



SENADO FEDERAL

PARECER Nº 492, DE 2004

**Da Comissão de Assuntos Sociais,
sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 3, de
2002 (nº 3.077/2000, na Casa de origem), que
dispõe sobre a obrigatoriedade do atendi-
mento odontológico pela rede de unidades
integrantes do Sistema Único de Saúde
– SUS.**

Relator: Senador Edison Lobão

I – Relatório

Chega a esta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei da Câmara nº 3, de 2002 (nº 3.077, de 2000, na origem), que tem como objetivo determinar que o Sistema Único de Saúde (SUS) preste serviço de prevenção e tratamento odontológicos, utilizando para isso todos os meios e técnicas necessários. O atendimento será prestado por sua rede de unidades públicas ou conveniadas.

Pelo art. 2º, prevê-se a vigência da lei para a data da sua publicação.

Após o recebimento da proposição no Senado Federal, a Presidência desta Casa observou que o projeto tem pertinência com a matéria da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A proposição foi, então, encaminhada a esta Comissão, com a determinação de que seja inserida no contexto da mencionada lei, em obediência ao disposto no inciso IV do art. 7º da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, com as alterações promovidas pela Lei Complementar nº 107, de 26 de abril de 2001.

Transcorrido o prazo regimental, não foram apresentadas emendas ao projeto.

II – Análise

As ações e serviços públicos de saúde efetuados pelo SUS devem-se voltar para o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (inciso II do art. 198 da Constituição Federal). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também enfatiza o caráter integral que deve nortear as ações do SUS. A Lei sempre se refere à assistência à saúde do indivíduo, sem priorizar a assistência médica sobre as outras.

Infelizmente, o cumprimento dessa diretriz é a exceção, e não a regra, nas unidades que compõem a rede do SUS. Se a assistência médica já é insatisfatória, em grande parte das unidades o atendimento oferecido por outras áreas da saúde é praticamente inexistente.

O objetivo do ilustre autor do projeto de lei em análise é louvável, pois compartilhamos do seu desejo de fazer com que o SUS se tome verdadeiramente um modelo de "atendimento integral à saúde". No entanto, consideramos que alguns tópicos da proposição merecem reparo.

A recomendação, feita pela Presidência desta Casa Legislativa, de que o objeto da proposição tem relação com o da Lei Orgânica da Saúde, é pertinente. Com efeito, em atendimento às regras da boa técnica legislativa, deve-se promover a alteração da referida lei e não propor lei "extravagante".

Da mesma forma, o texto do projeto deve adquirir um caráter mais genérico. A lei a ser alterada não se refere especificamente à assistência médica em

nenhum momento, mas à assistência à saúde em geral. Portanto, a proposição não deve mencionar uma profissão de saúde específica, como a Odontologia. O mais indicado é que proponha a atuação de todas as profissões de saúde reconhecidas na execução integrada das ações assistenciais e preventivas.

Em conformidade com as observações acima apontadas, apresentamos um substitutivo ao projeto de lei ora apreciado nesta Comissão.

III – Voto

Em virtude das considerações expostas, o voto é pela aprovação do Projeto de Lei da Câmara nº 3, de 2002, na forma do seguinte substitutivo:

EMENDA Nº 1 – CAS (SUBSTITUTIVO)

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 3, DE 2002

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para explicitar que as ações assistenciais e as atividades preventivas

oferecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, incluem aquelas executadas no âmbito de todas as profissões de saúde reconhecidas.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Inciso III do art. 5º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro a vigorar com a seguinte redação:

Art. 5º

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas executadas no âmbito de todas as profissões de saúde reconhecidas.(NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, 13 de maio de 2004. – Edi-
son Lobão, Relator.

| COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS | |
|---|--|
| PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 3, DE 2002 | |
| ASSINAM O PARCERIA NA REUNIÃO DE 13/5/2004, OS SENHORES (AS) SENADORES (AS) | |
| PRESIDENTE: SENADORA LÚCIA VÂNIA | |
| RELATOR: SENADOR EDSON LÓBÃO | |
| BLOCO DE APOIO AO GOVERNO (PT, PR, PTB E PFL) | |
| ANA SÔLIA CAREPA (PT) <i>Ana Sônia</i> | |
| (DELLI SALVATIERRA (PT)) | |
| FÁTIMA CLEIDE (PT) <i>Fátima Cleide</i> | |
| FLÁVIO ARNS (PT) | |
| IRIBÁ MACHADO (PT) | |
| JONAS FREITAS (PT) | |
| GERALDO MESQUITA (PRONTO (PR)) | |
| PRACÍDIO AMARAL (PT) | |
| TÍTULARES | |
| MÁRCIA SANTA | |
| LEONÍDIA QUINTANILHA | |
| MAGUITO VILELA | |
| SÉRGIO CAETAL | |
| NEY BRASILEIRA | |
| RAMON TEIXEIRA | |
| FAPALÉO PAES | |
| TÍTULARES | |
| EDSON LÓBÃO | |
| JONAS FREITAS | |
| ZAGRIPINO | |
| PAULO OCTÁVIO | |
| MARIA DO CARMO ALVES | |
| ROSEANA SARNEY | |
| TÍTULARES | |
| EDUARDO AZEVEDO | |
| LÚCIA VÂNIA | |
| TESTÔMIO VILELA FILHO | |
| ANTERIO FARIA DE SÁRIO | |
| REGINALDO DIAS | |
| TÍTULARES | |
| AUGUSTO BOTELHO | |
| JUVÉNCIO DA FONSECA | |
| TÍTULARES | |
| PATRÍCIA SABOYA GOMES | |
| TÍTULARES | |
| BLOCO DE APOIO AO GOVERNO (PT, PR, PTB E PFL) | |
| 1- CLOSTOVAM BHARQUE (PTD) <i>Clostovam</i> | |
| 2- FERNANDO BEZERRA (PTB) | |
| 3- TIAGO VIANA (PTD) | |
| 4- ANTONIO CARLOS VALADARES (PRB) | |
| 5- DUCIONMAR COSTA (PTB) | |
| 6- VAGO | |
| 7- SERVYS ELHENARENKO (PTD) | |
| 8- VAGO | |
| PMDB SUPLENTES | |
| 1- GERALDO ALVES FILHO | |
| 2- MELAO COSTA | |
| 3- VAGO | |
| 4- JOSÉ MARANHÃO | |
| 5- PEDRO SIMON | |
| 6- ROMERO JUCÁ | |
| 7- GERSON CAMATA - LICENCIADO | |
| PPB SUPLENTES | |
| 1- ANTONIO CARLOS MAGALHÃES | |
| 2- CÉSAR BORGES | |
| 3- DEMONTENEZ TORRES | |
| 4- Efraim MORAM | |
| 5- JORGE BORNHAUER | |
| 6- JOÃO RIBEIRO | |
| PPB SUPLENTES | |
| 1- TASSO JERONIMI | |
| 2- LEONEL PAYAN | |
| 3- SÉRGIO GUERRA | |
| 4- ARTHUR VÍRGILIO | |
| 5- MARCOS GUERRA | |
| PPB SUPLENTES | |
| 1- DEMARÉ DIAS | |
| 2- VAGO | |
| PPB SUPLENTES | |
| 1- MOZABILDO CAVALCANTI | |

**LEGISLAÇÃO CITADA
ANEXADA PELA SECRETARIA-GERAL DA MESA**

**CONSTITUIÇÃO DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

**LEI COMPLEMENTAR N° 95,
DE 26 DE FEVEREIRO DE 1998**

Mensagem de veto

Vide Decreto n° 2.954, de 29-1-99

Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona.

Art. 7º O primeiro artigo do texto indicará o objeto da lei e o respectivo âmbito de aplicação, observados os seguintes princípios:

IV – o mesmo assunto não poderá ser disciplinado por mais de uma lei, exceto quando a subsequente se destine a complementar lei considerada básica, vinculando-se a esta por remissão expressa.

**LEI COMPLEMENTAR N° 107,
DE 26 DE ABRIL DE 2001**

Mensagem de veto n° 383

Altera a Lei Complementar n° 95, de 26 de fevereiro de 1998.

**DOCUMENTOS ANEXADOS PELA SE-
CRETARIA-GERAL DA MESA, NOS TERMOS
DO ART. 250, PARÁGRAFO ÚNICO, DO RE-
GIMENTO INTERNO.**

RELATÓRIO

Relator: Senador Tião Viana

I – Relatório

O Projeto de Lei da Câmara n° 3, de 2002 (Projeto de Lei n° 3.077, de 2000, na origem), tem como objetivo determinar que o Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, preste serviço de prevenção e tratamento odontológico utilizando todos os meios e técnicas necessários (Art. 1º). Caso venha a ser aprovado, a lei originada entrará em vigor na data de sua publicação (Art. 2º).

Recebida a proposição nesta Casa legislativa, a Presidência do Senado Federal constatou que o projeto tem pertinência com o objeto da Lei n° 8.080, de 1990, razão pela qual o encaminhou a esta Comissão de Assuntos Sociais com a determinação de que a proposta seja inserida no contexto da mencionada lei, em obediência ao disposto no inciso IV do art. 7º da Lei Complementar n° 95, de 1998, com as alterações promovidas pela Lei Complementar n° 107, de 2001.

Reesalte-se que não foram apresentadas emendas à proposição, porquanto não consta no processado qualquer registro nesse sentido.

II – Análise

É nobre a intenção do ilustre autor do Projeto de lei em análise, pois compartilhamos de seu desejo de fazer com que o Sistema Único de Saúde (SUS) se torne verdadeiramente um modelo de "atendimento integral à saúde" – em especial porque a carente da população brasileira de fato necessita integralmente do SUS para ter acesso a qualquer atendimento de saúde.

Sabemos que a "atendimento integral à saúde" já faz parte da concepção e da legislação que norteia o funcionamento do sistema. Porém, verificamos que, na verdade, pouquíssimas unidades do SUS oferecem atendimento odontológico – ou assistência especializada em nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outras profissões de saúde. Isso é lamentável,

porque nenhum indivíduo pode ser considerado saudável se não lhe forem oferecidos os recursos necessários para cuidar da sua saúde bucal, nutricional, emocional e todos as esferas envolvidas em seu bem-estar.

Alguns consideram utopia um serviço de saúde público, gratuito e capaz de prover atendimento integral a todos que a ele recorrem, pois alegam que nunca haverá recursos financeiros suficientes em nosso País para essa finalidade.

A nossa visão é diametralmente contrária: verificamos, na prática, que o SUS é viável se investirmos em parcerias entre os governos das diferentes esferas e em iniciativas de grande alcance, como o Programa Saúde da Família.

Também nos causa grande júbilo informar que uma parceria entre os governos estadual e federal vem permitindo grandes avanços na formação de profissionais de saúde, inclusive no que tange à pós-graduação. Até pouco tempo atrás, não possuímos um único curso de pós-graduação.

Assim, por acreditarmos em sua viabilidade, considero que precisamos criar todas as condições possíveis para que o SUS "do papel" se torne real. Por essa razão, apoiamos o projeto de lei em análise, que julgamos constituir um importante instrumento nesse sentido.

Contudo, tem razão a Presidência desta Casa legislativa ao recomendar que o objetivo da proposição seja inserida na Lei Orgânica da Saúde, de forma a atender as normas que regem a boa técnica legislativa. Para isso, contudo, é preciso fazer com que o texto do projeto adquira um caráter genérico, pois aquela lei não comporta a menção a uma profissão de saúde específica – como a odontologia –, já que ela não faz referência, por exemplo, a assistência médica, mas somente a assistência à saúde em geral.

Dessa forma, apresentamos neste parecer substitutivo que altera a Lei Orgânica da Saúde da forma acima identificada.

III – Voto

Em virtude das considerações expostas, o voto é pela aprovação do Projeto de Lei da Câmara nº 3, de 2002, na forma do seguinte substitutivo:

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 3 (SUBSTITUTIVO), DE 2002

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências", para explicitar que as ações assistenciais e as atividades pre-

ventivas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, incluem aquelas executadas no âmbito de todas as profissões de saúde reconhecidas.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O inciso III do art. 5º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a constar com a seguinte redação:

Art. 5º.....

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas executadas no âmbito de todas as profissões de saúde reconhecidas. (NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, – Senador Tião Viana, Relator.

RELATÓRIO

Relator: Senador Roberto Freire

I – Relatório

O Projeto de Lei da Câmara nº 3, de 2002 (Projeto de Lei nº 3.077, de 2000, na origem), tem como objetivo determinar que o Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, preste serviço de prevenção e tratamento odontológico utilizando todos os meios e técnicas necessários (Art. 1º). Caso venha a ser aprovado, a lei originada entrará em vigor na data de sua publicação (Art. 2º).

Recebida a proposição nesta Casa legislativa, a Presidência do Senado Federal constatou que o projeto tem pertinência com o objeto da Lei nº 8.080, de 1990, razão pela qual o encaminhou a esta Comissão de Assuntos Sociais com a determinação de que a proposta seja inserida no conteúdo da mencionada lei, em obediência ao disposto no Inciso IV do art. 7º da Lei Complementar nº 95, de 1998, com as alterações promovidas pela Lei Complementar nº 107, de 2001.

Ressalte-se que não foram apresentadas emendas à proposição, porquanto não consta no processo qualquer registro nesse sentido.

II – Análise

É nobre a intenção do ilustre autor do Projeto de Lei em análise, pois compartilhamos de seu desejo de fazer com que o Sistema Único de Saúde (SUS) se torne verdadeiramente um modelo de "atenção integral à saúde" – em especial porque a camada mais

ciente da população brasileira de fato necessita integralmente do SUS para ter acesso a qualquer atendimento de saúde.

Sabemos que a "atenção Integral à saúde" já faz parte da concepção e da legislação que norteia o funcionamento do sistema. Porém, verificamos que, na verdade, pouquíssimas unidades do SUS oferecem atendimento odontológico – ou assistência especializada em nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outras profissões de saúde. Isso é lamentável, porque nenhum indivíduo pode ser considerado saudável se não lhe forem oferecidos os recursos necessários para cuidar de sua saúde bucal, nutricional, emocional e todos as esferas envolvidas em seu bem-estar.

Alguns consideram utopia um serviço de saúde público, gratuito e capaz de prover atendimento integral a todos que a ele recorrerem, pois alegam que nunca haverá recursos financeiros suficientes em nosso País para essa finalidade.

A noiosa visão é diametralmente contrária: verificamos, na prática, que o SUS é viável se investirmos em parcerias entre os governos das diferentes esferas e em iniciativas de grande alcance, como o Programa Saúde da Família.

Também nos causa grande júbilo informar que uma parceria entre os governos estadual e federal vem permitindo grandes avanços na formação de profissionais de saúde, inclusive no que tange à pós-graduação. Até pouco tempo atrás, não possuímos um único curso de pós-graduação.

Assim, por acreditarmos em sua viabilidade, considero que precisamos criar todas as condições possíveis para que o SUS "do papel" se torne real. Por essa razão, apoiamos o projeto de lei em análise, que julgamos constituir um importante instrumento nesse sentido.

Contudo, tem razão a Presidência desta Casa legislativa ao recomendar que o objetivo da proposição seja inserida na Lei Orgânica da Saúde, de forma a atender às normas que regem a boa técnica legislativa. Dessa forma, apresentamos neste parecer substitutivo que altera a Lei Orgânica da Saúde da forma acima identificada.

III – Voto

Em virtude das considerações expostas, o voto é pela aprovação do Projeto de Lei da Câmara nº 3, de 2002, na forma do seguinte substitutivo:

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 3 (SUBSTITUTIVO), DE 2002

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes, e dá outras providências", para explicitar que as ações assistenciais e as atividades preventivas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) incluem aquelas executadas no âmbito de todas as profissões de saúde reconhecidas.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Acrescenta-se ao inciso I do art. 6º da Lei nº 8.080, de 1990, a seguinte alínea "e":

"Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I – a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - c) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
 - e) saúde bucal .(NR)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão. – Roberto Freire, Relator.

ATA DA NONA REUNIÃO (extraordinária) DA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS DA 1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 52ª LEGISLATURA REALIZADA DIA 8 DE MAIO DE 2003, QUINTA-FEIRA, ÀS 10:00 HORAS

Às dez horas e quinze minutos, do dia oito de maio de dois mil e três, na Sala de reuniões da Comissão de Assuntos Econômicos, sob a presidência do Senhor Senador Romero Jucá, para a realização de Audiência Pública, reúne-se a Comissão de Assuntos Sociais, com a presença dos Senadores Ana Júlia Carepa, Eurípedes Camargo, Fátima Cleide, Flávio Arns, Sibá Machado, Aelson Freitas, Papaléo Paes, Mão Santa, Íris de Araújo, Edison Lobão, Renaldo Santana, Lúcia Vânia, Teotônio Vilela Filho, Antero Paes de Barros, Reginaldo Duarte, Augusto Botelho, Patrícia Saboya Gomes, Dulcídio Amaral, Antônio Carlos Valadares, Garibaldi Alves Filho, César Borges, Demóstenes Torres, Efraim Moraes, Tasso Jereissati, Leonel Pavan, e Osmar Dias. Deixam de comparecer os demais membros das Comissões. O Senhor Presidente declara abertos os trabalhos, propondo a dispensa da leitura da Ata da reunião anterior, que é dada como aprovada. É dado início à Audiência Pública com a presença do Senhor Ministro da Saúde, Ministro Humberto Sérgio Costa Lima, com a finalidade de atender aos requerimentos nº 2-CAS/2003, de autoria do Senador Romero Jucá,

para discorrer sobre as Propostas concernentes à área de atuação do Ministério da Saúde de nº 5-CAS/2003, de autoria dos Senadores Romero Jucá e da Ana Júlia Carepa, a fim de debater sobre os produtos denominados transgênicos de nº 15-CAS/2003, de autoria do Senador Romero Jucá, a fim de subsidiar os trabalhos dessa Comissão sobre o PLC nº 3/2002 e o nº 17-CAS/2003, de Autoria da Senadora Patrícia Saboya Gomes a fim subsidiar os trabalhos dessa Comissão sobre o PLC nº 108/2000. O Senhor Ministro faz uso da palavra para a sua exposição inicial. Participam das interpelações ao Senhor Ministro, os Senhores Senadores Ana Júlia Carepa, Patrícia Saboya Gomes, Tião Viana, Mão Santa, Antero Paes de Barros, Romero Jucá, Osmar Dias, Aloizio Mercadante, Antônio Carlos Valadares, Íris de Araújo, Augusto Botelho, Lúcia Vânia, Fátima Cleide, Eurípedes Camargo e Eduardo Suplicy. Não havendo mais quem quisesse fazer uso da palavra, encerra-se a reunião às quatorze horas e trinta e três minutos, lavrando eu, Cleudes Boaventura Farias Nery, a presente Ata que, lida e aprovada, será assinada pelo Senhor Presidente e publicada no *Diário do Senado Federal*, juntamente com a íntegra das notas taquigráficas. – Senador Romero Jucá, Presidente da CAS.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Declaro aberta reunião extraordinária da Comissão de Assuntos Sociais, da 1ª Sessão Legislativa Ordinária, que se realiza hoje, dia 8 de maio de 2003.

O item inicial desta reunião é a exposição do Ministro da Saúde, Sr. Humberto Sérgio Costa Lima, atendendo a requerimento dos Senadores Romero Jucá e Ana Júlia Carepa.

Solicito ao vice-Presidente da Comissão, Senador Papaléo Paes, à Senadora Patrícia Gomes e ao Senador Tião Viana que conduzam o Ministro até este plenário. (Pausa.)

(É introduzido no plenário o Sr. Ministro Humberto Costa.)

Convido o Vice-Presidente da Comissão, Senador Papaléo Paes, para tomar assento à mesa dos trabalhos.

Sr. Ministro Humberto Costa, V. Ex^a foi convidado para esta audiência na Comissão de Assuntos Sociais tendo em vista a série de assuntos relevantes que comanda no Ministério, assuntos que têm correlação direta com a atuação desta Comissão.

Quando convidamos V. Ex^a havíamos pensado inicialmente apenas as questões da política de medicamentos, do controle de preços, da ampliação do teto do SUS, enfim, questões estruturais da atuação do próprio Ministério da Saúde e desta Comissão de

Assuntos Sociais. Entretanto, com o decorrer do tempo, surgiram também questões conjunturais extremamente graves e que têm preocupado todo o País, como a utilização das UTI – lembro o que está ocorrendo na cidade de Fortaleza, onde V. Ex^a esteve – e também, mais do que isso, a pneumonia resistente, que, afinalmente, é um drama que se transforma em desafio a ser enfrentado por todos os países.

Espero que, nessa apresentação e em seguida no debate, possamos discorrer sobre todas as questões, para que não só as Senadoras e os Senadores, mas também o público que acompanha esta reunião pela TV Senado possa conhecer a atuação do Governo nessa diversa área.

V. Ex^a dispõe de trinta minutos para sua exposição. Posteriormente, iremos abrir a palavra ao plenário.

Estão inscritos, como autores do requerimento, além de mim, as Senadoras Ana Júlia Carepa e Patrícia Saboya Gomes e os Senadores Mão Santa e Papaléo Paes.

Com a palavra o Ministro Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Sr. Presidente, Senador Romero Jucá, demais Senadores aqui presentes, quero inicialmente agradecer a oportunidade de estar aqui para discorrer um pouco sobre o Sistema Único de Saúde, as propostas de nossa gestão à frente do Ministério e também para abordar os temas relevantes a que se referiu o Senador Romero Jucá.

Utilizarei esse tempo que me foi disponibilizado para rapidamente apresentar um pouco do panorama do Sistema Único de Saúde no nosso País, o que entendemos como os problemas que o sistema tem, os desafios e as proposições para o enfrentamento dos problemas e a superação desses desafios.

Peço licença para ficar em pé.

O Sistema Único de Saúde neste ano completa 15 anos da sua criação. Na verdade, o processo de implantação ocorreu dois anos depois, com a Lei Orgânica da Saúde.

Repetirei algumas coisas de que temos conhecimento: a saúde, na Constituição brasileira, é definida como um direito de cidadania, um dever do Estado e resulta de políticas públicas que elevam a qualidade de vida, um conceito amplo de saúde. O arcabouço jurídico legal é adequado, temos basicamente três grandes referências legais que dão esse arcabouço ao SUS: a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde, que é a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, que definiu processos de participação social e de descentralização.

A organização do Sistema Único de Saúde é orientada pelos princípios da universalidade, ou seja, todos têm direito ao acesso e o Poder Público tem a

garantia de viabilizar pela integralidade, ou seja, o indivíduo deve ser visto como um todo e as ações de saúde devem contemplar tanto a promoção em saúde, com o estímulo à adoção de hábitos saudáveis e comportamentos ou atitudes que favoreçam a manutenção ou a elevação dos níveis de saúde; a equidade, que é justamente a tentativa de se dar uma atenção diferenciada aos diferentes, fazendo com que o Poder Público atue principalmente no sentido de atender aos mais pobres; a descentralização, que é o processo que permite que Estados, Municípios, Governo Federal tenham funções específicas e que caliba a execução das ações ao Município, em parte aos Governos estaduais, com papel de articulação entre os Municípios e o Ministério da Saúde com o papel de co-financiar o sistema, normatizar e garantir apoio técnico aos outros níveis de atenção. O controle social, com a participação da população, mediante os conselhos municipais, estaduais e o Conselho Nacional de Saúde é onde isso está mais avançado das políticas sociais todas.

Temos instrumentos normativos suficientes. As normas operacionais básicas de 1991, 1993, de 1996 e a norma operacional de assistência à saúde de 2001 e 2002 definem os papéis dos Estados e Municípios, do Governo Federal, definem gestões, níveis de gestão diferenciada para cada um desses Municípios, o que garante uma maior ou menor execução das ações de saúde no Município, as transferências de recursos fundo a fundo, enfim, toda uma normatização.

Uma pesquisa recente que fizemos, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde traz alguns dados importantes, até para perdermos essa visão de que o SUS é um sistema que atende somente os mais pobres. Noventa por cento da população brasileira é, de algum modo, usuária do SUS, ou seja, é um sistema que atinge uma parcela significativa da população, seja utilizando uma campanha de vacina contra a gripe para os idosos, seja utilizando os serviços ambulatoriais ou numa área de alta complexidade; 28,6% usam exclusivamente o SUS; 61,5% usam o SUS e algum outro sistema de atenção à saúde e só 8,7% da população afirmam que não usam o Sistema Único de Saúde.

Qual é a complexidade do contexto desse sistema? Um País com 8,5 milhões de quilômetros quadrados, com um processo de urbanização intenso, que tem uma relação paradoxal entre as Unidades federadas, apesar da existência de uma autonomia formal. Na prática, temos políticas administrativas centralizadas, paternalistas e uma estrutura econômica e social heterogênea; no quadro sanitário, uma convivência de doenças típicas do desenvolvimento: tuberculose, hanseníase, malária, dengue e outras, com demandas

crescentes por serviços de ponta, como transplantes de órgãos.

Para que V. Ex^a tenham idéia da dimensão e do papel que o SUS exerce na sociedade brasileira, vou apresentar alguns dados gerais.

O SUS tem 63.650 unidades ambulatoriais que, em média, realizam 153 milhões de procedimentos por ano. Isso é relativo a 2002.

Temos 5.794 unidades hospitalares, com um total de 441.045 leitos, que são responsáveis por mais de 900 internações por mês, e um total de 11.700 milhões de internações por ano, no Brasil.

