodrigo César e saber se o nosso Relator Humberto – ele está ao telefone; ele está vindo? – terá alguns questionamentos a fazer.

E eu abro para a plateia, se tiver algum questionamento a fazer aos expositores, ou alguma informação adicional. Coloco também esses passos para os membros da Mesa, para alguma complementação adicional das informações aqui apresentadas.

Dr. Jurandi.

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – É que o Senador manifestou lá. Queria só dizer o seguinte: a nossa preocupação, Senador, é que não haja mais tempo. O tempo de reação para voltar a fortalecer o Sistema Único de Saúde está praticamente esgotado.

Nós sabemos que há um esforço tremendo do Ministro Padilha, há um esforço tremendo do Ministério

da Saúde, há um esforço muito grande dos gestores estaduais e municipais, mas nós temos alguns problemas que são necessários resolver-se o quanto antes.

A estrutura hospitalar pública brasileira, por exemplo, está tendo algum tipo de investimento, mas precisa de muito mais. A população acredita – nós também acreditamos – que a atenção primária é resolutive e que está sendo expandida com muito cuidado e com muita segurança. E esta é uma questão que eu queria aqui frisar: o Governo da Presidente Dilma e o Ministro Padilha têm investido, na verdade, com muita determinação, na decisão primária, praticamente dobrando recursos que são investidos nessa área, nesses dois anos e meio de Governo.

Mas temos questões cruciais, como a urgência e a emergência. O senhor conhece muito bem, pois o senhor é médico e sabe muito bem o que se passa ali. Nos corredores está, na verdade, a denúncia da nossa fragilidade. E ali é o espaço em que você não tem mais como esperar uma reação.

Eu sei que estamos aqui falando no Senado, mas o programa vai, na verdade, ser transmitido para o povo brasileiro. É preciso haver uma apropriação pela população do Sistema Único de Saúde, porque até aqui o que houve eu chamo de uma apropriação indébita. Por quê? Porque o SUS é seu; o SUS é do povo, para o seu uso, mas para a defesa não é.

Os movimentos que são feitos em defesa do Sistema Único de Saúde não conseguem trazer a massa da população para vir em defesa do sistema. Posso falar isso de cátedra, porque temos feito vários movimentos de reação, buscando esse apoio popular e, no entanto, ele não é obtido na proporção de que precisamos.

Eu quero crer que aqui, no Senado Federal ou na Câmara dos Deputados – eu fui Deputado e posso dizer –, o Parlamentar é sensível à pressão popular. Se houvesse uma pressão popular, se houvesse uma adesão da população aos movimentos até aqui efetuadas em busca de novos recursos, a Emenda nº 29 não tinha esperado 11 anos para ser aprovada.

Acabei de fazer mestrado na UnB e, no meu tema, acompanhamos a Emenda nº 29, nos seus 11 anos. Eu li 102 atas, cataloguei mais de 12 mil páginas de documentos. Nesse trabalho, que o Rodrigo também fez, ficamos dois anos num sacrifício terrível entre aliar o serviço que fazemos de rotina mais o trabalho da academia.

Mas está lá o produto. Ministro Roberto, não houve, na verdade – ele está dizendo aqui –, uma adesão popular. O SUS é utilizado impropriamente pela população. Ele é da população para o uso, mas não é para a defesa. E é isso que fragiliza a nossa atuação no Congresso. A adesão da população é necessária



para que o sistema possa, na verdade, ser visto como algo que é do povo e que precisa ter uma atuação mais firme, com prioridade no Orçamento.

Eu queria deixar isso claro, para que não reste dúvida. O sistema de saúde, os seus indicadores me dão prazer de defendê-lo em qualquer espaço que eu vá, sem o menor temor: é um sistema bom. Agora, ele tem problemas. É como diz o Vilaça: o SUS é uma solução com problemas; não um problema sem solução. É uma solução com problemas.

Agora, precisamos ativar, que todos possam se comprometer nessa atuação para podermos obter o que queremos, que é mais recursos. Agora, como está hoje, não dá para trabalhar. Eu não quero acreditar...

Eu sempre vejo alguns dizerem, e não vou citar os nomes: "A instituição tal de saúde é muito boa." Eu queria ver esse gênio, da instituição muito boa A, B ou C, fazer com que o sistema de saúde funcionasse só com a sua criatividade, com os mesmos recursos que nós temos. Eu gostaria de ver. Eu teria o prazer maior de ver que isso acontecesse. "A instituição A, B ou C é muito boa; é *top*, é padrão." É, está certo. "Agora, está aqui o senhor. Venha para cá, para o meu lugar, no serviço público. O senhor vai ter o mesmo recurso que eu tenho e o senhor vai obter a resposta que o senhor obteve, lá no serviço *top* A, B ou C, com o recurso que eu der."

Eu queria ver! E se isso acontecesse, eu diria: "Poxa, estamos todos errados. Fizemos besteira 20 anos e temos de nos penitenciar. Nós pilhamos o serviço público e fizemos uma destruição com a oportunidade que nos deram." Eu gostaria de ver isso acontecer. Não vou citar nomes. Digo isso aqui e repito que não vou citar nomes. Mas temos instituições que têm *per capita* de paciente que tem sete, oito vezes mais que tem o Sistema Único de Saúde. Aí é bom, não é? Até eu faço. Agora, vem para o meu lugar e vai dirigir o sistema público de saúde que tem, de recurso, 5% do percentual do Orçamento e vai fazer esse serviço eficiente.

Agora, é claro, tem problema de recursos humanos? Tem. Tem problema de gestão? Tem. Dá para melhorar um pouco? Dá. Tem de investir rapidamente na questão da formação de recursos humanos? Tem. Temos problemas graves na formação de médicos. Temos vários temas. Está aí o Provab, uma medida excepcional que está em prática e funcionamento hoje no Brasil; nós temos a discussão das 30 horas da enfermagem rodando aí; nós temos vários assuntos em pauta. Agora, o da gestão pura e simplesmente de como fazer com os recursos que temos, digo o seguinte: fui secretário municipal durante seis anos aí fui chamado para ser secretário estadual de saúde durante quatro

anos, antes fui coordenador de Saúde da Família, quatro anos, para depois ser secretário municipal, depois ser secretário estadual e agora estou no nível nacional lá no CONASS.

Eu acompanhei isso durante quase 20 anos. Eu sei que não é fácil. Acompanhei o seu trabalho, enfrentamos crise se UTI, crises fantásticas pelo Brasil afora. Demos conta. Agora, esse sucesso tem muito do sacrifício humano de quem trabalha na rede pública de saúde, do próprio trabalhador brasileiro e dos gestores comprometidos. Esses são, ainda, os responsáveis pelo avanço do Sistema Único de Saúde. Agora eles estão pedindo socorro e pedindo recursos a mais para poder efetivar o sistema que eles querem ver implantado e que a população precisa ter também implantado.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Só para ilustrar, Dr. Jurandi, a sua fala, outro dia, eu passei, na minha cidade, pela Marcha da Maconha. Aí eu disse: interessante né! Se esse povo tivesse a disponibilidade e a vontade de fazer uma marcha dessa em defesa do SUS, seria maravilha. Como o Dr. Jurandi acabou de dizer: o povo de apropriou do SUS para uso e não para defesa.

Eu passo a palavra ao Relator Humberto Costa.

**O SR. HUMBERTO COSTA** (Bloco/PT – PE) – Bom, eu queria, antes, pedir desculpas porque tive que me ausentar vários minutos para atender a um telefonema, mas queria registrar a importância das apresentações que ambos fizeram aqui para nós, que vêm contribuir com vários elementos para o debate e a discussão que nós vamos travar posteriormente aqui no Senado Federal.

Eu queria, no caso do Dr. Jurandi, primeiro, que ele me confirmasse uma informação que ele deu aqui de que todos os Estados hoje se adaptaram ao cumprimento da Emenda 29 e da Lei 141. Acho que essa informação é muito relevante.

Segundo, eu pergunto a opinião de V. S<sup>a</sup> sobre uma ideia que existe já de há algum tempo, mas que tem tomado um certo corpo, que é a ideia da complementaridade do Sistema Único de Saúde por esse setor chamado hoje suplementar. Ou seja, nós passaríamos a ter um sistema brasileiro de saúde composto pelo Sistema Único de Saúde e pelo setor chamado suplementar hoje e cada um deles teria responsabilidades em relação à saúde do País como um todo. Então, da mesma forma que hoje o usuário de plano de saúde tem acesso amplo aos serviços do SUS, especialmente aqueles que os planos de saúde não são obrigados a fornecer, que nós pudéssemos ter uma contrapartida para que o usuário do Sistema Único de Saúde também pudesse usar a estrutura da rede suplementar naqueles pontos que anteriormente, de

forma combinada, ela pudesse oferecer. Por exemplo, nós hoje andamos razoavelmente bem em toda essa área da alta complexidade, dos medicamentos de alto custo, dos transplantes, enfim. Mas temos um gargalo hoje na área da média complexidade: o atendimento de urgência, o atendimento especializado, exames para diagnósticos. Então, eu queria ouvir a sua opinião sobre isso.

Quanto ao Dr. Rodrigo, que representa aqui o CONASEMS, eu queria dirigir-lhe duas perguntas. A primeira é: em relação aos Municípios, qual é hoje o percentual dos Municípios que cumprem plenamente o definido pela Emenda 29. E pergunto o seguinte: é óbvio que essa parcela da mão de obra que existe no Sistema Único de Saúde efetivamente tem que ser contratada pelos Municípios mesmo, não é? Os Municípios eles são os grandes executores. Só que isso pressuporia que Estado, Governo Federal e União fossem solidários nesse financiamento e nesse pagamento.

A gente sabe, por exemplo, que no Saúde da Família o que vai para pagar pessoal é bem mais do que aquilo que o Município gasta efetivamente, o salário do médico, do enfermeiro, dos outros profissionais. Então, eu também gostaria de ter uma ideia, em relação ao que os Municípios gastam, do percentual que hoje tem cabido em termos de transferência por parte da União ou dos Estados. Não sei se V. Ex<sup>a</sup> entendeu o meu questionamento.

Então, eram essas quatro perguntas, duas para cada um.

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – Quanto à primeira, o percentual de cumprimento da Emenda nº 29, eu não sei se a Viviane tem ali esse documento, nem qual é o ano. Eu não sei se ela trouxe. Mas a informação que nós temos, Senador, é que orçamentariamente já está posto nos orçamentos de todos os Estados o cumprimento dos 12% da Emenda nº 29.

É claro que após a depuração feita pelo SIOPS, a gente sempre teve aqueles contratempos de ter alguns não cumprindo, porque o último que vale é o SIOPS, é a avaliação feita pelo SIOPS. Eram sete que faltavam em 2011. A informação que eu tive é que ficaram três ou quatro de 2012, e que para 2013 faltava apenas o Rio Grande do Sul ter a ousadia de colocar os 12%. Eu tive a informação do Secretário Ciro Simoni – aliás, eu não tive. A informação foi dada na assembleia do CONASS de fevereiro, foi o próprio Secretário Ciro Simoni quem falou – que o Governo colocou de maneira bastante formal, inclusive, para poder deixar registrado, que, para 2013, o Governador Tarso Genro colocou no orçamento do Rio Grande do Sul os 12% como compromisso de cumprimento da Emenda nº 29. Era esse o único Estado que faltava. E aí, foi colocado.

Se vai cumprir, nós vamos ter que acompanhar. Mas o fato é que praticamente todos, até pelo SIOPS – isso varia ano a ano, quando alguém entra ou alguém sai –, mas com certeza não são mais do que seis ou sete Estados que, mesmo depurados, hoje não cumprem a Emenda nº 29.

A conta feita há um tempo pelo nosso estudioso Elias Jorge em relação a 2011 é que o que faltava ser cumprido por todos os Estados, somado, não passava de R\$3 milhões ou R\$4 milhões, o que, se cumprido, também não resolve o nosso problema, porque o nosso problema é: a Presidente Dilma foi taxativa – foi no mês de dezembro, eu não sei se o ano foi 2011 –, mas eu me lembro que ela foi à televisão, em um pronunciamento oficial em rede nacional e disse que o Brasil, para chegar ao patamar da Argentina em gasto com saúde – eu não sei se foi dezembro de 2011, acho que foi dezembro de 2011, em um pronunciamento em cadeia nacional – precisava colocar no Sistema Único de Saúde mais R\$35 bilhões.

