

**ALTERNATIVAS
PARA A POLÍTICA
DE SAÚDE
NO BRASIL**

**LÚCIO
ALCÂNTARA**



SENADO FEDERAL
Senador LÚCIO ALCÂNTARA

**ALTERNATIVAS
PARA A POLÍTICA
DE SAÚDE
NO BRASIL**

BRASÍLIA – 1997

SUMÁRIO

	Pág.
1 – Introdução	5
1.1 – Alternativas para a política de saúde no Brasil.....	5
1.2 – O SUS e as reformas.....	5
1.3 – A <i>retomada do conceito de seguridade social</i>	6
1.4 – A radicalização do processo de descentralização.....	8
1.5 – Revisão do modelo assistencial	10
1.6 – Controle social	11
2 – Projetos	13
2.1 – Ressarcimento ao SUS	13
2.2 – Contas hospitalares	15
2.3 – Isenção de pagamento – doação de sangue.....	18
2.4 – Regulamentação dos planos de saúde	20
2.5 – Regulamentação dos seguros-saúde	32
3 – Relatorias	41
3.1 – Doação de órgãos	41
3.2 – Extinção progressiva dos manicômios.....	42
3.3 – Planejamento familiar	43
3.4 – Piso salarial dos médicos e cirurgiões-dentistas	43
3.5 – Distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids	44
3.6 – Jornada de trabalho dos médicos e dentistas	45
4 – Conferências	47
4.1 – O Mercosul e a política de medicamentos no Brasil.....	47
4.2 – A saúde brasileira	47
4.3 – Gravidez na adolescência: uma abordagem médico-legal	48
4.4 – O HGF em busca de soluções.....	48

4.5 – Discriminação do uso de entorpecentes: as modificações no Código Penal	49
4.6 – Transplante de órgãos e tecidos: o caso da legislação brasileira	49
4.7 – O Poder Legislativo e a formulação de políticas públicas no campo da saúde reprodutiva no Brasil	50
4.8 – A legislação do Sistema Único de Saúde no Brasil e o papel do Congresso Nacional.....	51
4.9 – Alternativas para a política de saúde no Brasil.....	51
5 – Pronunciamentos	53
5.1 – Dia Nacional da Saúde	53
5.2 – Saúde da mulher	53
5.3 – Assistência médica no Brasil	54
5.4 – O Sistema Único de Saúde	55
5.5 – Hospital Universitário – Apelo.....	56
5.6 – Deficiência física no Brasil.....	56
5.7 – Hospital Universitário – Desigualdade.....	57
5.8 – CPMF.....	58
5.9 – Dia Mundial de Luta Contra a Aids	58
5.10 – Mortalidade infantil.....	59
5.11 – Doação de órgãos	60
5.12 – Banco de olhos	61
5.13 – Seguros-saúde e planos de saúde	61
5.14 – Dia Mundial da Saúde	62
5.15 – Dia Mundial de Combate ao Câncer.....	62
5.16 – Aids.....	63
5.17 – Uma contribuição à saúde	64
5.18 – Saúde e desigualdades regionais.....	64
5.19 – Saúde no Brasil	65
5.20 – Sistema Único de Saúde	67

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Alternativas para a política de saúde no Brasil

Novamente o setor saúde de nosso País vive uma crise de crescimento.

O fato que demonstra, isto é a agitação dos atores sociais envolvidos, de um lado os defensores e militantes da Reforma Sanitária, de outro seus inimigos, representados pelos grupos privatistas e mercantilizados do modelo anterior, mais os setores da área econômica e de planejamento do próprio Governo.

Esta situação decorre da apresentação, pelo Governo Federal, de seus projetos de Reforma da Administração do Estado e da Seguridade Social, da edição, pelo Ministério da Saúde, de sua nova Norma Operacional Básica (NOB-96), dos resultados da 10ª Conferência Nacional de Saúde e da perspectiva de renovação dos quadros dirigentes municipais em decorrência das eleições do ano passado, movimentos estes paralelos ao agravamento da crise de desassistência e da divulgação, pela imprensa, de uma imagem negativa dos serviços de saúde e do Sistema Único de Saúde.

Não há dúvida, para todos os que estão envolvidos com a Reforma Sanitária, que vivemos mais um momento crítico desse processo, não existindo outro caminho possível que não o da sustentação do processo de reorganização do Sistema Único de Saúde, nem existe outro resultado aceitável que sua completa implantação em todo o território nacional.