Ainda sobre a assistência ambulatorial, o Brasil é um dos poucos países do mundo que garante assistência integral, envolvendo promoção, prevenção – totalmente gratuita a assistência para portadores de HIV, principalmente o chamado coquetel formado pelos medicamentos anti-retrovirais –, para os pacientes renais crônicos e pacientes com câncer. Isso é algo que poucos países no mundo garantem.

Realizamos, por ano, um bilhão de procedimentos de atenção básica, desde vacinas, passando por consultas, por ações educativas, e 251 milhões de exames laboratoriais clínicos. Exames de ultra-sonografia, o SUS realiza 8.100 milhões por ano. São 132,5 milhões de atendimentos de alta complexidade, entre tomografias, exames hemodinâmicos – aqueles que detectam as doenças coronarianas, cardíacas –, a ressonância magnética, sessões de hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, sendo importante ressaltar que essas três últimas, apenas o Sistema Único de Saúde garante. Apesar de estar na legislação que regulamentou os planos de saúde, dificilmente eles oferecem esses serviços, e o SUS é quem de fato proporciona esses serviços.

Além disso, temos o Programa de Saúde da Família, que dispõe de 17.610 equipes, que cobrem 55 milhões de pessoas no Brasil, e abrangem 90% dos Municípios no País. É um Programa que já tem demonstrado resultados importantes na melhoria dos indicadores de saúde da população.

Vou apresentar agora alguns dados gerais sobre a assistência hospitalar no SUS.

O SUS realiza, por ano, 2.800 milhões partos; 83 mil cirurgias cardíacas; 60 mil cirurgias oncológicas; 92.900 cirurgias de varizes e 23.400 transplantes de órgãos, sendo que só o Sistema Único de Saúde realiza transplantes de órgãos no País.

Toda essa área é de alta complexidade. A tabela de pagamento do SUS é uma tabela bastante razoável para quem realiza essas ações.

Quanto ao processo da descentralização, o Brasil possui 5.581 Municípios; 73% deles têm menos de

20 mil habitantes, e o processo de municipalização é avançado. Esse processo é hoje motivo de discussão, de estudo, de interesse de outros países para conhecê-lo e implementar coisas semelhantes. Temos 23 Municípios apenas que não são habilitados, porque nunca quiseram se habilitar: 586, estão em gestão plena do sistema, ou seja, eles administram todo o sistema, gerenciam todo o sistema municipal de saúde, desde a área da atenção básica até a área da alta complexidade. Estão em gestão plena da atenção básica 4.952 Municípios, ou seja, esses já gerenciam desde toda a área de atenção básica até o exame pré-natal, o Programa de Saúde da Família, partos, cirurgias ambulatoriais. Estados em gestão plena são 16 no Brasil.

O País tem um sistema com uma heterogeneidade e uma complexidade muito grande de problemas. Era um sistema marcado por um papel excessivamente normatizador do Ministério da Saúde, com caráter punitivo. Tentamos mudar um pouco, para dar mais liberdade aos Estados e Municípios na aplicação dos recursos, sem tanta normatização. A nossa intervenção é mais no sentido de ajudarmos as gestões a cumprir o seu papel.

Como funciona o financiamento? As Srs e os Srs. Senadores têm total conhecimento disso, mas falei apenas para reforçar. Os impostos e contribuições são direcionados ao orçamento do Ministério da Saúde. Temos o Fundo Nacional de Saúde que congrega todas essas verbas. Além dessas, há algumas outras que não estão dentro do orçamento do Ministério da Saúde, como a cota-parte do seguro contra acidente de veículos e outros.

A transferência desses recursos é feita de três formas. A transferência fundo a fundo, que consome 73% do nosso orçamento. Isso é feito automaticamente para Estados e Municípios e foi um grande avanço do nosso sistema de saúde, porque, por exemplo, o Prefeito do PFL no interior do Piauí recebe os recursos regularmente, independentemente de o Presidente da República ser do PT, do PMDB, do PSD. E um avanço importante na autonomia dos entes federativos.

Além disso, trabalhamos com convênios. É uma parte menor que queremos progressivamente reduzir, cada vez mais. Queremos concentrar as transferências no fundo a fundo. O convênio é feito com Estados e Municípios, mas pode ser feito também com estabelecimentos de saúde.

A outra forma de transferência de recursos é pela remuneração por prestação de serviços. Isto diz respeito aos estabelecimentos de saúde. Estamos estudando uma mudança desse processo, porque, quando pagamos por procedimentos feitos, a tendência das unidades é querer concentrar as suas atividades nos

procedimentos que remuneram melhor, relegando a um segundo plano outros que são menos bem remunerados, mas que são vitais para o sistema de saúde.

Quais são os problemas do SUS? Recursos financeiros insuficientes. É verdade que ainda temos poucos recursos.

Gastos iracionais. Penso que se deve concentrar aqui a nossa atenção hoje. Temos absoluta convicção de que é verdade que os recursos são poucos, mas eles são muito mal aplicados. Eles precisam ser melhor fiscalizados e acompanhados. Estamos desenvolvendo um trabalho com a Controladoria Geral da União, com o Ministério Público Federal, com os Ministérios Públicos Estaduais, para ampliar a fiscalização dos gastos do Sistema Único de Saúde.

Além disso, um outro problema é que os Estados participam modestamente no financiamento do sistema. Boa parte deles não cumpre a Emenda Constitucional nº 29.

Temos uma deficiência de recursos humanos qualitativa, ou seja, as pessoas são formadas para um modelo centrado no hospital, com incorporação de tecnologia sofisticada, e dirigido à especialização. Queremos mudar esse modelo para um modelo fundamentado na atenção básica, com profissionais generalistas. Temos também uma deficiência de recursos humanos quantitativa. O Ministério da Saúde, por exemplo, com o processo de descentralização, transferiu para os Municípios vários dos seus profissionais, que hoje estão se aposentando e não há uma reposição desse pessoal. Além disso, tem havido um aumento significativo da expansão de novos serviços, que exigem novos recursos humanos. Temos dificuldade para tratar essa questão.

Uma coisa sobre a qual, mais cedo ou mais tarde, o Congresso Nacional e o Poder Executivo terão de se debruçar sobre a flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito ao comprometimento da receita.

A ideia com que se inicia o debate – aliás, já houve um início de debate no Governo passado – é a possibilidade de excepcionalizar esse item da reforma para a contratação de profissionais nas áreas de saúde, educação e segurança pública, políticas públicas que não se desenvolvem sem o componente humano. Essa é, contudo, uma discussão que desejarmos fazer mais adiante.

Outro componente importante é a precarização das relações de trabalho. O programa Saúde da Família é montado assim: o agente comunitário de saúde não tem ainda a regulamentação da sua profissão; cada Município utiliza cooperativa, Ocup, organizações sociais, entidades filantrópicas para contratar. E estas

incertezas geram problemas importantes no que diz respeito à utilização da mão-de-obra e uma baixa resolutividade, limitação no acesso aos serviços: as filas enormes, o atraso.

Essa mesma pesquisa a que me referi no início, feita com a população brasileira, é muito interessante. Primeiro, mostra que quem não usa o SUS condena o mais do quem o usa. Quem o usa tem uma visão positiva. É aquela idéia: "não conheço e não gosto". Quem usa o SUS tem uma imagem positiva do sistema. No entanto, a maior queixa da população concentra-se no mau atendimento – filas, dificuldade de obtenção do medicamento, maus-tratos dispensados pelo funcionário,

Quais são os nossos desafios? Primeiro, definir claramente quais são as responsabilidades da União, dos Estados e Municípios. Estamos avançando neste aspecto. Havia e ainda há conflitos entre Municípios e Estados sobre a gestão do sistema, o que é o comando único e quem deve comandar. Mas estamos avançando na linha de entender que o comando único deve ser municipal; que o Estado tem um papel fundamental na articulação; a União tem um papel fundamental no financiamento e na normatização.

Outro desafio é integrar os sistemas municipais. As Srs e os Srs, com certeza, nos Municípios de que participam politicamente, sabem que, quando o sistema municipal de determinada cidade melhora, ela passa a ser prejudicada, porque começa a haver uma demanda de outros Municípios onde o sistema de saúde não é tão bom. Isso termina por apena quem fez o trabalho de melhorar o sistema de saúde.

Não temos hoje mecanismos de compensação. Portanto, precisamos melhorar a integração entre esses sistemas, garantindo que alguns possam ser referência para algum tipo de serviço e outros, para outro tipo.

Implantação de uma política de recursos humanos em saúde. Queremos fazer isso.

Financiamento e critérios de alocação de recursos. Que haja orientação pelas necessidades da população. Adotar critérios semelhantes ao Fundo de Participação de Estados e Municípios, em que o recurso transferido é inversamente proporcional à renda que a população tem.

Isto é construção de equidade. Queremos começar a trabalhar com essa linha de garantir maior equidade na distribuição dos recursos e também viabilizar resolutividade e acesso aos serviços. O programa Saúde da Família, por exemplo, em condições normais, é capaz de resolver 80% a 90% das demandas de saúde que surgem na comunidade e encaminhar apenas 10% a 20%.

Precisamos também melhorar a resolutividade dos sistemas das unidades de especialidade, dos serviços de urgência e garantir mais acesso da população a esses serviços.

Qual é a situação do Ministério da Saúde, hoje, em termos de Orçamento? O Congresso Nacional aprovou um Orçamento de R\$30,5 bilhões. Foram contingenciados R\$1,6 bilhão, que serão integralmente liberados, ao menos a parte que garanta o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, na interpretação dada pelo Conselho Nacional de Saúde, pelo Ministério Público e pelo Supremo Tribunal Federal.

Temos disponíveis hoje R\$28,9 bilhões. Desses recursos, 74% decorrem de transferências a Estados e Municípios; 20% gastamos com o pessoal do Ministério da Saúde. Seis por cento, apenas, serão utilizados para quatro projetos prioritários e para o pagamento de restos. Ficamos com 2,9 bilhões em restos a pagar – é realmente um peso muito grande para as nossas finanças.

Pagamos, até agora, R\$650 milhões, com prioridade para projetos como o Alvorada. Temos dificuldades na área do custeio de média e alta complexidades, que foram muito comprometidos pela gestão anterior.

Quais são as nossas diretrizes para 2003, para os quatro anos de governo? Em primeiro lugar, está a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Queremos ampliar a atenção básica, duplicar o número de equipes de saúde da família em quatro anos. Este ano vamos criar quatro mil novas equipes do PSF, três mil equipes desse e incluindo dentistas e auxiliares de consultório dentário – a partir de agora, necessariamente, dentistas e auxiliares de consultório dentário farão parte da equipe do PSF.

Queremos garantir o acesso à assistência farmacêutica. Vamos criar a farmácia popular até o mês de julho, o que vai proporcionar medicamentos mais baratos para a população. Vamos aumentar as compras do Ministério da Saúde para distribuição gratuita no SUS. Queremos melhorar, também, a qualidade do atendimento.

Vamos intensificar as ações de controle de endemias – dengue, malária, hanseníase e tuberculose – e fortalecer as ações de vigilância em saúde.

Vamos formular e implantar uma política de recursos humanos – depois vou destrinchar essa questão –, fortalecer a gestão democrática do SUS, melhorar a capacidade de fiscalização dos conselhos municipais, do conselho estadual.

O Ministério, hoje, cumpre todas as decisões globais do Conselho Nacional de Saúde. Vamos fazer este ano, inclusive, a nossa Conferência Nacional de Saúde.

Para atender essas prioridades, fizemos mudanças na estrutura do Ministério da Saúde. Transformamos a antiga Secretaria de Assistência à Saúde, juntamente com a Secretaria de Políticas de Saúde, na Secretaria de Atenção à Saúde. O Secretário é o Dr. Jorge Sola, que foi secretário municipal de Vitória da Conquista.

Criamos a Secretaria de Gestão do Trabalho, Educação e Saúde para trabalhar a política de recursos humanos. A Secretária é Maria Lúiza Jaeger, que foi Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul.

Criamos a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, pois cremos que saúde é uma área estratégica onde temos que ter auto-suficiência em vários componentes de insumos. Podemos produzir tecnologia e conhecimento para vendê-lo. Nossa Secretário é o Dr. José Hermógenes, que foi Secretário-Geral do Ministério na gestão Jamil Haddad.

Criamos a Secretaria de Gestão participativa para ampliar o processo de participação, fortalecer conselhos, organizar conferências. É dirigida pelo ex-deputado e ex-Secretário de Saúde do Rio e Janeiro Sérgio Mouca.

Criamos a Secretaria de Vigilância em Saúde para trabalhar as questões de endemias, situações de saúde enfim. É dirigida pelo Dr. Jarbas Barbosa, que foi diretor do Senep.

Criamos a Secretaria Executiva, que é dirigida pelo Dr. Gastão Wagner, que foi secretário municipal de Campinas.

Quais são as nossas metas? Para 2003, já falei, 4.500 novas equipes do PSF com três mil dentistas e auxiliares de consultório dentário. Isso é um quarto do que queremos aumentar em quatro anos.

O Projeto de Apoio à Expansão do Programa de Saúde da Família nos grandes centros urbanos: são 231 municípios até o final do ano. A grande dificuldade de ampliação do Programa de Saúde da Família está nos municípios com mais de 100 mil habitantes porque se torna muito caro. Não é por acaso que, por exemplo, Salvador deve ter uma cobertura de 5% e o Rio de Janeiro também. São Paulo, a muito custo, está superando os 20%. É muito caro. Esse projeto possui o financiamento do Banco Mundial: US\$500 milhões para seis anos – metade é contrapartida do governo brasileiro, do Ministério da Saúde. Seu objetivo é apoiar as grandes cidades para que estas possam ampliar o Programa de Saúde da Família. Isso inclui equipamentos, treinamentos e contratação de pessoal, reforma de prédios, aluguel de unidades de saúde, construção de unidades de emergência.

Além disso, começamos a corrigir defasagens históricas nos recursos transferidos a Estados e Muni-

cípios. Na área da atenção básica, como já disse, programa de saúde da família, vacinação, pré-natal, parto etc. aumentamos o valor do piso da atenção básica ampliado, que era de R\$10,50 (dez reais e cinqüenta centavos), na verdade, de 1998 até o ano passado; ano passado, aumentou para R\$10,50 (dez reais e cinqüenta centavos); e agora ampliamos para R\$12,50 (doze reais e cinqüenta centavos) por habitante/ano.

Também corrigimos a base populacional, porque esse valor era calculado pela população do ano 2000, e corrigimos para a população de 2002. Então, foi dado um aumento razoável.

Corrigimos os incentivos da vigilância sanitária, do teto, para o controle de doenças transmissíveis, como dengue e outras mais, e ampliamos a transferência de recursos para a farmácia básica.

Aumentamos em 20% os valores de incentivos do Programa da Saúde da Família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde. Na verdade, o PSF é um programa arcado, na sua maior parte, pelo Município. Antes desse aumento, em média, o Governo Federal patrocinava 30% no máximo. Estamos ampliando, com esse aumento, para alguma coisa em torno de 40% de cada equipe. E a nossa meta é, no final de quatro anos, financiarmos 50% do valor de cada equipe, os Estados financiarem 25% e os Municípios arcarem com os outros 25%.

Garantimos já o repasse para o pagamento do 13º salário dos agentes comunitários de saúde e mudamos as faixas de cobertura para cálculo dos incentivos do PSF dos grandes Municípios. Como funcionava? A medida em que um Município ia aumentando a cobertura, colocando mais equipes, ele tinha um aumento no valor do incentivo do Ministério da Saúde. Eram nove faixas. Reduzimos para sete faixas; portanto, ficou mais fácil para o grande Município atingir aquele valor máximo que repassamos por equipe.

Aumentamos o repasse da farmácia básica, dobramos de R\$1 (um real) por habitante/ano, para R\$2 (dois reais), nos Municípios que fazem parte do Programa Fome Zero.

Estamos implantando o serviço de resgate e atendimento pré-hospitalar. Um dos grandes problemas que temos no SUS é a rede de atendimento de emergência. Muitas pessoas, no Brasil, morrem antes de receberem um atendimento emergencial. Certamente, muitas daquelas que sofrem acidentes ou têm um mal súbito, ou são inadequadamente assistidas, nos primeiros momentos, ou simplesmente não recebem assistência. Então, no Brasil, já existem alguns serviços com essa filosofia. Há o Samuc em Porto Alegre, em alguns Municípios do interior de São Paulo, em Curitiba, parece-me que em Florianópolis, em Reci-

fe. A filosofia será esta: nos Municípios com mais de cem mil habitantes, vamos implantar 800 equipes em 2003, 850 equipes de suporte básico, com profissionais não-médicos, mas preparados para o atendimento de emergência e 150 equipes de suporte avançado com a presença do médico.

Esse modelo que estamos adotando no Brasil é inspirado no modelo francês, diferente do modelo americano. O modelo de atendimento de emergência americano atende e leva ao hospital, onde se faz o atendimento. No modelo francês, que estamos adotando, essas equipes têm capacidade de resolutividade. Uma UTI móvel destas aqui tem desfibrilador, tem possibilidade de entubação, tem tudo necessário para um atendimento imediato, para que seja feita a remoção para o hospital.

Implantaremos, também, uma coisa que será muito importante, a Central de Regulação, que permitirá organizar o sistema municipal. Por exemplo, no caso das Uns no Ceará, temos um sistema de regulação mim lá. Então, com um sistema de regulação perfeito, por exemplo, quando houver um pedido para o 192, o médico regulador definirá se aquele é um caso que precisa da presença do médico ou não, se é necessária a equipe de suporte avançado e a UTI móvel, enfim, ele vai orientando para onde aquele paciente será encaminhado, a partir de informações diárias proporcionadas pelas diversas unidades de saúde e de hospitais. Vamos fornecer 800 viaturas, fazer licitação para adquirir 800 equipes e repassá-las para os Municípios, custear boa parte dessas equipes, pelo menos metade de cada equipe. Isso vai gerar, este ano, sete mil empregos aproximadamente.

Bom, ainda na parte de requalificação da atenção hospitalar, nós vamos reorientar os hospitais que têm menos de 20 leitos em pequenos Municípios. Esses hospitais hoje são inviáveis. Nós vamos transformá-los ou em unidades especializadas para o Programa de Saúde da Família, ou em pronto-atendimento com possibilidade de realização de cirurgia ambulatorial, ou em centro de atenção psicosocial, e vamos repassar um recurso global para esses hospitais. Eles não vão precisar correr atrás de AIH para poder sobreviver. Vamos redefinir o que são os hospitais estratégicos para o SUS. Estamos revisando os incentivos para os hospitais filantrópicos – nós queremos uma relação mais próxima com os hospitais filantrópicos. Estamos reorientando o papel dos hospitais universitários. Há uma comissão formada por MEC, Ministério da Saúde, Abraue –Associação dos Hospitais Universitários, Conselho Nacional, Conselho de Secretários Estaduais e Municipais a fim de resolver a situação financeira dos hospitais universitários. Este ano, teremos um incre-

mento no repasse. De 60 milhões, do ano passado, nós vamos para 100 milhões de repasse. O Ministério da Educação já abriu concurso, vez que boa parte da crise dos hospitais universitários é porque eles são obrigados a contratar pessoal e utilizam o recurso do SUS, que deveria ser utilizado para investimento e para custeio das ações desses hospitais universitários. Além disso, nós vamos integrá-lo na rede para que eles façam parte do Sistema Único de Saúde e não sejam ilhas, como eles são hoje, e vamos passar a regulamentar a implantação de novos serviços. Nós queremos fazer isso ao longo de quatro anos. Já temos um grupo de trabalho que está sendo montado com os hospitais privados no Brasil para discutir a incorporação de tecnologia, a fim de que não aconteça o que temos hoje. Há cidades, no Brasil – vou dar um exemplo muito grotesco – que tem mais equipamentos de tomografia do que o Canadá, por exemplo. Então, nós também temos que definir essa incorporação de tecnologia.

Implementação da reforma psiquiátrica. Incentivo à desospitalização. Estamos lançando um programa para dar sustentação às famílias que querem tirar pacientes de hospitais onde eles estão a mais de um ano ali internados. É feito todo um trabalho de readaptação da pessoa à vida social e eles terão o incentivo financeiro. Isso vai valer tanto para as famílias que quiserem reintegrar seus pacientes, quanto para as residências terapêuticas que já existem hoje e têm dois mil pacientes atendidos por elas.

Ampliação dos serviços ambulatoriais. Vamos incorporar a ações de saúde mental no PSF, treinar os profissionais para eles identificarem, diagnosticarem e darem um acompanhamento mais elementar a pessoas que tenham transtornos psíquicos. Vamos implantar o atendimento especializado ambulatorial para servir de referência ao pessoal do PSF que acompanha ou identifica problemas de saúde mental. Estamos ampliando, este ano, as Caps para cem caps globais, algumas para adolescentes e mais 78 Caps para o tratamento de álcool e drogas, e vamos discutir com as chamadas comunidades terapêuticas o papel que elas podem desempenhar na luta pelo controle do álcool e outras drogas. E vamos ampliar as residências terapêuticas, também.

Paralelamente, à medida que forem criados novos serviços, iremos reduzir gradativamente os leitos psiquiátricos no Brasil.

Fortalecimento da gestão democrática.

Fortalecimento do papel dos Conselhos de Saúde.

Realização da XII Conferência Nacional de Saúde, para avaliar o SUS nesses 15 anos e pensar o futuro.

Projeto de lei criando o Código de Direito dos Usuários do SUS. Já há algumas iniciativas aqui no Congresso e estamos procurando nos entender com os Presidentes das Casas para que eles possam agilizar a votação dessa legislação.

Esfativação da Ouvidoria Nacional do SUS.

Fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria.

Controle de endemias. Criamos a Secretaria de Vigilância e Saúde, que é responsável, agora, pelas ações de controle de DST e Aids. Aliás, esse programa continua a ser uma referência internacional. O Brasil, no próximo dia 30, vai receber um prêmio da Fundação Gates, no valor de um milhão de dólares, por esse programa. Estamos avançando este ano na busca para ampliar a detecção de novos casos. O Brasil tem, aproximadamente, 600 mil casos de pessoas convivendo com a Aids, sendo que apenas 200 mil foram estatutariamente diagnosticados. Queremos e temos condições de fazer uma ampliação da testagem, a grande meta deste ano.

Hepatite. Um grande inquérito epidemiológico sobre hepatite vai ser feito agora. O Ministério da Saúde, o Poder Público garante medicamentos excepcionais para o caso das hepatites, principalmente no caso da hepatite C.

O Brasil vai reafirmar os seus compromissos de redução significativa da tuberculose. Estamos reestruturando o programa e vamos apresentar incentivos de vinculação do paciente ao programa. Como as senhoras e os senhores sabem, o tratamento da tuberculose é longo, de seis meses, e há muito abandono. Estamos pensando em implantar a bolsa-alimentação para que aqueles pacientes diagnosticados começam o tratamento e tenham direito à bolsa-alimentação até seis meses após sua alta, para vermos se conseguimos reduzir isso, que envergonha o Brasil.

A maior vergonha de todas é a hanseníase, uma doença perfeitamente curável. E o nosso País é o segundo do mundo em prevalência e incidência da hanseníase. Perdemos apenas para a Índia. O Brasil tem o compromisso de eliminar a doença até 2005. Estamos reafirmando essa compromisso.

Estamos consolidando a área de vigilância ambiental, fortalecendo a vigilância epidemiológica, a análise de situação em saúde, ampliando as ações de controle de dengue. Tivemos, este ano, uma redução de 80% no número de casos novos, em relação ao ano passado, o que foi resultado do programa que começou em junho do ano passado, que está tendo continuidade e vai se tornar um programa definitivo. Então, este ano, tivemos um bom controle da dengue. Não quer dizer que não possam ocorrer novas epidemias, mas,

se continuarmos com essas ações, a probabilidade de isso acontecer é bem menor.

Política de recursos humanos. Queremos criar, ao longo dos quatro anos, a carreira SUS. A idéia seria funcionar um pouco como no Poder Judiciário. O profissional se submeteria a um concurso. De acordo com sua classificação, ele seria lotado numa área do Estado e, a partir da promoção, progressivamente, não só melhoraria na carreira como poderia optar por outras localidades.

Queremos criar o que estamos chamando de serviço civil para que aquelas pessoas que foram formadas por escolas públicas tenham a obrigação de oferecer um ano de serviço remunerado ao setor público. Da mesma forma, para quem quiser se especializar, com cursos de especialização pagos pelo Poder Público Federal, que tenham, como pré-requisito, um ano no Programa de Saúde da Família, por exemplo.

Regulação da formação na graduação, na pós-graduação e no mercado de trabalho de saúde. Estamos incentivando mudanças curriculares para que o profissional seja formado para esse novo modelo fundamentado na atenção básica, organizado, e não meramente a formação de especialistas que incorporam alta tecnologia.

Reorientação da capacitação e educação permanente do SUS. Retomamos a Mesa de Negociação Nacional do SUS e queremos reduzir a precarização das relações de trabalho.

Construção de um novo pacto de gestão; fortalecimento das comissões intermunicípios, Estados e Governo Federal; revisão dos tetos financeiros de Estados e Municípios. Este mês estamos revendo esses tetos, haverá um incremento razoável de recursos para os Estados e também para os Municípios. O Governo, este ano, cumprirá integralmente, pela primeira vez, a Emenda Constitucional nº 29, diferentemente do que alguns Parlamentares levantaram.