**O SR. HUMBERTO COSTA** (Bloco/PT – PE) – Na época.

**O SR. JURANDI FRUTUOSO SILVA** – Na época, em 2011. Quer dizer, vem de lá para cá o crescimento da necessidade. Portanto, essa frase que ela fez eu gravei bem. E é exatamente esse dinheiro que nos daria, ou nos dará, se Deus quiser, ainda, os 10% da receita corrente bruta. Esse é o dinheiro do qual nós estamos correndo atrás. Se aprovada a emenda dos 10% da receita corrente bruta, ela acrescerá ao Sistema Único de Saúde algo em torno de R\$37 bilhões. E aí, pelo que eu mostrei aqui, vai-se ficar com uma cota razoável e vai dar para andar um pouco mais, com mais velocidade e com mais qualidade. O fato é que isso precisa ser feito para podermos cobrar com mais força, também, a qualidade do serviço, embora ambas tenham que caminhar paralelamente.

Mas o sistema da resposta na questão primária, na distribuição de medicamentos, tanto básicos quanto excepcionais, na questão da Aids, enfim, da imunização... Há várias políticas. No transplante, o Brasil é fenômeno no mundo todo. São 90% dos transplantes feitos na rede pública. Enfim, o País dá resposta. Mas precisa ser protegido. E protegido como? Porque, por mais que eu queira...

O CONASS vai fazer agora, no dia 24 de abril – o senhor foi convidado, não sei se vai ter tempo de ir –, aqui em Brasília, no Hotel Nacional, um seminário fechado, obviamente, para discutir alguns caminhos para o SUS. E o primeiro debate, que tem como palestrante o Ministro Marcelo Neri, como debatedores Paes de Barros, Ligia Bahia e outros mais – serão quatro temas – vai ser: Saúde: para onde vai a nova classe média?

Nós precisamos discutir isso, para poder fundamentar o que é que nós vamos estudar como solução para o Sistema Único de Saúde, porque é determinante encontrar essa resposta. Ela vai para o Sistema Único de Saúde? Ela vai para plano de saúde? Ela vai para o nosso movimento? Ela quer, na verdade, um sistema público, universal, gratuito, competente, eficiente, igualitário e equânime? Então, esta é a primeira pergunta, no seminário do dia 24 agora, no Hotel Nacional: para onde vai a nova classe média?

Eu coloquei isso para poder responder à segunda pergunta de V. Ex<sup>a</sup>. Como fazer o sistema complementar de SUS com o sistema suplementar? Eu tenho dúvidas. Confesso que eu tenho dúvidas. Eu preferiria, Senador Humberto, contar com aquele trabalho que o senhor, o Secretário Solla, da SAS, à época, e outros mais fizeram quando criaram o Samu, quando criaram o Sistema da Saúde Mental, quando o senhor criou o Brasil Sorridente. Todos foram sistemas públicos que deram uma resposta fantástica.

Na saúde bucal, o senhor resgatou ou começou a resgatar uma dívida social gritante que vinha desde o descobrimento, quer dizer, oferecendo CEOs pelo Brasil afora, programa de saúde bucal para o Brasil todo. E você consegue hoje ver o brasileiro não mais procurando, na época de eleição, dentadura de político. Pelo contrário, ele está na fila do CEO exigindo o direito de fazer o seu canal, de colocar a sua prótese. Isso mudou o perfil da sociedade brasileira. Melhorou o sorriso e melhorou a autoestima. Saúde mental, igual. Samu, do mesmo jeito.

Enfim, eu penso que o meu medo, respondendo definitivamente, ao fazer o sistema híbrido, público com o suplementar, é que eu precisaria de uma regulação muito forte e, pela situação político-econômica do Brasil, eu não sei quem mais teria prioridade na hora do financiamento. Eu tenho dúvida, entendeu? Eu ainda prefiro que reforçemos, sob todos os aspectos, o sistema público de saúde. Ofertando o sistema de saúde com bastante qualidade, o povo decide para onde vai, se para o público ou para o privado. Eu garanto que, se o sistema for montado com a eficiência que ele pode oferecer, com prédios adequados... Nosso sistema de saúde tem que ter prédios do SUS que se pareçam com os do Banco de Brasil, com os da Caixa Econômica, com os das instituições de financiamento.

Eu acho que essa é a hora de fazer isso. Está sendo feito agora na atenção básica. Quer dizer, ampliar a oferta de recurso para você ter estrutura de saúde que lhe dê dignidade de estar dentro. Eu não quero estar no chão, eu quero estar num leito que tenha o meu banheirozinho, que a porta feche, que o sanitário seja limpo, que o profissional que venha me atender

seja humano e me trate com respeito e que eu possa ficar curado num breve espaço de tempo. Isso é um sonho? Ou não é? Acontece na Inglaterra. Acontece no Canadá. Acontece em outros países. A Costa Rica é um exemplo para isso. Então, não é um sonho. É um sonho que pode ser atingido.

Então, eu preferiria que investíssemos mais no serviço público de saúde e que tivéssemos que evitar o risco de ver, daqui a pouco tempo, o SUS, como já está aparecendo hoje, ser suplementar aos serviços, aos planos de saúde. Lá não faz, a prótese de alto custo vai para o SUS, o medicamento de alto custo vai para o SUS, o gesso de emergência ninguém quer montar, porque é caro, vai para o SUS. Na hotelaria, vai para o privado.

Então, eu queria que evitássemos o risco de virar suplementar do serviço privado ou de plano de saúde. Eu acho que essa é uma missão que o senhor tem, com o Senador Paulo Davim. Eu espero que a Presidente Dilma, com seu compromisso social, que sabemos e somos conhecedores, possa começar a reverter esse quadro e começar a proteger o sistema que, na verdade, é dos brasileiros. Nós não vamos largar isso até que consigamos reverter esse quadro de dificuldade que hoje vivemos.

Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Vamos ouvir agora as respostas do Dr. Rodrigo.

**O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA** – Senador, diante das perguntas que nos tinham apresentado, nós temos hoje os Municípios gastando mais de 20% da sua receita própria em saúde. Nós temos hoje, no SIOPS, que é a fonte que nos dá essa informação, que somente 20 Municípios não cumprem os 15% legais da contrapartida na saúde dos Municípios e mais de 84% dos Municípios alimentaram o SIOPS diante dessa informação. E grande parte desses Municípios... Esses 20% são a média; há Município gastando muito mais do que isso para tentar fazer o mínimo.

Nós reconhecemos o esforço do nosso Ministro Padilha, da nossa Presidenta Dilma, diante do fortalecimento, principalmente, da atenção básica nessa gestão agora. Nós reconhecemos o trabalho e o esforço, como o PMAQ, que é uma iniciativa interessante, onde podemos ter um maior financiamento, por uma remuneração por desempenho, por uma qualidade de serviço prestado. Então, eu acho que é uma iniciativa interessante também para nós fortalecermos e melhorarmos, cada vez mais, a nossa gestão.

O colega Jurandi colocou muito bem algo que eu, como gestor municipal, sofro a cada dia. Nós temos diversos seguros e planos de saúde, hoje, instituídos e exercendo, com várias pessoas associadas, mas gran-



de parte, a maioria dos serviços... O Samu, eu não sei, é quem pega, é quem dá o primeiro socorro aos pacientes. E todos esses pacientes, quando vão para as grandes urgências, ao serem internados em unidades prestadoras de serviços privados, acabam sobrando para nós, gestores municipais, ou por pressão política, ou por pressão de diversas formas, como por meio do Ministério Público. Sobra para nós, principalmente na alta complexidade, na urgência, na emergência!

Então, esse tema nos aflige também, ou seja, quando se fala da relação público-privado. Hoje, como foi bem colocado, nós temos uma crise, principalmente, na chamada média complexidade. E qual é? Dar uma melhor qualidade, dar maior agilidade. O que hoje está atendendo o plano de saúde? Principalmente, consultas ambulatoriais e exames, que eles fazem, às vezes, de forma mais fácil e rápida. Mas, tirando isso, o restante de todo o serviço de saúde sobra para nós, gestores municipais. E temos que dar a tempo, ou por iniciativa própria, ou por iniciativa do Ministério Público, ou do Judiciário, ou mesmo pela nossa responsabilidade em atender – e atender bem – esse cidadão.

Quando eu coloquei aqui que nós estamos em uma situação que nos leva a trazer a prioridade na área de saúde, para que nós invertamos esse modelo de atenção, hoje, muitas vezes preconizados por uma demanda espontânea de urgência e emergência, como o caso daquele diabético ou daquele hipertenso que, muitas vezes, chega a ser amputado, que sofre um AVC ou que vai para em um hospital de urgência e emergência, onde vai haver um custo maior ainda, o que nós poderíamos evitar, nós estamos impossibilitados por falta de um financiamento ainda maior, para que a gente possa organizar uma rede de atenção básica que dê respostas a essas necessidades.

Nós sabemos e reconhecemos os esforços, sabemos que grandes passos foram dados em busca do fortalecimento dessa questão, mas ainda estamos longe de termos um sistema de saúde que dê uma atenção básica, com exames complementares, com exames laboratoriais a contento, que a gente possa dar melhores condições de trabalho aos nossos funcionários. E eu, que participo aqui da região metropolitana do Distrito Federal – estamos falando aqui da Capital do Brasil –, ressalto que nós temos dificuldade de acesso, de garantia de acesso para esses pacientes que, muitas vezes, nós resgatamos por meio do Samu, que nós temos nas nossas unidades básicas. Nós não temos leitos suficientes de UTI; nós não temos acesso a hospitais de referência em politrauma aqui nessa região. Então, nós estamos em uma situação em que estamos sendo pautados, muitas vezes, pelo Judiciário. E onde nós vamos chegar com essa situação?

Então, como o colega Jurandi colocou, nós estamos em uma situação de emergência, tanto de organizar o serviço... Nós já temos parcerias público-privadas, a partir de contratação, com os filantrópicos; e são parcerias, hoje, fundamentais para o sistema. Porém, nós temos de ter uma regulação, um controle. Muitas vezes até, essas instituições são tratadas de modo diferente, principalmente os filantrópicos. A consulta estipulada para nós, hoje, na média complexidade, tem um valor para o Sistema Único de Saúde... E sem falar dos incentivos que recebem essas instituições a título de complementação para manterem a parceria conosco. E são parcerias que, hoje, dão sustentabilidade ao sistema de saúde também. Mas nós temos que buscar, porque nós, Municípios, realmente chegamos ao topo. Quanto a essa questão de pauta, Dr. Jurandi, as últimas eleições municipais agora apontaram: a saúde é em primeiro lugar. Estamos perdendo o foco. O cidadão sabe que temos que melhorar a saúde no Município, melhorar a saúde do cidadão, mas, muitas vezes, ele não vem em defesa do Sistema Único de Saúde, eles perderam um foco e temos que resgatar de fato essa luta que tivemos na década de 90 em defesa de que o Sistema Único de Saúde, que seja de fato universal, que seja de fato garantindo a integralidade, mas nós temos que fortalecer esse sistema de saúde para dar respostas às necessidades de saúde que hoje são emergentes.

Quando colocamos outra coisa, é a questão da isenção. Quando falamos de seguros de saúde, temos isenção de seguro de saúde. Temos que melhorar, buscar uma reforma tributária que atenda essas especificidades para melhorarmos o nosso sistema de saúde e ter mais financiamento do Governo Federal e do estadual, pois no municipal estamos no limite.

E o que o Jurandi colocou aí também, com essa regulamentação da 141 não há como fugirmos das nossas responsabilidades de 15% e de 12%. Se os Estados não colocarem, são bloqueados até os recursos que vão da União para os Estados ou que vão da União para os Municípios. Então, isso já está dado, não há como o Governo estadual e o municipal não cumprirem o mínimo regulamentado hoje, que é de 15% e de 12% para os Estados.

Estamos aqui numa discussão, parabênizo a iniciativa dos Senadores, sabemos das suas lutas constantes e que a iniciativa está dentro desta Casa para revertermos essa situação. Acreditamos que possa sair uma resposta que dê respaldo a essa questão tão emergente hoje.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Senador Humberto, mais algum questionamento?

**O SR. HUMBERTO COSTA** (Bloco/PT – PE) – Satisfeito.

**O SR. PRESIDENTE** (Paulo Davim. Bloco/PV – RN) – Bom, não havendo mais nada a tratar, agradeço a presença de todos, do Dr. Jurandi e do Dr. Rodrigo.

Convido todos para a próxima reunião a se realizar na próxima quinta-feira, neste mesmo horário.

Obrigado.

*(Iniciada às 9 horas e 21 minutos, a reunião é encerrada às 10 horas e 44 minutos.)*

Senador **Paulo Davim**, Presidente.