As alternativas para a política de saúde nesse momento consistem, assim, na retomada dos princípios que nortearam a construção do SUS – universalidade, equidade e integralidade –, e a luta pelo cumprimento da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde.

1.2 – O SUS e as reformas

De positivo, o Projeto de Reforma Administrativa tem – no que diz respeito ao SUS – apenas a ênfase na municipalização das ações

de saúde, restrita, no texto do projeto, a uma perspectiva que entende saúde como sinônimo de assistência médica.

De muito ruim, tem a perspectiva de reintroduzir a dicotomia entre prevenção e recuperação da saúde, entre serviços básicos e serviços hospitalares.

Em verdade, a Reforma do Estado pretendida busca, no fundo, reduzir o papel do Estado e os gastos públicos, quando entende-se que, em relação à saúde, o que se faz necessário é, ao contrário, expandir as bases do financiamento do setor e reforçar o papel do Estado, na qualidade de – como diz o texto constitucional – garantidor do direito de todos à saúde, quer mediante políticas sociais e econômicas, quer garantindo o acesso universal e igualitário a serviços e ações de saúde.

A Reforma da Previdência – que em verdade reforma toda a Seguridade Social e não apenas a Previdência Social – perpetra outro atentado aos princípios fundamentais do SUS ao tentar emendar o artigo 196, relativizando o direito de acesso universal e igualitário.

Em relação às pretendidas reformas do Estado, a reformulação do arcabouço institucional e financeiro da seguridade social deveria ser feita no sentido de assegurar a reintegração dos segmentos sociais mais afetados pelo atual modelo de desenvolvimento e pelo plano de ajuste econômico, isto é, revalorizando o princípio de solidariedade implícito na construção do SUS, e de recuperação do caráter democrático de sua gestão, previsto na Constituição.

Neste sentido, no âmbito do SUS, também se faz necessário recompor as relações entre o setor público e o setor privado, garantindo a prevalência do interesse público sobre o privado, e não – como prevê a perspectiva neoliberal predominante – a limitação do poder regulatório do Estado e o enfraquecimento dos serviços públicos, remetendo para o mercado a solução e a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde.

1.3 – A retomada do conceito de seguridade social

A primeira dificuldade para a implementação efetiva do SUS consistiu na não-implantação do Sistema de Seguridade Social previsto no texto constitucional, obstaculizada pela fragmentação e ultra-setorialização da burocracia estatal nestas áreas, pelo clientelismo, corporati-

vismo e fisiologismo herdados do regime autoritário e reciclados nos últimos anos.

Estes fatores constituíram-se – e ainda constituem – sérios obstáculos à plena integração funcional das áreas de saúde, previdência e assistência.

Assim, o referido sistema não se estruturou, não existindo nem mecanismos nem vontade de exercer controle político para fazer cumprir os dispositivos constitucionais sobre a matéria, inclusive no que diz respeito a destinação dos recursos orçamentários. O orçamento da seguridade social constitui, hoje, uma peça inútil.

Nos governos Collor e Itamar, a ausência de uma clara definição em relação à aplicação dos recursos da Seguridade Social quanto às suas diferentes destinações, permitiu – como até hoje – que os ministérios da Fazenda e do Planejamento passassem a adotar conceitos elásticos, enquadrando como financiáveis com recursos da Seguridade, um conjunto de ações de governo (educação, pagamento de pessoal civil e inativos, por exemplo) em detrimento das ações de saúde, previdência e assistência.

É estimado que este artifício desviou, só no ano de 1993, cerca de 25% dos recursos que deveriam ter sido postos a disposição do Ministério da Saúde.

A Seguridade Social passou a ter uma infinidade incontrolável de 'sócios' a disputar as receitas de contribuições sociais, desviadas para as mais diferentes finalidades e sob critérios de classificação absolutamente arbitrários, contrariando o espírito e a letra da nova Constituição.

No Governo Itamar, o Ministério da Previdência, em conivência com as autoridades econômicas, implodiu definitivamente o conceito de Seguridade Social.

Uma decorrência desta situação – além, é claro, de acelerar o sucateamento do setor – é a permanente disputa entre os Ministros da Saúde, da Fazenda e da Previdência que vimos assistindo nos últimos anos, onde ganha ou o ministro politicamente mais forte ou quem administra o caixa, somando-se a isso, o périplo do Ministro da Saúde em busca de mais recursos para o setor.