Esfataremos o comando único na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de realmente municipalizar; construir sistemas regionalizados e hierarquizados; definir adequadamente o papel de Estados e municípios, a construir instrumentos de avaliação, planejamento e acompanhamento. Esse é um dos grandes problemas. Hoje, não temos capacidade de avaliar os impactos das ações de saúde no Brasil. É uma área muito deficiente.

Isto é um pouco do que é o Sistema Único de Saúde (SUS) hoje. Como V. Ex's podem ver, temos uma joia rara, que a população brasileira e muitos de nós não conhecemos. Infelizmente, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) vai para a mídia é para identificar um problema emergencial, mas todas essas ações, que

tem trazido melhorias significativas para a saúde da população brasileira, precisam ser conhecidas, identificadas e apoiadas para que possamos avançar.

É fundamental dizer que isso é uma construção de muitos anos, cada um dos Governos que passou nolhou uma pedra na construção desse edifício, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), e queremos colocar algumas pedras a mais para que ele continue a ser como é hoje. Talvez muitas das senhoras e senhores não saibam, mas somos hoje uma grande referência de sistema de saúde no mundo, inclusive esse sistema foi a verdadeira reforma do Estado.

A orientação do Banco Mundial – que já não é mais a mesma hoje – e de instituições internacionais, inclusive para o Brasil, em o modelo da focalização, de um sistema dirigido para os pobres, apenas com ações básicas, que foi implantado em vários países. O Sistema Único de Saúde (SUS) resistiu a isso. Hoje, temos um sistema que está de pé. Enquanto isso, quem seguiu aquela cartilha, como a Bolívia, o Chile e outros mais, estão querendo implantar coisas semelhantes a essa.

Era um pouco disso que eu queria apresentar. Estou à disposição para responder às perguntas. Acima de tudo, tenho certeza de que contaremos com o apoio do Senado Federal para que esse sistema avance ainda mais.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Papaléo Paes) – Após essa exposição esclarecedora, eu...

O SR. TIÃO VIANA (Bloco/PT – AC) – Peço a palavra pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Papaléo Paes) – Concedo a palavra a V. Ex^a.

O SR. TIÃO VIANA (Bloco/PT – AC) – Sr. Presidente, sugiro apenas a V. Ex^a, pelo prestígio e importância que a Comissão está dando ao debate e ao tema da saúde e pela exposição densa que o Ministro faz, que pudéssemos aproveitar da melhor forma possível o debate dos Senadores com o Ministro, abrindo em duas ou três fases para que S. Ex^a, possa responder em bloco, de modo que todos possam ser atendidos.

É a sugestão que faço a V. Ex^a.

O SR. PRESIDENTE (Papaléo Paes) – Pois não. Alguém se contrapõe à sugestão? (Pausa.)

Então, aceitamos a sugestão de que um bloco de três Senadoras, com as perguntas...

O SR. ANTERO PAES DE BARROS (PSDB – MT) – Sr. Presidente, quero apenas complementar a sugestão, com a qual concordamos, no sentido de que, após a resposta do Ministro, se alguém do bloco dos três quiser fazer algum contraditório, isso também seja oportunizado.

O SR. PRESIDENTE (Papaléo Paes) – De acordo. Considerando as Srs. Senadoras Patrícia Saboya Gomes e Ana Júlia Carepa e o Senador Romero Jucá como autores dos requerimentos, passo a palavra à Sra. Senadora Ana Júlia Carepa para fazer sua interlocução e, posteriormente, à Senadora Patrícia Saboya Gomes.

A SRA. ANA JÚLIA CAREPA (Bloco/PT – PA) – Sr. Presidente, Srs. e Sras. Senadores, caro amigo Humberto Costa, nosso Ministro da Saúde, quero, em primeiro lugar, parabenizar a sua exposição. Na verdade, dois motivos trouxeram-no a esta Casa: num primeiro momento, a discussão relativa aos transgênicos, para a qual vários Ministros foram convidados; posteriormente, o discurso sobre um projeto que estava sendo debatido nesta Comissão de Assuntos Sociais, oriundo da Câmara dos Deputados, que torna obrigatório o atendimento à saúde bucal pela rede única de saúde, principalmente o desenvolvimento de ações preventivas.

Também desejávamos ouvir da nova Administração esclarecimento sobre a situação em que se encontrava o Ministério da Saúde, sobre seus atuais objetivos e diretrizes. E V. Ex^a o fez muito bem. Parabéns.

Parabenizo-o pela definição – no meu entendimento, absolutamente justa e adequada – das diretrizes para o Sistema Único de Saúde para os próximos quatro anos.

Ouvir um Ministro nos ajuda, quando vamos discutir projetos, porque fazemos leis para que sejam eficazes. Fazer constar da lei que o atendimento odontológico passará a ser obrigatório no SUS não adianta, se, posteriormente, ele não se efetivar.

A sua vinda foi muito produtiva, Sr. Ministro. V. Ex^a pode expor as diretrizes do Ministério para ampliar o número de equipes do Programa Família Saudável, com a criação de três mil novos grupos, visando exatamente ao tratamento bucal, os quais contam com dentistas auxiliares. Ficamos mais tranquilos, ao saber que o Ministério já está pensando no assunto.

Sr. Ministro, gostaríamos de saber o impacto de tornar obrigatório o atendimento da saúde bucal nas diretrizes já traçadas pelo Ministério. Sabemos que não se trata apenas de incluir tal medida na lei. Inclusive, consta da Lei de Responsabilidade Fiscal que não podemos simplesmente criar despesas: devemos prever de onde virá o recurso – porque recurso não nasce, precisa vir de algum lugar. Como poderíamos adequar essa legislação para torná-la eficiente?

Tive o prazer de ser Deputada Federal na mesma época em que V. Ex^a o foi, por isso sei que conhece a importância da existência de leis adequadas à realidade do País. O projeto foi suspenso, mas queremos

saber do Ministério da Saúde que impactos isso poderia causar e qual a melhor forma de elaborar essa legislação.

Fico feliz ao saber da preocupação do Ministério com a equidade, demonstrada por V. Ex^a, principalmente quando fala em cumprir aquilo que é constitucional e que consta da própria legislação do SUS: tratar os diferentes de forma diferenciada. Sou de uma região onde esse desequilíbrio é muito forte, acredito que é o momento de cumprimos à risca o que está na Constituição, que é diminuir as diferenças regionais neste País. E essas diferenças existem em todos os aspectos: saúde, habitação, saneamento.

Mais uma vez, parabenizo o Ministro da Saúde, pois o setor da Saúde está em boas mãos. Parabenizo também a equipe ministerial ao expor as diretrizes para 2003 e as ações concretas em relação a aumento de valores.

Aproveito a oportunidade para tocar em outro ponto, Sr. Ministro. Em geral, temos recebido muitas reclamações – e isso é natural – em relação aos valores pagos não pelos procedimentos de alta complexidade, pois sei que são valores razoáveis, mas por outros serviços de saúde do SUS. Qual é a perspectiva? Acredito que esse valor muito baixo acaba incentivando também a fraude. A verdade é que ela existe.

Outra preocupação minha é com referência à vontade do Ministério de fazer o Município gestor da saúde, enquanto a União discute o Orçamento, repassa-o e estabelece as ações gerais, os programas. Tenho uma preocupação imensa com a importância do controle social. Ando por vários Municípios do meu Estado e vejo os escândalos de prefeitos que utilizam indevidamente recursos, desviam recursos da educação de crianças de forma tão descarada. Então, pergunto: como podemos aperfeiçoar os mecanismos de controle social? Tenho plena certeza de que somente haverá serviços públicos melhores se houver o controle da sociedade sobre os serviços públicos. O controle social é fundamental. Como essa questão está sendo pensada, para que agilizemos e sensibilizemos a sociedade para fazer esse controle? O controle dos prefeitos de muitos Municípios sobre a sociedade e sobre os funcionários é muito grande. Os prefeitos não querem fazer concurso, porque não lhes interessa. Sem concurso, eles ficam com o controle dos funcionários, e os desvios são muito grandes.

A idéia sobre os hospitais interessou-me bastante, Sr. Ministro. A realidade, em nosso Estado, é a seguinte: há apenas dois CTI's de urgência e emergência. Um foi construído pela nova administração municipal, quando eu era vice-Prefeita do Município de Belém; outro, que já existe há muitos anos, mas também é mantido pelo

SUS, via Município. Num Estado imenso como o Pará, não existe nenhuma unidade de urgência e emergência. Então, eu gostaria de saber se existe a possibilidade de descentralizar essas atenções.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Papaléo Paes) – Quero definir aqui a questão do tempo. Para melhor aproveitamento da presença do Ministro da Saúde, fica estabelecida a seguinte regra: faremos grupos de três Senadores, em que cada interpellante terá cinco minutos para fazer a interpelação, ou seja, serão quinze minutos no total para que os três Senadores façam a interpelação. O Sr. Ministro terá dez minutos para responder a pergunta dos três. Cada Senador do grupo de três terá dois minutos para a réplica, e o Sr. Ministro terá também dois minutos para a tréplica, caso necessário.

Passamos a palavra à Senadora Patrícia Saboya Gomes.

A SRA. PATRÍCIA SABOYA GOMES (PPS – CE) – Sr. Presidente, Senador Papaléo Paes, cumprimento V. Ex^a, e o Ministro Humberto Costa. Antecipadamente, agradeço a V. Ex^a, a presença, pela avaliação e pelos ensinamentos que nos trouxe. Meus parabéns pela prontidão, decisão e firmeza com que tem discutido e levado adiante os graves desafios da saúde no País. O Ministro falou – e tive oportunidade de lhe falar antes – a respeito do problema do Ceará divulgado nacionalmente: 36 mortes em 37 dias por falta de UTI. S. Ex^a, já foi ao Ceará por duas ocasiões e determinou, com muita veemência, que se formasse uma comissão para avaliar, investigar e tomar as providências cabíveis. Há a preocupação de que isso não aconteça mais no Ceará nem em outros Estados do Brasil, porque a afirmação dos técnicos do Ministério da Saúde é a de que o problema não está apenas a falta de leitos, mas, como o próprio Ministro reafirmou aqui, está também na gestão e na regulação desses leitos.

Sabemos – e também tive oportunidade de falar com o Ministro – que os problemas relacionados à UTI, muitas vezes, poderiam ser resolvidos com a prevenção, como é o caso, por exemplo, dos acidentes de trânsito. A cidade onde nasci, Sobral, conseguiu reduzir significativamente o número de vítimas nos acidentes de trânsito, fazendo uma fiscalização, por exemplo, na obrigatoriedade do uso de capacetes. Em algum momento, podemos pensar que isso não é tão relevante, mas é significativo na redução das mortes. Quero que o Ministro fale um pouco mais sobre as providências que estão sendo tomadas no Ceará e elogio a firmeza com que, imediatamente, tomou as providências necessárias.

Também gostaria de falar sobre a prioridade do Presidente Lula em relação à diminuição das diferenças regionais. Um dos problemas no sistema de saúde é a defasagem *per capita* entre os Estados do Nordeste e os do Centro-Sul. Por exemplo, enquanto, no Nordeste, o SUS paga R\$35,00 por habitante/ano, em São Paulo, esse valor é de R\$68,00. Quero saber que ações o Ministério está prevendo nesse sentido para tentar diminuir essas diferenças.

Há um terceiro questionamento. Tenho procurado me dedicar muito à causa dos direitos da criança e do adolescente. O Brasil dispõe de um sistema de notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que os profissionais de saúde têm obrigação de comunicar aos conselhos tutelares maus tratos contra crianças e adolescentes. Também sei que isso é uma questão cultural, que é preciso mobilizar a comunidade e os profissionais de saúde porque, muitas vezes, os profissionais de saúde não estão capacitados para fazer esse tipo de notificação, ou há um certo descaso por parte da sociedade em relação aos maus tratos cometidos contra crianças e adolescentes. Quando há essas notificações, fica muito mais fácil fazer o trabalho de prevenção e aconselhamento às famílias. O sistema de notificação é muito importante. Ministro, eu também gostaria de saber o que o Ministério pretende fazer para fortalecer o trabalho que vem sendo desenvolvido por organizações não-governamentais e pela sociedade civil organizada. Eram essas as perguntas.

O SR. PRESIDENTE (Papaleo Paes) – Com a palavra o Senador Tião Viana.

O SR. TIÃO VIANA (Bloco/PT – AC) – Sr. Presidente, Sras e Srs. Senadores, caro Ministro da Saúde, Humberto Costa, é uma enorme alegria participar deste momento democrático da Comissão, na relação entre Governo e Parlamento. Na verdade, o atual Governo tem marcado seu respeito ao Senado, principalmente pela presença constante e intensa de Ministros de Estado e autoridades do Estado brasileiro, na mais absoluta transparência no relacionamento entre o Governo e o Parlamento. Trata-se de um gesto democrático admirável e digno do reconhecimento de todos.

Julgo muito oportuna a exposição que o Ministro fez, um diagnóstico situacional claro, objetivo e denso sobre a realidade e os desafios da saúde pública brasileira, hoje. A exposição de S. Ex^a marcou, sobretudo, um compromisso moral do Governo e da sua pasta com a saúde do povo brasileiro, com princípios fundamentais conquistados na história da evolução sanitária brasileira, que remontam a Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e tantas outras figuras que marcaram a história da epidemiologia no Brasil.

Acredito que temos desafios claros e fortes. Um deles, que julgo fundamental, é o entendimento de que precisamos inserir uma nova equação na gestão pública em saúde brasileira. O sistema de financiamento, no meu entendimento, é condenável, que foi necessário em seu surgimento, quando o Ministro Adib Jatene pegou uma Pasta desorganizada, com profundas dificuldades, e o inseriu por procedimento, mas ele tem de ser revisto. Precisamos achar uma nova equação no financiamento. Temos de trabalhar pela necessidade das regiões.

É bem verdade que o nosso orçamento herdado é um orçamento precário. O Governo americano gasta US\$10 bilhões, Senador Mão Santa, apenas com as Unidades de Terapia Intensiva, que se constituem na primeira causa de morte naquele país – é mais do que o orçamento do nosso Ministério da Saúde. Vamos ter de construir, recuperar a transferência orçamentária. A luta política dos operadores da saúde já trouxe recuperação desse déficit de financiamento da saúde, mas a dívida ainda é muito grande. Entendo que o ministro está integralmente comprometido com isso.

Preocupa-me muito o modelo de relação política construído ao longo do tempo no ministério em relação à gestão do belíssimo, imprescindível e talvez único sistema fantástico que temos neste Planeta, o Sistema Único de Saúde. É uma conquista da história democrática do Brasil, da evolução sanitária. Ainda não é representativo das reais necessidades da sociedade ainda talvez, porque o processo histórico que estamos vivendo ainda seja breve em relação ao tema.

Quando vejo hoje 40 mil mortes todos os anos no trânsito, 500 mil feridos e não vejo exceção de uma diretriz fundamental e vertical em relação a isso, percebo que, nesses anos passados, a sensibilidade não foi efetiva para a gravidade desse problema de saúde pública. E claro que não é um problema restrito ao Ministério da Saúde, mas é claro que tínhamos de estar inseridos com o Conselho Nacional de Trânsito e com o Ministério da Justiça para achar soluções que vão desde o que a Senadora Patrícia aborda a outras soluções.

Quarenta mil mortes por ano pelo trânsito e 500 mil feridos é algo dramático para entendermos. Quando vejo que monem mais de 120 mil pessoas pela morte súbita por ano no Brasil, percebo não termos uma política forte ainda, consolidada no Ministério da Saúde, porque a herança que o Ministro Humberto Costa pegou é uma herança de equívocos também, embora de alguns esforços.

Temos de debater mais com a sociedade. Quando vejo o programa de Aids, belíssimo, inquestionável no seu mérito, concluo que ele é fruto de uma presença

da sociedade, dos movimentos populares que fizeram o Poder Público entender. Esse programa mostrou-se um modelo que gerou economia para o Estado brasileiro, que gerou qualidade de vida, respeito à dignidade humana. E quem estava por trás dele? O movimento social. A conquista da reforma psiquiátrica no Brasil deve-se ao movimento social e ao Parlamento brasileiro, que nela estavam inseridos.

Portanto, tenho a mais alta confiança de que o Ministro Humberto Costa, por ser da Casa, por ter, na sua matriz de vida, o espírito democrático, ouvirá a sociedade, dividirá suas responsabilidades com o Parlamento e traçará diretrizes a partir desse debate.

O Samuc, por exemplo, uma conquista do Rio Grande do Sul, não é, no meu entendimento, o melhor programa, porque ele é caro, oneroso. Questiono hoje, inclusive, se é melhor, de fato, o programa de Saúde da Família como eficiência ou se podemos começar a pensar no bem conquistado que ele já é para nós, em alternativas mais baratas com o mesmo resultado.

A Itália, por exemplo, usa um modelo diferente, que tem de ser pensado, tem de ser estudado. Temos de chegar à base da sociedade, mas com uma relação inserida no debate, construída com a sociedade.

Então, confesso a minha total confiança. Tenho certeza de que a equipe é de alta qualificação, pois vejo o Dr. Sola, que veio de Vitória da Conquista, Bahia, e Maria Luisa, que veio do Rio Grande do Sul. São pessoas fantásticas na história da saúde pública brasileira, bem como outras que estão aqui, completando uma equipe brilhante que ajudará a mudar a história do Brasil.

Inserida essa nova equação do financiamento, pensado o investimento nas regiões do Brasil pelo inverso da capacidade instalada, não somente sob a ótica de que quem tem mais ganhará mais alta complexidade, mudaremos a fila do Brasil que vai a São Paulo para tratar as doenças, pensaremos que Estados como o Piauí, que consolidou uma política de doenças cardiovasculares e outras, podem ser mais valorizados e estimulados e outros, pensando no inverso da capacidade instalada como estímulo à quebra das desigualdades regionais.

Então, a minha confiança é total e a minha expectativa é a melhor possível na Pasta que o Ministro da Saúde, Humberto Costa, ocupa hoje.

Muita sorte para V. Ex^o, Sr. Ministro.

O SR. PRESIDENTE (Papélio Paez) — Sr. Ministro, após a pergunta dos três Srs. Senadores, V. Ex^o dispõe de dez minutos para respondê-las.

O SR. HUMBERTO SERGIO COSTA LIMA — Inicialmente, agradeço as palavras dos três Srs. Sena-

dores; das duas Srs. Senadoras e do Senador Tião Viana.

Eu gostaria de responder às questões. Em relação à pergunta da Senadora Ana Júlia, companheira, no que diz respeito ao projeto de lei que define essa obrigatoriedade de que haja profissionais de saúde bucal em todas as unidades, primeiro, já há sensibilidade do Ministério da Saúde, dos Estados e dos Municípios quanto à necessidade de uma política de saúde bucal.

Estamos elaborando essa política no âmbito do Ministério. Nos próximos dias, deveremos divulgá-la. Desejamos trabalhar de forma integral, ou seja, com a promoção em saúde, com a prevenção em saúde bucal, com a assistência, inclusive, integral.

Se existe uma política pobre para pobre no Sistema Único de Saúde, é a política de saúde bucal. Ela não dá conta da média e da alta complexidade na área de saúde bucal, bem como da reabilitação. É uma vergonha que, no Brasil, as pessoas ainda trouxeram votos por dentadura. Isso deveria ser uma obrigação do Poder Público garantir. Queremos discutir o tema globalmente.

Em que pese o mérito da proposta ser o melhor possível, ela, em vez de ajudar a organizar, ela ajuda a desorganizar, quando instituímos um sistema. Suponha que, em uma mesma região, haja uma unidade especializada e um hospital, com uma complexidade maior ou um hospital de urgência. Essa unidade especializada, certamente, terá um dentista, não somente de formação geral, mas poderá ter especialistas em Odontologia. Então, qual o sentido que isso faz? Na mesma região, eu tenho um serviço com essa característica. Não há por que ter essa característica, a não ser que seja para um tratamento de emergência em Odontologia, em que se é obrigado a fazer isso.

Então, apesar do mérito e da boa intenção, acredito que seja complicado, pois não ajuda a organizar o sistema.

Em relação às tabelas, reconhecemos que as tabelas de pagamentos dos procedimentos do SUS são defasadas em algumas áreas. Na área de alta complexidade, ao contrário. Darei um exemplo a V. Ex^o. Algumas pessoas estiveram no Ceará. Quando vamos para esses eventos, começamos a saber de muitas coisas que não sabemos. Por exemplo, no que diz respeito à prótese, adotaram placa de saúde que pagam uma tabela de prótese, que é a tabela do SUS, menos cinco por cento.

Na área de transplante, paga-se muito bem, bem como em outras áreas. Na área de hemodiálise, há uma grata surpresa de que a tabela é babá. Reconhecemos

que ela é baixa. No entanto, a quantidade de clínicas pedindo o credenciamento para fazer hemodiálise é grande. Será que elas estão pedindo para trabalhar de graça, para atender às pessoas de graça ou para ter prejuízo? Então, precisamos ver isso. Onde estão os estrangulamentos? Estão em algumas áreas de alta complexidade, mas, principalmente, na área da média complexidade e na da consulta especializada na atenção básica para o setor público. Isso nós corrigiremos. Isso melhorará bastante nos tetos municipais e estaduais.

Na área da média. É justamente o atendimento que quebra as Santas Casas e os hospitais que fazem a internação do paciente de clínica médica, do de pediatria, da paciente de obstetrícia.

Então, vamos promover essa correção. Começamos, primeiro, com a atenção básica aos municípios; estamos agora na etapa de discutir os estados; depois, vamos discutir as desigualdades no financiamento, para tentar resolver estrangulamentos. Quem foi muito bem tratado ao longo desses anos precisa deixar que outros que não foram sejam bem tratados a partir de agora. Já estamos nos debruçando, e vamos nos debruçar, sobre essa questão das tabelas.

Com relação ao Ceará, ao qual se referiu a Senadora *Patrícia Gomes*, o diagnóstico da situação daquele Estado em termos de UTI se baseia em três ou quatro pontos. Há déficit de leitos? Há. Reconhecemos que há, tanto que estamos financiando, juntamente com o Governo do Estado, a abertura de 50 novos leitos de UTI e de tratamento semi-intensivo no espaço de 30 a 120 dias. O Ministério da Saúde está entrando com R\$3,2 milhões.

Há também a má utilização do sistema de UTI. É inadmissível que uma pessoa passe três anos em uma UTI. Se isso ocorre, é muito mais lógico que se crie o sistema de um cuidado mais intenso que garanta um respirador, um acompanhante, às vezes, até o internamento domiciliar, que pode propiciar à pessoa uma situação de melhor acolhimento.

UTI é, por definição, algo de alta rotatividade. Mas a rotatividade lá é baixa. Por exemplo, apesar de haver mais UTI no Ceará do que em Pernambuco ou Bahia, esses dois últimos internam muito mais pessoas em UTI do que o Estado do Ceará. Então, existe um problema gerencial.

Existe um outro problema gerencial: quem ofereceu leito de UTI para o SUS, no segmento privado, necessariamente não está oferecendo esses leitos. En-

tão, na Central de Regulação ou aqui no Ministério da Saúde está registrado: Hospital "Tal": quatro leitos de UTI. Na prática, ele somente está oferecendo dois; os outros dois estão sendo ocupados com plano de saúde, com particular ou o que quer que seja.

Também foi feito um trabalho para disponibilizar todos os leitos de UTI. O resultado disso é que além desses 50, de curto e médio prazos, até sexta-feira, disponibilizaremos 24 novos leitos de UTI, no Ceará: cinco no Instituto Dr. José Frota; três, no Prontocárdio; dois, no Neurocentro; dois, no Hospital Batista Memorial; dois, na Santa Casa; dez, no SOS. Além desses, abrimos, ontem, dez leitos – e possivelmente hoje mais 12 – de cuidados intermediários, exatamente para aquelas pessoas que já se beneficiaram da UTI e necessitam de um cuidado que não é o mesmo da UTI e nem de um hospital simplesmente com atendimento médio. Então, tais pacientes estariam monitorados, acompanhados intensivamente.

É importante dizer que até agora, das investigações que fizemos, ninguém morreu desassistido. Não houve morte nessas condições. Todos estavam assistidos, com respiradores, com médico, enfim. Mas reconhecemos que há esse déficit. Estamos fazendo um estudo sobre a situação das UTI, no Brasil.

A Senadora também tem razão quando diz que precisamos trabalhar, embora no médio prazo, para que tantos casos que chegam às UTIs não precisem chegar até lá, porque muitas vezes tratam-se de pessoas hipertensas, diabéticas, fumantes, portadoras de câncer, que chegaram em uma fase quase terminal. Precisamos trabalhar para evitar que isso aconteça.

No que diz respeito à notificação de maus tratos às crianças, a política do Ministério sobre saúde da criança, há muitos anos, prevê a instalação de centros de atenção de atendimento a crianças vítimas de violência, prevê a formação do agente comunitário de saúde e do pessoal do Programa de Saúde da Família para identificar situações de violência dentro do lar, não somente com relação à criança, mas também à mulher. Penso que é incentivando ações como essas que vamos poder atuar preventivamente.

Existem centros onde é feito o atendimento médico, mas, ao mesmo tempo, tem-se ali uma orientação para que a pessoa procure a Justiça a fim de resolver aquela situação. No caso da mulher, que ela possa ser encaminhada para uma oportunidade de emprego e autonomia financeira.