COMISSÃO ESPECIAL EXTERNA CRIADA  
PARA REALIZAR ESTUDOS E PROPOR A  
ATUALIZAÇÃO DA LEI DE EXECUÇÕES PENAIS –  
LEP (LEI Nº 7.210, DE 1984)

### ATA DA 3ª REUNIÃO

**Ata Circunstanciada da 3ª Reunião, realizada em 26 de abril de 2013, às dez horas e trinta e cinco minutos, na Sala nº 19 da Ala Senador Alexandre Costa, sob a Presidência do Ministro Sidnei Agostinho Beneti e com a presença dos Senhores Juristas: Carlos Pessoa de Aquino, Edemundo Dias de Oliveira Filho, Maria Tereza Uille Gomes e Marcellus Ugietto. Deixaram de comparecer Denis de Oliveira Praça e Gamil Föppel El Hireche. Na ocasião ocorreu reunião administrativa.**

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Bom dia a todos. Dando início a esta reunião, declaro aberta a 3ª Reunião da Comissão de Juristas, criada pelo Requerimento nº 848, de 2012, com a finalidade de realizar estudos e propor a atualização da Lei de Execução Penal. Antes de iniciarmos os trabalhos, vou colocar em votação as atas da 1ª e 2ª reuniões, passadas, solicitando aos eminentes integrantes da Comissão, se possível, a dispensa da leitura da ata, que já foi disponibilizada. Estão todos de acordo? (Pausa.) Não havendo dúvidas a sanar, declaro aprovada a ata da reunião anterior. Os trabalhos desta manhã eu pretendo que se realizem da seguinte maneira: vou solicitar a cada um dos integrantes da Comissão que faça um resumo das sugestões que já foram apresentadas por escrito, informando essas sugestões, e permitindo, também, que haja alguma pergunta para esclarecer dúvidas a esse respeito. Em seguida, nós vamos tomar em consideração essas observações e vamos passar a reger o seguimento dos trabalhos. Quero informar que, infelizmente, não temos a presença de dois eminentes integrantes da Comissão: Prof. Gamil Föppel El Hireche, que teve problema diante da alteração da data da nossa reunião, não pôde estar presente e mandou

a informação justificativa; e o Prof. Denis de Oliveira Praça, que teve problema de voo e não conseguiu vir para Brasília neste momento. Vou pedir a manifestação de cada um dos integrantes da Comissão, pela ordem alfabética, que é a seguinte: Carlos Pessoa de Aquino, Denis de Oliveira Praça, Edemundo Dias de Oliveira Filho, Gamil Föppel, Marcellus Ugietto, Maria Tereza Uille Gomes, e eu, pela ordem das manifestações. Peço, em primeiro lugar, a manifestação do Prof. Carlos Pessoa de Aquino. Solicito que sempre diga o número de cada uma das sugestões, para que depois possamos recuperar e tabular todos esses dados. Por favor, professor.

**O SR. CARLOS PESSOA DE AQUINO** – Bom dia, Sr. Ministro Sidnei Agostinho Beneti, é uma honra e uma satisfação imensa participar desta reunião de trabalho. Saúdo V. Exª e, o fazendo, saúdo todos os colegas que compõem e integram este colegiado. Eminentíssimo Ministro, enumerei, seguindo as diretrizes traçadas por V. Exª, três propostas resumidas, sintéticas, a fim de que possamos, posteriormente, efetuar os debates e o amadurecimento dessas propostas. São elas:

1 – Eliminar a necessidade de parecer pela Comissão Técnica de Classificação e o exame criminológico para a progressão de regime, restando como único requisito subjetivo a boa conduta carcerária.

2 – Proposta de redação para o art. 112. A pena de prisão será executada, em forma progressiva, com transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando preso tiver cumprido pelo menos um terço da pena no regime anterior, tiver boa conduta prisional e seu mérito indicar a progressão. O §1º seria: A decisão será sempre precedida de parecer da Comissão Técnica de Classificação e do exame criminológico. Isso seria suprimido, devido àquele requisito apenas contido no caput do art. 112. Essa decisão seria sempre motivada e precedida de manifestação do Ministério Público e do defensor.

3 – Preconizar acerca da estipulação de prazo prescricional para as faltas disciplinares no prazo de dois anos da imputação. Isso para que o interno, o preso, não fique com aquela nódoa, aquela mácula eterna. Que haja a supressão.

4 – Proporcionar ao condenado o exercício pleno da sua cidadania, mediante medidas assecuratórias, para que tenha visitas de companheiros, independente de sexo, raça e credo, bem como acesso aos documentos, a livros, à educação, ao lazer e ao trabalho, num pro-



cesso que estimule que instigue que fomente a reinserção na sociedade, a sua reeducação e a sua recomposição como cidadão ou cidadã.

5 – Proposta de redação para o art. 126. O condenado que cumpre pena em regime fechado ou semiaberto poderá remir sua pena pelo trabalho ou pelo estudo, parte do tempo da execução da pena.

6 – Ao se iniciar o cumprimento da pena, o condenado tenha conhecimento prévio da data certa e predefinida de sua soltura, sem que para tanto seja necessário o alvará de soltura do preso. E veja V. Ex<sup>a</sup> que, para quem teve uma experiência, para quem conhece, mesmo que superficialmente os calabouços, as prisões medievais que temos no sistema penitenciário deste País, uma das queixas mais recorrentes é exatamente, eminente Ministro, o excesso de tempo, ultrapassando o tempo para o qual foi condenado, ou até o desconhecimento – se já cumpriu, já cumpriu parte, como está a sua situação prisional. Há um alheamento daquela pessoa que foi condenada, colocada naquela unidade prisional, e dela se esqueceram. Não há um acompanhamento.

7 – Regulamentação mais clara da remissão da pena por trabalho e do sistema disciplinar;

8 – Viabilização das parcerias público-privadas. Para isso, evidentemente, nós traçaremos alguns pontos, alguns subitens;

9 – Abordagem da temática da ressocialização dos presos e do regime disciplinar diferenciado que incide sobre presos de maior perigo para a sociedade, aqueles que cometeram crimes de maior potencial ofensivo;

10 – Das decisões proferidas pelo juiz, instituir o cabimento do recurso de agravo em execução penal, estipulando um prazo – que eu penso em dez dias, que é o prazo de agravo –, e que poderá ser interposto pelo próprio condenado, advogado nomeado ou defensor público, e poderá ser protocolado no próprio juízo recorrido, devendo o escrivão providenciar a imediata formação do instrumento e remessa ao tribunal respectivo.

Resumidamente, Sr. Ministro, eminentes colegas, é o que eu teria inicialmente, de forma sucinta, para lançar esses temas às luzes, para que nós possamos, então, na continuidade dos nossos trabalhos, nos debruçar sobre eles. Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– Eu agradeço ao Prof. Carlos Pessoa Aquino pelas sugestões que vem a formular de forma muito clara, o

que é o mais importante. E também tenho a percepção de que são assuntos concretos. Realmente, são pontos concretos que se visa a regulamentar de maneira muito indubitável na Lei de Execuções Penais, de maneira a permitir maior fluidez no sistema. A fluidez no sistema judiciário e no sistema penitenciário realmente é muito importante. Gostei muito de ver, entre todas as sugestões, essa da marcação da data precisa para a soltura. Eu tenho um escrito que denominei de Abaixo o Alvará de Soltura. Dá impressão de que eu não quero libertar ninguém, mas, pelo contrário: é deixar uma data certa em que se opere a soltura de tal maneira que, nesse dia realmente, a pessoa que pagou sua dívida para com a sociedade esteja em liberdade. Se algum dos eminentes integrantes da Comissão quiser fazer alguma pergunta algum comentário, terá a liberdade. Eu já estou fazendo também algum comentário. Igualmente, a questão da prescrição das sanções administrativas prisionais. Isso é muito importante para liberar de uma vez esses casos. Podemos passar ao próximo? (Pausa.) Antes disso, eu queria anunciar que eu tenho recebido manifestações de entidades. Aqui é o último que eu recebi e vem num litisconsórcio poderoso de várias entidades: Associação pela Reforma Prisional; Conectas Direitos Humanos; Instituto de Defensores de Direitos Humanos; Instituto Sou da Paz; Instituto Terra, Trabalho e Cidadania; Instituto de Defesa do Direito de Defesa; Pastoral Carcerária e Justiça Global, instituições signatárias que integram a Rede Justiça Criminal. Recebi também do Centro Acadêmico XI de Agosto, que está fazendo um trabalho bastante participativo sobre parte carcerária. Recebi de secretarias de administração penitenciária dos Estados, inclusive algumas oferecendo nomes à participação para consulta durante os trabalhos. Recebi do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, o grande instituto IBCCRIM – de que me orgulho muito por ser fundador, junto com outros participantes da época –, a oferta de participação. Depois nós vamos discutir como fazer essa participação efetiva, mas agradecendo, desde já, e muito, por essas indicações de participações, inclusive de entidades de diretores prisionais, o que também é muito importante, porque são as pessoas diretamente ligadas ao problema na execução. Eu vou passar a palavra agora, por favor, ao Prof. Edemundo Dias de Oliveira Filho, pedindo que enumere sempre, pois é muito importante para depois tabularmos os dados.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO**

– Bom dia a todos. Quero cumprimentar a todos e saudar especialmente o nosso Presidente, Ministro Sidnei Beneti, fazendo também aqui uma referência à Dr<sup>a</sup> Maria Tereza, que é nossa colega ali no Conselho de

Secretários de Justiça e Administração Penitenciária no Brasil. A gente tem essa experiência na prática, no dia a dia, na luta da administração e da gestão penitenciária em todos o País. Até antes de começarmos formalmente a reunião, já propus ali para o nosso Presidente que, para termos um dinamismo melhor nas nossas proposições, que talvez concentrássemos na figura do próprio Ministro uma espécie de relatoria, para que fôssemos historiando todas essas sugestões e já, talvez, preparando uma técnica de como isso seria incorporado posteriormente no anteprojeto. Eu acho que o Ministro gostou da ideia.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Perfeitamente de acordo. Acho que é isso o que deve ser feito.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Aí a própria assessoria dele, do próprio Tribunal, poderia ajudar e irmos montando. Depois, no final, teríamos uma ideia do conjunto disso como membros da Comissão para podermos debater e, no final, decidirmos o que realmente nós aprovaríamos – se seria consenso ou se seria por maioria. Veríamos como esse conjunto de propostas seria acolhido pela Comissão.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não. A minha ideia, se me permite, é de início fazer essa relatoria. E vou fazendo até quando puder, dando certa uniformidade. Se, em algum momento, eu tiver dificuldade, vou solicitar a algum dos integrantes da Comissão que prossiga nos trabalhos; vamos conforme for necessário. Agora, para o final, vou me assessorar de pessoal técnico do Senado, que sabe dar a forma adequada à Casa. Mas, de início, vou fazer essa relatoria. Por favor, prossiga.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Outro ponto, ainda, Ministro, a título de sugestão de encaminhamento. Não querendo me antecipar, mas o senhor anunciava que vamos fazer uma audiência pública. Acho que é o momento de ouvirmos a sociedade, as representações. Talvez, até o próprio CONSEJ poderia participar, bem como todas essas instituições que o senhor citou e tantas outras que tenham interface com a execução penal no Brasil – juízes de execução penal; Ministério Público da área de execução penal poderiam trazer os gestores prisionais, os servidores. Não sei se a parte dos agentes prisionais, como classe, para não correremos o risco de virar uma discussão corporativa, mas também ouvi-los, pois podem ter colaborações importantes que poderiam trazer para nós. Eu queria ouvir do senhor.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Claro. Sim, sem dúvida, parece que esse é o melhor encaminhamento. Agradeço por lembrar. Pois não.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO**

– Como contribuição aqui, Ministro, vou preparar isso na forma escrita.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Mas trago pontos bem claros. O primeiro é o seguinte. Confesso colegas, que ainda não sei como formataríamos isso, mas quero trazer à discussão desta Comissão essa questão do semiaberto no Brasil. Eu acho que esse semiaberto no Brasil não funciona; tem sido um instrumento, um local, um ambiente de sentimento de impunidade, quase como uma excrescência dentro da execução penal. Lá em Goiás, pela experiência que nós temos, eu tenho ouvido senhores, até os próprios educandos, como chamamos lá os presos, dizerem: “Olha, prefiro fechado ou aberto.” Esse terreno do meio, que é um terreno perigoso, alagadiço, confuso tem trazido sofrimento, dúvidas e passa para a comunidade, para a sociedade em geral, essa sensação de impunidade. O sujeito é condenado a 20 anos no Brasil por um crime grave que cometeu, e ele já começa a contar um sexto da pena na hora em que sai a sentença. Quando ele vai para o semiaberto, há muitas dificuldades em relação a esse sistema.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Então, eu confesso: como nós...

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – V. Ex<sup>a</sup> sugere o regramento do semiaberto ou ver o que fazer com o semiaberto?

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – O que fazer com o semiaberto ou até a sua extinção em termos de progressão, para que nós...

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – É uma coisa que se pode discutir.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Isso.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Então, só para deixar isso claro: o sujeito sairia já para a condicional ou cumpriria a pena dele aqui, enquanto estivesse cumprindo a pena no regime fechado. Como se daria isso é necessário discutir mais, elaborar mais. Eu digo para vocês o seguinte: eu tenho conversado com juízes de execução penal, promotores, gestores e até com os próprios presos, e todos são unânimes em dizer que do jeito que está não funciona. Talvez fosse necessário um monitoramento eletrônico ou alguma coisa assim para melhorar essa questão do regime semiaberto no Brasil.