Em pior situação ficou a Saúde. A Previdência só foi poupada de um desvio maior de recursos, em razão da resistência encontrada no Congresso pela área econômica do governo nas suas tentati-

vas de centralizar no Tesouro a arrecadação das contribuições sociais sobre a folha de salários.

Na medida em que o pagamento da dívida interna é a prioridade real do governo, estes mecanismos acima apontados estão desviando não apenas recursos de fonte tributária como de contribuições sociais para aquela finalidade, em detrimento da finalidade constitucionalmente definida.

Em que pese o aumento da arrecadação das contribuições sociais e do Cofins em particular, os repasses ao Ministério da Saúde têm sido inferiores às necessidades da área, situação que tem se agravado ano a ano, que nem a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) deverá amenizar.

Na proposta orçamentária para 1997, enviada pelo Executivo ao Congresso, do valor estimado como receita da CPMF, no montante de R\$5,3 bilhões, destaca-se que 25% se destinam ao pagamento de serviços da dívida do Ministério da Saúde com o Fundo de Amparo ao Trabalhador. Isto contraria frontalmente o disposto na Emenda Constitucional, que vincula a aplicação de tais recursos integralmente nas ações de saúde.

Mais uma vez, a área econômica do governo encontra artifícios para desviar recursos legalmente destinados ao setor.

A implementação do Sistema de Seguridade Social pela reformulação do seu arcabouço institucional e financeiro é, assim, uma das prioridades políticas reclamadas pelo setor saúde, após a 10ª Conferência Nacional de Saúde.

1.4 – A radicalização do processo de descentralização

A despeito dos avanços obtidos no processo de descentralização após a promulgação da Norma Operacional Básica (NOB), de 1993, e da institucionalização do processo e dos meios para a articulação, a negociação e a pactuação entre gestores, nela contidos, com sua ampliação pela recente NOB de 1996, é preciso acelerar o ritmo com que vem se dando a autonomia de gestão de estados e municípios.

A sensação que fica da análise da nova NOB, e após os debates da 10ª Conferência Nacional de Saúde, é a de que esse ritmo e a forma com que o processo vem se dando são inaceitáveis.

A municipalização, entendida como a competência do Poder Público Municipal para formular as políticas de saúde de âmbito local, para planejar, organizar, executar, avaliar e controlar as ações e serviços de saúde na sua área de atuação, é justificada pela maior racionalidade que permite à organização do sistema de saúde, uma vez que o poder de decisão se encontra mais próximo dos problemas a serem enfrentados.

Segundo dados do Ministério da Saúde, na data em que apareceu a NOB 96, apenas 113 municípios – 2,3% do total – encontravam-se na condição de gestão simplificada, ainda que a esse número correspondesse 15% da população e envolvesse 22% do total de recursos do SUS.

A diretriz de descentralização é a primeira a ser citada no texto constitucional que define o Sistema Único de Saúde: "Descentralização com direção única em cada esfera de governo". Sua implementação, no entanto, sofre tantos percalços como a das demais.

Em relação à forma com que a descentralização vem sendo promovida, a NOB 96 avança alguns pontos em relação à reversão da *inampização* do SUS, por incluir instrumentos para custeio de ações de vigilância sanitária, de epidemiologia e de controle de doenças, mas mantém ainda a velha dicotomia entre ações médico-hospitalares e ambulatoriais, num retrocesso em relação ao princípio de integralidade das ações.

A NOB 96 avança, também, ao promover o aprimoramento dos sistemas de controle, avaliação e auditoria, aumentando as transferências regulares e automáticas de recursos federais a estados e municípios.

O que se sente, nesses tempos pós-10ª Conferência, é que isto é, ainda, insuficiente, e o ritmo do processo, muito lento.

Faz-se urgente a redefinição das funções das três esferas de governo – em especial do papel das secretarias estaduais de Saúde –, ao mesmo tempo em que se acelere o processo de autonomização das gestões estaduais e municipais.

As experiências recentes de municipalização – o caso dos 113 municípios em gestão simplificada de seus sistemas municipais de saúde – têm demonstrado que esta estratégia pode se mostrar exitosa.