Com relação ao que falou o Senador, concordo plenamente no que diz respeito a essa lógica do financiamento: precisamos mudar. Mas, nesse momento, temos que tirar os Estados e Municípios da UTI, repassar algum recurso e, depois, começar a discutir novos critérios. Por exemplo, acreditamos que para ter acesso aos recursos do teto, os Estados deverão entrar na gestão plena. Então, isso é um avanço. Quem quiser receber o dinheiro precisa apressar o processo de regionalização, de hierarquização, de organização. O Estado que estiver financiando o Programa Saúde da Família vai ter muito mais facilmente acesso ao Ministério da Saúde para obter recursos. Assim, vamos induzindo as políticas as quais desejamos que sejam efetivamente implementadas.

Com relação ao Programa de Aids, acho importante ressaltar que houve avanços importantes na gestão passada, mas é um programa que tem 17 anos, ele é de 1986; aliás, de 1982, quando foi aplicado no Estado de São Paulo. A primeira experiência é dessa data. E não é de ninguém, é do povo brasileiro, da população brasileira. Cada Governo que aqui esteve avançou na política de Aids. O Senado Federal deu uma contribuição importantíssima com o projeto do Presidente José Sarney, que garantiu medicamento gratuito a todas as pessoas acometidas pela Aids. Avanços fundamentais foram construídos ao longo desse tempo.

Obrigado.

O SR. TIÃO VIANA (Bloco/PT – AC) – Como o Senador Antero Paes de Barros sugeriu o direito a um comentário, usarei dez segundos. O Ministro falou na hanseníase. O Brasil tem 500 anos com essa herança maldita que nos envergonha como Nação. Mas há o compromisso com a eliminação. O Estado do Acre tinha a maior prevalência do mundo nos anos 70 – 110 casos, em cada 10 mil habitantes. Este ano, estará entregando ao Ministro da Saúde, como prêmio de um esforço de Governo e sociedade, a eliminação da hanseníase no nosso Estado. Esse é um motivo de orgulho para nós. Ontem mesmo, havia uma equipe em mutirão examinando cinco mil pessoas no Município na tentativa de se obter sucesso na eliminação da doença ainda este ano.

O SR. PRESIDENTE (Papaléo Paes) – Parabéns!

Senadora Patrícia Gomes.

A SRA. PATRÍCIA SABOYA GOMES (PPS – CE)
– Somenta um segundo, Sr. Ministro.

Na reunião passada, discutimos aqui um projeto, certamente de muito mérito, que tratava da fixação de cartazes. E também já tive a oportunidade de conversar com o Ministro a respeito de remédios falsificados. Eu queria, se possível, rapidamente, que o Ministro nos falasse um pouco sobre o que já foi feito nesse sentido. Pedi vistas do projeto, tendo em vista a vinda de V. Ex^a a esta Comissão.

O SR. HUMBERTO SERGIO COSTA LIMA – Em relação a esse projeto, é importante analisar o contexto em que esse projeto foi apresentado: foi exatamente naquele período em que houve uma grande denúncia de falsificação de determinado anticoncepcional. Nessa época, foi apresentado esse projeto que pede a colocação de um cartaz em cada farmácia, ensinando como se identificam medicamentos falsificados. Acontece que, da mesma maneira que aquele projeto gerou um projeto de lei, ele gerou também um conjunto de alterações de leis e de resoluções tanto do Ministério da Saúde quanto da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Então, por exemplo, houve alteração da legislação penal para quem falsifica medicamento. Foram editadas várias portarias, no Ministério da Saúde, na gestão passada, exigindo notificação imediata de falsificação de medicamentos pelas indústrias; regulagem de licitações públicas e laudos técnicos; obrigatoriedade de cadastramento de medicamentos registrados; divulgação de informações por meio de cartilhas e cartazes para que as pessoas possam se prevenir; implantação no disque-saúde do esclarecimento quanto à possibilidade de medicamentos falsificados; regulamentação dos critérios de segurança das embalagens, isca de segurança e a tinta, que é removível, a chamada "raspadinha"; instalação do sistema nacional de notificações de reações adversas; convênio com o Ministério da Fazenda para combate à sonegação fiscal e fraude; criação da Anvisa, que surgiu como consequência disso; criação de delegacias especializadas de proteção à saúde em alguns Estados; criação de uma relação de medicamentos falsificados, adulterados ou fraudados à disposição de quem consultar a página, na internet, da Anvisa; e um plano de ação para prevenção e combate à falsificação de medicamentos no Brasil, que está em fase de conclusão.

Então, veja: creio que é desnecessário, embora a intenção seja a mais nobre e a melhor possível.

Eu queria só esclarecer às senhoras e aos senhores que a orientação do Presidente Lula e a nossa orientação, no Ministério, é o máximo possível poder

prestigar os projetos que são apresentados, no Senado e na Câmara Federal. Queremos o mínimo possível apresentar pareceres contrários, mas em alguns momentos realmente fica muito difícil, porque vamos gerando um conjunto de leis. O Brasil é um País com muitas leis, e elas muitas vezes não são implementadas.

O SR. PRESIDENTE (Papaleo Paes) – Vamos ao próximo bloco de perguntas.

Senador Mão Santa, V. Ex^a dispõe de cinco minutos para fazer a sua pergunta.

O SR. MÃO SANTA (PMDB – PI) – Cinco minutos é muito pouco para só elogiar o Ministro.

Ministro, sou médico a 37 anos, mais do que a idade da Senadora Patrícia, que já vai saindo. Conheci muitos médicos, como Christian Barnard – Deus deu-me esse privilégio –, o autor da Microcirculação, Zerbini, Adão Jatene, operei com ele e é meu amigo pessoal; Raimundo de Brito, também operei com ele, foi Ministro; um Ministro piauiense, Waldir Arcos, mas o senhor me impressionou muito, então estou de parabéns o Lula, e o Nordeste. Deus escreve certo por linha torta: o senhor dispensou o Governo de Pernambuco, mas Deus o queria na Saúde.

Então, eu queria dar a minha colaboração. Esses 37 anos foram vividos mesmos, praticados. Ministro, o maior instrumento que o senhor tem é o material humano. Entendo que a Ciência Médica é a mais humana das Ciências, e o médico é o grande benfeitor da humanidade. O senhor vai liderar esses médicos que são idealistas: eles se desdobram. E eu queria dizer o seguinte, do longo da minha experiência: o SUS foi assim como o sol, igual para todos, e a oportunidade é muito boa. E quero lhe dizer que os médicos – julgo os outros por mim – operam igual, tanto faz ser milionário, particular, ser do SUS, que é pouco, mas existe, ou ser indigente. Ao longo da minha vida, trabalhei em Santa Casa. Então, os doentes do SUS são bem atendidos. E sou muito mais o SUS do que a experiência buscada em Cuba. Conheço Cuba e conheço-a bem. Apenas vou levar o meu Estado, o Piauí, não sei se o senhor o conhece todo – mas vai de Floriano à Praia, Cuba; é muito pequeno. Este Brasil é muito grande. Então você adaptar aquele médico de família, sou mais o SUS, primeiro pelo seguinte: vou-lhe dar um quadro para ajudar. O médico de família está recebendo honorários razoavelmente bem. Vou-lhe dar um exemplo: sou aposentado como médico-cirurgião, e recebo R\$1.200,00. Então, isso está causando um problema.

O médico é idealista, mas ele tem que manter a sua família. Muitos médicos profissionais especializados estão indo buscar o PSF, que remunera mais. Não me apaixonei por Cuba, porque sou do Piauí, que tem 66 quilômetros de praia e o delta.

Quanto à Medicina, vou fazer uma análise. Cuba só tem um hospital de grande resolutividade – Hermanos –, que era um banco que tomaram e fizeram um hospital. Um só hospital. Esse Brasilão é muito complexo. Por analogia, equivale a apoiar, em cada Estado, um grande hospital. No meu Estado, por exemplo, tem o Hospital Getúlio Vargas. Por isso que Teresina é um ícone na saúde regional, porque Vargas, na ditadura, saiu nomeando tenentes em todos os Estados. Somos diferentes. Recusamos o tenente, no Piauí, e buscamos um médico. E ele encravou, naquele regime da ditadura Vargas, um grande hospital, que se tornou um ícone. Por isso, hoje, Teresina entrou na era dos transplantes e faz transplantes cardíacos com êxito. O Piauí não é só Guariba e Acauã, para se fazer marketing de caridade.

Então, acho que seria muito oportuno o senhor estar atento a cada Estado que, como Cuba, tem praticamente apenas um hospital de grande resolutividade. Aqui, há o Hospital de Base; em São Paulo, o Hospital das Clínicas; no Rio de Janeiro, o Miguel Couto e assim por diante. A ditadura trouxe uma coisa boa: aqueles medicamentos da Ceme. O senhor foi muito puro quando disse que isso era uma conquista. Passei mais de 30 anos da minha vida não com uma carteira de dinheiro e um talão de cheque no bolso, mas com um memento da Ceme. O pobre não tem dinheiro para comprar remédio, principalmente agora – e o senhor sabe disso melhor que eu que o diagnóstico já foi feito – que a maior doença do Brasil é o desemprego, que gera a violência, e a terceira desgraça são os problemas de saúde. Porque, na própria definição, saúde não é a ausência de enfermidade ou de doença, mas o mais perfeito bem-estar físico, social e mental – o social é o pauperismo. O senhor não tem culpa.

Então, o medicamento popular, como o senhor frisou, tem que merecer uma atenção especial. A Ceme distribuía muito bem aqueles medicamentos básicos. Se havia corrupção, é outro problema. Mas aquilo salvou muitas vidas, minimizou muito sofrimento. Há falta de dinheiro para o medicamento. O senhor, que é peixista, vê que haverá uma revolta contra o Governo, pois o médico descobre a doença e lhe dá um papel que não poderá curá-lo. Isso será

motivo de revolta para aquele que não pode adquirir um medicamento.

Então, a Emenda 29 foi fundamental. Se se conseguiu na Educação, acho a Saúde até mais importante. Acho que o medicamento gratuito para quem precisa é mais importante até que o alimento. A pessoa com saúde vai buscar o alimento. Vejam os índios, com saúde, arrumavam alimento. Agora, doente, sem medicamento, não se consegue nada. Nunca recebi um remédio caro. Sempre procurei receber meus pacientes com medicamentos da Ceme.

A Emenda 29 é aquela que obriga cada Governo Estadual ou Municipal a investir 11% do seu orçamento. Acho que com isso teremos recursos para fazer uma boa saúde em todo o Brasil.

A descentralização é fundamental. É barato, é econômico fazer funcionar uma pequena maternidade. Para uma cesariana, não tem complexidade, se faz uma anestesia raquidiana com uma ampola. Um posto de urgência recobriria a grande maioria dos problemas dos Municípios. Todas as prefeituras, com essa emenda, têm condições de fazer. Fui prefeito e fiz na minha cidade um pronto-socorro, num hospital-geral. Priorizar, como eu disse, em cada Estado, um grande hospital de resolutividade. É como tem em Cuba.

Sou mais pelo SUS, pela experiência e a resolutividade, pela grandeza territorial e populacional e pelo desenvolvimento do alto nível do profissional médico do Brasil, do especialista. Temos que estruturar e dividir esses hospitais em terciários, secundários e aqueles de grande resolutividade.

Ernest Hemingway, autor de "O Velho e o Mar", escreveu na Bodeguita del Medio, em Cuba, o seguinte: "Meu daiquiri no Floridita; meu mojito na Bodeguita del Médio." Então, vamos ficar com o nosso sistema. Não sei quem o criou, mas sei que avançou muito. Vou lhe dar só um testemunho, porque um quadro vale por dez mil palavras. Cheguei a operar um filho de um gerente do Banco do Brasil, na cidade onde nasci, a mais importante do Piauí, com uma obstrução intestinal. Além, fui chamado por um psiquiatra, Dr. Abreu, porque a mãe do garoto tinha problemas. Eu disse que tinha que operar: naquele tempo não tinha essa sofisticação de exame. Aprendi com meu Professor Mariano de Andrade, Raimundo de Brito: barriga au abro, depois digo o que é. Abro e vou resolver. Para minha surpresa, Sr. Ministro, era uma obstrução intestinal com 500 vermes – contei quantos, por curiosidade. Isso aconteceu há 30 anos, com um filho do gerente do Banco do Brasil.

Como melhorou a Medicina, neste País! Hoje, não tem mais essa possibilidade, de uma obstrução intestinal com 500 vermes.

Outro dia, operei uma doente do abdômen. Era tão volumoso o abdômen que eu operei, uma cirurgia banal. Era um cisto do ovário, fiz alargada incisão porque quis tirá-lo inteiro. E deu muito mais de 20 quilos. Hoje, é impossível isso. Tanto que, no dia seguinte, tive que recorrer ao psiquiatra. Essa doente vinha do Maranhão – o apelido Mão Santa foi posto por maranhenses. Recorri ao psiquiatra, porque aquela senhora tinha, há uns trinta anos, aquela barriga tão grande e, no dia seguinte, ela não aceitou aquela condição. Essas cenas não existem mais. Por quê? Porque o SUS foi como o Sol – até o esse – igual para todos. Foi um grande avanço.

Então, quero dizer que o SUS tem um grande comandante, o nosso Ministro Humberto Costa. Cumprimente o Lula. Se o PMDB quiser de saúde não vai levar não, porque defende o nome do nosso Ministro do Nordeste. Meus parabéns!

Agora, tenho um pedido. O Senador Tião Viana é o nosso Líder, e o senhor aí vai dizer que o Mercadante pode aí ir para o Planejamento ou a Fazenda, e o Tião está apto a ser o nosso Líder.

Então, no Piauí, em 1989, começaram a construção de 40 ambulatórios universitários. Foram R\$22 milhões de investimento e agora faltam R\$60 mil de custeio. Quero ajudar Cirineu. Como Governador, eu arrumaria esse dinheiro até com os camelôs e colocaria para funcionar, pois R\$60 mil não é valor para um Governo. E mais, trata-se de hospital universitário.

Como aliado do PT, do PT do Tião Viana, e como o ambulatório é universitário, V. Exa., Tião Viana, dividiria R\$30 mil para o nosso Humberto, do Nordeste, e o restante para o Cristovam, dando o maior presente para o Piauí. Não esse negócio de "fome", já estamos cheios daquele negócio. Vamos festejar de Guaribas a Acauã, pois o povo do Piauí quer isso. Teresina tem se revelado como referência e excelência em saúde. Faltam R\$60 mil para um investimento de R\$22 milhões. Estão aqui os pedidos, e essa o senhor leva para o Cristovam, porque o meu horóscopo não dá com o dele. Agora, o da Ministro entrego pessoalmente, para ele resolver.

Muito obrigado. Posso anunciar, no Piauí, e esperar.

O SR. PRESIDENTE (Papaléo Pass) – O Senador Mão Santa usou da palavra durante 14 minutos. Então,

acredito que é muito interessante termos a transmissão dessa experiência de vida, na área da saúde, que o Senador Mão Santa nos dá.

Mas peço aos próximos Senadores e Senadoras que sejam obedientes ao tempo de cinco minutos para as perguntas.

Então, continuando no bloco de três, concedo a palavra ao Senador Antero Paes de Barros, por cinco minutos.

O SR. ANTERO PAES DE BARROS (PSDB - MT)
- Sr. Presidente, Sr. Ministro, eu gostaria, inicialmente, de dizer que, na exposição de V. Ex^a, ficamos um pouco mais tranquilos quando V. Ex^a assegurou que os recursos contingenciados da saúde serão liberados.

Entendo que não deve haver contingenciamento de recursos nem da Saúde, da Educação ou da área social do Governo. Aliás a Saúde faz parte da área social. Mas há uma tendência de toda a Equipe Econômica do Governo de fazer isso e que quase toda a equipe econômica do PT faz, em que pesem todas as informações de que haveria prioridade para a área social, há um contingenciamento enorme desses recursos.

Quero citar aqui, até por solicitação do nosso querido Senador Teotônio Vilela Filho, o que ocorre em Alagoas, no meu Estado de Mato Grosso e no Brasil inteiro a respeito das obras iniciadas na área de água e de saneamento, e que estão paralisadas. Recentemente, o Unicef reconheceu que o resultado da diminuição em 50% da mortalidade infantil no Estado deveu-se a essa política do Projeto Alvorada, voltada exatamente para essa questão do saneamento. Mas, infelizmente, esses recursos estão paralisados. Portanto, a minha primeira indagação é saber se esses recursos serão liberados e quando serão liberados. Não apenas com relação a Alagoas, mas com relação a todo o Brasil.

Creio que investir em saneamento, investir em água, no instante em que a Senadora Ana Júlia fala em saúde bucal, e que V. Ex^a diz que vai montar três mil equipes para 2003, na área de saúde bucal, se isso nos tranquiliza, queremos a equipe, mas queremos também a prevenção.

No meu Estado, Ministro, há um Município que é exemplo para o Brasil e para o mundo, chamado Nova Mutum, que teve a sorte de ter tido um Prefeito que era dentista. Ele fez uma política extraordinária na questão da água. A água, na zona rural, é tratada e fluoretada.

O Município erradicou a cárie dentária. As crianças de lá não têm cárie dentária.

É um investimento necessário a área da prevenção. O Brasil tem que investir em água e em saneamento básico.

Um ex-Desembargador do meu Estado dizia que, antigamente, as pessoas não faziam investimento em saneamento básico, porque ainda não inventaram, tecnologicamente falando, o esgoto aéreo, para colocar o nome do político. Felizmente, essa mentalidade está mudando, e as pessoas reconhecem, hoje, a importância de uma política de saneamento básico.

Portanto, Ministro, quero cumprimentá-lo pela iniciativa da ampliação da equipe do médico da família, da saúde da família e do dentista da família. Reconheço, inclusive, a resposta de V. Ex^a, Senadora Ana Júlia, que já tratou de um problema importante.

Não pode haver, como grande assistência aos mais carentes na área da saúde bucal, a extração dentária. É preciso que, da mesma forma que se tem, no programa de saúde do corpo humano, o atendimento de alta complexidade, que o sistema único passe a tratar de canal, para que a extração dentária não seja a grande solução da saúde bucal brasileira.

Nesse sentido, gostaríamos de conhecer mais algum detalhe na opinião de V. Ex^a.

Gostaríamos também, Ministro, de cumprimentá-lo. Defendemos isso aqui desde quando assumimos o nosso mandato no Senado.

Creio que o Brasil involuiu ao não dar continuidade à sua Central de Medicamentos. Creio que o Brasil tem que investir na produção de medicamentos. Já avançamos muito na questão dos genéricos, já avançamos muito em relação aos enfrentamentos que temos feito na questão da Aids, mas é importante que tenhamos uma popularização realmente no sentido de possibilitar esses investimentos na área da produção de medicamentos, e que isso seja feito de forma regionalizada, que os Estados sejam incentivados a isso.

Aliás, o Sistema Único de Saúde, na minha avaliação pessoal, deve ser exemplo para os serviços públicos. Não temos que lutar apenas pela municipalização dos serviços públicos na área da saúde. A grande solução brasileira é a municipalização dos serviços públicos, porque o problema ocorre exatamente no Município.

Eu gostaria de conhecer mais sobre a política com relação ao tratamento de drogados. Se um cidadão da classe média tem um filho dependente de drogas, ele tem recursos suficientes – ou, pelo menos, um montante adquirido com o esforço de toda família – para tentar recuperar esse jovem, esse adolescente, essa pessoa que, infelizmente, enveredou pelo caminho da droga. Quero saber quando é que o Estado vai começar a atuar para oferecer um tratamento de dignidade àqueles que estão sendo levados, que estão sendo adotados pelos traficantes. Quando é que o Estado vai ter uma política para evitar que os nossos filhos e os nossos netos sejam adotados pelos traficantes. E isso acontece, majoritariamente, na população mais carente, mais pobre e, infelizmente, não temos nos Estados, nos Municípios, uma política para que haja assistência. Tenho conversado muito com Prioritaires da Infância e da Adolescência e é preciso, enfim, que o Brasil entenda que a droga é um dos grandes males deste século e que traz com ela outros males, não apenas os da dependência, destruição e saúde, mas também o da violência e uma série de outros.

Então, gostaríamos de conhecer, Ministro, concretamente, qual é a política que V. Ex^a pretende implementar no sentido de dotar os Estados e os Municípios de centros que sejam excelência, para que tenham um tratamento melhor do que aqueles oferecidos pela iniciativa privada, ou até se haverá uma política concertada. Como é que se pretende fazer isso, já que há uma emergência nessa área no Brasil? É impossível, realmente, que os nossos jovens continuem assim.

Agora, Ministro, V. Ex^a tocou na questão da Emenda Complementar nº 29, inclusive com a afirmação, na sua exposição inicial, de que boa parte dos Estados não a cumprem. Quero saber quais as providências que o Ministério vai tomar junto ao Tribunal de Contas da União e ao Ministério Público Federal, no sentido de denunciar os Estados que não a estão cumprindo. Inclusive, quero alertá-lo, já disse isso na Comissão de Fiscalização e Controle, de que há um truque aritmético contra a saúde brasileira. Qual é esse truque, Ministro?

Em muitos Estados, está ocorrendo o seguinte: tem lá a evolução até 12% dos recursos vinculados constitucionalmente por essa emenda complementar para a área da Saúde. E o que tem sido feito em mu-

tos Estados que têm 100% dos recursos? Subtraem-se 25% para a Educação e, sobre o valor restante, calculam-se os recursos orçamentários, vinculados constitucionalmente, da Saúde. Isso é truque aritmético contra a Saúde pública brasileira, como seria truque aritmético contra a Educação se se descontassem os 12% da Saúde e, depois, fosse feito o cálculo, sobre aquele valor líquido, dos recursos constitucionais da Educação.

Então, eu gostaria de alertá-lo e de sugerir que V. Ex^a, como Líder do processo do SUS no Brasil inteiro, adote providências no sentido de que os Estados e os Municípios cumpram com esse dever constitucional.

Também gostaria de conhecer a opinião de V. Ex^a sobre essa vinculação de recursos, se V. Ex^a é favorável à continuidade da vinculação dos recursos constitucionais à área da saúde e da educação. Era isso, Ministro.

O SR. PRESIDENTE (Hélio Costa) – Sr. Senador Romero Jucá.

O SR. ROMERO JUCÁ (PSDB – RR) – Sr. Ministro, Srs. e Sras. Senadores.

O SR. ROMERO JUCÁ (PSDB – RR) – Sou autor do requerimento e ia falar primeiro, mas tive que me ausentar para uma audiência.

O SR. PRESIDENTE (Hélio Costa) – Quero fazer o esclarecimento de que o Senador Romero Jucá é autor do requerimento. Então, teria...

O SR. ANTERO PAES DE BARROS (PSDB – MT) – Sr. Presidente, quero aproveitar que o Senador Romero Jucá vai falar, porque esqueci de fazer uma colocação. Como a fila foi recuperada dessa forma, com a presença do Senador Jucá, eu gostaria de perguntar ao Ministro sobre a questão do atendimento, esqueci de fazer esta pergunta, está anotada, porque um dos principais compromissos da campanha do Presidente Lula é o de que não haverá mudança da Saúde, e concordo com isso, se não houver uma mudança na qualidade do atendimento. Ou seja, o paciente do Sistema Único de Saúde tem que ser visto pelo médico, que é contratado pelo Sistema Único de Saúde, não como paciente, mas como cliente. Ele tem que ser visto do mesmo modo como se ele tivesse ido a um consultório particular.

Essa era a indagação que eu gostaria de fazer, para saber quando vai começar a melhorar a questão do atendimento na área de saúde.

O SR. PRESIDENTE (Papélio Paes) – Para que este bloco se complete, faço um reparo: após a fala do Senador Romero Jucá, falará o Senador Osmar Dias.

Concedo a palavra ao Senador Romero Jucá.

O SR. ROMERO JUCÁ (PMDB – RR) – Ministro Humberto Costa, Srs e Sras. Senadores.

Como autor do requerimento, tive que me ausentar no início da reunião, mas agora estou de volta, por considerar extremamente importante a presença de V. Ex^a nesta Comissão, na manhã de hoje.

Portanto, tendo em vista o meu atraso, certamente V. Ex^a já fez a sua apresentação, e creio que já discorreram aqui questões importantes. Mas eu gostaria de complementar alguns pontos.

O primeiro deles é sobre a pneumonia asiática. Dados alarmantes cada vez mais são veiculados pela imprensa, como, por exemplo, a respeito de pacientes com mais de 60 anos, em que a mortalidade fica entre 43% e 55%, portanto, um índice elevadíssimo – e esse processo está se disseminando. A China, além de outros países da Ásia não conseguiram deter o crescimento dessa contaminação.

Portanto, gostaríamos de saber, em nível de Governo brasileiro, quais as providências tomadas. O que está sendo esperado e que tipo de expectativa tem o Ministério da Saúde. Porque, provavelmente – vamos torcer para que não aconteça –, a tendência é que talvez chegue aqui alguém contaminado com a doença. Enfim, eu gostaria de saber, realmente, as ações, na sua inteireza, tomadas ou mesmo coordenadas pelo Ministério da Saúde junto a outros Ministérios em ações complementares.

Uma segunda questão diz respeito à solicitação da visão do Ministério quanto à questão específica da política de aumento do preço dos remédios. Mes passado, tivemos aumentos de produtos que variaram em até 30%. Com o surgimento dos genéricos, a questão preço tem sido discutida, houve um avanço considerável. Mas, com tudo isso, ainda hoje o preço do remédio pesa bastante na vida das pessoas, principalmente os idosos. É por isso que a questão da taxação dos aposentados ganha relevo, porque, na verdade, o aposentado, hoje, não tem gordura, não tem sobra, não tem poupança para pagar ou começar a pagar uma despesa que não estava prevista. Na verdade, a tendência é que, segundo conversa que mantive com os aposentados, aqueles que tiverem que pagar algo, terão que cortar dos remédios. Por isso, entendo que essa questão da política do preço de remédios é muito importante. Assim, eu gostaria de saber se a visão do Ministério é pelo tabelamento ou não, se pela liberação, se pelo controle, via Ministério da Fazenda, ou se pelo entendimento com os laboratórios. Recunhando: que linha o Ministério seguirá quanto a essa questão?