Ponto nº 2. A Drª Tereza é partícipe do sofrimento e das agruras por que nós, gestores do sistema prisional brasileiro, passamos: a questão do orçamento. Eu não sei se a Lei de Execução Penal seria o receptáculo correto de algum regramento no Brasil, porque os recursos carregados até por lei para a execução penal são contingenciados, são desviados de finalidade. Que dizer, o próprio Estado passa a ser um Estado infrator, porque pega os recursos... Ontem eu fiquei sabendo – não sei se é verdade, doutora – que cerca de 13 bilhões já acumulados de recursos teriam uma destinação para aplicação no sistema. Quem me disse isso foi um juiz, numa reunião no Conselho Nacional de Justiça, representando o Ministro Joaquim Barbosa, aqui em Brasília, ontem. Então, o que ocorre? Nós, os Estados, na questão do Pacto Federativo, ficamos lá sem as condições necessárias para dar estrutura, principalmente de vagas, ao sistema prisional brasileiro, e esses recursos são contingenciados ou desviados de finalidade. Eu não sei se nós contaremos com algum dispositivo para fazer um orçamento impositivo e também uma vedação de contingenciamento ou desvio de finalidade. Vou trabalhar para trazer uma proposta, mas já deixo essa ideia também – número 2.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não. Poderemos ver se isso caberia dentro da Lei de Execução Penal, em algum dispositivo ou, então, poderemos fazer anexos de sugestões também, depois de discutirmos bem e concretamente as dimensões do problema. Por favor.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Número 3. O que me preocupa dentro do capítulo Dos Servidores e Gestores? A gente deveria trabalhar alguns dispositivos que garantam a valorização desses servidores, a formação deles, talvez uma academia nacional com padronização. Nós vivemos no século XXI e já avançamos. O servidor prisional não pode ter mais aquela imagem do carcereiro, da palmatória do mundo, do verdugo. Ele tem de ser um homem preparado para um trabalho ressocializador, transformador, com uma visão moderna da execução penal. Então, talvez a gente consiga também contemplar no capítulo que trata dos servidores algumas exigências. Nós somos um País continental, não é, Ministro? Então, existem lugares ainda em que esses servidores são pegos a laço, talvez pela corpulência, pelo biótipo, por interesses políticos. Não há regramentos claros na formação, nem exigências até da própria lei. E toda transformação que ocorrer no sistema prisional brasileiro passa pelo homem da ponta, aquele que está lá.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Com qualificação, formação e alguma exigência mínima.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – No âmbito federal, há notícias de que isso começa no DEPEN.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – DEPEN.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Mas, no estadual, ainda é uma costura a ser feita.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Por último – essa eu já trouxe e vou colocar aí –, alguma coisa sobre gestão mesmo. Ainda não está bem detalhado, mas vou dar uma finalização aqui, na parte da administração, que eu deixo para o final. Para concluir a minha palavra, desde que nós instalamos esta Comissão, tenho ouvido o senhor e todos os colegas falarem que a lei é boa. A Lei de Execução Penal é uma lei razoável, boa, até avançada. Se nós tivéssemos que dizer alguma coisa aqui, diríamos assim: cumpra-se a Lei de Execução Penal na sua plenitude. Então, que a gente garanta também algum mecanismo de eficácia e de aplicabilidade, para que esta lei não continue a ser apenas uma lei propositiva ou uma letra morta, entre tantas, no sistema legislativo brasileiro. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Agradeço as sugestões, muito apropriadas, trazidas pelo prezado Prof. Edemundo. Solicito, agora, ao Dr. Marcellus Ugiatti, e em seguida, antes da Drª Tereza, vou-me permitir ler as sugestões que foram mandadas pelo Dr. Denis, para que assim fique completo esse panorama inicial. Por favor, Prof. Marcellus.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Bom dia a todos. Gostaria decumprimentar o Ministro Sidnei Beneti, em nome de quem cumprimento todos os demais integrantes da Comissão, especificamente da reunião de hoje. Antes de qualquer coisa, gostaria de dizer que nós, pelo que vimos, temos algumas propostas com o mesmo tema, evidentemente, com alguns entendimentos diferentes. E isso eu gostaria até de pontuar em outro momento, para que pudéssemos, então, discutir esses temas que são comuns, nesta primeira reunião, como pontos a serem realmente definidos, e encaminhar, posteriormente, uma sugestão só.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não, podemos fazer. Eu gostaria que V. Exª enumerasse todas as sugestões, que, por sinal, são muito boas; eu as conheço.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Vou enumerar, sim. Está bom. A primeira das questões que eu coloquei:

1 – modificação da obrigatoriedade de fiscalização mensal pelo parquet no que concerne às unidades prisionais. É mensal, mas eu senti, conversando com vários promotores de execução penal, nos fóruns que nós temos aqui no Conselho Nacional do Ministé-



rio Público, que seria melhor que fosse bimensal – é uma coisa para a gente pensar –, a cada dois meses, sem embargo das apurações que tivermos que fazer extraordinariamente durante esses dois meses. Mas aquela obrigatória mesmo, aquela que a Lei de Execução Penal impõe, hoje, como mensal, que pudesse ser então, a cada dois meses. Mas é uma coisa para a gente discutir.

2 – A definição do prazo prescricional referente às faltas disciplinares, que são elencadas a partir do art. 49 da Lei de Execução Penal, aportando novo dispositivo. Acho que, então, discordando eu um pouco dos que falaram antes de mim sobre do mesmo tema, o prazo razoável é de um ano. Eu entendo assim.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Mas, de qualquer forma, ter um prazo.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – É a questão é ter um prazo prescricional. Lá em Pernambuco a gente adota – eu, pelo menos, em meus pareceres, e tenho conseguido que os juízes das execuções penais tenham feito assim – o prazo de um ano, porque entendo que o Estado tem eternizado os procedimentos disciplinares, fazendo com que o preso tenha prejuízo no seu direito.

3 – A necessidade de manutenção de critérios subjetivos para a avaliação dos benefícios legais, pontuando, se possível, um mês para tal valoração, exames, fichas disciplinares e de conduta carcerária e avaliações psicológicas, psiquiátricas e sociais. Na verdade, fazer-se um perfil do preso, que é uma coisa que a gente, infelizmente, apesar de a Lei de Execução Penal já tratar, no início da própria lei, da entrada do reeducando ao sistema, isso não é absolutamente cumprido. Acho que a gente precisava pontuar mais isso neste novo projeto.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Esta é a nº 4.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – É, nº 4. Desculpe.

4 – A possibilidade expressa de regressão cautelar sem oitiva do interno, especialmente no caso de fuga, que ocorre não raras vezes. Os tribunais, às vezes, têm entendido que é necessária a oitiva do preso para a regressão cautelar. Eu entendo que, se é cautelar, pode ser cautelar inaudita altera pars, como em outro qualquer fórum de juízo, em outro qualquer juízo – juízo cível mesmo, juízo criminal, quando se concede uma medida cautelar. Acho que, especialmente no caso de fuga, seria, sim, possível suprimir essa oitiva do interno como requisito básico para a regressão cautelar.

5 – A necessidade da presença de advogado e defensor nos procedimentos administrativos disciplinares. Sei que a Lei de Execução Penal fala subjeti-

vamente sobre o assunto, mas eu acho que devia ser um regramento expresso nesse sentido.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – A jurisprudência podia ter definido. Mas, em todo caso, vamos ver o que fazer.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Penso que seria interessante.

6 – Possibilidade de vinculação de verbas orçamentárias para o sistema prisional e a execução penal como um todo, mais ou menos na linha que o Dr. Edemundo colocou.

7 – Previsão de que as centrais de penas e medidas alternativas priorizem a destinação de verbas e bens e trabalho, com vistas à melhoria do sistema prisional, que seriam – vou usar uma expressão de que não gosto muito – um link entre a central de penas alternativas e a execução penal das penas privativas de liberdade, por assim dizer, no sentido de que a gente tenha esse aporte também, para que possa melhorar a própria estrutura do sistema prisional, sem embargo, evidentemente, do trabalho do Estado e da obrigação estatal.

8 – Proibição da concessão de indulto para as penas de multa que se destinariam ao custeio da melhoria do sistema prisional.

9 – A proibição da concessão de indulto para penas e medidas alternativas e para os que cumprem medida de segurança. Isso porque eu entendo que a pena restritiva de direitos já é um benefício. Não entendo que tenha cabimento que a pessoa interrompa a prestação de serviços à comunidade, por exemplo, como tem ocorrido, em razão da concessão de um segundo benefício, que é o indulto. No caso da medida de segurança, seria mais grave ainda conceder-se o indulto independentemente da cessação da periculosidade.

10 – A possibilidade de a iniciativa privada construir e gerir unidades prisionais, como no caso das parcerias público-privadas. E isso eu coloco, evidentemente, para que a gente possa discutir e fazer um regramento se for o caso de se colocar no projeto, porque eu acho que está muito solto.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – É preciso enfrentar essa questão.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Precisamos enfrentar.

11 – Previsão da suspensão automática, nos casos de descumprimento do livramento condicional, na medida em que hoje vem prevalecendo de forma indiscriminada a aplicação do art. 90, com a extinção da punibilidade; mas a gente poderia ter essa discussão também.

12 – A recontagem dos prazos, quando há cometimento de falta grave, no caso do regime fechado,



que não ocorre pelo menos nas situações que tenho visto, inclusive em Pernambuco.

13 – Incluir, como falta grave, no art. 50, que não ocorre, o descumprimento do livramento condicional.

14 – A questão do trabalho interno nas unidades prisionais. Não sei em outros Estados, mas, pelo menos naqueles que tenho visitado, tenho uma dificuldade muito grande com o trabalho interno por conta da possibilidade de reclamação trabalhista. Lá em Pernambuco, houve várias reclamações; algumas exitosas para o preso, outras, não. Mesmo assim, o Estado proíbe que o preso trabalhe se não for remunerado. Para se ter uma ideia, o Estado agora deu uma redução em todas as secretarias de Estado. Então, por exemplo, unidades que tinham 80 presos trabalhando, baixaram para 40. Houve uma redução de 50%, com a proibição de que aqueles que não forem remunerados não trabalhem, para não provocarem ações trabalhistas. Acho que precisamos encontrar um mecanismo disciplinar.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – E também o pecúlio, como disse a Dr<sup>a</sup> Tereza.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Questão aguda.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Acho que precisamos ver isso.

15 – Definir, em dispositivos, a questão da empresa privada que atua dentro do sistema prisional, capacitando e utilizando mão de obra carcerária, no sentido de que ela absorva um percentual de egressos no livramento condicional – no regime aberto, se ainda existir –, no caso de extinção da pena, que tenham sido capacitados ou tenham laborado internamente nessa iniciativa privada, que trabalhou que laborou dentro dos presídios.

16 – Ratificar os termos do art. 75 e seguintes da LEP relativamente à direção dos estabelecimentos prisionais. Percebo que há uma necessidade muito grande – disse bem o Dr. Edemundo – da valorização do agente penitenciário. Acho que a gente poderia incluir, como preferência, o agente penitenciário que tenha aqueles cursos, que tenha sido capacitado para exercer o mister de gerir a unidade prisional. E digo isso, Dr. Sidnei, nesse décimo sexto item, porque, pelo menos no meu Estado, a gente tem encontrado várias situações de pessoas que são muito competentes, mas que nunca passaram num sistema prisional. Até trabalharam num outro caminho que não aquele do sistema prisional, e tem sido frequente a política nesse sentido de indicar... ou seja, o sujeito é bom médico, mas tem que ser diretor do sistema prisional porque determinado político assim o prescreve.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – É preciso ser profissionalizado.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Exato. Então, eu acho que seria uma boa que a gente pudesse debater essa questão da valorização do agente penitenciário e colocar como preferente na direção das unidades prisionais.

17 – Debater a questão da extinção do regime aberto, pelo menos na maneira como vem sendo definido o seu cumprimento, a quase total ausência de casas de albergados. No Paraná, parece-me que existem algumas; em Pernambuco, existe uma só; em São Paulo, quase não existe também. E há uma tendência – eu tenho lido sobre isso – de se extinguir o regime aberto, e aí nós vamos ter um hiato muito grande entre o regime semiaberto e o livramento condicional. Acho que é um debate interessante.

18 – Incluir o dispositivo que crie e normatize a figura do agente de livramento condicional, com o fim de acompanhar o cumprimento pelo apenado que se encontra em tal situação. Acho que é importante que a gente tenha esse viés.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – É uma espécie de probation, não é?

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Exatamente! Que existe na Europa, nos Estados Unidos e que tem dado certo. É, na verdade, um fato interessante.