Apesar dos poucos estudos de avaliação disponíveis, a municipalização repercutiu em melhoria dos indicadores de saúde, aumento do acesso aos serviços e ações de saúde, valorização positiva do

sistema e dos serviços por parte da população, reduzindo a quase zero desperdícios e fraudes.

Mostram, também, que se faz necessário o apoio dos níveis federal e estadual, uma vez que, sozinhos, os municípios estão com dificuldades de suplantar alguns problemas bastante sérios, cuja ausência de solução pode vir a comprometer a viabilidade do sistema.

Entre eles estão: 25% dos municípios cuja saúde foi municipalizada não mantêm sistemas de vigilância epidemiológica; igual proporção não assumiu as funções de vigilância sanitária que lhes competia; a assistência farmacêutica foi assumida de forma amadorística pela grande maioria; o desenvolvimento de recursos humanos – claramente de caráter estratégico –, ou não foi assumido por esses municípios ou foi tratado incipientemente; nenhum assumiu as funções de fiscalização e controle dos serviços contratados e conveniados; a maioria tem problemas com as referências para especialidades médicas e quase todos apresentaram inadequação das estruturas administrativas às novas atribuições.

Como se vê, são problemas graves que necessitam da cooperação dos gestores estadual e federal para serem resolvidos.

Assim, as novas funções necessárias para o Ministério e as secretarias estaduais de Saúde devem, prioritariamente, ser a de cooperação técnica e financeira. A própria função de normalização deve ser compartilhada com o nível local, para permitir que iniciativas inovadoras aí emergentes sejam incorporadas, melhor adequando a organização de serviços às necessidades sociais.

Esta diretriz deveria também compor o elenco de políticas atuais para o setor.

1.5 – Revisão do modelo assistencial

Outra diretriz necessária ao momento atual do SUS deve conter a revisão do modelo assistencial.

O modelo assistencial hoje vigente está centrado no trabalho médico e na assistência hospitalar, no uso intensivo de insumos e na substituição permanente de tecnologias, com abandono progressivo das ações tradicionais de saúde pública em benefício das ações de assistência médica, o que promove custos crescentes da assistência à

saúde, sem, no entanto, representar impacto significativo nos indicadores de saúde e na satisfação dos usuários.

São também as características desse modelo que levam os fornecedores a oferecer serviços mais rentáveis, segundo a tabela de pagamentos, ao invés de adequar-se às necessidades dos usuários e aos padrões epidemiológicos vigentes nas comunidades.

1.6 – Controle social

A diretriz de "participação da comunidade" na organização do SUS está também no texto constitucional.

A participação da comunidade ou – como se prefere chamar atualmente – o controle social, se faz na forma institucionalizada pela Lei nº 8.142/90, ou seja, pela criação e funcionamento de duas "instâncias colegiadas": as conferências de saúde e os conselhos de saúde, onde usuários do sistema terão, necessariamente, representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos nelas representados (governo, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços).

Um estudo realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade de Minas Gerais, encontrou "dados bastante significativos em relação ao cumprimento dos requisitos definidos pela Lei nº 8.142/90". Segundo esse estudo, nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Ceará, a quase totalidade dos municípios informam a existência de conselho municipal de saúde. Esse número só é significativamente menor nos Estados do Amazonas (46%) e Sergipe (48%).

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente o número de municípios que contam com conselhos de saúde instalados é de 3.000, isto é, 60% dos municípios brasileiros já contam com seu conselho de saúde.

Os estados que apresentam maior número de conselhos municipais organizados são também os que realizam o maior número de conferências de saúde.

Não são conhecidos estudos sobre a efetividade e os resultados do funcionamento dessas instâncias e sua repercussão, tanto em termos da implantação de um efetivo controle social sobre a formulação de políticas de saúde e sua implementação, quanto

em termos de resultados para a melhoria das condições de saúde da população ou da qualidade das ações e serviços. O risco de manipulação dos conselhos e conferências, quer pela tecnoburocracia, quer por interesses político-partidários, tem sido relatado, sem, no entanto, reduzir sua importância como meios institucionalizados e perfeccionáveis de controle social que – por sinal – são raramente encontrados em outros setores da vida nacional e em outros países.

A política de saúde necessária ao atual momento histórico de implementação do SUS deve conter diretrizes de reforçamento e ampliação desse modelo de controle social.

A qualificação dos atores sociais envolvidos, em especial para a ação fiscalizadora e a consolidação do poder deliberativo e decisório dos conselhos é uma prioridade.