Uma outra questão – não sei se foi feita aqui – é a do plano pago pela saúde dos Municípios. O Presidente Lula teve uma reunião no encontro dos Prefeitos aqui

e sinalizou concretamente com a ampliação do piso de remuneração para atendimento básico nos Municípios. Eu quero saber se há algum estudo e qual é a proposição. Todo ano, isso é uma briga na Comissão de Orçamento. Todo ano, conseguimos ampliar esse piso. Mas, na verdade, ainda é pouco pelo tipo de atendimento que se faz.

Sr. Ministro, não sei se essa questão foi levantada, mas, qual a visão do Ministério da Saúde – acredito que o tema é polêmico e que não diz respeito especificamente ao Ministério, mas o Ministério vai ter uma palavra abalizada e importante – em relação aos transgênicos. Existe, hoje, no Ministério, um posicionamento com relação aos transgênicos? Ele faz mal ou não? Há dados testados nesse sentido? Porque, internacionalmente, a posição é que não se tem nada. Portanto, qual a posição do Governo brasileiro em relação à pesquisa? A Agência de Vigilância Sanitária está acompanhando isso? Enfim, o Ministério está participando de algum grupo de estudo e pesquisa? Qual a posição do Ministério, hoje, se a soja transgênica, especificamente a plantada no Rio Grande do Sul, faz ou não mal à saúde? Há algum indício notificado pelo Ministério? Qual a política do Ministério com relação à questão do combate ao fumo? Porque avançamos bastante no Governo passado; o Governo brasileiro e o Congresso foram bastante rígidos, enfrentando pressões muito fortes da indústria de fumo. Mas, no início do Governo Lula, infelizmente, houve um recuo quando da realização do Grande Prêmio Brasil, pois foi editada uma medida provisória permitindo a propaganda de fumo durante aquela corrida. Apesar de ter sido um caso pontual, isso preocupa a todos aqueles que combatem essa prática. Gostaria de saber qual a visão do Ministério, se vai ampliar ações mais preventivas.

Por último, gostaria de saber se já está funcionando, em plenas condições, o resarcimento dos planos de saúde para a rede do SUS. Trata-se de uma questão importante. Mudamos as regras dos planos de saúde e implantamos uma sistemática diferenciada. O Ministério estava se aparelhando, mas não sei se hoje está fluindo de forma que poderia essa cobrança de atendimento, que seria um reforço para o caixa do Sistema Único de Saúde.

Agradeço. São essas as minhas indegações.

O SR. PRESIDENTE (Papaleo Paes) – Senador Osmar Dias.

O SR. OSMAR DIAS (PDT – PR) – Sr. Presidente, Sr. Ministro, vou direto ao ponto.

Sr. Ministro, qual é a participação da CPMF no Orçamento do Ministério da Saúde? Há, com o ingresso dos recursos da CPMF, substituição de recursos que

eram originários do Orçamento da Saúde ou a CPMF está somando no Orçamento da Saúde?

A segunda pergunta diz respeito ao Hospital das Clínicas de Curitiba, da Universidade Federal do Paraná. V. Ex^a deve conhecer e saber que esse hospital é referência no transplante de medula e atende pessoas de todo o Brasil. Até agora não se encontrou uma solução para equilibrar as contas do Hospital das Clínicas. Nós, Parlamentares, sempre somos chamados a colocar emendas ao Orçamento para quebrar o galho. V. Ex^a tem conhecimento da situação que vive o Hospital das Clínicas de Curitiba, que atende o Brasil inteiro e até o exterior e que não vem recebendo o devido apoio do Governo? Não recebeu no governo passado e continua não recebendo agora. Sempre há aquela divisão de responsabilidade. Quando se cobra do Ministério da Saúde, esse remete para o Ministério da Educação; quando se cobra do Ministério da Educação, esse remete para o Ministério da Saúde. E o Hospital das Clínicas de Curitiba continua improvisando inócuos equipamentos, para atender à demanda que cresce exatamente pela qualidade do atendimento. Eu queria saber se V. Ex^a tem uma solução para o problema financeiro do Hospital das Clínicas de Curitiba, que deve ser igual à de muitos outros no País.

E a terceira pergunta, recuperando um pouco do tempo do Senador Romero Jucá: V. Ex^a apoiaria um projeto de lei que já foi aprovado no Senado em 1998? Trata-se de um projeto de minha autoria, inspirado numa proposta que me foi entregue pela Associação Médica do Paraná. Não sou do ramo, mas o apresentei e defendi.

Esse projeto, que foi aprovado no Senado e está na Câmara, propõe duas coisas ao mesmo tempo: primeiro, que se dê mais liberdade ao médico na administração de medicamentos à base de tóxicos no caso de doentes portadores de neoplasias, de cânceres. Ocorre que o Brasil é o País que menos liberdade dá ao médico, que, em muitos casos, é considerado traficante pela legislação quando socorre um doente de câncer com morfina e outros medicamentos, que não vou descrever porque não os conheço, não sou do ramo, como disse, mas apresentei o projeto e os médicos estão cobrando da Câmara dos Deputados a sua aprovação. Também, copiando aquele projeto que V. Ex^a elogiou, aquela lei que V. Ex^a elogiou, do Senador Sarney, em que o Poder Público se responsabiliza pela oferta de medicamentos para portadores de Aids, se também não seria o caso de aprovarmos o projeto de lei que está lá e que também autoriza o portador de câncer, no caso de comprovada incapacidade financeira, a receber do Estado seus medicamentos de forma gratuita.

Alcançar os portadores de câncer seria uma questão igualmente justa. Esse é um projeto de minha autoria, que está na Câmara há seis anos, e não consigo fazer com que saia da gaveta.

Desejo saber se V. Ex^a apóia essa idéia e se apoiaria o projeto que está na Câmara.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Concedo a palavra ao Ministro Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – O Senador Mão Santa fez uma série de comentários muito interessantes. Concordo com várias colocações suas e vou comentar algumas delas. A primeira diz respeito à política de recursos humanos. Temos a convicção de que os profissionais de saúde no Brasil, pelo menos no serviço público, são mal remunerados. O programa Saúde da Família é uma exceção, mas o normal, até em prefeituras de grande porte, é termos profissionais mal remunerados. A política de recursos humanos precisa ser debatida, discutida. É isso que pretendemos fazer, discutindo alternativas. Temos uma secretaria especificamente para isso.

Eu imaginei – estou dizendo que imaginei, porque a imprensa amanhã pode publicar isso em primeira página como um fato – alguma coisa semelhante ao Fundef, que pudesse garantir recursos mínimos para a implementação de melhoria das condições de profissionais da área de saúde nos Municípios, Estados. Essa é apenas uma idéia, e a discussão está aberta. Nós estamos fazendo e creio que vamos ter propostas para isso ao longo desses quatro anos.

No que diz respeito à questão dos medicamentos, de fato o Brasil precisa enfrentar esse debate. No início desta semana, um seminário promovido pelo BNDES, com participação do Ministério da Saúde, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Ministério da Educação, discutiu esse assunto. Aliás, na área de saúde, noesa dependência externa é enorme. A noesa balança comercial, pelas informações que tenho, oscila negativamente entre US\$3,5 e US\$4 bilhões/ano, em relação a medicamentos, a outros insumos, a equipamentos. Além disso, o Sistema Único de Saúde, fornece medicamentos e tratamentos também na área da alta complexidade, de medicamentos excepcionais e caros, sem necessidade de uma lei.

Para que V. Ex^a tenham uma idéia o Ministério da Saúde gasta diretamente, fora o repasse para Estados e Municípios, em suas compras diretas de medicamentos, algo em torno de R\$1 bilhão, R\$1,1 bilhão. Quase metade disso é gasto com medicamentos de alto custo, que atendem uma parcela ínfima da população.

Assim, o que estamos fazendo? Estamos montando uma rede de laboratórios oficiais, porque os laboratórios existem, mas são completamente desarticu-

lados entre si e não têm uma política. Na política que estamos propondo, queremos identificar os laboratórios com maior capacidade de desenvolvimento de medicamentos, para que eles possam se especializar na produção de determinados medicamentos, principalmente os de alto custo, e nós temos sob a responsabilidade deles uma parte da produção de medicamentos no Brasil. Isso para nós é uma preocupação significativa. Não só medicamentos, mas também outros insumos, como hemoderivados. Vamos construir, ao longo desses quatro anos, uma ou duas plantas de hemoderivados. Trata-se de uma área onde o SUS tem um papel fundamental. Por exemplo, o SUS garante o tratamento com os fatores sanguíneos para os hemofílicos. Esse é um avanço significativo, que representa US\$150 milhões de aquisições, por ano, de hemoderivados. Queremos implantar uma ou duas fábricas de hemoderivados no Brasil. No Estado do Acre – o nosso companheiro Tião estava aqui, mas saiu –, no sábado, o Presidente Lula vai lançar a fábrica de preservativos do Acre, que vai atender a uma demanda do Sistema Único de Saúde, uma vez que hoje compramos no exterior as camisinha, os preservativos, para distribuir para a população. Ou seja, estamos querendo implementar uma política de auto-suficiência do Brasil em algumas áreas fundamentais na saúde, uma política de substituição de importações e de ampliação do acesso da população a esses insumos.

Em relação ao que disse o Senador Antero Paes de Barros, que as equipes econômicas pensam sempre da mesma forma, eu discordo, pois a equipe econômica do Governo Lula tem profunda sensibilidade em relação às questões sociais. Tanto que temos o compromisso de cumprimento da Emenda 29 – pela primeira vez o Governo Federal vai cumprir a Emenda 29 – e temos autorização do Ministério da Fazenda e do Planejamento para homologar uma resolução do Conselho Nacional de Saúde que dá a interpretação adequada à Emenda 29 no âmbito do Governo Federal. Não tenho dúvidas de que vamos ter os recursos de que a saúde precisa para fazer a nossa política nessa área.

Além, o que distingue esta equipe econômica das anteriores é que as outras trabalhavam com a economia como fim, e nós trabalhamos com a economia como meio. Queremos a estabilidade e queremos o controle da inflação, mas não para reafirmar a nossa responsabilidade junto ao mercado ou ao Fundo Monetário Internacional, mas para que o País possa voltar a crescer, para que ele possa ampliar a sua capacidade de arrecadação, para que ele possa investir em políticas sociais. A política que o Governo Lula desenvolve na área econômica é uma política

que favorece a área social, e na área saúde, em que pese eu reconhecer que o Brasil, de um modo global, precisa aplicar mais recursos em saúde, eu diria que, se aplicássemos melhor o que temos, já teríamos resultados importantes.

Gostaria de falar algo sobre a questão levantada aqui sobre o Projeto Alvorada. Todos sabem que o Projeto Alvorada terminou. O Governo Fernando Henrique Cardoso, quando mandou o Orçamento do ano passado para o Congresso Nacional, não previu recursos para o Projeto Alvorada. O que há do Projeto Alvorada são os restos a pagar. Herdamos R\$1,1 bilhão de restos a pagar de um projeto que, no total, tinha R\$2,1 bilhões para dois anos. Uma parte das obras foi feita, uma grande parte iniciada e a conta ficou para nós, que, dentro de um cronograma, estamos honrando religiosamente os restos a pagar.

No caso, por exemplo, de Alagoas, que tem R\$601 milhões de restos a pagar do Alvorada, esses recursos serão liberados ao longo do ano. Todos os recursos do Alvorada serão liberados. Estamos fazendo o pagamento parcelado dos R\$601 milhões. Isso foi acordado com os Estados e com os Municípios conveniados com o Ministério da Saúde, e esperamos, até o final do ano, cumprir toda essa agenda de pagamentos do Projeto Alvorada.

Quanto à nossa política de saúde bucal, queremos que o Ministério da Saúde exerça um papel importante na política de saneamento no Brasil para que, entre outros critérios, capacidade de endividamento, condições ambientais etc., a realidade sanitária, epidemiológica, também seja um critério para definir a aplicação de recursos na área de saneamento. Com relação à política de saúde bucal, a nossa preocupação é uma política integrada, integral. Por que o Sistema Único de Saúde faz transplante e não faz tratamento de canal, não faz tratamento ortodôntico? Deveria garantir isso também. Temos uma visão integral em termos de saúde bucal.

Em relação aos dependentes de álcool e drogas, o Ministério da Saúde, o sistema de saúde de modo geral, nos últimos anos, assumiu uma posição de espectador. Queremos assumir um papel de protagonistas nesta política. Temos uma proposta e queremos trabalhar principalmente na área do tratamento e prevenção, mas também temos uma visão de que tipo de política deve ser implementada. O Governo está definindo esta política. Vamos trabalhar com redução de danos ou vamos trabalhar somente com a política de abstinência? Vamos trabalhar com a descriminalização ou com a despenalização? Temos uma opinião e vamos construir uma política. Este ano, vamos criar 78 centros de atenção psicosocial na área de álcool

e drogas. Na linha que o Senador Ántero colocou, é uma responsabilidade do sistema de saúde oferecer atenção a droga-adictos. O mesmo com relação ao álcool. Os pais estão preocupados com que seus filhos de treze, quatorze anos, tenham acesso à maconha e outras drogas mais pesadas, mas a juventude, cada vez mais cedo, está tendo acesso ao álcool. O Congresso Nacional e o Ministério da Saúde precisam fazer um esforço para cobrir a propaganda do álcool. Ontem eu recebi representação de produtores da bebida alcoólica desesperados, porque há no Congresso e há no nosso sentimento a idéia de que cerveja é bebida alcoólica. É pela cerveja que as pessoas entram no processo de alcoolismo. A propaganda de cerveja no Brasil não se pauta pelo respeito à ética. E propaganda de cerveja com tartaruga ninja para cativar a criança, utilizando o corpo da mulher, utilizando artistas bonitos para as mulheres talvez imaginarem que bebendo cerveja vão ter possibilidade de acesso a eles. Temos que garantir que a publicidade de cerveja tenha um controle tão forte quanto a publicidade de cigarro tem hoje. Precisamos avançar nessa área.

Em relação a PEC nº 29, quem tem o rabo preso não pode ficar olhando ou tomando conta do dos outros. O Ministério da Saúde, até o ano passado, não havia cumprido a Emenda Constitucional 29. Então, não tinha autoridade política para exigir que os outros cumprissem.

O nosso sistema de avaliação do cumprimento é muito questionado, tem muitas imperfeições. Estamos tentando resolver isso e, a partir deste ano, vamos fazer um monitoramento. Queremos o cumprimento da Emenda do ponto de vista da exigência da utilização dos mecanismos legais, mas queremos também o cumprimento pela indução. Governo estadual que quiser dinheiro tem que ter Programa de Saúde da Família, tem que cumprir a Emenda nº 29 ou pelo menos demonstrar que está fazendo um esforço para cumprir. Há Estados que tem de sair de 4% para chegar a 10% ou 12%. E governador que assumiu agora não tem culpa disso. Então, tenho que ter pelo menos o reconhecimento do esforço que ele faz. É desta maneira, combinando o instrumento legal com a indução, que queremos garantir o cumprimento da Emenda.

Quanto à qualidade do atendimento, que é a grande quebra da população, temos que melhorar. E isso passa por vários pontos. Passa pela melhoria do atendimento básico. Tem muito lugar que tem fila, porque a população não tem o Programa de Saúde da Família ali. Então vai direto para aquela fila para ser atendida, porque sabe que vai ser atendida, mesmo que demora. Por isso temos que organizar a atenção básica, organizar o sistema para que tenhamos reso-

lutividade. O Programa de Saúde da Família funciona de manhã e à tarde, tem uma clientela cadastrada, são de setecentas a mil famílias aproximadamente. A pessoa tem o seu médico, tem a sua enfermeira, tem o seu agente comunitário. Não existe fila, ou pelo menos não deveria existir se ele funcionasse adequadamente. Temos que trabalhar também outras questões na qualidade do atendimento. Humanizar! Nas profissões da área da saúde, o componente humanístico e a vocação são fundamentais. Eu uso um exemplo. Quando pego um ônibus para um determinado local, não me interessa se o motorista está ganhando bem ou mal, se está satisfeito ou insatisfeito; ele tem que meu deixar lá, me tratar bem, e eu tenho que chegar donde eu quero.

Por que na área da saúde se utiliza o pretexto do salário ruim, da condição de trabalho não ser a melhor para não tratar bem as pessoas? Temos que mudar essa mentalidade. É preciso melhorar as condições de trabalho, os salários, mas também garantir que o cidadão seja tratado dignamente.

O cidadão precisa saber que isso que eu mostrei não é uma benesse do governo federal, nem do governo estadual, nem do município. É um direito que ele tem. Direta ou indiretamente ele paga com os seus impostos para que aquilo aconteça. Só o cidadão que tem ciência do seu direito vai cobrar, vai exigir.

A idéia de criar um código de defesa do usuário do SUS – que é muito mais uma compilação de direitos do que estabelecimento de novos direitos – é uma coisa avançada. Queremos que o Congresso Nacional aprove isso, para que quando um paciente estiver internado, se ele quiser saber o diagnóstico da doença, o médico terá que dizer; se ele quiser saber qual o medicamento que está tomando, terá direito de saber; se quiser saber se aquele exame que vai fazer vai levar a algum tipo de sofrimento, ele terá o direito de saber. Ele tem o direito de ser chamado por João, José, Maria e não pelo leito 8, leito 9, leito 10.

São coisas simples assim que representam humanização, acolhimento. E sabemos que em saúde o acolhimento já é o primeiro passo. Quando estamos doentes e chegamos a uma emergência e não tem ninguém para nos atender, temos um determinado tipo de sentimento. Quando chega ali uma pessoa que nos toca, mede a pressão, isso vai contribuindo para a nossa melhora.

Então, temos compromisso com a melhoria da qualidade de atendimento.

Com relação, Senador Romero Jucá, à pneumonia astática, o Brasil está fazendo e cumprindo todas as orientações e determinações da Organização Mundial de Saúde e das boas práticas na área de saúde pública.

É verdade, Senador, principalmente para um País como o nosso, que tem tantas fronteiras – fronteira úmida, fronteira seca –, é praticamente impossível que não chegue algum caso da doença. O que podemos fazer e está sendo feito em outros países e está dando resultados é o bloqueio. Isso foi feito no Vietnã e esse país saiu da lista de transmissão. Também nos Estados Unidos, que, apesar de ter tido muitos casos importados da doença, não teve transmissão interna. E o que estamos fazendo. Quem vem do exterior recebe uma mensagem do comandante do avião orientando que, se estiver nesses países, se teve contato com alguém com aqueles sintomas, se apresentou aqueles sintomas, se dirija ao serviço de saúde. Essa mensagem está sendo veiculada nos vôos domésticos também. Há um formulário para ser preenchido dentro dos aviões. As companhias aéreas, juntamente com a Anvisa, estão fazendo isso. Estamos cadastrando e acompanhando essas pessoas por aproximadamente dez a doze dias, porque depois de dez dias, se não apresentou sintomas, não é a Sars. Portanto, estamos trabalhando na idéia do bloqueio.

As pessoas, às vezes, dizem que a situação no Brasil está ruim. Tem um suspeito no Pará, um em Pernambuco, outro no Rio Grande do Sul, outro em São Paulo. Ao contrário, isso é uma boa coisa. Significa que o médico que estava lá no Ceará, numa cidade do interior, que atendeu aquele cidadão que veio da China, que teve tosse e falta de ar, está antenado para a doença. E, na medida em que ele comunica imediatamente, podemos isolar a pessoa, fazer a identificação dos contactantes e acompanhá-los. E isso que estamos fazendo e é isso que tem que ser feito. Todas as inovações tecnológicas nessa área – exame novo, vacina, o que aparecer – o Brasil buscará, de imediato, ter acesso para garantir à população. Entretanto, o exame demora três semanas para confirmar. Não temos uma vacina, um medicamento que possa ser utilizado. Mas se essas ações de saúde pública forem levadas a sério, como queremos, vamos conseguir.

Com relação a preço de medicamento, temos a Cemad, que está discutindo a nova regulação de medicamentos. Esse é um mercado imperfeito, monopolizado, que não pode ser livre. A indústria farmacêutica quer liberdade de preços, mas não vamos dar liberdade de preços a elas.

Precisamos ter uma política que estabeleça prioridades. A farmácia popular, por exemplo, será um fator importante nessa regulação, porque vai oferecer um conjunto de medicamentos por um determinado preço tabelado, que vai atingir um conjunto de pessoas que são acometidas pelas doenças mais comuns, que fazem tratamento com medicamento de uso contínuo etc.

O restante, como vamos fazer? Estamos debatendo. A idéia é que possamos controlar o máximo possível.

Determinadas coisas precisam ser ditas em sua integridade. Por exemplo, um cidadão aqui no Distrito Federal, do conselho não sei do quê, vai à farmácia e depois de 30 dias diz que aumentou em 30% o preço do medicamento. Só que ele não está preocupado em saber se esse era o medicamento que antes tinha uma tabela "X", que era fornecido um desconto, porque senão a indústria farmacêutica não vendia, e agora aproveitou o aumento para recuperar o preço inicial e colocar alguma coisa ali em cima. Então, tem que trabalhar com honestidade intelectual de passar as informações da forma como acontecem. Se não tivéssemos feito o acordo com o governo passado, nós e a indústria farmacêutica, os medicamentos teriam subido, no final do ano, entre 16% a 18%, porque era a fórmula que a medida provisória garantia. E nós conseguimos congelamento até o mês de março. Foram dados 8,5% até agora, e liberamos alguns medicamentos em que há concorrência no mercado. Estamos acompanhando os preços, alguns se excederam, só que estamos numa mesa de negociação. Isso será parte da negociação. Vocês querem liberdade de preço para fazer isso? Não vamos dar. Então, faz parte também dos nossos trunfos neste debate, nesta discussão.

No que diz respeito ao PAB, Senador, expliquei que o aumentamos. Desde 1998, havia uma reivindicação de subir de R\$10,00 per capita/ano para R\$12,00 per capita/ano, calculado com base na população de 2001. No ano passado, houve um aumento para R\$10,50, com base na população de 2000. E agora ampliamos de R\$10,50 para R\$12,00/ano; corrigimos a população para 2001 e 2002, e ampliamos a 20 financiamento do Programa de Saúde da Família. Posso dizer a V. Ex^a, com certeza, que prefeito não tem o que reclamar de repasse de recursos do atual Ministério da Saúde. E terão mais! Não foi só na área da assistência, foi também na área de vigilância sanitária, de controle de doenças. Fizemos essas correções e queremos fazer mais. Agora, também vamos apertar, vamos tentar e precisamos garantir que cada centavo que sai daqui chegue lá na ponta, chegue na cidade mais distante do Estado do Amazonas. Dito eu, pelo menos, estou convencido: de que Conselho Municipal de Saúde não é suficiente para fiscalizar a aplicação do recurso.

No que diz respeito aos transgênicos, não há nada conclusivo em relação a se fazem mal à saúde ou não. Os estudos existentes são contraditórios. Dependendo de quem o faz, a confirmação é uma; para outros, a confirmação é outra. Os sintomas são limitados. Enfim, não temos nenhuma certeza de que

não faça mal. Em saúde pública, é importante adotarmos o princípio da precaução. Até que tenhamos uma absoluta comprovação de que esses produtos não causam mal à saúde, não devemos deixar que sejam plantados e comercializados livremente. Na pior das hipóteses, as pessoas têm o direito de optar por consumir ou não. A rotulagem é algo que tem que ser garantido, dizendo qual é, se for aprovado, se for liberado. Essa é uma posição minha. A posição da Anvisa é diferente. Vamos chegar ainda chegar a uma acordo. A minha posição é igual à do Ministério do Meio Ambiente, ou seja, a de que devemos, por precaução, aguardar mais tempo para comercializar livremente alimentos transgênicos no Brasil.

Com relação ao ressarcimento, a política de planos de saúde é extremamente complexa em nosso País. Há uma parcela significativa da população que os utilizam. Hoje, entre 33 e 36 milhões de pessoas têm planos de saúde. Portanto, se hoje quebrarmos esse setor, se ele entrar em situação falimentar, o Sistema Único de Saúde não tem condição de absorver essa clientela. Razão por que devemos tratar esse tema com absoluta tranquilidade, sem bravatas, sem componentes ideológicos. A Constituição brasileira garante a liberdade de escolha do serviço de saúde privado, que temos de regular, porque também é um sistema imperfeito. A lei aprovada, de cujo processo de elaboração participei, é um grande avanço, não tenham dúvida. Mas há um grande problema: ela não resolveu a questão dos planos antigos. Hoje, o grande nó, pelo menos na minha opinião, em relação aos planos de saúde, é que a maioria dos que existem no Brasil, tanto os coletivos quanto os individuais, são contratos antigos. Por exemplo, aqui foi perguntado sobre o ressarcimento. Sai no jornal: foram identificados 300 milhões, que os planos de saúde deveriam ressarcir. No entanto, quando se vai procurar o plano de saúde daquelas pessoas, verifica-se que são antigos. O problema é que o ressarcimento só é feito por aquilo que o plano prevê; o novo garante o ressarcimento por hemodiálise; o antigo, não. Essa situação precisa ser resolvida. Por isso estamos querendo montar um grande fórum para estabelecer um novo pacto. Em vez de disputa por interesse, tem que haver pacto. As empresas de plano de saúde têm que perder um pouco para ganhar, e o sistema deve ter saúde financeira. Os consumidores vão ter que abrir mão de algumas coisas, como a exigência de que se garantam, para os planos antigos, os mesmos direitos estabelecidos pela legislação para os novos.