19 – Verificar e alterar a questão posta no art. 9º-A, trazido pela Lei nº 12.654. Retorno da obrigatoriedade do exame criminológico ou do exame psicossocial. Até na contramão do que disse o colega, a gente precisa discutir mais.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – É, esse é preciso discutir bastante. Talvez descobrir algumas coisas.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Para alguns delitos – e aí também é outra discussão –, como os crimes sexuais, por exemplo, eu acho que é importante esse exame psicológico, psiquiátrico, psicossocial.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Talvez pudesse ser conectado a tipos penais.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Exatamente, a alguns tipos penais. E, também nos casos de reincidência, eu entendo que a gente poderia “rigorizar” um pouquinho. Acho que a ausência do exame criminológico obrigatório ou do psicossocial, que é o que se fazia lá em Pernambuco e na maioria dos Estados, eu acho que é um problema para a gente repensar.

20 – Alterar, se for o caso, a questão posta no art. 9º-A, trazida pela Lei nº 12.654, que é uma lei recente, de 2012, relativa à extração do DNA; há uma discussão muito forte nesse sentido, sobre a legalidade ou não disso, como se fazer isso. Eu não sei, mas o depoimento dos colegas vai ser interessante nisso.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Vamos discutir. Os tribunais terão de enfrentar, porque há um substrato constitucional nessa matéria, não é?

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Não é verdade?

21 – A superlotação carcerária. É preciso a gente criar um dispositivo que limite essa população carcerária nas unidades prisionais para rigoroso cumprimento. Como eu pensei nisso? Sei que é difícil, mas a gente tem de tirar o Estado brasileiro da zona de conforto. Ora, se é possível que, numa PPP ou numa unidade privada – privado que eu digo é terceirizado –, nós consigamos que nenhum anão a mais entre na unidade, eu tenho comigo que a gente precisa tirar o Estado da zona de conforto. Na unidade com 400 vagas, como lá em Pernambuco, nós temos 2.800 presos; numa unidade com 98 vagas, nós temos 1.500 presos. Aí, o Estado tira de um lugar para outro, para resolver o problema. Eu acho que não é a solução. Penso eu que a gente podia criar um percentual. Vamos dizer: se a unidade é para 500, que a gente pelo menos estabeleça “só se aceitam mais 10%, mais 15%”. Seria criar um percentual.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Overbooking, não é?

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – É, o overbooking. Mas que seja uma coisa...

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Se me permite interrompê-lo, há um escrito recente de um Ministro do meu tribunal, Og Fernandes, sugerindo que se estude a possibilidade, para alguns estabelecimentos, do agendamento: naquele dia, haverá aquela vaga para ser ocupada. Aí fica um overbooking, mas não um superoverbooking.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – É, pode ser também. Alguns podem dizer assim: “Mas, então, você está aditindo a superlotação?” Não. Eu estou admitindo a possibilidade de até se receber mais um pouco, mas que não seja o que a gente tem hoje nas unidades. Estou terminando. 22 – Plano individualizado de ressocialização – a questão do perfil social do reeducando, família, etc. –, sem embargo do exame criminológico já previsto nessa ideia que estou trazendo.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – ...para sugestão de discussão, mas gostaria que o senhor também, por favor, declinasse: 23, 24 e 25, prosseguindo.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Vou declinar, sim, e vou entrar nos últimos, nos “finalmentes”, como se diz, que é justamente uma coisa que eu escrevi já depois de ter remetido as sugestões. Refiro-me à questão da saída temporária, do art. 124, que não está nesse caderninho.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Perdão, se pudesse seguir nessa ordem em que foi informada... E digo declinar no sentido de manifestar, não de abandonar.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Então, o nº 22 seria o nº 23.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Sim, 23: presídios, penitenciárias e cadeias.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Não, vou suprimir no momento isso e vou passar, então, para o nº 26, no caso.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Seria essa saída temporária, e vou justificar. No meu pensamento, a gente precisa diluir mais essa saída temporária, que é de sete dias por cinco vezes – uma vez mais quatro, conforme reza o art. 124 da Lei de Execução Penal. Na verdade, o semiaberto brasileiro, como disse o Dr. Edemundo, é uma falácia; é um regime fechado com uma única possibilidade, que é a saída temporária e o trabalho externo, possibilidade que poucos presos têm. Então, os presos ficam três, quatro, cinco meses naquela masmorra do regime semiaberto, sem qualquer qualificação, sem qualquer capacitação, sem qualquer acompanhamento, e eu penso que isso não produz efeitos. E quando saem, doravante com a tornozeleira eletrônica, não têm tido outra solução senão a alternativa da reincidência, que, em sua maioria, em sua quase totalidade, ocorre no regime semiaberto – pelo menos, são as estatísticas que tenho visto. Há no livramento condicional, há no regime aberto, mas a maioria é no regime semiaberto. Portanto, sem querer aumentar o número de saídas temporárias, que são 35 – uma mais quatro de sete são trinta e cinco –, acho que poderíamos diluir isso em mais meses; ou seja, nove meses de quatro seriam trinta e seis. Aumentaria somente um dia, mas o preso teria essa possibilidade de reinserção social homeopática na maior parte do ano, por menos dias e na maior parte do ano, nessas datas festivas, comemorativas – não no carnaval, por exemplo – mas no Dia das Mães e no Dia dos Pais, como, aliás, é a interpretação que se deve dar a essa questão da saída temporária. Eu acho que quatro de sete... Há Estados como o nosso que agora determinaram – e temos brigado muito – que o preso só sai de quatro em quatro meses. Eu acho isso... Se fosse em outra situação, sim. Ali dentro, naquela situação, acho que não seria o ideal. Por fim, a questão da medida de segurança, que é um tema que devemos recorrentemente debater, à luz da Lei nº 10.216/2001, que, na verdade, desautoriza – por assim dizer – os manicômios judiciários, ou os HCTPs. E, de 2001 para

cá, temos caminhado a passos pequenos em relação a isso. Apesar dos grandes debates que tivemos da PFDC aqui em Brasília, promovi um seminário lá em Recife também sobre o tema. Vários hospitais psiquiátricos foram fechados em Pernambuco, mas ainda se teima em ter o manicômio judiciário no modelo que temos hoje, muito embora tenhamos projetos exitosos – projetos não –, situações exitosas tanto em Goiás como em Minas Gerais, com o PAI-LI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) e o PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário). Então, creio que seja um momento bom de a gente verificar essa questão da medida de segurança. Não digo nem como extinção da medida de segurança, por assim dizer, mas para criar um modelo em que possamos então adentrar no efetivo cumprimento da Lei nº 10.216, que é a Lei da Reforma Psiquiátrica. Acho que no momento, por enquanto, doutor, eram essas as minhas proposições.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Beneti) – Bastante substancial a colaboração. Agradeço muito.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Antes de chegar à exposição da Drª Maria Tereza, que tem, inclusive, um PowerPoint ilustrativo a respeito, vou me permitir apenas ler as sugestões mandadas pelo Prof. Denis Praça. São 15 sugestões.

1. Modificar a redação do art. 12, a fim de assegurar o transporte à pessoa privada de liberdade que deixa o estabelecimento prisional.

2. Inserir o inciso VIII no art. 23 a fim de assegurar aos cidadãos privados da liberdade toda a documentação básica necessária ao exercício da cidadania, alterando ainda a redação do inciso VI.

3. Inserir o inciso XVII no art. 41, a fim de assegurar aos cidadãos privados da liberdade de ambos os sexos o direito à visita íntima, independentemente da orientação sexual, na forma da Resolução nº 1, de 30 de março de 1999, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

4. Criar o art. 60-A, consagrando em lei prazo prescricional relativo às faltas disciplinares. [Isso é constante em todas as manifestações.]

5. Modificar a redação da alínea “a” do inciso III do art. 66, a fim de deixar clara a possibilidade de o juiz competente para executar a pena reconhecer a continuidade delitiva na execução.

6. Revogar o inciso I do art. 70, a fim de que o Conselho Penitenciário não mais emita parecer sobre pedidos de indulto e comutação de pena, dando agilidade ao procedimento que precede à apreciação de tais pedidos.

7. Modificar a redação do inciso V do art. 81-B, a fim de melhor explicitar a atribuição de fiscalização

da Defensoria Pública na condição de órgão da execução penal.

8. Revogar a expressão “respeitadas as normas que vedam a progressão” do art. 112, adequando a redação do dispositivo legal aos requisitos da progressão de regime consagrados pela Lei 10.792, de 2003.

9. Inserir o §3º do art. 118, permitindo que o juiz deixe de regredir o regime de cumprimento da pena privativa de liberdade, no caso de prática de crime doloso ou falta grave, quando a medida se mostrar desproporcional.

10. Modificar a redação do inciso I do art. 122, a fim de assegurar a visita não só à família, mas à pessoa com que o apenado mantém vínculo afetivo, na medida em que a manutenção dos vínculos extramuros mostram-se fundamentais ao êxito da futura vida fora do cárcere.

11. Revogar o inciso III do art. 123, na medida em que enseja as mais diversas interpretações, permitindo decisões de cunho altamente subjetivo.

12. Modificar a redação do art. 131, a fim de adequá-la à Lei 10.792, de 2003, subtraindo a atribuição do Conselho Penitenciário para manifestar-se sobre pedidos de livramento condicional. A exemplo do Dr. Marcellus, também trouxe proposições de sugestão, sem a redação, o Dr. Denis, que eu vou enumerar.

13. Redefinir as faltas graves de forma a tornar mais claras as condutas que configuram tal espécie de falta e prever expressamente as sanções disciplinares, no caso de falta grave, vedando a imposição de qualquer outra sanção, mesmo que prevista em lei local [seria federal, portanto].

14. Estabelecer o recolhimento domiciliar como forma de cumprimento da pena privativa de liberdade em regime aberto, na forma estabelecida pelo art. 52 do projeto de novo Código Penal.

15. Criar detração diferenciada para as hipóteses em que o cidadão permanece preso provisoriamente e a sentença condenatória fixa regime diferente do fechado, como sendo do início do cumprimento da pena privativa de liberdade, na forma do §3º do art. 59 do novo Código Penal. Essas são as sugestões redacionais do Dr. Denis Praça, que não pôde comparecer porque houve um problema em seu voo de última hora. Estava inclusive preparado para isso. Do Prof. Gamil Föppel o meu gabinete não recebeu as sugestões. Eu tenho a impressão de que S. Exª mandou, mas não conseguimos localizá-las. Se as localizarmos, nós ainda vamos, evidentemente, inserir todas as sugestões no trabalho. Trata-se de um professor extremamente cuidadoso nessa matéria, mas ele não pôde vir, porque tivemos que alterar a data, e S. Exª já havia marcado para vir aqui, quando foi surpreendido posteriormente



por essa alteração. Eu justifico isso, mas vamos, evidentemente, levar em consideração as sugestões do Prof. Gamil Föppel.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Pela ordem.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Eu também fiz sem a redação.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Eu acho interessante a primeira discussão, a ideia, e, a partir disso, formular uma redação.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – O Prof. Denis teve a preocupação de ser mais.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – É, mas eu tive essa dificuldade, porque eu imaginei que seria melhor uma discussão e, depois, a gente formular a redação, após a discussão.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Também acho.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Mas, se V. Ex<sup>a</sup> determinar, eu vou começar a estudar sobre isso.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Vamos ver primeiro as proposições e, depois, passamos à redação, louvando, embora o Prof. Denis já ter trazido a redação. Tenho a satisfação de passar a palavra à Prof<sup>a</sup> Maria Tereza Uille Gomes.

**A SR<sup>a</sup> MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Quero, inicialmente, saudar o eminente Presidente, Ministro Sidnei Beneti, e dizer da satisfação de estar integrando esta Comissão sob sua presidência, pessoa que tanto nos honra, pelo trabalho que vem desenvolvendo ao longo do tempo no exercício da magistratura.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – A honra é minha.

**A SR<sup>a</sup> MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Em especial, no Superior Tribunal de Justiça. Quero fazer uma saudação ao Dr. Edemundo, uma saudação também ao Dr. Carlos Pessoa, ao Dr. Marcellus. A nossa visão, hoje, representa um pouco da leitura que se faz na ótica do gestor. Atualmente, exerço o cargo de Secretária de Estado da Justiça do Paraná e, nessa condição, fui eleita pelos demais secretários como Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Justiça e Administração Prisional. Então, nós estamos quase que mensalmente reunidos. Temos as nossas preocupações, sem perder, na essência, a visão do Ministério Público. Sou de carreira, Procuradora de Justiça, atualmente licenciada para o exercício da Secretaria. Nós estamos trabalhando nessa questão das propostas de alteração da Lei de Execução Penal. Constituímos, no Estado do Paraná, uma subcomissão interna nossa, para avaliar alguns aspectos. Ontem mesmo, fizemos uma reunião preliminar, uma audiência pública preliminar da qual participaram o Prof. René Dotti, o Prof. Maurício Kuehne e vários outros integrantes advoga-

dos. Queremos fazer outras audiências públicas com o Ministério Público, com a magistratura. Acho que essas audiências públicas são importantes não apenas para ouvir, mas também para propiciar que a sugestão já venha num formato de redação. Então, acho que essa é uma maneira importante de democratizar o debate. Se o senhor me permitir, eu gostaria, rapidamente, de passar algumas imagens que refletem, talvez, uma das maiores angústias que temos hoje quando tratamos a Lei de Execução Penal. O primeiro ponto é a questão da superlotação carcerária, que acho que isso é unânime entre nós. É uma imagem que apenas reflete apenas o tamanho do problema que estamos enfrentando.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Por favor.