2 – PROJETOS

2.1 – Ressarcimento ao SUS

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 41, DE 1995

Torna obrigatório o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelo atendimento realizado a segurados de empresas privadas de serviços de saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º As empresas de seguro-saúde e de medicina de grupo, bem como as cooperativas de trabalho médico e assemelhadas, no caso de atendimento a seus segurados ou beneficiários pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ficam obrigadas a ressarcir ao SUS os valores referentes aos serviços prestados.

Art. 2º Os parâmetros, valores e procedimentos com que se fará este ressarcimento serão estabelecidos em regulamento.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 90 (noventa) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Justificação

Segundo dados da Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo, cerca de 35 milhões de brasileiros são segurados de planos de saúde, mantidos por empresas privadas de seguro, de medicina de grupo e cooperativas médicas.

Um número significativo destes segurados utiliza-se, eventualmente, de serviços públicos de saúde, mantidos pelo Sistema Único de Saúde, sem ônus pessoal e sem ressarcimento dos custos deste atendimento por parte dos seus seguradores.

Esta situação é especialmente freqüente no atendimento a emergências, feito, na maior parte das vezes, em serviços públicos, uma vez que são poucos os prontos-socorros com a complexidade

tecnológica requerida, mantidos pela iniciativa privada. Nestas situações, ainda que a remoção do paciente para o serviço próprio ou credenciado pela seguradora se faça nos dias subseqüentes ao acontecimento, a maior parte dos custos assistenciais correm por conta do serviço do SUS, que – até o momento – não é ressarcido pela empresa seguradora do doente.

Ainda que o número de segurados ou beneficiários de planos privados de assistência à saúde atendidos na rede do SUS seja reduzido em alguma região ou venha a diminuir no futuro, trata-se de uma questão de natureza ética evitar-se que as contribuições sociais de trabalhadores e empresas suplementem sistemas privados de saúde, num momento em que os recursos colocados à disposição do Poder Público para esta finalidade se mostram insuficientes, ao mesmo tempo em que aquelas empresas vêm auferindo lucros vultosos.

Por outro lado, é esperado que esta medida possa reduzir os gastos públicos com saúde.

A presente proposição é feita na intenção de cooperar na busca de melhores condições de funcionamento dos serviços públicos de saúde para o povo brasileiro.

Sala das Sessões, 8 de março de 1995.

Senador *Lúcio Alcântara*.

RESUMO DA TRAMITAÇÃO

Data de entrada: 8 de março de 1995

O PLS nº 41/95 foi despachado para a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal no dia 8 de março de 1995, com decisão terminativa.

O Relator, Senador Carlos Wilson, no dia 8 de novembro de 1995, apresentou o seu parecer (favorável) à Comissão de Assuntos Sociais nos termos do relatório, por unanimidade.

E no dia 14 de novembro de 1995, o referido projeto foi aprovado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal.

Situação atual:

No dia 29 de novembro de 1995, o PLS nº 41/95 foi remetido à Câmara dos Deputados, através do ofício do Senado Federal (nº 1.647),

ao Primeiro Secretário da Câmara dos Deputados, encaminhando autógrafos para revisão, nos termos do art. 65 da Constituição Federal.

Cabe ressaltar que o Deputado Tarcísio Perondi foi designado Relator do PLS nº 41/95, na Câmara dos Deputados.

2.2 – Contas hospitalares

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 293, DE 1995

Dispõe sobre as contas hospitalares no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Quando da alta hospitalar, as unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde e os hospitais da rede conveniada contratada deverão emitir demonstrativo com os seguintes dados:

- I – nome do hospital;
- II – localidade (estado e município);
- III – motivo da internação;
- IV – tempo de permanência;
- V – Número da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), correspondente à internação;
- VI – valor dos pagamentos referentes aos serviços profissionais, discriminando o nome do profissional que atuou;
- VII – valor do pagamento referente aos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica;
- VIII – valor do pagamento referente aos serviços hospitalares, de forma discriminada;
- IX – valor do pagamento referente à órtese, prótese, material e procedimentos especiais;
- X – valor total referente à internação.

Parágrafo único. Cada demonstrativo deverá conter, em destaque, a inscrição: "Esta conta foi paga com o seu imposto – Saúde: um direito de todos, um dever do Estado".