Sabemos, em princípio, que a migração coletiva fere o Código de Defesa do Consumidor, mas o custo para passar do plano antigo para o novo será muito mais reduzido. Enquanto o custo hoje é 25%, 30%,

35%, com a transferência coletiva de um plano para outro, seria 7%. Nesse caso, haveria todas as coberturas, o SUS faria o ressarcimento, e os profissionais seriam bem remunerados.

Antes, os planos de saúde tinham total liberdade de fixação de preços, de coberturas, praticamente. Quando a lei passou a controlar mensalidades e definir coberturas, para manter sua lucratividade, eles foram para o elo mais fraco: os hospitais, que estão em crise, e os profissionais de saúde, que não têm aumento de remuneração há alguns anos. Então, tem de haver um grande pacto. O profissional também tem que se comprometa a aceitar protocolos, não pode pedir todos os exames ou passar todos os remédios e tratamentos que julgar convenientes. Tem de haver padronização. Então, todos precisam perder um pouquinho, para manter esse sistema.

O nível de satisfação dos usuários é bom, não é ruim. Existem insatisfações. Tanto a pesquisa feita pela ANS, quanto a que mencionei, feita pelo Conass e Ministério da Saúde, mostram mais de 70% de satisfação das pessoas com seus planos de saúde, algo que é importante levar em conta. Esse fórum deve começar agora e vai até setembro.

No final, o que queremos? Se chegarmos à conclusão de que é preciso mudar a lei, discutiremos com o Congresso Nacional uma proposta de mudança. Se a lei é boa, todos terão que respeitá-la, porque não pode haver uma lei que ninguém cumpra. Hoje, quando se cobra o ressarcimento, entram na Justiça, fazem um recurso administrativo. Quando o paciente tem um plano antigo, que não cobre determinado procedimento, entra na Justiça e ganha o direito ao procedimento. Então, tem que haver uma regra aceita por todos.

Com relação ao fumo, em nenhum momento, o Governo Lula pretende arrefecer a política de combate ao tabagismo. Pelo contrário, queremos ampliá-la. Efetivamente, estávamos diante de uma grande contradição da lei. Aliás, é importante dizer que se avançou muito na área da publicidade, da legislação, mas em outras não se avançou. Na área, por exemplo, da venda e do comércio de cigarros não se avançou. Na área de garantia de recursos para reduzir os danos causados pelo cigarro à saúde da população, também não. Queremos avançar nesses pontos a partir de agora.

A nova lei tinha uma grande contradição: dizia que era proibido corrida de Fórmula 1 no Brasil porque havia propaganda de cigarro. É isso que estava dito lá. Mas não é proibido transmitir a corrida de Fórmula 1 da Espanha, da Alemanha, em que existe a propaganda de cigarro do mesmo jeito, na mesma condição, às vezes, até mais.

Então, o que fizemos? Tínhamos diante de nós uma situação crítica, que era um contrato assinado, desde o ano passado, entre o Governo de São Paulo e a FIA, a Federação Internacional de Automobilismo. O tempo em pouco para se tomar uma decisão, e o prejuízo causado à imagem do Brasil seria muito complicado. Então, fizemos uma flexibilização na realização da atividade, mas, por outro lado, apertamos com a política antitabagista. Agora, continuará sendo permitido transmitir corridas de Fórmula 1, só que, antes da corrida, ao longo dela e depois, serão veiculadas mensagens antitabagistas.

Anteriormente, a proibição da realização da corrida terminava valendo para a Fórmula 1. Agora, vale para a Fórmula Indy, para a Fórmula Mundial, para os campeonatos de motocicleta. Vale para a televisão aberta e para a televisão fechada. E agora o Congresso Nacional votará essa medida provisória. Se julgar inadequado o que foi feito, o Congresso tem total autonomia de fazer algo diferente, e nós vamos respeitar o contrário.

Vamos agregar mais algumas coisas, que vou apresentar como posição do Ministério da Saúde ao Relator da matéria. Por exemplo – não é uma coisa simples, mas temos que tentar fazer –, queremos obrigar os locais que vendem cigarro a colocar, de um lado, a marca do cígano e, do outro, aquela fotografia, diante do indivíduo que vai comprar o cígano. Na verdade, quem fuma mesmo pega o maço de cígano e nem olha a foto; só fica abrindo o maço desse lado de cí, para não ver aquela coisa grotesca que está do outro lado. Queremos avançar para proibir a utilização e venda de cígnos em espaços de permissionários ou concessionários do serviço público. Não se trata de proibir apenas o fumo em avião. E não fumar no aeroporto, não fumar na rodoviária, não fumar na estação ferroviária, não vender cígnos nesses lugares. E o meu desejo é que, futuramente, façamos como em alguns países, onde só se vende cígano em tabacaria. Há uma emenda do Deputado Luiz Carlos Hauly nesse sentido que estamos apoiando. Queremos também definir uma forma mais adequada para a publicidade. Ela está sendo limitada, nos grandes prêmios, mas queremos aumentar isso. E pensamos em uma série de outras coisas que são para apertar essa política. Então, eu queria somente reforçar isso.

Por último, respondendo ao Senador Oscar Dias, hoje, 53% da CPMF complementa o orçamento da Saúde. O restante vem de outras contribuições da Seguridade Social. A própria CPMF é usada para outras áreas da Seguridade Social. Como Ministro da Saúde, naturalmente, participo do debate da reforma tributária, no que diz respeito a CPMF, como integrante do Go-

verno; mas tenho a absoluta convicção de que, se ela vier a ser extinta ou substituída, o Ministério da Saúde não sofrerá nenhum tipo de redução de seus recursos. Esse é o compromisso do Governo, e a Emenda Constitucional garante isso.

Com relação ao Hospital de Clínicas do Paraná, é uma situação que ocorre em todo o Brasil. Não sei se o Senador estava no início, mas eu disse que nós montamos um grupo de trabalho para estudar os hospitais universitários de modo geral. Esses hospitais têm problema de financiamento que, em grande parte, acontecem pelo fato de que eles ampliaram os serviços e não houve, nos últimos anos, por parte do Ministério da Educação, a contratação de pessoal para suprir essa necessidade. Aí, o que os hospitais universitários vinham e ainda estão fazendo – e nós estamos querendo que eles parem de fazer: montam uma fundação de apoio para contratar pessoas precariamente, utilizando recursos do SUS que são recursos para investimento e custeio. Então, é uma crise interminável. Além disso, há o problema de gestão. Em qualquer avaliação de custo de serviços, verifica-se que o hospital universitário, comparado com a rede privada, com a rede filantrópica ou mesmo a rede pública, é mais caro – não é meu, não é seu e nós gastamos de qualquer jeito. Então, tem que haver mudança de gestão. Nós, por exemplo, estamos fazendo um piloto em três hospitais universitários – o Hospital de Santa Maria, o Hospital de São Luiz e o Hospital da Bahia. São três modelos diferentes: um é excelente; o outro é de referência e o outro está falido – é a situação mais precária. Queremos exercitar nesses hospitais um programa piloto, para vermos como a gestão deve ser feita, como ela deve ser realizada, como se racionaliza recursos, para que o hospital universitário, como disse, deixe de ser uma "ilha" no sistema de saúde – como outras ilhas também existem. A Rede Sara é um exemplo: é financiada pelo setor público, mas que não tem nenhuma vinculação com o Sistema Único de Saúde.

Os hospitais universitários estão hoje numa situação semelhante. Eles têm que ser referência para uma série de coisas, sem perder sua vocação de formador, para o que precisa de casos de altíssima complexidade e equipamentos sofisticados, mas precisa também ser referência na assistência. Neste aspecto, qual seja, o de recursos, como eu disse, estamos aumentando os recursos para eles. Esta ano será de R\$100 milhões – R\$50 milhões do Ministério da Saúde e R\$50 milhões do Ministério da Educação. Nós já estamos liberando essa parcela de R\$50 milhões agora no meio do ano.

Com relação ao Projeto de lei, sobre Senador, eu me disponho a estudar e pedir ao pessoal técnico que

faça uma avaliação. Este é um tema muito delicado, porque sabemos que, entre os profissionais de saúde, há um significativo percentual de droga adictos, dependentes, exatamente pela utilização de medicamentos, não apenas a morfina e seus derivados, mas também outros que geram dependência. Sabemos que, hoje, no Brasil, hospitais são assaltados para que se possa obter esse tipo de droga. Então, é importante combinar um sistema que controle sem, naturalmente, impedir a autonomia do profissional em fazer a prescrição.

Com relação a pagar – vejam – há uma outra coisa que não fiz referência ali, mas que é fundamental: o Brasil distribui medicamentos caríssimos para todo mundo. Há um protocolo onde as doenças estão catalogadas e nós pagamos para quem tem plano de saúde, para quem não tem plano de saúde, para quem é rico e para quem é pobre. A propósito, a Justiça e o Congresso Nacional precisam discutir à questão. Nós estamos começando a entabular conversas com o Poder Judiciário. Não se pauta pelo princípio da equidade, mas se pauta apenas pelo princípio da universalidade, ou seja: fulano de tal tem uma doença "x" e está usando esse medicamento em tal lugar. Ninguém comprovou que aquilo, de fato, tem resultado. Ninguém comprovou que aquilo não vai causar mal. O juiz, onde estiver, dá a sentença: "Que o Sistema Único de Saúde dê esse medicamento..." Não sei se V. Ex^{as} sabem, mas há uma empresa de produção de medicamentos – ela produz um medicamento caríssimo para uma doença rara-síma que pouquíssimas pessoas tem no Brasil – que faz rastreamento de doentes para incitá-los a entrar na Justiça contra o Sistema Único de Saúde para receber o medicamento. Ora, tudo bem; todo mundo tem direito. Cada vida é importante. Cada vida é fundamental. Mas, no momento em que dou aquele medicamento e não tenho comprovação de que ele funcione, eu estou deixando de dar medicamentos para muita gente que, sem medicamentos, vai terminar batendo numa UTI e não encontrando vaga. Então, tem que haver o princípio da equidade. O juiz precisa ter acesso a esse protocolo para que, no momento de decidir, possa dizer que, no protocolo do ano anterior, o Ministério da Saúde dizia que esse medicamento não servia para o que é especificado. Então, por que vou garantir isso? Portanto, tem de se trabalhar com o princípio da equidade. No caso desses medicamentos, é perfeitamente possível discuti-los, e creio que já sejam distribuídos porque, como disse, quem paga medicamento caro no Brasil hoje somos nós, o sistema público, e não o sistema privado.

Acredito que respondi aos questionamentos.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Eu indago ao Senador Antero Paes de Barros se deseja usar o direito da réplica.

O SR. ANTERO PAES DE BARROS (PSDB – MT) – Gostaria de fazer algumas considerações.

Embora seja o Ministro da Saúde, V. Ex^a fez uma análise da política econômica que eu não fiz. Eu apenas disse que há uma eterna guerra entre a área econômica de qualquer governo e a área social de qualquer governo. Mas ficaria muito feliz se, no futuro, o discurso de V. Ex^a se revelasse verdadeiro. No presente, atribuo esse discurso mais a um problema genético. O poder tem um gene. V. Ex^a é da área da saúde, e há um gene do poder que nos mostra uma realidade diferente da existente. Quando foi feito o anúncio do contingenciamento, foi dito à imprensa brasileira – está registrado em todos os jornais – que não havia contingenciamento na área social. No outro dia, a imprensa brasileira registrou o contingenciamento de R\$1,6 bilhão na área da saúde.

Sou um aliado de V. Ex^a, não quem contingencia na área da saúde. Mas as universidades estão paradas. O Governo está com o discurso de que não está contingenciando os recursos da área social, e isso não é verdadeiro. As universidades estão paradas. Tenho conversado com reitores, tenho recebido visitas de reitores de universidades e sei que estão paradas com recursos para o custo. O FAT está com os recursos contingenciados. O programa Fome Zero está conseguindo a proeza de ser o melhor programa do Governo e ao mesmo tempo o pior programa do Governo, enfim, uma proeza fantástica. Como o Fome Zero só se justifica como um projeto emergencial, dever-se-ia casar o Fome Zero com o FAT. A clientela do Fome Zero teria de ser a clientela preferencial do programa qualificado, do Proger, do Programa de Geração de Emprego. E isso está contingenciado. Não foi gasto absolutamente nada.

Participei de uma reunião com os secretários de Trabalho do Brasil inteiro na Câmara dos Deputados. Estou dizendo isso com a expectativa de que, no futuro, se confirme o discurso de V. Ex^a e não quem que V. Ex^a veja na Comissão de Assuntos Sociais do Senado uma posição de oposição à área social do Governo. Ao contrário, esta Comissão presta-se a apoiar os investimentos na área social. Porém, infelizmente, muitos pontos estão sem desdobramentos.

Para mim, não ficou claro o Projeto Alvorada, que teve início e término, mas as obras que foram iniciadas na área de saneamento, na área de água serão complementadas ou não?

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA (Todas) – Não vai ficar uma obra inacabada no Projeto Al-

vorada. Só o que não foi licitado, o que não começou é que entrou no decreto de cancelamento, mas tudo o que começou vai ser concluído.

O SR. ANTERO PAES DE BARROS (PSDB - MT) – É importante essa declaração, porque, se hoje há uma ação do Ministério da Saúde com relação ao acompanhamento referente à pneumonia asiática, no futuro, quanto melhor a nossa política de saneamento, mais protegidos estaremos com relação a qualquer tipo de problemas.

Ministro, sinceramente, a Emenda que aprovamos, de nº 29, de iniciativa do Deputado Eduardo Jorge, do PT de São Paulo, representou uma luta no Senado da República para que aprovássemos a vinculação de recursos na área da saúde, uma conquista da sociedade. Na reforma tributária, há um debate sobre a DRO, Desvinculação de Recursos Orçamentários, e somos contra a Desvinculação dos Recursos Orçamentários, que é uma proposta do Governo, porque entendemos que temos que proteger a área social, temos que dar condições à área social para que possa funcionar. Mas, na Emenda nº 29, não havia a obrigatoriedade da União; a Emenda estabelecia apenas a obrigatoriedade em relação a Estados e Municípios, o que considero incorreto. Hoje, há um caminho melhor a ser percorrido com relação à União.

No entanto, Sr. Ministro, creio que não temos que ter compreensão nenhuma com governadores ou prefeitos que não estejam aplicando os recursos orçamentários constitucionais da área da saúde. Temos que estabelecer uma outra prática. A lei tem que ser cumprida, principalmente quando se destina a beneficiar a população mais pobre deste País, que é especificamente o caso da área da saúde.

Sinceramente, quero manifestar publicamente minha preocupação quanto à questão dos transgênicos. Acredito que o Governo brasileiro errou ao liberá-los. Não sou contra essa questão, mas quero uma posição da ciência: alimento transgênico faz mal ou não? Existe uma proibição, mas, por problemas econômicos de alguns poucos produtores, liberou-se o uso do transgênico. Logo após a liberação, assisti a um debate no Canal Rural, do Rio Grande do Sul, em que os produtores diziam: "Vamos plantar no ano que vem". E vão plantar, porque essa, sim, é uma lógica econômica perversa, da qual, enquanto não está liberado... Então, que o Governo estabeleça uma prioridade. Vamos esgotar, vamos pesquisar, estabelecer a linha e definir o uso do transgênico. Pode ser que seja até melhor para a economia e para a saúde do povo brasileiro, e pode ser que não seja também, mas, enquanto não estiver liberado, creio que ninguém tem o direito de estar acima da lei.

Sr. Ministro, sobre a questão ética da cerveja, concordo com V. Ex^a, mas considero que foi pouco ética a medida provisória do Governo em relação ao fumo. Essa medida provisória tem nome e sobrenome; ela não foi editada porque o Brasil tinha risco. Não vi nenhuma repressão ao Canadá, onde é proibido também, e lá não tem. No treinamento da Fórmula 1, que foi transmitido pela Rede Globo de Televisão – eles transmitiram o treino e depois transmitiram também a corrida oficial –, os carros tiveram, eles não expuseram as publicidades dos ciganos. Nós fomos mais realistas que o rei, fizemos uma medida provisória não para atender ao interesse nacional, não para atender ao risco do País, mas para atender à Prefeita de São Paulo, Marta Suplicy, e o fizemos em uma relação pouco ética. Foi uma luta para que o Congresso brasileiro enfrentasse o lobby da indústria tabagista para que pudéssemos aprovar aquela questão ética com relação ao fumo, que V. Ex^a cobra, e com razão.

Sou o relator do projeto de lei do Deputado Airton Dipp, e vamos, na próxima semana, apresentar o relatório sobre a questão da cerveja nessa Comissão de Assuntos Sociais. Vou fazer questão, antes de apresentar o relatório, de encaminhá-lo à assessoria parlamentar de V. Ex^a para saber se V. Ex^a tem alguma contribuição a fazer com relação aquilo que vamos estabelecer acerca da propaganda da bebida, na mesma linha ética defendida por V. Ex^a.

Eram os registros que gostaria de fazer, Sr. Ministro. Com muita sinceridade, estamos na expectativa, na torcida. Queremos que V. Ex^a, que substituiu o melhor Ministro da Saúde que o Brasil teve até agora, seja melhor que ele, porque assim, cada dia mais, o nosso País estará atendendo melhor a população.

Quero cumprimentá-lo pela preocupação no que diz respeito às drogas. Considero muito importante essa posição de V. Ex^a, essa visão do Ministério sobre o problema das drogas. Quero cumprimentá-lo ainda em relação à questão da saúde bucal, porque é importante o Brasil evoluir nessa área.

Esta Comissão vai se ombrear com V. Ex^a na luta pela área social do Governo, especificamente do Ministério da Saúde.

Era o que eu tinha a dizer.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Com a palavra o Ministro Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Creio que o debate que se abriu sobre a questão da Fórmula 1, eu esclareci aqui. De um lado, houve uma flexibilização para a realização de um grande prêmio, mas, por outro lado, houve, como falei, uma inovação, a de garantir que, não em um, mas em quinze, temos agora a propaganda antitabagista.

Por que ninguém propôs que não se transmitisse a Fórmula 1 de outros países para cá? Só se discutiu a realização no Brasil. Mas ninguém determinou na lei que ficava proibido transmitir qualquer evento internacional que tivesse propaganda de cigarro. É ou não uma contradição da lei?

Como iríamos agir diante de um problema que não fomos nós que criamos?

O SR. ANTERO PAES DE BARROS (PSDB – MT) – Ministro, também ninguém propôs a proibição da fabricação do fumo, nem a proibição da fabricação da cerveja.

O SR. ALOIZIO MERCADANTE (Bloco/PT – SP) – Peço um aparte, Sr. Ministro.

Eu estava no plenário da Câmara dos Deputados quando a lei foi votada. Essa solicitação de excluir a transmissão internacional foi feita pelo Ministro José Serra pessoalmente a mim e encaminhada na ocasião pelo Presidente da Casa, o Deputado Aécio Neves. Não só queriam excluir a transmissão das competições esportivas internacionais, como também propunham incluir os espetáculos culturais.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Que estamos incluindo agora.

O SR. ALOIZIO MERCADANTE (Bloco/PT – SP) – E não tínhamos concordância da forma como estava sendo proposto. Mas todos os parlamentares, já na ocasião, entendiam que eventos de caráter internacional – o Brasil era uma plataforma local – teriam que ser tratados de forma específica, porque essas competições têm a opção de escolherem outros países. E o Brasil ia perder uma fonte de turismo, de renda, de transmissão da imagem, que é algo importante para o País. É um prestígio para o País a realização desses eventos. Então, poderíamos corrigir isso numa negociação futura, na forma como está sendo discutida, entre outras coisas, a possibilidade de se fazer uma contrapropaganda e usar o espaço como espaço educativo.

Não podemos apanhar a discussão. Houve um grande esforço suprapartidário, e isso não foi nem do governo anterior. Parlamentares do próprio PSDB, durante dez anos... O Deputado José Elias Murad, por exemplo, todo dia, no microfone, lutava por essa medida.

Eu queria esclarecer esse episódio e dizer que o que foi feito naquela ocasião e o que hoje temos já vinha sendo acordado há muito tempo pela direção, na época, do Ministério da Saúde, pelo Presidente da Casa, que era o Deputado Aécio Neves. Eu era, na ocasião, Líder da Bancada do PT.

Era o esclarecimento que eu queria dar sobre que está sendo feito agora. Isso foi discutido no passado na oportunidade da votação da lei.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Com a palavra o Senador Antonio Carlos Valadares.

O SR. ANTONIO CARLOS VALADARES (Bloco/PSB – SE) – Sr. Ministro Humberto Costa, em primeiro lugar, gostaria de felicitá-lo pelo trabalho empreendedor e inovador que V. Ex^o está realizando à frente do Ministério da Saúde. É um trabalho dedicado porque lida com uma das áreas mais sensíveis das instituições. Notadamente porque, ao longo dos anos, o problema do financiamento público da saúde foi procrastinado, deixado para um segundo plano. Só no ano de 1996, sob pressão dos acontecimentos, da crise reinante no setor, inclusive com a incidência de mortes no seu Estado, em Pernambuco, a famosa Clínica Genoveza, de Caruaru, onde morreram mais de quarenta pessoas, é que as autoridades, diante da comoção nacional, mobilizaram-se para arranjar recursos emergenciais para atender o setor.

Daí que surgiu a famosa CPMF, por iniciativa do Ministro Adib Jatene, que veio aqui ao Senado e fez um relatório candente, que nos sensibilizou a todos. Tomei a frente desse movimento, passando a ser o autor da famosa CPMF, que era transitória, para vigorar por dois anos. A CPMF tem sido um tormento para mim, Sr. Ministro, e vou dizer por quê. Sabemos que a emenda da CPMF era conhecida como Emenda Jatene, mas no Estado de Sergipe ela é conhecida como Emenda Valadares; consequentemente, em todas as eleições os meus adversários se aproveitam disso.

O SR. ALOIZIO MERCADANTE (Bloco/PT – SP) – Sempre de forma ineficiente, porque com o currículo e a história de V. Ex^o com a contribuição que deu ao País, está sempre nas urnas sendo referendado pelo povo de Sergipe.

O SR. ANTONIO CARLOS VALADARES (Bloco/PSB-SE) – Obrigado, meu Líder.

Não valeu a propaganda negativa dos meus adversários, tanto que fui o Senador mais votado de Sergipe pela segunda vez.

Veio a Constituição de 1988 e, sabiamente, colocaram-se no capítulo da Seguridade Social os direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Previram-se os direitos, mas não se previu o financiamento, não se apresentaram de forma clara as saídas para garantir o atendimento à saúde no Brasil, de forma que a criação da CPMF foi uma situação de emergência para que o Governo Federal, o Executivo, naqueles dois anos, providenciasse uma saída que, infelizmente, não veio.

Apresentei uma emenda constitucional aqui, paralelamente à que já existia na Câmara dos Deputados, com a mesma finalidade, ou seja, garantir recursos públicos para a saúde. E não é que a minha emenda

foi derrubada aqui no Senado? Havia uma resistência enorme ao financiamento. Quando a emenda da Câmara – que teve uma participação intensa do Partido dos Trabalhadores, do partido de V. Ex^a, do meu partido, o PSB, e de todos os partidos, de um modo geral – checou aqui praticamente ficou dormindo na mesa do Senado. Foi preciso a interferência da Igreja. D. Anis veio aqui; todas as comunidades do Brasil ligadas à saúde, as ONG, todas vieram pressionar porque já estava aqui há seis meses e na Câmara dos Deputados, há sete anos. Já tinham derrubado aquela que, com a mesma finalidade, eu havia apresentado. Finalmente, a emenda foi aprovada com apenas dois votos contra. Designado pelo Presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, fui o relator dessa emenda que resultou na Emenda à Constituição nº 29. Houve apenas dois votos contra, de dois Senadores da Bahia, porque o que se alegava naquela época é que iria fortalecer a candidatura de José Serra. Imagine! Recursos para a saúde não são recursos para o Ministro, mas para a comunidade do Brasil, que estava precisando dos recursos.

Resumindo, Sr. Ministro, a Emenda nº 29 foi aprovada, o Senador Antero já teve a oportunidade de falar neste assunto, e o Governo federal, por intermédio da Advocacia Geral da União, criou uma fórmula sibilina de arrancar recursos da saúde. Até o ano de 2003, a saúde perdeu mais de cinco bilhões de reais em face desse parecer. Essa a razão do meu um requerimento a V. Ex^a: saber se o Ministério da Saúde... Neste ponto, quero fazer justiça ao Ministro José Serra, que lutou para que essa interpretação fosse derrubada, mas não conseguiu fazê-lo. Como falou o Senador Antero Paes de Barros, há uma briga eterna entre a equipe econômica do Governo e o Ministério da Saúde.

Flz o requerimento, mas não sei se V. Ex^a já respondeu. No entanto, V. Ex^a disse a esta Comissão que dará a interpretação verdadeira. Estamos prevendo na Proposta de Emenda à Constituição nº 29 que, além da variação do PIB, prevaleça o empenho realizado no ano anterior e não no ano de 1999. Praticamente congelaram os recursos da saúde e não obedeceram ao previsto na Constituição. A noiva Carta Magna prevê que a União contribuirá com o setor de saúde com um percentual a ser definido em lei complementar. Enquanto isso, o percentual será de acordo com a variação do PIB e com aquilo que foi empenhado no exercício anterior. Porém, o Governo disse que seria no exercício de 1999. Imaginem V. Ex^a, já estamos no ano de 2003!