**A SR<sup>a</sup> MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Sobre essa questão da superlotação, nós fizemos uma projeção um pouco histórica do número de presos e do número de vagas que estão sendo geradas. E qual é a perspectiva, se prosseguir na mesma proporção, para os próximos dez anos, fazendo um cálculo, buscando a média histórica do Brasil? Qual é a explosão de superlotação carcerária? Nesse aspecto, esse quadro mostra o tamanho da nossa responsabilidade em relação à questão carcerária, que é tida, hoje, com uma das maiores violações de direitos humanos em razão da superlotação. Daí a necessidade de mecanismos de controle e seletividade das pessoas que estão encarceradas e, também, seletividade dos mandados de prisão por aqueles crimes graves, que estão tirando a vida das pessoas, e que precisam ser cumpridos de forma prioritária.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Exatamente.

**A SR<sup>a</sup> MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Então, tem que haver um equilíbrio entre as pessoas encarceradas desnecessariamente e as que estão na fila de espera por latrocínios, por homicídios e que precisam também ser presas. Então, a busca desse equilíbrio. Neste gráfico aqui, a linha amarela mostra o número de vagas existentes no sistema prisional brasileiro de 2005 a 2012. Então, temos hoje 309 mil vagas. A linha verde mostra a superlotação carcerária, ou seja, temos hoje 549 mil presos. Então, a superlotação carcerária hoje representa em torno de 240 mil presos. Se nós avaliarmos, considerando a média histórica, teremos, nos próximos dez anos, uma escalada geométrica da superlotação e um déficit de vagas de 68%. E para corrigir essa questão da superlotação para os próximos 10 anos, com o número de vagas que precisam ser construídas, se a visão for única e exclusivamente de construção de presídios, a despesa gira em torno de R\$22 bilhões. Pode passar o próximo. O Brasil possui



hoje a quarta população carcerária do mundo em números absolutos. Temos 549 mil presos, segundo dados do INFOPEN – Sistema Integrado de Informações Penitenciárias 2012, e a prospecção para os próximos dez anos é que possa atingir 1,084 milhão de presos; um déficit futuro de 745 mil vagas; um acréscimo de 220%, com um impacto financeiro, para suprir essas 745 mil vagas ao longo de dez anos, de R\$22 bilhões, se levarmos em consideração o custo de R\$30 mil a vaga, que é o financiamento que atualmente o Ministério da Justiça disponibiliza para os Estados. Só exemplificativamente, considerando o Estado do Paraná, onde temos hoje 28 mil presos e cada preso tem um custo de R\$2 mil por mês, o que se gasta por mês com a gestão prisional é equivalente a R\$56 milhões, e equivale, aquilo que se gasta por mês com a gestão, à construção de cinco cadeias públicas no mês. Algumas propostas estruturantes que entendemos importantes: aumento do valor de financiamento para ampliação de cadeias públicas e financiar a construção de colônias penais industriais. O que foi dito aqui pelo Dr. Edemundo tem muita propriedade, no sentido da preocupação em relação ao regime semiaberto. Isso porque o regime semiaberto hoje é um dos maiores déficits que temos. Por quê? Porque não existe um modelo arquitetônico que possa uniformizar o conceito do cumprimento de pena em regime semiaberto e a ausência de um projeto arquitetônico que contextualize a colônia penal industrial também dificulta a organização da gestão. Então, nesse aspecto, a nossa proposta, que está já em andamento e sendo discutida com o DEPEN nacional, é termos um projeto construtivo, de fácil construção para qualquer um dos Estados, mas que organize a gestão do regime semiaberto – hoje cada Estado adota um padrão, cada Estado adota uma forma de cumprimento. Então, o regime semiaberto nos preocupa bastante. O senhor tem toda razão em falar da necessidade de organização arquitetônica e de gestão em relação ao regime semiaberto.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – A padronização leva à eficiência, não é?

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Perfeito. Nós estamos em processo de desenvolvimento, no Estado do Paraná, de um sistema de BI – business intelligence. É uma ferramenta de gestão que, independente de qualquer sistema de gestão – o Judiciário tem o seu, o Ministério Público tem o seu, a Secretaria de Justiça tem o seu –, se comunica por esse sistema de BI, porque ele é um centralizador, dá uma visão de gestão e consegue absorver as informações dos demais sistemas. Nós fizemos aqui um representativo de gráfico dos dados que são extraídos do INFOPEN nacional, só para visualizar de uma forma gráfica.

Hoje, os últimos dados do INFOPEN informam o número de homens e mulheres presos no Brasil, como esses presos estão distribuídos por regime, qual a idade da população que está encarcerada. E algumas questões nos chamam a atenção aqui. Por exemplo: há 4.814 presos com mais de 60 anos no Brasil. Se considerarmos a idade, entre 18 e 29 anos, temos quase 50% da população carcerária de jovens. Do grau de instrução, também há ali um indicativo. E os estrangeiros? Temos 3.392 estrangeiros, dos quais muitos com decreto de expulsão que poderiam ser cumpridos. Também acho que alguns com interesse.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – E onde está o problema do cumprimento do ato de expulsão?

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – É que os juízes da execução penal, por falta de algum dispositivo, entendem que primeiro têm que cumprir a pena para depois efetivarem a expulsão. Então, talvez tivessem que pensar aí num mecanismo para essa antecipação.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – E não foi decidida essa matéria jurisprudencialmente.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Exatamente. Precitaria ser decidido.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – O processo de expulsão é um processo que corre em paralelo.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Sim. Pois não.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – O que nos preocupa ali é a questão da quantidade de presos por tipo de crime, porque o que mais encarcera hoje é o tráfico de entorpecentes, seguido do roubo qualificado, roubo simples, furto qualificado e furto simples. E a gente sabe que o furto e o roubo muitas vezes estão associados ao tráfico. Então, hoje o encarceramento, principalmente da população jovem, se dá em razão da questão do envolvimento com a drogadição. O homicídio fica em sexto lugar nesse ranking, o homicídio qualificado e o homicídio simples. Aí nós temos porte ilegal de arma de fogo, latrocínio, estupro, receptação, posse ou porte ilegal de arma. Nós entendemos Ministro, prezados colegas aqui da Comissão, que, nessa ótica de seletividade das pessoas que precisam estar presas, aquelas condenadas por furto, receptação e outros crimes não tão graves e que estão gerando, além da superlotação, uma despesa para o Estado de cerca de R\$2 mil por mês por preso, que é uma média nacional mais ou menos equilibrada, para essas pessoas deveria haver um critério seletivo e prioritário para que elas obtivessem benefícios. Pode passar. Esse é um sistema específico do Estado do Paraná. Esse sistema hoje conversa com o sistema do Poder Judiciário – o Judiciário tem o seu, o Executivo tem o

seu e os dois conversam através desse BI. Nós podemos aqui, querendo, selecionar a unidade penal e saber quantos presos tem hoje, a capacidade, enxergar a superlotação, os maiores de 60 anos, que são 213. Clicando numa tabela, ela mostra, em uma planilha em Excel, em tempo real, quem são os 60 e onde eles estão recolhidos. Se eu quero saber quem são as mulheres, são 940. Também tenho isso numa planilha imediata. E essa planilha em Excel mostra, com base no atestado de pena disponibilizado pelo Poder Judiciário, a data da progressão, a data do livramento e o término de pena.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– Tem a data do término da pena?

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Tem.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) –

De cada um? Só no Paraná ou no Brasil todo?

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Com base no atestado de pena.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Tem atestado de pena.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Todos têm atestado de pena.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Esse atestado de pena lá em Pernambuco, por exemplo, na verdade, como disse o colega, é em tese, porque pode haver a remissão, pode haver uma falta grave que o pode modificar, mas, em tese, todos os presos do Estado que passaram para a execução penal recebem o atestado de pena.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– De qualquer forma, é um teto?

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – É. É o máximo.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– E acontece lá a prática de exceder esse máximo?

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Ele se aproxima muito. A nossa ideia seria, por intermédio desse documento que já é obrigatório, o atestado de pena, que o Judiciário tem que dar, em que consta a data da progressão do livramento e do término de pena, com base nisso, e obrigatoriamente – este acho que é o ponto fundamental da questão da alteração legislativa: a obrigatoriedade do RG do preso –, tendo o RG do preso, qualquer sistema se comunica com outro. Então, o RG do preso faz com que os dados que são extraídos do atestado de pena do Judiciário vão para uma planilha em Excel e aí a gente cruza com as informações de quem são as pessoas encarceradas e se tem isso numa planilha em Excel em tempo automático.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– O sistema dá consistência.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – E num sistema que dá conta disso. Ele precisa só do RG e do atestado de pena para poder dar conta dessas informações. É o que está por trás da lógica dessa orientação do sistema. Aqui, se quisermos mais informações, saber quem é analfabeto, nós o localizamos dentro do presídio com nome em tempo real. Sabemos também quem são os estrangeiros também em tempo real com o nome do presídio. Pela primeira vez nós conseguimos, em razão dessa conjugação de informações com o Judiciário, que o Judiciário nos passou, de acordo com o sistema deles, saber quem eram as pessoas que, em tese, teriam direito ao indulto ou comutação, com base no decreto presidencial. Nós informamos o número do RG e o local onde os presos estavam. Com base nessa conjugação, em menos de 15 dias, nós mapeamos todos os presos que, em tese, tinham direito a indulto ou comutação, e o diretor do presídio ingressou com um pedido. Outra questão que me parece também central é a do rito procedimental para esses pedidos de benefícios, porque, com base nesse sistema, os juízes conseguem enxergar a data em que a pessoa tem direito à progressão, ao livramento ou aos benefícios. Em Curitiba, os juízes das Varas de Execuções Penais, oito dias antes do vencimento do benefício, já instauram, de ofício, um procedimento para progressão ou livramento, abrem vista para o Ministério Público com o prazo de três dias. Nós já deixamos funcionário nosso da Secretaria de Justiça para imprimir todos os dados gerais – comportamento carcerário –, toda a instrução do pedido, e eles marcam desde logo uma audiência de instrução e julgamento para a semana subsequente. Se faltou algum documento, se faltou alguma informação, naquela audiência de instrução e julgamento se julga um processo, e com dois ou três minutos está tudo resolvido. Instrução e julgamento com juízo, promotor, advogado; faltou alguma informação, imediatamente se resolve.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– Pois não.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Então, o efeito prático disso é o de que, quando se marca audiência de instrução e julgamento, o processo não fica parado em cartório. O que identificamos hoje é que a maioria dos processos estão parados em cartórios, aguardando algum tipo de benefício. Então, há hoje uma superlotação de 6.000 presos e algo em torno de 5.000 pedidos de benefícios aguardando decisão, justamente em razão da burocracia, que precisa ser contornada.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– Nós poderíamos automatizar isso na lei?

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Sim. Eu acho que sim.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Nós poderíamos automatizar isso na lei.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Eu acredito que sim.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Fica automatizado. Quer dizer, se não sobrevier decisão em contrário, fica valendo esse direito que a pessoa já tem assegurado, registrado no sistema.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Perfeito.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Em linhas gerais, essa é a ideia que temos. Aqui é o controle dos presos em delegacias de polícia. Já é outro BI dos presos em delegacias de polícia. A gente consegue enxergar aqui quantos presos estão nas delegacias há mais de 180 dias, por exemplo. Se eu quiser, vou selecionar – não se está com a Internet ligada, senão eu faria isso em tempo real aqui – e posso saber dos presos há mais de 180 dias que são provisórios, para os quais não há sentença. Eu tenho o nome na hora e sei qual a delegacia em que eles se encontram. Então, na verdade, acho que a nossa maior preocupação em relação à LEP é ter um sistema de gestão que oportunize a todos a visão do que está acontecendo. Quer dizer, o promotor acessa, o juiz acessa, o sistema acessa, e a gente trabalha na mesma linguagem de controle da superlotação, tirando aquelas pessoas que não precisariam estar encarceradas. Bem, em síntese, a nossa ideia é, então: primeiro, RG obrigatório para todos os presos, senão nenhum sistema funciona, porque cada um tem um processo com número diferente; segundo, essa questão de ter um mecanismo de controle permanente da superlotação carcerária e dos processos pendentes de julgamento nas VEPs, para se ter esse controle também amarrado, para se ter essa visão de controle externo dessas situações; terceiro, a questão do rito, esse rito da oralidade e concentração dos atos; alguma coisa também em relação à remissão, talvez até a desjudicialização da remissão, para que a remissão seja uma atividade administrativa; quarto, maior cuidado na tipificação das faltas disciplinares.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – No mundo é assim. No mundo é assim. No mundo é administrativo, não é?