Art. 2º Uma via do demonstrativo será entregue ao paciente, ou seu responsável, mediante recibo.

§ 1º É facultado ao paciente, por si ou representante qualificado, impugnar item do demonstrativo apresentado, podendo fazê-lo diretamente à unidade hospitalar ou ao órgão representativo do Sistema Único de Saúde, no prazo de dez dias úteis, contado da apresentação do demonstrativo.

§ 2º Na hipótese do evento morte, as providências previstas neste artigo poderão ser tomadas por representante qualificado.

Art. 3º As faturas referentes às contas hospitalares deverão apresentar, de modo explícito, a declaração de que cada demonstrativo foi entregue ao paciente.

Art. 4º Os demonstrativos serão arquivados no estabelecimento que prestou o atendimento, pelo prazo de dois anos, ficando à disposição do Sistema Único de Saúde para fins de conferência.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta lei acarreta multa no valor de R\$100,00 (cem reais) por demonstrativo, tipificando ainda falta grave, passível de cancelamento do convênio celebrado, em caso de abusiva reincidência.

Parágrafo único. A aplicação da multa não obsta a aplicação de outras penalidades.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Justificação

Este projeto busca oferecer mecanismos de controle das contas hospitalares, pagas pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Cada paciente internado deve ser o primeiro fiscal. Ninguém melhor do que ele para saber se o que está sendo cobrado é aquilo que efetivamente foi prestado. Desse modo, pode-se evitar, num primeiro e importante momento, a fraude.

O estabelecimento hospitalar assim age quando o paciente é particular: apresenta-lhe a conta com todos os demonstrativos dos procedimentos aplicados, da medicação utilizada, dos serviços prestados. Isto é obrigação primária desses estabelecimentos e é lamentável que se tenha de batalhar por uma lei federal para que assim também se proceda relativamente às internações que correm por conta do Estado.

Hoje, com a informatização, esse demonstrativo pode ser rapidamente elaborado.

Estou certo de que este projeto, que certamente será aperfeiçoado na tramitação legislativa, representará importante medida na verdadeira guerra que deve ser travada contra a corrupção e as fraudes no sistema hospitalar público.

Em anexo, apresento cópia do demonstrativo que já está sendo fornecido pelo Hospital Geral de Fortaleza, que me serviu de inspiração e modelo.

Espero contar com o apoio de todos os nobres congressistas para que esta proposição seja, o mais rapidamente possível, transformada em texto legal.

Sala das Sessões, 26 de outubro de 1995.

Senador *Lúcio Alcântara*.

RESUMO DA TRAMITAÇÃO

Data de entrada: 26 de outubro de 1995

O PLS nº 293/95 foi despachado para a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal no dia 26 de outubro de 1995, com decisão terminativa.

A Comissão de Assuntos Sociais, no dia 27 de outubro de 1995, encaminhou à Relatora, Senadora Benedita da Silva, para que esta emitisse o seu parecer.

Situação atual:

No dia 12 de junho de 1996, a Relatora devolveu o projeto à Comissão de Assuntos Sociais, com minuta de parecer pela aprovação da matéria com Emenda nº 1, que apresenta.

Em 28-11-96, Ofício SF nº 1.614, ao Primeiro Secretário da Câmara dos Deputados, encaminhando o projeto para revisão, nos termos do art. 65 da Constituição Federal.

2.3 – Isenção de pagamento – doação de sangue

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 320, DE 1995

Isenta de pagamento de taxa de inscrição em concursos públicos as pessoas que doarem sangue.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Ficam isentos de pagamento de taxa de inscrição em concursos públicos, promovidos pela Administração Pública Federal, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, as pessoas que tiverem feito doação voluntária de sangue a banco de sangue mantido por ente estatal ou autárquico, no período de três meses, contado retroativamente da data da inscrição referida.

§ 1º O benefício a que se refere o *caput* será concedido desde que a doação voluntária de sangue seja devidamente comprovada por atestado oficial do banco de sangue.

§ 2º O atestado referido no parágrafo anterior será retido pelo responsável pelos procedimentos de inscrição, não podendo, em qualquer caso, ser oferecido como comprovação da doação para mais de uma inscrição em concurso público.

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

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Justificação

A doação voluntária de sangue é, além de um ato de solidariedade e de elevada relevância social, uma necessidade sempre premente dos serviços de hematologia e hemoterapia de nosso País.