Portanto, quem saber se V. Ex^a cobrirá esse rombo deixado pelo Governo anterior da mais de R\$5 bilhões.

Sr. Ministro, V. Ex^a sabe que há resistência de alguns governadores em permitir a descentralização ou a municipalização do SUS. Essa situação tem acarretado brigas enormes. No governo anterior, o Prefeito Marcelo Deda precisou lutar bravamente para conseguir a municipalização da capital de Sergipe. Os governos querem concentrar os recursos em suas mãos. Ora, os Estados serão obrigados a aplicar, no ano de 2004, 12%; os Municípios, 15%, e os Estados ainda querem prender os recursos que o Ministério da Saúde destina aos Municípios por meio do SUS. Essa atitude não tem cabimento.

Em que ritmo, Sr. Ministro, essa municipalização ocorrerá no Governo do nosso Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Sr. Presidente, para terminar a minha participação, farei alguns questionamentos sobre a CPMF. Quando o Ministro Adib Jatene estava lutando para a aprovação temporária dessa contribuição no Congresso Nacional, o então Ministro da Fazenda dizia que era impossível se aprovar a CPMF, pois desencadearia a cumulatividade e poderia contribuir para a inflação e para o aumento do custo Brasil. Contudo, a CPMF foi aprovada. E, após a sua aprovação, o Ministro da Fazenda gostou e passou a fazer prorrogações sucessivas da CPMF, que estará em vigor até dezembro de 2004.

Pergunto ao Sr. Ministro se há outra maneira de substituir a CPMF na reforma tributária ou se essa contribuição deve ser permanente, como já definiu o Governo na reforma tributária.

Sr. Presidente, agradeço a V. Ex^a a oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Concedo a palavra à Senadora Iris de Araújo.

A SRA. IRIS DE ARAÚJO (PMDB – GO) – Sr. Presidente, primeiramente, cumprimento o Ministro da Saúde pela palestra objetiva e clara e pela sua disposição de vir a esta Comissão, aberto ao debate, para responder às intervenções dos Srs. Senadores, alguns médicos como S. Ex^a, outros técnicos.

Sr. Ministro, como agente social que sou – estou hoje como Senadora –, realizando um trabalho de campo permanente, as minhas perguntas referem-se muito mais ao que vejo praticamente todos os dias do que ao que leio nos jornais.

V. Ex^a citou que o SUS tem dado tratamento privilegiado à Aids, tendo o Brasil o reconhecimento internacional pela forma cuidadosa com que vem tratando essa doença. Mas existe um aspecto, Sr. Ministro, que pretendo abordar aqui e que não foi mencionado. Trata-se da saúde da mulher e de um ponto que considero importantíssimo, que é a incidência de Aids na mulher casada.

Disponho de dados alarmantes que me foram passados por um especialista da área. No início da epidemia, em meados de 1984 e 1985, para cada 60 homens, havia uma mulher contaminada; hoje, para cada homem, há uma mulher. E a projeção, a partir do próximo ano, é de mais mulheres contaminadas pela Aids do que homens. Pergunto: o que o Ministério da Saúde tem feito para reverter essa situação? Não seria o caso, Sr. Ministro, de o Ministério promover campanhas publicitárias para esclarecer a mulher, principalmente a de baixa renda, sobre como se proteger? Não faria aqui nenhuma sugestão, pois não seria pertinente, mas julgo importante que o Ministério promova campanhas nessa direção.

A outra pergunta diz respeito à área psiquiátrica. V. Ex^ª fez alusão aos centros de assistência psicos-sociais e residências terapêuticas. Seria interessante se V. Ex^ª pudesse detalhar um pouco mais a esse respeito, porque há uma expressiva população que perambula principalmente pelas grandes cidades que precisa de assistência médica. Nem precisamos ser assistentes sociais para perceber essa necessidade. Isso também ocorre nas cidades pequenas, onde, de alguma forma, toda a população gerencia ou cuida dessas pessoas. Eu gostaria que V. Ex^ª detalhasse um pouco mais essa questão.

Finalmente, Sr. Ministro, desejo que V. Ex^ª tenha muito sucesso durante a sua gestão, para que, no futuro, a troca de dentadura pelo voto seja pelo menos amenizada pelo trabalho que V. Ex^ª vai exercer na área de prevenção odontológica.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Concedo a palavra ao Senador Augusto Botelho.

O SR. AUGUSTO BOTELHO (PDT – RR) – Primeiramente, cumprimento e parabenizo o Sr. Ministro, que, creio, já colocou uma pedra no SUS ao incluir o dentista e o auxiliar no PSF. Espero que S. Ex^ª ponha mais uma pedra fazendo com que o tratamento de canal seja acessível aos menos favorecidos. Não sei como irá fazer isso, mas vamos trabalhar juntos para conseguir alcançar esse objetivo.

Eu gostaria de fazer algumas sugestões e depois duas perguntas. Eu sugeriria ao Ministro que encontrasse um meio de promover mais treinamento para o atendimento pré-hospitalar e no ATLS, por exemplo, porque sabemos que o trânsito é uma das causas principais de morte no País. Sugeriria também que promovesse um trabalho visando a fortalecer o controle social junto aos Conselhos de Saúde, prestigiando-os mais, e que houvesse maior entrosamento com o Ministro da Educação, a fim de que trabalharmos juntos para diminuir o número de acidentes, inclusive promovendo

educação no trânsito, nas escolas, juntamente com o Ministério da Saúde.

As perguntas que eu queria fazer a V. Ex^ª, Sr. Ministro, são as seguintes. Ouvi V. Ex^ª dizer que os hospitais de menos de 20 leitos são inviáveis. No meu Estado, apenas a capital e um município têm hospitais com mais de 20 leitos. Eu gostaria que V. Ex^ª não tivesse essa visão, porque me sentirei imensamente prejudicado no meu Estado, porque nossos hospitais são pequenos, mas são hospitais que ajudam a população pobre, atendem agricultores, índios, e funcionam razoavelmente bem.

Outra pergunta é em relação à malária. Mas, primeiro, gostaria de parabenizá-lo, porque a malária continua em baixa; V. Ex^ª tem conseguido manter a queda na infecção malária na Amazônia – e um mérito ter mantido essa política que está conseguindo baixar os níveis.

Quais as medidas tomadas com o foco de malária que surgiu em Belo Horizonte, por parte do Ministério da Saúde?

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Com a palavra o Senador Aloizio Mercadante.

O SR. ALOIZIO MERCADANTE (Bloco/PT – SP) – Sr. Presidente, Sr^{os} e Sra^s Senadores, Sr. Ministro, primeiro, gostaria de me justificar por não estar presente no início da reunião mas estava participando de um evento da Unesco e, por essa razão, não pude assistir a toda a audiência. Creio que a repercussão que pude ter nesta Comissão foi a melhor possível.

V. Ex^ª, Ministro Humberto Costa, companheiro e amigo, tem, ao longo da vida pública, demonstrado uma competência política, uma militância e uma vivência na área de saúde, que trazem, eu diria, uma perspectiva extremamente promissora para o novo Governo. A consistência das respostas, a transparência, a profundidade de análises não fazem jus a alguns ataques, eu diria, açodados e apressados, por parte daqueles que ficaram oito anos no Governo e nem sempre conseguiram equacionar não só a política econômica, mas também as finanças públicas, herança extremamente perversa que nos foi deixada.

Quero lembrar que, em 1994, a nossa dívida pública era de R\$64 bilhões e, quando assumimos, era de R\$827 bilhões. O IGPD1 estava em 60% ao ano. Quer dizer, inflação alta e em aceleração, taxa de juros elevadíssima, de 25%, a dívida pública numa aceleração que chegou a 63% do PIB, restringindo e muito a margem de manobra do Orçamento.

Nesses três meses, a taxa de câmbio cedeu, a dívida pública caiu de 63% para 54%, a inflação está caindo de forma consistente, pelo câmbio e pela redução dos preços de petróleo que chegou ao consumidor,

abrindo possibilidade no Orçamento de ampliarmos os investimentos nas áreas sociais, sobretudo pela queda progressiva, futura e consistente da taxa de juros, porque todos os elementos estão sendo dados para que isso venha a ocorrer.

Por isso, acredito que é um papel, sim, do Ministro da Saúde lutar por verba para sua Pasta. Creio que a nossa área econômica terá sensibilidade de dar prioridade e consolidar o SUS, que é um dos instrumentos mais modernos que a Constituição deixou, para termos uma política social universal como essa.

Herdamos também uma situação de dengue, epidemia, febre amarela, malária, enfim, tantas mazelas, as UTI lotadas, e estamos assistindo a situações dramáticas. Esse é um trabalho de longo prazo, um trabalho que tem que ser prioridade nas políticas públicas. A escolha de V. Ex^a já demonstra a importância que tem essa área para o Presidente Lula e para o novo Governo.

Por tudo isso, pela consistência do debate, pela seriedade das respostas, tenho certeza de que esta Comissão sai muito satisfeita. Teremos aqui uma interlocução importante e suprapartidária em defesa da política de saúde, numa parceria entre o Legislativo e o Executivo. Esse é o sentimento predominante, é o que vai prevalecer. A presença de V. Ex^a só dá mais segurança a esta Comissão de construir essa parceria e as necessárias mudanças que temos que fazer no Brasil na política de saúde pública.

Então, parabéns pela gestão, boa sorte. O povo brasileiro, nosso Governo, nosso Partido, eu diria esta Casa, têm uma confiança imensa na sua competência, na sua seriedade, na sua capacidade de trabalho.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) — Com a palavra o Ministro Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA — Com relação às investigações do Senador Antônio Carlos Valadares, entendo que a minha opinião sobre a CPMF sempre foi positiva, não apenas quando se discutia sobre os recursos serem alocados para a saúde. Isto, por si só, já era um motivo do meu apoio individual, muito embora eu tenha votado com a Bancada do PT contra a CPMF na época em que foi instituída na Câmara dos Deputados, aqui no Congresso Nacional. Vejo esse imposto como um imposto, primeiro, de fácil arrecadação; segundo, um imposto que permite outras coisas além da arrecadação, que é o fato de se poder ter acesso a tributar recursos que, em condições outras, não seriam tributados; tributar os recursos da informalidade, tributar os recursos da contravenção também. Em todos os debates que ouvi, nunca concordei com a ideia de que esse fosse um imposto regressivo. A minha avaliação sempre foi a de que ele permite que

aqueles que ganham mais sejam obrigados a contribuir com mais. Naturalmente, trata-se de um imposto que cumpre um papel importante.

Concordo com a estratégia do Governo de reduzir o valor da alíquota progressivamente, à medida que outras receitas possam ser criadas para substituí-la. O ideal é que tenhamos, de fato, uma alíquota pequena que nos permita identificar aqueles recursos que não são tributados, até para que, por outras vias, possamos conseguir que haja essa tributação.

Teremos que resgatar o passado, em relação à Emenda Constitucional nº 29. Quando estávamos no período de transição, conversamos com o atual Ministro Antônio Palocci, que era o coordenador, sobre a questão da Emenda nº 29. E o acordo que fizemos, quando o Congresso estava votando o Orçamento no ano passado, foi o de que iríamos discutir a nossa parte. Teríamos de cumprir a Emenda nº 29 desde a elaboração do Orçamento, o que aconteceu, com a interpretação a que V. Ex^a se referiu.

Depois, veremos como poderemos resgatar, progressivamente, o recurso que ficou para trás, e isso, naturalmente, vai depender da retomada do crescimento do País, do aumento da capacidade de arrecadação, da estabilidade.

O importante para nós, o compromisso que tenho com o Governo, com o Ministro e com o Presidente Lula, é que, com certeza, na nossa gestão, vamos cumprir. Discutiremos os meios para que aqueles recursos que foram retirados da saúde, ou pelo não cumprimento da legislação, sejam incorporados mais à frente progressivamente.

Com relação à permanência ou substituição — creio que já respondi à Senadora Iris de Araújo. De fato, o problema da Aids...

O SR. ANTONIO CARLOS VALADARES (PSB-SE) — Sr. Ministro, desculpe-me. Falei sobre o problema da descentralização, da municipalização.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA — De fato, descentralizar é também perder poder dos recursos que se têm à mão, perder poder político, o que não significa que o Estado deixe de ter um papel.

Teremos exemplos de Estados que estão sabendo muito bem exercer esse papel. O Governo do Acre é um deles; o Governo do Rio Grande do Sul, o passado e o atual também. Esses entenderam que o papel do Estado como co-financiador, como articulador do sistema entre os Municípios, como facilitador do processo de implementação da descentralização já interfere, na área de saúde, de forma muito positiva. Muitas vezes, as pessoas acham que uma boa gestão se faz quando há um hospital no local, se houver gerenciamento desse hospital. Ou seja, há necessidade de se mo-

trar que a obra foi feita. Creio que não é assim, e sinto uma mudança de postura dos secretários estaduais em relação a essa questão. Tenho visto Estados profundamente interessados em fazer a municipalização, e, às vezes, o Município nem quer.

No Estado da Bahia, por exemplo, o atual Secretário de Saúde segue uma linha completamente diferente da dos últimos anos, que em de muita centralização. Creio que conseguiremos fazer essa descentralização.

Todos os três têm um papel fundamental. Sem a concorrência dos três, não podemos fazer com que o sistema funcione bem.

Voltando à resposta à Senadora Íris, é um grande motivo de preocupação a questão da Aids em relação às mulheres, principalmente as jovens. V. Exª citou a campanha publicitária e, certamente, acompanhou o debate ocorrido na campanha do Carnaval.

A SRA. IRIS DE ARAÚJO (PMDB - GO) - Apenas um minuto, Ministro. Esqueci de me referir às mulheres casadas.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA -
Certo. Mas vou me referir às mulheres de modo geral. Em seguida, tratarei especificamente de mulheres casadas.

Hoje, nossa principal preocupação é dirigida às adolescentes, entre as quais essa razão, inclusive, se inverteu em termos de novos casos. Há mais meninas do que meninos apresentando novos casos de Aids.

Na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde a fim de tentar entender o porquê disso, existem razões culturais importantes. As meninas estão sendo introduzidas na vida sexual mais cedo, geralmente com parceiros mais velhos, com os quais têm dificuldades de negociar a utilização do preservativo. O sentido da campanha do Carnaval foi justamente tentar atingir esse segmento da população. Houve questionamentos, pois foi utilizado um artista que não possuía o protótipo feminista, mas, na verdade, era alguém com uma fala para aquele segmento e a ideia de se fazerem campanhas publicitárias dirigidas a determinados segmentos é um avanço na política de prevenção.

Atualmente, por exemplo, se tomarmos a população homossexual masculina, a quantidade de pessoas testadas e a prática do sexo seguro são bastante grandes. Portanto, devemos atingir aqueles que ainda não têm conscientização do fato.

No que diz respeito à mulher casada, também é grave a situação. São contaminadas pelos próprios maridos, que adquirem a doença ou por uma conduta bissexual ou mesmo por contato com mulheres já contaminadas. Às vezes ouvimos dizer que pelo fato de a

pessoa ser casada, não é necessário usar preservativo. Não sei se essa é uma boa conduta.

Com relação aos Centros de Atenção Psicossocial e às residências terapêuticas, os Centros de Atenção Psicossocial são espaços para o atendimento da pessoa portadora de transtorno psíquico não apenas na situação de crise, mas no próprio segmento, no próprio acompanhamento, procurando oferecer um atendimento integral, com promoção de saúde mental, prevenção, assistência, recuperação, procurando integrar a família ao tratamento, seja para receber um suporte, seja para que possa compreender e aprender a conviver com aquela diferença. Além disso, o Centro de Atenção Psicossocial pode servir como espaço para o internamento de curto prazo. A política da reforma na atenção à saúde mental não rejeita o internamento. Em alguns momentos, o internamento pode ser feito. Mas por que ser feito em uma instituição que exclui? Por que não pode, em alguns casos, ser feito em um hospital geral? Por que a internação não pode ser de curto prazo? Uma das tarefas do Centro de Atenção Psicossocial é treinar os profissionais a fim de que possam agir na situação de crise sem utilizar mecanismos anteriores como internamento compulsório, contenção mecânica da pessoa, como amarrar e colocar cintas de força. Orienta a utilização da medicação, que tem o papel de conter aquele sintoma de forma adequada. E ainda um grande papel, talvez o mais importante do Capa: poder ser o espaço ou a alternativa para se evitar a primeira internação em hospital psiquiátrico.

Existe um projeto de reforma em saúde mental que é referência internacional. A Itália, a Inglaterra e outros países fizeram reformas radicais, e, talvez pelo conteúdo radical e profundamente ideológico da reforma, houve retrocesso nesses países, posteriormente. O Brasil está fazendo diferente. Os leitos psiquiátricos estão sendo desativados à medida que eu ofereço um serviço como esse. Eu não posso substituir exclusivamente pela desassistência. E, infelizmente, pelo modelo existente no Brasil, em muitos lugares, só há um hospital psiquiátrico. O Ministério da Saúde vem estabelecendo, há anos, exigências que devem ser cumpridas: o número de profissionais em relação ao número de pacientes, atividades terapêuticas que têm que ser feitas, acesso ao medicamento, etc., mas, como espaço

de atendimento, o hospital psiquiátrico é inadequado. Então, os Caps têm esse papel. As residências terapêuticas seguem uma outra linha, que é em relação àquele paciente que está cronificado, internado numa instituição de longa permanência, que perdeu vínculos familiares ou que pertencem a uma família sem estrutura para atendê-lo. Propõe-se àquela pessoa que tem a mínima condição de autonomia que promova a sua reinserção social. Como? Um grupo de psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras vai tirar a pessoa do hospital para ela começar a recuperar determinados aspectos da vida cotidiana. Primeiramente, é necessário perder o medo de sair do hospital. Muita gente tem medo de quem está dentro do hospital, mas quem está dentro do hospital tem medo do mundo, pois só conhece aquele mundo. É preciso tirá-lo do hospital e ensiná-lo a ir a uma padaria, a uma farmácia, a pegar um ônibus. Quando isso se constroi, depois de oito ou nove meses, um grupo de pacientes recebe uma casa, paga pela Secretaria Municipal de Saúde com recursos do Ministério da Saúde. E mantida aquela "república" com o acompanhamento de um cuidador permanente, com o apoio de equipes de atenção psicossocial: psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos. Trata-se de um novo modelo que se está criando, que não se vai impor hegemonicamente da noite para o dia, porque temos 55 mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. Há uma parte de agudos, mas há uma parte significativa de pessoas cronificadas. Estamos lançando este mês o programa De Volta para Casa, cujo objetivo é dar apoio às residências terapêuticas e à família que quer trazer o seu paciente. Muitas vezes a família quer trazer, mas não tem condições. O ambiente em que ela vive não é adequado; não há quem fique com aquela pessoa, não há condição financeira para mantê-la. Esse programa dará condição para que a família receba um recurso para acolher o seu paciente, ganhe o medicamento gratuitamente do serviço público, tenha o acompanhamento dos profissionais. Isso tem feito do Brasil uma referência na área de saúde mental.

Com referência à saúde bucal, não penso que seja tão difícil, como disse o Senador Augusto Botelho. Não pagamos transplante? Por que não podemos pagar um tratamento ortodôntico, que não é somente um problema estético, mas também da fisiologia, da possibilidade da alimentação das pessoas? Por que não podemos pagar um tratamento de canal? Por que não podemos oferecer vários outros tipos de tratamento? Podemos, sim! É uma questão de decisão política. É uma questão de prioridade – só que saúde bucal nunca foi prioridade no Brasil. Então, eu penso que é possível. Teremos que arrumar o dinheiro e faremos.

Ainda em relação à questão dos hospitais inviáveis, eu não falei inviáveis do ponto de vista do atendimento, não. O modelo atual de pagamento é que inviabiliza. O Município que tem 20 ou 30 pacientes não consegue ter escala para garantir a sua sobrevivência. Nós estamos querendo dar um papel a ele. Não adianta ter um hospital com 20 leitos e querer atender à alta complexidade; será difícil. Mas eu posso atender muito bem à cirurgia ambulatorial, em que a pessoa se interna, faz a cirurgia, passa 24 horas lá e sai no dia seguinte. Posso fazer um parto, atender a uma emergência simples. Se eu tiver um raio X, posso reduzir uma fratura. Esse é o mínimo de complexidade que dá sobrevida e papel àquele hospital. E é isso que estamos querendo fazer. Não queremos acabar com os hospitais, mas, sim, dar-lhes um outro papel. E isso está sendo muito bem recebido, principalmente pelas instituições filantrópicas, que têm um maior número de hospitais nessa condição.

Com relação à questão da malária, de fato o Brasil vem reduzindo a incidência, a prevalência da malária. Alguns lugares não se preocupam, como é o caso de Belo Horizonte. E vou colocar aqui para V. Ex^a o que está sendo feito lá. Mas também uma preocupação grande é Manaus, que, neste momento, está vivendo uma situação que exige interferência. Estivemos ontem com o Governador e vamos dar um apoio, a fim de que a epidemia possa ser controlada. Lá já houve epidemia combinada de dengue com malária, o que é extremamente complicado.

No caso de Belo Horizonte, houve um registro de 12 casos de malária, numa área que é de preservação ambiental, porque é um manancial. Provavelmente, alguém que veio da Amazônia ou de alguma área onde existe a febre amarela silvestre foi contaminado; havia sido tratado, mas certamente não houve o controle posterior. Esse procedimento, que deve ser feito em todos os casos importados, não foi feito nesse caso. Então, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais está fazendo a busca de casos suspeitos e o tratamento dos diagnosticados. E o Ministério da Saúde está acompanhando esse surto, que, na avaliação da nossa Secretaria, é pequeno. Tem que se preocupar, mas não é nada com uma dimensão tão grande.

Em relação ao Senador Ailton Mercadante, só tenho que agradecer as suas palavras e dizer que tenho por V. Ex^a mais admiração ainda – V. Ex^a sabe disso. V. Ex^a é uma pessoa com a sensibilidade de entender que o Congresso Nacional pode fazer muito pela melhoria do Sistema Único de Saúde.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Não sei se a Senadora Iris gostaria de fazer alguma colocação como réplica.

A SRA. IRIS DE ARAÚJO (PMDB - GO) – Gostaria de insistir um pouco mais, Sr. Ministro, quanto à questão da prevenção da Aids em mulheres casadas, pois, a meu ver, essa é a forma de contaminação mais injusta que tem ocorrido. E como não tenho visto nenhuma campanha nessa direção – e há uma falta de esclarecimento por parte das mulheres com quem tenho convivido, da grande maioria de mulheres que trabalham e que não têm o esclarecimento necessário –, penso que seria oportuno que o Ministério promovesse essas campanhas, principalmente no que diz respeito ao uso do preservativo feminino – não sei se seria essa a colocação – a camisinha feminina, que ainda é de difícil acesso. Parece-me que seu preço não é acessível, mas vejo, pelo menos até o momento, como a única forma de se estabelecer uma prevenção para esse segmento que está crescendo cada vez mais, e a estatística tem nos mostrado isso. Teria que ser uma preocupação não só nossa como Parlamentar, mas também do Governo como promotor das políticas públicas que dizem respeito às mulheres.

Eu apenas queria fazer essa observação.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Com a palavra a Senadora Lúcia Vânia.

A SRA. LÚCIA VÂNIA (PSDB - GO) – Sr. Ministro, gostaria de cumprimentá-lo pela sua exposição e dizer da nossa confiança de que V. Ex^e haverá de exercer essa função com brilho.

Em primeiro lugar, associo-me aos Parlamentares que falaram sobre os hospitais universitários. No meu Estado, Goiás, a situação não é diferente. Então, eu gostaria de pedir a V. Ex^e uma atenção especial, para que os recursos contingenciados dessa área fossem liberados.

A segunda questão diz respeito ao Hospital do Câncer de Goiânia. Esse hospital presta um grande serviço à Região Centro-Oeste e recentemente teve alguns equipamentos retirados pelas empresas por falta de pagamento. Neste ano, há uma emenda da Deputada Lídia Quinan no valor de R\$300 mil, que, se liberada, poderia socorrer emergencialmente o hospital, gerando um resultado positivo para os pacientes que estão à espera de atendimento.

Em terceiro lugar, gostaria de referir-me ao Projeto Alvorada, que V. Ex^e disse que acabou. Esclareço que esse projeto nunca dispôs de recursos próprios e tinha como objetivo coordenar as ações sociais de todos os Ministérios, para os Municípios com baixo IDH. Portanto, cumpriu a sua função como projeto de coordenação. Agora, acabando o Projeto Alvorada, está agora a LDO sendo encaminhada a este Congresso pelo Governo de V. Ex^e, com a troca do IDH, Índice de Desenvolvimento Humano, utilizado como

critério para distribuição de recursos da área social, pelo antigo índice, que levava em conta população, área e o inverso da renda per capita. Ai, sim, vamos eliminar inteiramente a idéia do Projeto Alvorada, que tinha como objetivo, como disse, a coordenação de todos os projetos sociais, para os Municípios menores e mais pobres.

Foi exatamente o Projeto Alvorada, voltando as ações sociais para os Municípios de baixo IDH, que possibilitou uma movimentação nesses índices, positivamente, ocasionando o prêmio que o Presidente Fernando Henrique recebeu na ONU este ano. Portanto, gostaria de merecer V. Ex^e uma atenção especial.