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Hum, hum.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – O Brasil ficou judicializado por herança que nós recebemos assim. Perdão.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Maior cuidado na tipificação das faltas disciplinares, faltas graves, evitando-se termos vagos e imprecisos; o procedimento disciplinar para apurar falta grave também precisa ser mais bem disciplinado; os efeitos da falta grave em relação aos benefícios, se se interrompem ou não os benefícios, isso não está claro na lei em relação a alguns e gera muita divergência. A quinta questão é o fortalecimento dos conselhos com maior participação deles na comunidade. Há a questão de se repensar o papel dos conselhos, inclusive o papel do Conselho Penitenciário, que tem de ter um papel importante, mas talvez não da maneira como está colocado hoje na lei. O fortalecimento dos conselhos da comunidade, dos patronatos. Os patronatos infelizmente não funcionam, e me parece que, na questão dos patronatos, a linha tem de ser de municipalização da execução das alternativas penais para que tenham um fundo próprio, que poderia inclusive advir da aplicação mesmo de prestação pecuniária ou alguma coisa assim, que poderia ser destinada a esse fundo do patronato. A outra questão seria a capacitação dos agentes servidores, valorização dos agentes. Nessa linha, a nossa proposta é da criação, nos Estados, de escola de educação em direitos humanos ou de universidade corporativa de educação em direitos humanos. É a questão do conceito da paz, da não violência, do respeito à dignidade da pessoa humano, que precisa ser difundido em relação à cultura dos agentes. A outra questão diz respeito à diversificação das modalidades de assistência, compatibilizando-as com a Constituição de 1988, com inclusão de assistência desportiva, cultural e em ciência e tecnologia. Educação a distância nos presídios também acho que passa por aqui. Em rápidas linhas, a questão é que, via de regra, na execução penal, a gente tem uma visão muito focada na assistência psicológica e na assistência social, que são realmente muito importantes, mas nós temos que valorizar um pouco mais a assistência educacional, com educação presencial, educação a distância e metas para a erradicação do analfabetismo. E em relação ao trabalho, o fomento à ideia do cooperativismo, que é previsto na Constituição, buscando a noção da Itália, de cooperativas sociais, hoje empresas sociais, um modelo que tem dado certo. Talvez nós possamos importar essas boas práticas e boas ideias nesse sentido. Ministro, em relação às proposições, nós as trouxemos de forma mais detalhada e, oportunamente, na sequência, entregaremos ao senhor. Muito obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Perfeito. Agradeço muito o excelente trabalho de quem tem aquilo que se chama de saber, experiência, trabalhando bastante nisso. Eu vou lhe pedir apenas que



depois faça proposições numeradas, porque assim nós vamos depois cruzando e tabulando os dados. Quanto àquelas que forem manifestadas por diversos integrantes das comissões, nós poderemos cotejá-las, para saber se estão todas harmônicas, se há alguma dissensão ou se será preciso algum ajuste. Nós vamos trabalhar depois de forma harmônica nessas matérias. Assim poderemos também caminhar com mais rapidez nos trabalhos. Vou agora simplesmente enunciar algumas das minhas ideias também. Temos proposições muito simples, sendo que grande parte já consta das manifestações. Haverá um ou outro ponto em que será preciso pensar. E nós vamos ver, depois dessa harmonização, como se realizará. A minha preocupação maior é sempre o ponto de vista processual. Esta foi a razão pela qual decidi incorporar-me a esta Comissão: ver uma maneira de dinamizar o sistema, fazendo com que ele flua bastante, sobretudo na parte judiciária. Eu notei, nas exposições feitas pelos eminentes membros da Comissão, o quanto há de questões em que se paralisa o processo judicial. A execução da pena acabou tomando, pelos seus grandes números, o Judiciário de surpresa. Não era assim. Com essa confluência para o sistema geral, acabou ainda o Judiciário necessitando se adaptar muito a esse sistema. Eu quero só ler as proposições. Uma é no sentido geral da reforma: que seja muito prático, muito concreto, como está sendo. Fico muito feliz ao ver que é esta a preocupação. Nós não temos a preocupação com proclamações que a lei já faz adequadamente no tocante aos direitos fundamentais e a outras proclamações. Estamos buscando exatamente o ponto concreto, estamos fazendo um trabalho de lei de execução penal de resultados, para chegar a resultados concretos. Em segundo lugar, noto que já há uma parte em andamento, a da central de controle da medida concreta das penas e, naturalmente, dos regimes, esses limites temporais, de maneira que isso, in real time, seja colocado e nós possamos, no futuro, chegar a um sistema muito objetivo das progressões e das solturas, o que corresponde ao meu item 3, a extinção do sistema atual dos alvarás de soltura. Assim, no momento em que se concretizar esse dia de cumprimento da pena, será um problema do diretor do presídio colocar esse condenado em liberdade, sob pena, naturalmente, de abuso de autoridade, se ultrapassar; ou de prevaricação, se ocorrer, diferentemente, por tempo antecipado. Acho que, com isso, eliminaremos definitivamente o problema da pena vencida. A pena vencida, realmente – que é uma verdadeira chaga nacional, pelo menos reclamada bastante pelos condenados, poderemos fazer desaparecer se conecta com o sistema agora apresentado. Acho que não é da nossa alçada, mas talvez possamos nos debruçar

para estabelecer algum tipo de prazo para as prisões processuais, porque, dentro do presídio, acabam ficando pessoas que, muitas vezes, se misturam, por mais que queiramos separá-las. De maneira que, havendo algum tipo de prazo, isso permitiria que nós aplicássemos o mesmo sistema da liberação do encarceramento, ainda que com outro nome. Mas que façamos essa liberação de encarceramento por intermédio de um requisito objetivo temporal, que chega nesse dia a estar liberado mesmo, e, se for necessária a prorrogação, que se coloque no sistema em tempo real, antes de se chegar àquele dia em que será liberado. Vamos inverter, pela minha sugestão, a mão: em vez de ser o ônus de quem está com a sua liberdade restrita lutar para sua soltura, vamos inverter no sentido de que quem restringe a liberdade é que lute para obter meios que prolongue mais, se for necessário esse prolongamento, à luz dos princípios da necessidade e da proporcionalidade que regem as prisões processuais. O item 5 fala disto: temporalização objetiva das progressões prisionais, de criar uma forma que seja objetiva; depois, os exames criminológicos é claro que vão dar amparo; mas, se eles falharem, realmente que se chegue à garantia dessa satisfação do direito da pessoa, porque não terá sido culpa dela, terá sido culpa do Estado, se houver o extravasamento. Também não é bem problema nosso, mas acho que podemos avançar, fazendo um estudo diferente da pena de multa, porque esta está sendo aplicada como verba para o Estado e essa verba para o Estado vai, no caso de inadimplemento, por intermédio do processo de execução fiscal; e o processo de execução fiscal já é de difícil exequibilidade, no tocante às próprias sanções tributárias, de maneira que as penas de multa ficam onerando, sem muito sentido, as varas de execução fiscal e acabam simplesmente caindo nas anistias, porque, no fundo, não são exequíveis no sistema de agora. Proporia que nos debruçássemos a estudar outra forma e, inclusive, que aqui trilhássemos um pouco as possibilidades das prestações comunitárias, prestações para entidades de benemerência que tenham necessidade de verbas para as suas manutenções. Com isso, teríamos uma execução muito simples, como já fazemos, na verdade, em alguns tipos de prestações sociais comunitárias. E que isso se fizesse com todo o sistema de multa, talvez com uma ou outra exceção, mas que fosse a regra. Em oitavo lugar, que nos debruçássemos no sentido de estabelecer uma listagem exemplificativa das medidas alternativas à prisão, porque isso fica ao sabor das iniciativas individuais, que são muito boas para trazer situações novas, mas, muitas vezes, na premência de se aplicar alguma medida alternativa, o juiz não tem muitas soluções e acaba não vendo o que fazer. Então,



sugeriria que tentássemos fazer uma listagem objetiva de medidas alternativas e de fácil execução. Se possível, de execução em um ato. Assim, praticam aquele ato – seja uma doação econômica, ou seja a prestação de um serviço curto –, realizam aquele serviço, quer dizer, praticamente obrigação de dar ou de fazer, por pouco tempo, sem que haja uma longa duração disso. Sabemos que o tempo de obrigação de fazer acaba erodindo a obrigação de fazer e levando a uma sensação de impunidade no crime. A obrigação de fazer é a obrigação mais difícil de se obrigar a cumprir, mesmo no cível; no crime, com muito mais razão. Como sanção, fica difícil a exequibilidade. Em nono lugar, isso aqui é altamente discutível, mas eu gostaria de fazê-lo, a atribuição da execução de medidas não privativas de liberdade ao juízo da condenação, nos casos em que não haja um sistema realmente eficiente instalado pelo Estado, porque o risco será menor. Se os juízes diluírem isso, alguns executarão bem, outros talvez não executem tão bem, mas a verdade é que é muito melhor do que nos casos em que a execução esteja fazendo mal, em bloco, para todos. Então, eu gostaria de discutir isso um pouco com a Comissão e ver até que ponto nós poderíamos avançar.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Beneti) – Se estiver funcionando bem, claro, deve funcionar, mas onde não estiver, é fazer com que o juiz da condenação. Aliás, há muitas vantagens em o juiz da condenação analisar essas matérias, porque ele conhece a pessoa que condenou, ele sabe da pessoa, não precisa de laudos tão aprofundados porque se trata de uma pessoa que já frequentou a sua unidade de trabalho para observação pessoal. Em décimo lugar, vou dar muita ênfase em propor isto à Comissão: a especialização de câmaras para a execução penal nos tribunais, câmaras especializadas de execução penal. Com isso, realmente, se padroniza a formação de uma jurisprudência e se evita a dispersão. Eu vejo no meu Estado, São Paulo, que há mais de uma dezena de câmaras criminais sobre as quais se dispersa o julgamento de quesitos importantes na execução penal, institutos importantes como a progressão, como o crime continuado, como o concurso formal ou material, e nós temos pessoas com as mesmas atividades fáticas recebendo penas diferentes por causa da variação de entendimento dos julgadores. Acho que é até intuitivo. São todos profissionais conhecedores da matéria, e é esse o sentido. E também, é claro, conectar posteriormente o STJ para que abra um caminho rápido para a formação de uma jurisprudência estável. Aqui é abrir um ou outro escrito dirigido ao cível, que chamei de fast track recursal; abrir um fast track recursal para aquilo que se detectar na origem como importante para dar uma tranquilização

de jurisprudência estável para toda a sociedade a se fazer no crime. Décimo primeiro. As varas de execução penal concentrarem-se, a fim de evitar a dispersão demasiada dessas varas devido a tratamento diferente que a jurisdição dê a certos institutos penais. Se forem dispersas, sempre surge a possibilidade de haver orientações mais ou menos liberais, o que repercute terrivelmente na vida das pessoas que têm a privação da sua liberdade e também alimenta, nós sabemos, às vezes, a própria rebelião, diante das transferências.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Muita gente quer transferir de um juiz para outro. Em Pernambuco, ocorre isso mesmo. “Eu vou para tal lugar, porque o juiz entende diferente.”