O PSDB, como Bancada, vai apresentar uma emenda para a retomada do critério IDH. Ontem, levamos essa situação ao conhecimento do Ministro José Dirceu, falamos com o Ministro do Planejamento, que se sensibilizou com a nossa argumentação, e gostaria de que V. Ex^e pudesse também sensibilizar-se, tornando-se um aliado nosso nessa causa.

Lembro também a questão da UTI de Fortaleza. Tenho acompanhado pela imprensa as notícias sobre as medidas tomadas pelo Ministério. Essa inércia noticiada pela mídia em relação ao Ministério tem deixado chocados os brasileiros. É grande o número de mortes ocorridas diariamente, e a nós nos parece, olhando de fora, que as apóes estão muito lentas ou não são suficientemente energicas para impedir que aquele quadro deprimente seja repassado diariamente à opinião pública, à sociedade brasileira.

V. Ex^e mencionou em passant o Hospital Sara Kubitschek, dizendo que ele não pertence à rede do SUS de atendimento. Na verdade, não pertence, mas, para todos que conhecemos bem aquele hospital, trata-se de um modelo de gestão que deve ser seguido por todo o sistema. Acredito que qualquer intrusão na sua gestão ou mesmo nos seus recursos orçamentários traria um grande prejuízo para a sociedade brasileira.

Posteriormente, foi mencionada a propaganda do cigarro. O nosso Líder Aloizio Mercadante foi eficiente na resposta. Como sempre, a lógica da sua argumentação foi bastante interessante, mas isso não deixa de confirmar que aquele gasto agradiu o esforço do Congresso Nacional, interpretando o desejo da sociedade no sentido de combater o tabagismo. O Líder disse que naquele momento era a negociação possível, e acredito que o gasto do Governo de V. Ex^e arranhou, sem dúvida nenhuma, a nossa conquista, arranhou o estágio possível que conseguimos nessa área.

No mais, eu gostaria de desejar a V. Ex^e sucesso à frente do ministério e reafirmar aqui o que disse o Senador Antero Paes de Barros: esse ministério teve, recentemente, um grande Ministro da Saúde, respon-

sável pela grande conquista que tivemos em relação aos genéticos e ao combate à Aids. Tenho certeza de que V. Ex^a, com suas propostas e com seu dinamismo, com sua crença e com seus sonhos, haverá de fazer com que o ministério avance cada vez mais. Isso será, sem dúvida alguma, uma grande conquista para o povo brasileiro, povo tão sofrido e tão necessitado de saúde pública.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Com a palavra a Senadora Fátima Cleide.

A SRA. FÁTIMA CLEIDE (Bloco/PT – RO) – Sr. Ministro, quero, inicialmente, parabenizá-lo por vir a esta Comissão e expressar a minha confiança de que V. Ex^a será o melhor Ministro da Saúde deste País. Sei do seu compromisso com a saúde pública e, por isso, faço este registro.

Em função do adiantado da hora, serei breve e farei apenas uma colocação com relação ao planejamento familiar.

Segundo o § 7º do art. 226 da Constituição, compete ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar. Pergunto: de que forma o Ministério da Saúde pretende viabilizar ações preventivas e educativas e garantir acesso igualitário a informações, meios e técnicas disponíveis para fazer valer o planejamento familiar, especialmente em regiões carentes como o norte do País?

Faço esse questionamento, Sr. Ministro, porque, no Estado de Rondônia, desde novembro do ano passado, o Ministério da Saúde parou de fornecer métodos contraceptivos. Entendo que, quando não trabalhamos com planejamento familiar, estamos criando problemas futuros, ou seja, teremos que ter mais escolas, mais hospital, sem falar no aumento dos abortos que a rede pública terá que atender ou então dos nascimentos.

Gostaria ainda de registrar o que consideramos uma iniciativa muito boa do Estado de Rondônia: trata-se do Hospital Regional de Cacoal. Essa é uma das obras que constam do mil do escândalo denominado "Anões do Orçamento", do inicio dos anos 90. Há o interesse de uma ONG chamada Engenheiros do Além de concluir a obra daquele hospital e, durante dez anos, mantê-lo com pessoal, com equipamento e com material de consumo – será um hospital de clínicas. Neste momento, peço o apoio do Ministério da Saúde para essa iniciativa, porque ela em muito contribuiria para a interiorização da saúde no Estado de Rondônia, que hoje depende basicamente do Hospital de Base na capital.

Acredito que V. Ex^a já saiba, mas quero registrar que houve um recrudescimento da malária muito forte no Estado de Rondônia. No ano de 2002, o índice foi de 5%. A continuar o descaso com a saúde pública,

como está ocorrendo no Estado, temos receio de que neste ano esse percentual suba para 10%. Estive na cidade de Machadinho d'Oeste, centro do Estado, na semana passada e todas as pessoas que conversaram comigo pediram a nossa atenção para essa questão da malária.

Quero mais uma vez parabenizá-lo e expressar minha confiança no seu trabalho.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Concedo a palavra ao Senador Eurípedes Camargo.

O SR. EURÍPEDES CAMARGO (Bloco/PT – DF) – Sr. Presidente, Sr. Ministro, a importância deste debate nos mantém até agora em reunião – daqui a pouco teremos que estar no plenário –, com a presença de V. Ex^a. Isso mostra que o tema da saúde empolgou todos nós.

Tenho somente duas indagações.

V. Ex^a falou sobre o estatuto do usuário ou do paciente e, também, dos efeitos colaterais, assim como do desconforto que o paciente ou usuário teria como forma de, a partir desse estatuto, ver regulamentada a sua participação na discussão, com amparo legal nas suas cobranças.

Nesse sentido, há uma questão que eu gostaria de esclarecer. Tive oportunidade de presidir uma associação de moradores e percebi que, quanto aos problemas da saúde, há quebra de confiança nas informações quando há doenças epidemiológicas. Existe a preocupação de não passar as informações ou de pedir sigilo, para que não haja pânico.

Gostaria de saber o que V. Ex^a pensa disso, pois, a meu ver, a informação evita o pânico e faz com que as pessoas colaborem e somem-se a isso. Mas essa é uma situação com que me deparo como usuário.

A outra indagação diz respeito a um fato que ocorreu recentemente no Distrito Federal: uma criança teve um problema, a mãe levou-a ao hospital, ela precisou de UTI e não havia vaga ali nem ambulância para levá-la a outro hospital. O Promotor público foi ação e acabou tendo de pegar, do próprio bolso, a ambulância para levar a criança a uma UTI. Há um processo de um pedido de intervenção. Isso seria resolvido de outra forma? Essa é uma questão relativa ao contingenciamento dos recursos, ou é má aplicação dos recursos? Como V. Ex^a analisa essa situação?

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Concedo a palavra ao Senador Eduardo Suplicy.

O SR. EDUARDO SUPLICY (Bloco/PT – SP) – Sr. Presidente Senador Romero Jucá, prezado Ministro Humberto Costa, desejo cumprimentá-lo pela excepcional condução do Ministério da Saúde. Não compareci à primeira parte desta reunião porque estava presidindo a Comissão de Relações Exteriores e

Defesa Nacional. Não assisti à sua exposição inicial tendo em vista outra responsabilidade aqui no Senado. Gostaria de ponderar relativamente ao que mencionou a Senadora Lúcia Vânia que o Governo do Presidente Lula tem considerado o índice de desenvolvimento humano. Por exemplo, para o início do Programa Fome Zero, os Municípios de Guaribas e Acauã foram escolhidos justamente por terem os menores índices de IDH e na região de menor IDH no Brasil. A ponderação de S. Ex^a guarda relação com isso e o próprio Governo poderá ter sensibilidade para a cominação – quem sabe? – dos índices colocados na LDO, considerando também o índice de desenvolvimento humano, que teve a colaboração, entre outros, do economista Amartya Sen como algo muito relevante.

Estive, na semana passada, no Piauí e recebi uma comunicação relativa à incidência de dengue no interior do Estado, em cidades como Picos. Gostaria de chamar a atenção para esse fato. Provavelmente, V. Ex^a foi informado e está tomando as providências adequadas.

Penso que será muito importante que V. Ex^a possa contribuir na reflexão que atualmente está ocorrendo na chamada Câmara Social dos Ministros da área social sobre os projetos de transferência de renda, até porque o Ministério da Saúde tem no programa Bolsa-Alimentação um importante projeto nessa área. Pediria a V. Ex^a uma breve informação da sua visão sobre esse assunto.

Meus cumprimentos.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Com a palavra o Ministro Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Inicialmente, em relação à questão da Senadora Lúcia Vânia, vou intervir-me sobre essa emenda referente ao hospital de Goiás. Farei uma avaliação e conversarei com o Secretário Estadual de Saúde, a fim de trabalharmos essa questão. Muito provavelmente, não foi contingenciado, está nos restos a pagar. Aí, vamos viabilizar para que isso ocorra.

A SRA. LÚCIA VÂNIA (PSDB – GO) – Ela é emenda do Orçamento deste ano.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Para 2003. Vamos analisar a situação, com certeza.

Em relação à questão do Projeto Alvorada, primeiramente, é importante que se diga que, ainda que o critério do IDH possa vir a ser mais ou menos sensível que outros utilizados na implementação de programas em busca da equidade, esse Projeto tinha uma falha: a definição de um IDH médio para que se pudessem realizar as ações, principalmente de saneamento básico. O que acontecia? Muitas cidades do interior que tinham um IDH médio baixo entraram no programa,

mas áreas em grandes cidades, talvez muito mais pobres, foram alijadas dele. Por exemplo, na cidade de Recife, o bairro de Boa Viagem compensa, do ponto de vista de IDH médio, uma favela que está a duzentos metros do limite do bairro com os demais. Talvez a comunidade daquela favela tenha um IDH mais baixo que uma cidade do interior.

Esse é um projeto arrojado e importante. Nós não só estamos dando continuidade a ele como estamos começando a fazer as primeiras avaliações dos resultados. Pesquisas estão sendo feitas nesse sentido. Não tenho nenhuma dúvida de que os indicadores de saúde vão melhorar significativamente. Também estamos tentando fazer com que muitos projetos que não chegaram a ser aprovados possam ser utilizados, tanto que estamos montando uma articulação com o Ministério das Cidades, para que um recurso do Banco Mundial a fundo perdido, que existe para ações de saneamento, possa incluir na Funasa alguns desses projetos que já estão prontos.

O fato de o projeto não ter tido continuidade no aspecto dos recursos para saneamento básico não significa que o Governo atual não tenha uma política para isso. Nós, junto com o Ministério das Cidades, o Ministério do Meio Ambiente e a Caixa Econômica Federal, temos um fórum para discussão dessa política de saneamento básico que será implementada. Agora, o que encontramos foi um orçamento em que os recursos do Fundo de Combate à Pobreza para o Projeto Alvorada não constavam mais. Então, obviamente, o Governo Lula atribuiu a sua prioridade na utilização desses recursos que é, em grande parte, o Programa Fome Zero – e todos nós temos plena convicção de que se trata de uma situação tão grave quanto a situação do saneamento básico no Brasil.

Portanto, tranquilizo V. Ex^a a política de saneamento básico não está esquecida neste Governo. Também estamos procurando fazer a coordenação dos projetos sociais, mas indo até um pouco mais a fundo, para discutir os programas sociais existentes, os seus componentes de fragmentação, os seus componentes de superposição, os seus componentes de dificuldade de avaliação concreta dos seus resultados. Enfim, estamos discutindo isso tudo. Da mesma forma, que o Projeto Alvorada funcionou como um espaço de coordenação dos programas sociais. A nossa Câmara Social funciona disso.

No caso das UTI, por parte do Ministério da Saúde, não houve nenhum tipo de negligência ou moralidade, muito pelo contrário. Primeiro, é importante dizer que o sistema de saúde tem as responsabilidades definidas de cada ente da Federação. Eu não posso, por exemplo, por uma decisão minha, atuar dentro de

um determinado Município. Em situações extremas, posso fazer uma intervenção, mesmo assim as que aconteceram até hoje foram todas definidas pela Justiça. O caso do Acre, em determinado período, e o de Rondônia foram intervenções que o Ministério fez por conta de uma decisão judicial, solicitada pelo Ministério Público.

Tenho de tentar fazer com que a minha posição junto ao Município prevaleça, mas tenho de respeitar as suas raízes. Quando lá fui – e não foi muito tempo depois que havia começado; estava no auge a questão –, ofereci uma solução, apoio e ajuda. Oferecemos recursos financeiros, credenciamos uns que funcionavam pagas pelo Governo do Estado e que não eram renumeradas antes pelos SUS. Estabelecemos com o Governo do Estado um acordo para a criação de 50 novas UTI, e já estamos repassando os recursos na sexta-feira, amanhã, R\$3,2 milhões. Está tudo preparado para esses recursos serem repassados.

Na reunião com o Governador do Ceará e com o Prefeito de Fortaleza, defendi e, à noite concordamos, que fariamos um pedido de requisição de UTI aos hospitais privados, mas credenciados ao SUS – filantrópicos também. Se os hospitais não fornecessem, iríamos intervir. Essa foi a decisão que tomamos à noite. No dia seguinte, quando fomos à entrevista com a imprensa, o Prefeito da capital – S. Ex^a é quem teria de fazer a intervenção, pelo papel de cada ente federativo – ponderou que talvez não fosse aquela a melhor medida. Se o apoiássemos financeiramente, S. Ex^a iria comprar novos leitos de UTI. Não restava, nem a mim nem ao governador do Estado, nenhuma alternativa a não ser dizer que dafaríamos as condições para que o Prefeito fizesse aquilo. Porém, se não funcionasse, teríamos de interceder.

O Ministério da Saúde está com uma equipe permanentemente lá, composta por dois intensivistas, com integrantes da Secretaria de Atenção à Saúde, que estão lá ajudando no processo de regulação.

A fila diminuiu já no primeiro dia. Todos devem lembrar que a fila era de 23 e hoje tem fechado em nove ou onze. Não estou dizendo que isso é justo e correto. É errado. Há falta de UTI, mas estamos há apenas quatro meses no Governo. No Ministério da Saúde, há 560 pedidos de abertura de novas UTI, há muito tempo, e que não foram credenciadas. Esta situação não começou agora. Ela advém de um processo de desorganização que precisa ser resolvido. E vamos resolvê-la.

Conseguimos, com essas equipes que estão lá, pela via que o Governador colocou, mais de 20 leitos de UTI. Contudo, o problema também é o seguinte: do mesmo jeito que o paciente do SUS precisa da UTI,

o paciente do privado também precisa. Assim, eu não posso, mesmo tendo sido o leito credenciado pelo SUS, dizer para que seja retirado dela o paciente. Temos de esperar a vaga.

Estamos conseguindo. Eu disse no início que, até amanhã, teremos 24 novos leitos – inclusive, mencionei quais seriam. Estou estudando e espero que, na próxima semana, possamos fazer o anúncio do credenciamento de centenas de leitos de UTI no Brasil, porque o que está acontecendo no Ceará pode acontecer em outro lugar também. O Ministério não está pouco sensível a essa questão.

Quando mencionei a Rede Sarah, não falei em cortar recursos dela. Eu disse que é uma rede mantida pelo setor público. São R\$245 milhões por ano para a manutenção de seis unidades no Brasil. Isso é muito mais do que repassamos para alguns estados importantes do Brasil com o objetivo de atender uma população de cinco ou seis milhões de pessoas. E disse que se trata de uma estrutura que, embora financiada pelo setor público, está fora do sistema de saúde. O Secretário de Saúde de Salvador não tem como referenciar um paciente para o Hospital Sarah de Salvador, a não ser que esse o receba e defina que quer atendê-lo, se é um caso que interessa. Então, ele não exerce um papel dentro do sistema. Queremos que o faça, que exerça um papel naquilo que tem excelência, ou seja, formar profissionais.

Estamos gastando R\$245 milhões, mas queremos uma contrapartida. Queremos formar profissionais com o nível do Sarah, para que, no Brasil inteiro, possa haver centros de reabilitação. E essa a questão que estamos apresentando. Creio que é justo que o sistema de saúde o retribua, afinal de contas é a mesma fonte, o mesmo recurso. Trata-se de um recurso caríssimo. Temos que pensar sob esse ponto de vista. E vamos reagitar outros pontos positivos do Sarah.

A Rede Sarah tem uma fábrica de unidades hospitalares maravilhosa. É possível construir uma unidade de saúde pela metade do preço. Não sei por que não estava sendo utilizada, no entanto agora o será. Vamos fazer o programa de saúde da família, hospitais. O Ministro Gilberto Gil vai fazer as casas de cultura, usando aquela tecnologia: custarão a metade do preço de uma obra comum. Mas há que haver uma contrapartida. V. Ex^a não acha justo que haja uma contrapartida para o sistema público?

Senadora Fátima Cleide, o planejamento familiar é uma preocupação. O Programa de Saúde da Mulher já tem o componente do planejamento familiar. Não tinha a informação de que o fornecimento de métodos anticoncepcionais para o Estado de Rondônia havia sido interrompido. Procurarei saber. Verificarei a que-

tão do Hospital Regional de Capoal e a da malária. Creio que é importante, também, termos um pouco de paciência.

A magnitude do sistema foi mostrada, bem como as coisas positivas que ele gera. No entanto, essa é uma construção recente, de 15 anos. Antes da Constituição de 1988, tinha direito a tratamento quem tinha um emprego formal, carteira profissional. Quem não tinha era atendido por caridade, nas santas casas, nos hospitais universitários, pelas prefeituras. Então, esse é um processo de construção. A reforma está sendo construída na contramão do que foi feito nos últimos anos. Enquanto, em muitos países da América Latina, da América Central, a reforma foi feita para reduzir a universalidade, no Brasil, o foi para aumentar, para atender pobres e ricos. Ontem, estávamos em uma reunião do Conselho Nacional, e uma pessoa disse que o SUS é um sistema que atende os pobres. Isto não é verdade. O SUS atende a área de alta complexidade, a área da saúde pública, atende rico, pobre, jovem, idoso, homem, mulher, branco, negro, sem estabelecer qualquer nível de discriminação. É uma construção. Temos problemas para tentar resolver, para enfrentar. São problemas que não podem ser resolvidos em quatro meses, conforme disse. De 1988 para cá, cada Governo que passou colocou uma pedra. Queremos colocar várias pedras, o que vai exigir um pouco de tempo. Precisamos, ao mesmo tempo em que lidamos com o emergencial, trabalhar com o planejamento. É o que estamos tentando fazer com aquele conjunto de proposições que apresentei.

Não sei se posso despedir-me ou se há mais alguém inscrito.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Falta, ainda, uma questão apresentada.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Pois não.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – E sobre o Programa Bolsa-Alimentação e o Programa de Garantia de Renda Mínima.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Desculpe-me.

O SR. EDUARDO SUPILCY (Bloco/PT – SP) – Trata-se da reflexão ocorrida na Câmara Social sobre essa experiência.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – A opinião, dentro da Câmara Social, é a de que procuramos fazer uma integração entre esses programas, uma agregação.

Existe uma proposição para que possamos agregar pela similitude do tipo de benefício. Por exemplo, foi proposto que o Bolsa-Alimentação e o Bolsa-Renda fossem um programa único e que os outros fossem

agrupados em outro conjunto de critérios, de modus operandi e de exigências feitas para o acesso. Tenho uma posição parecida com a de V. Ex^a: acredito que o ideal é fazermos uma transferência de recursos usando critérios de equidade e dando maior liberdade para o gasto das pessoas. Mas essa é uma opinião. Creio que vamos construir o melhor caminho pela troca de opiniões e pela tentativa de se construir um consenso.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Quero agradecer a presença do Ministro Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Sr. Presidente, a Senadora deseja falar.

O SRA. LÚCIA VÂNIA (PSDB – GO) – É rápido. Não seréi redundante.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Concedo a palavra à Senadora Lúcia Vânia.

O SRA. LÚCIA VÂNIA (PSDB – GO) – Sr. Ministro, acredito que V. Ex^a precisa ficar atento quanto à questão do saneamento básico, também no Ministério das Cidades, porque o da Funasa é especificamente para os municípios de IDH baixo. Para as periferias das grandes capitais, o recurso está no Ministério das Cidades, o do Desenvolvimento Antigo.

Quanto ao Sarah, acredito que V. Ex^a tem toda razão ao dizer que há necessidade de uma contrapartida. Mas continuo afirmando que o recurso que vai para o Sarah é o que deveria ir para todos os hospitais deste País, a fim de que tenham aquele padrão de qualidade. É importante que se diga que ali é o único lugar neste País em que um pobre entra e é tratado com dignidade.

A respeito da questão da UTI de Fortaleza, gostaria de dizer a V. Ex^a, como contribuição de uma pessoa ligada à área social, que o que se passa lá é chocante! Não importa se isso foi herdado do Governo passado, se a culpa é o prefeito, do Ministério Público, ou de quem quer que seja. O que importa é que o Poder Público e o Congresso Nacional têm que se mobilizar para dar um basta nas mortes que têm acontecido todos os dias naquela cidade.

No mais, parabenizo V. Ex^a e agradeço-lhe pela paciência de estar aqui conosco até esta hora.

O SR. HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA – Gostaria de mencionar que o meu sonho é que, um dia, possamos dar a todos os hospitais do País a quantidade de recursos que se dá à rede Sarah, para que se tenha uma grande gestão. Espero que isso possa acontecer um dia. Não tenho dúvidas de que há lições ali para serem tiradas. Mas volto a insistir: é preciso haver integração entre a rede e o sistema público. E permita-me discordar: creio que, em muitos lugares do Brasil, dá-se atendimento digno às pessoas no Sistema Único de Saúde. A própria pesquisa a que

me referi no inicio mostra isso claramente. Mostra três dados importantes: o primeiro dado é que quem não usa o SUS tem mais críticas a ele; o segundo, quem faz uso dele o aprova; o terceiro dado, a posição das pessoas é uma antes do atendimento e outra depois do atendimento. Antes do atendimento, o que marca é a demora em se conseguir a consulta, a demora na fila; mas, depois do atendimento, os pacientes o consideram bom. Sei que há muitos problemas, mas, como eu disse, essa é uma construção que temos que fazer, e acredito que há muitos lugares onde as pessoas são tratadas com dignidade.

Em relação à questão do Ceará, já deixei clara a minha posição. Dizia um poeta americano, John Donne – e isso está no prefácio do livro *Por quem os sinos dobraram* – que a morte de qualquer ser humano me diminui e diminui a todos nós. Não existe uma vida que valha mais ou valha menos do que outra. Isso angústia V. Ex^o; imagine como me angustia, como também angustia o Governador, as famílias, as pessoas todas que lá estão.

Estamos em busca de uma solução. Continuamos a envidar esforços, possíveis e os impossíveis. E temos absoluta esperança, por tudo que acompanho de manhã, de tarde e de noite e também pelos telefonemas ao pessoal da equipe que está lá, de que vamos conseguir resolver a questão de hoje para manhã, no fim de semana, o mais rápido possível. Reafirmo que vamos enfrentar e resolver os problemas das UTI em Fortaleza e no Brasil inteiro. Analisaremos essas que estão solicitando credenciamento e tentar minimizar significativamente o problema. Mandei fazer um estudo sobre a viabilidade financeira do credenciamento. Existem problemas, porque a legislação que define UTI tem exigências corretas, mas para as quais o Brasil ainda não está bem preparado. Por exemplo, há a exigência de médico intensivista com formação específica. Não existem médicos intensivistas no Brasil para atender a todas as UTI. Nós queremos agora induzir os programas de residência médica a formarem tam-

bém médico intensivistas para esse tipo de atividade. Temos que trabalhar em vários fâncos e em vários momentos diferenciados.

Quero agradecer a oportunidade de estar aqui e dizer do meu prazer e da minha satisfação diante do nível elevado do debate. Espero ter conseguido responder a maioria das angústias e questionamento dos senadores. Iniciei minha vida de mandato como parlamentar. Sou ainda parlamentar (sou vereador) e conheço o papel que o Parlamento tem, assim como conheço a importância e o peso que ele tem na implementação de políticas. E eu conto com o apoio do Senado Federal para melhorar o sistema de saúde no Brasil. Muito obrigado pela atenção de todos e de todas.

O SR. PRESIDENTE (Romero Jucá) – Quero agradecer a presença do Ministro Humberto Costa e oferecer-lhe meus parabéns pela segurança e compromisso demonstrado na sua exposição. Já o conheço – e S. Ex^o saiba disso há muito tempo. Somos conterrâneos – ambos de Pernambuco. Quero também registrar que a Comissão de Assuntos Sociais é Comissão de Assuntos Sociais do Senado brasileiro e é, portanto, do povo brasileiro.

E nós estaremos à disposição para contribuir, para ampliar o debate, para lutar ao lado do Ministério, para reivindicar quando necessário, para que efetivamente o Ministério da Saúde e o Ministro tenham condição operacional e política de fazer o que pretendem fazer.

Eu quero dizer ao Ministro que conte com a Comissão de Assuntos Sociais, com a Presidência, com o meu empenho pessoal, porque efetivamente a tarefa dele é muito grande e há muito por fazer na saúde pública brasileira.

E conhecendo o Ministro como eu o conheço, sei que S. Ex^o vai dar conta do recado e vai fazer um grande do trabalho.

Declaro encerrada a presente reunião.

(Levanta-se a reunião às 14h33min.)

Publicado no Diário do Senado Federal de 27-05-2004