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Não quer transferir de presídio, quer transferir de juiz. Então, temos que descobrir algum jeito de harmonizar, mas evitar a dispersão. Não sei bem como chegaremos a isso, mas evitar essa dispersão é a proposta. Simplificar o procedimento de apuração do excesso de execução para que realmente se desjudicialize ao máximo isso. A Lei de Execução Penal, neste ponto, foi construída numa época em que havia certo fascínio de trazer os padrões do processo civil para dentro do processo penal, quando sabemos que há muita diferença entre eles. Se não fosse por nada, bastava reler Os Pandectistas do Direito Penal, do Nelson Hungria, obra que deveria ser relida por todo juiz criminal e todo profissional da área criminal a todo o momento. E, depois, a disciplina recursal. Estudar formas de dinamizar esses recursos para evitar o crescimento demasiado das petições avulsas e dos habeas corpus atípicos que estão, hoje em dia, a avassalar as varas e as câmaras criminais dos tribunais no tocante à execução penal. Esse é um protocolo de proposições para o nosso trabalho, e vamos em frente para ver como damos conta dos nossos encargos recebidos com tanta honra por todos nós do Senado Federal. Com relação aos trabalhos, eu queria trazer algumas observações. Em princípio, as audiências públicas que nós vamos fazer serão feitas aqui. Isto traz um regime de menor custo para a sociedade: se nós fizermos em Brasília, sem as locomoções para outros Estados, mas não impede que se faça o contato regional, de maneira que, se cada um dos membros da Comissão – no âmbito da sua cidade, ou no âmbito do seu Estado ou mesmo das regiões próximas, às vezes até mesmo por convite de instituições – puder fazer esse contato dessa capilaridade da nossa Comissão em termos regionais ou em termos locais, não só está autorizado, vamos dizer assim, como é recomendável que faça. Apenas encarecendo muito que lá tire números. Números eu digo proposições numeradas, porque a minha intenção

é classificar as proposições como se fazem com as provas do processo americano: evidência número tal, número tal, número tal. Depois nós vamos à proposição número tal toda vez que nós tivermos que discutir, sem grande dificuldade de localizá-la. Então, fazendo essas audiências regionais, digamos assim, por favor, tragam isso numerado depois, pois isso facilitará muito fechar os trabalhos da nossa Comissão.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Dr. Sidnei.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Com relação a essas audiências regionais que o senhor está propondo, que é uma ideia que o senhor colocou na outra reunião, e a Dra Teresa já fez a primeira no Paraná, o senhor tem uma data, um período, para que a gente possa fazê-las diante do nosso trabalho?

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Eu acho que o quanto antes. A minha intenção, e eu ia sugerir as duas datas próximas, seria nós marcarmos outra reunião formal, no Senado Federal, para o dia 10. Disseram-me aqui que é melhor fazer sempre às sextas-feiras, devido à própria dinâmica de trabalho da Casa. Assim, eu imaginei uma no dia 10 e outra no dia 24. Então, o que se puder fazer de audiência regional seria bom, mas é claro que eu já vou, entretentes, solicitar a prorrogação do prazo da nossa Comissão. Informaram-me que é necessário fazer isso com antecedência, porque é preciso submeter ao Plenário esse requerimento de prorrogação, de forma que, se tiver que ser depois, não haverá problema também. Mas sempre o quanto antes melhor, porque assim nós vamos já digerindo essas ideias, essas sugestões que vêm. Tomem, por favor, sempre em mira levar a quem forneça sugestões que sejam concretas. Nós estamos numa Comissão de resultados concretos. As proclamações ficam para outro departamento. Nós temos pessoas, seres humanos que precisam de providências concretas. Se existe alguém que é realista no mundo, são os encarcerados.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Não tenha dúvida.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Nós temos de fazer jus às expectativas deles e também da população, diante do fenômeno delinquencial. Isso é realista. Nós temos de trabalhar com realidade concreta para eles.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO** – Então, nossa próxima reunião formal será no dia 10.

**SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Dia 10.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO**

– A gente já sairia daqui hoje com proposta da audiência pública?

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Vamos ver se é possível trazer alguma pessoa já para essa audiência pública. Depois eu vou conversar mais a respeito de nomes.

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO**

– Era bom a gente também ter essa data, para poder ver o que fazer lá, em cada Estado, em cada região.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – A data, sem a menor dúvida, pode ser essa. Acho que para todos não haverá problema, não é?

**O SR. EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO**

– Qual?

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– No dia 10, a nossa reunião formal. Se houver possibilidade, já vamos acrescentar alguém em audiência pública para vir também e se manifestar. Há algumas solicitações já aqui. Depois, eu vou submeter aos membros da Comissão.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – E a adesão já está definida?

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– No dia 10 e no dia 24.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Eu estou aqui no dia 13 – veja que coisa: dia 10 é uma sexta-feira! –, eu estarei aqui, no dia 13, numa reunião sobre essa questão da medida de segurança com o Ministério da Saúde, com o Ministério da Justiça. Vou ter que ficar aqui sábado e domingo também.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– V. Exa vai aproveitar.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Essa Brasília.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– E no fim de semana Brasília é boa de se viver, porque é sossegada.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – É verdade.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– Menos para mim, ou para tantos como eu, que são obrigados a trabalhar no fim de semana. Fim de semana para mim não existe, eu continuo trabalhando. Eu desperto às 4 horas da manhã, e isso vai todo dia, todo dia, e o fim de semana é quando se pode trabalhar em alguma coisa mais pesada. Quem sabe eu encontre V. Ex<sup>a</sup> para me dar um pouco de hiato de trabalho nesse fim de semana? Então, dois dias marcados, vamos ver se fazemos já alguma manifestação em audiência pública nesse dia e eu também vou enviar ofícios a algumas entidades pedindo sugestões. Algumas já se manifestaram, conforme eu disse aos senhores, e para outras acho que é necessário que seja aberto esse canal para oferecimento de sugestões: órgãos atinentes à Defen-

soria, à administração penitenciária, às secretarias de segurança, porque estamos avançando para a questão dos presos provisórios e nisso pode ter interesse a Secretaria de Segurança, juízes de varas de execuções penais, tanto do âmbito federal, quanto do âmbito estadual. De minha parte, eu fiz uma reunião com juízes das varas de execuções penais de São Paulo, já estão prontos a trazer algumas sugestões. Há entidades específicas que têm manifestação específica, por exemplo, em relação à questão da mulher prisioneira – há várias informações da tipicidade específica dessas questões –, e vou emitir as consultas, os ofícios de consulta. E, depois, se patentear algum caso em que realmente seja importante trazer uma informação concreta aqui, nós incorporamos a uma das audiências públicas.

**O SR. CARLOS PESSOA AQUINO** – Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**O SR. CARLOS PESSOA AQUINO** – A propósito dessas instituições que foram mencionadas por V. Ex<sup>a</sup>, eu ousaria propor que fosse também ouvida a Ordem dos Advogados do Brasil, que não se encontra aqui elencada, e o Instituto dos Advogados do Brasil, que precede, inclusive, a própria Ordem como instituição.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – É verdade.

**O SR. CARLOS PESSOA AQUINO** – O IAB.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – É verdade.

**O SR. CARLOS PESSOA AQUINO** – Que tem as comissões e é uma entidade viva, muito envolvida com debates, com conclave, simpósios e fóruns de discussão.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Claro, claro, claro. Sem dúvida. Nada se faz no Brasil sem a classe da advocacia, que tantos serviços já prestou e continua prestando ao nosso País. Além do mais, além da garantia de luta pelas liberdades fundamentais, é uma garantia da capilaridade concreta do sistema, porque é quem está recebendo as reclamações, está vendo aquilo que se passa. É muito interessante a presença sempre do advogado. Aliás, eu tenho por norma, quando não se consegue resolver alguma coisa, nomear um advogado para entrar em campo, que ele resolve. Só contando história, nos tempos das varas de família, às vezes, os próprios laudos vinham meio imprecisos, os laudos sociais. Chegava a um momento em que eu descobria um advogado que também tivesse experiência de assistência social, porque ele vinha e trazia a solução concreta. Muito bem lembrado. Está, naturalmente, aceita essa sugestão, que já era da consideração inicial. Eu tenho a impressão.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Doutor, pela ordem.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Eu pedi a informação se haveria possibilidade de nós apresentarmos cumprimentos ao eminente Presidente do Senado, mas hoje S. Ex<sup>a</sup> não está na Casa. Em outra das nossas reuniões, eu vou marcar previamente. Se S. Ex<sup>a</sup> estiver, vamos, depois, apresentar os cumprimentos, levando como que uma pequena informação do desenvolvimento dos trabalhos.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Doutor, pela ordem.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – É o seguinte: ainda pegando o gancho aqui do colega Carlos, eu também gostaria de sugerir, além disso, algumas entidades da sociedade civil.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Pois não.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Isso até porque me parece que essas suas sugestões são para que a gente possa incluir nas audiências públicas regionais.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Em audiência pública.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – A sociedade civil Pastoral Carcerária, esse pessoal da sociedade.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Sim, sem dúvida.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Esta veio em uma das manifestações, mas, no âmbito regional, é bom que se faça.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – Não é? Acho que é bem interessante, até porque, se não fizermos assim, teremos uma.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Entidades médicas de benemerência.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – É, entidades médicas, exato. O Conselho de Psicologia.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Exato.

**O SR. MARCELLUS UGIETTE** – E de Assistência Social, e vou até justificar agora o porquê do Conselho de Psicologia. Na realidade, é para o caso de nós termos uma obrigatoriedade de qualquer desses exames, de ser preciso o trabalho do psicólogo, por exemplo, ou do assistente social no Paraná, em João Pessoa, em Goiânia, em São Paulo. Tivemos algumas dificuldades lá com psicólogo, porque houve uma resolução do Conselho de Psicologia nacional e do Conselho Regional proibindo que os psicólogos emitissem parecer conclusivo por conta da ausência da possibilidade dos

métodos etc. Então, é importante que tenhamos uma discussão, um debate com esse pessoal.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti)

– Dos órgãos institucionais, eu tenho a relação. Serão mandados os ofícios.

**A SRª MARIA TEREZA UILLE GOMES** – Uma lembrança: em relação às associações de classe, talvez, AMB, Ajufe, CONAMP, ANPR, ANADEP e dois Conselhos: o CONSEJ – Conselho Nacional de Secretários de Estado de Justiça, e CNPCP.

**O SR. PRESIDENTE** (Sidnei Agostinho Beneti) – Perfeito. Se alguém tiver, depois, mais alguma sugges-

tão, por favor, passe-me por e-mail, e vamos mandando os ofícios para que se manifestem. Tenho a impressão de que, a essa altura, esgotamos a nossa pauta desta manhã. Agradeço a presença de todos os eminentes participantes da Comissão e a todos os presentes. Agradeço o apoio dado pelos setores da Casa. E nada havendo a tratar, agradeço a presença de todos e convido-os para a próxima reunião a realizar-se no próximo dia 10 de maio. Declaro encerrada a presente reunião. Muito obrigado.

Ministro **Sidnei Agostinho Beneti**, Presidente.





**PODER LEGISLATIVO**  
**SENADO FEDERAL**  
**SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA**

**DIÁRIOS DO CONGRESSO NACIONAL**  
**PREÇO DAS ASSINATURAS**

**SEMESTRAL**

Diário do Senado Federal ou Diário da Câmara dos Deputados - s/o porte (cada)	<b>R\$ 58,00</b>
Porte do Correio	<b>R\$ 488,40</b>
Diário do Senado Federal ou Diário da Câmara dos Deputados - c/o porte (cada)	<b>R\$ 546,40</b>

**ANUAL**

Diário do Senado Federal ou Diário da Câmara dos Deputados - s/o porte (cada)	<b>R\$ 116,00</b>
Porte do Correio	<b>R\$ 976,80</b>
Diário do Senado Federal ou Diário da Câmara dos Deputados - c/o porte (cada)	<b>R\$ 1.092,80</b>

**NÚMEROS AVULSOS**

Valor do Número Avulso	<b>R\$ 0,50</b>
Porte Avulso	<b>R\$ 3,70</b>

**ORDEM BANCÁRIA**

<b>UG - 020054</b>	<b>GESTÃO - 00001</b>
--------------------	-----------------------

**EMISSION DE GRU PELO SIAFI**

<b>UG - 020054</b>	<b>GESTÃO - 00001</b>	<b>COD. - 70815-1</b>
--------------------	-----------------------	-----------------------

Os pedidos deverão ser acompanhados de **Nota de Empenho a favor do FUNSEN** ou fotocópia da **Guia de Recolhimento da União - GRU**, que poderá ser retirada no **SITE: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br>** código de recolhimento apropriado e o número de referência: **20815-9 e 00002** e o código da Unidade favorecida – **UG/gestão: 020054/00001** preenchida e quitada no valor correspondente à quantidade de assinaturas pretendidas e enviar a esta Secretaria.

Para Órgãos Públicos integrantes do SIAFI, deverá ser seguida a rotina acima **EMISSION DE GRU SIAFI**.

**OBS.: QUANDO HOUVER OPÇÃO DE ASSINATURA CONJUNTA DOS DIÁRIOS SENADO E CÂMARA O DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL SERÁ FORNECIDO GRATUITAMENTE.**

Maiores informações pelos telefones: **(0XX-61) 3303-3803/4361, fax:3303-1053**  
Serviço de Administração Econômica Financeira / Controle de Assinaturas, falar com Mourão.

**SECRETARIA ESPECIAL DE EDITORAÇÃO E PUBLICAÇÕES**  
**PRAÇA DOS TRÊS PODERES, AV .Nº2 S/N – CEP : 70.165-900 BRASÍLIA-DF**  
**CNPJ: 00.530.279/0005-49**

Edição de hoje: 46 páginas  
(OS: 12316/2013)

Secretaria Especial de  
Editoração e Publicações – SEEP

SENADO  
FEDERAL