Uma vez equacionado o problema da comercialização do sangue e regulamentados tecnicamente os processos de coleta, processamento e transfusão de sangue, em decorrência de dispositivo constitucional e de legislação ordinária, persiste, para a maioria dos hemocentros e bancos de sangue, o fantasma da insuficiência de estoques.

Apenas 0,7% da população brasileira é doadora, um índice três vezes inferior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

O egoísmo dos segmentos economicamente mais favorecidos, normalmente em melhores condições para doar sangue, é exemplar: a maior parte dos doadores brasileiros está concentrada nas classes C e D.

Explicam os especialistas na matéria que este quadro é, provavelmente, decorrente de um problema cultural e do fato de o Brasil nunca ter passado por guerras e grandes catástrofes, como os países europeus, onde a população doa sangue regularmente numa proporção acima de 6%, como é o caso dos países do norte europeu.

Em nosso meio, o estímulo à doação voluntária tem de ser feito permanentemente, tendo disto se incumbido tanto organismos governamentais como algumas organizações não-governamentais. A veiculação de campanhas de comunicação social e a promoção de ações educativas têm sido, assim, freqüentes e necessárias para promover a reposição de estoques.

A legislação federal igualmente tratou de estimular esta prática em nosso meio: a Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943) prevê, em seu art. 473, inciso IV, que o empregado poderá deixar de comparecer ao trabalho por um dia, em cada doze meses de trabalho, sem prejuízo do salário, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada; o Regime Jurídico Único do Funcionalismo Público Federal (Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990), em seu art. 97, inciso I, também dispõe que, sem qualquer prejuízo, poderá o servidor ausentar-se do serviço por um dia para doação de sangue.

A Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950, igualmente dispõe sobre este tópico, prevendo, em seu art. 2º, a dispensa de ponto para os funcionários públicos civis, militares ou de autarquia que comprovarem a doação. Dispõe, ainda, que o fato seja consignado com louvor, na folha de serviço do servidor.

A proposição que ora faço visa a dar, com a força de lei federal, mais um incentivo à doação voluntária de sangue, através da concessão de mais esse benefício aos doadores.

Algumas leis estaduais e municipais já antecederam a iniciativa de uma lei federal sobre a matéria.

O benefício concedido a doadores neste Projeto – isenção de pagamento de taxas em concursos públicos – é facilmente operacionalizável e sem impacto econômico significativo para o Poder Públi-

co, ao mesmo tempo que oferece estímulo e compensação relevante para que uma pessoa opte pela doação.

Em vista do exposto, submeto à apreciação dos nobres colegas esta proposição.

Sala das Sessões, 6 de dezembro de 1995.

Senador *Lúcio Alcântara*.

RESUMO DA TRAMITAÇÃO

Data de entrada: 6 de dezembro de 1995.

O PLS nº 320/95 foi despachado para a Comissão de Assuntos Sociais e a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal, no dia 6 de dezembro de 1995, ambas em caráter terminativo.

Em 18 de dezembro de 1995, o Senador Osmar Dias foi designado Relator do Projeto de Lei do Senado de nº 320/95, junto da Comissão de Assuntos Sociais.

Situação atual:

No dia 6 de fevereiro de 1996, o PLS nº 320/95 foi devolvido pelo Relator, com minuta de parecer pela aprovação com duas emendas que apresenta.

Em 21-11-96, na CCJ, foi designado o Senador Fernando Bezerra, como Relator.

2.4 -- Regulamentação dos planos de saúde

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 15, DE 1996

Regulamenta os planos de saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os planos de saúde regem-se por esta lei.

Art. 2º Para os efeitos desta lei adotam-se as seguintes definições:

I – assistência à saúde: conjunto de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a prevenção de doenças, as atividades de diagnóstico, a assistência médica, odontológica, de enfermagem e farmacêutica, os procedimentos terapêuticos e a reabilitação, bem como as ações similares, realizadas por profissional, técnico ou outro trabalhador ou ainda equipe de saúde, inclusive a indicação e colocação de órteses e próteses, compreendendo as ações executadas em regime ambulatorial, de internação hospitalar, de semi-internação ou a domicílio e as de resgate e transporte de acidentados, doentes e inválidos, bem assim cada um desses serviços, atos ou atividades, realizados isoladamente ou associados entre si;

II – assistência médica: conjunto de serviços de diagnóstico e recuperação da saúde, incluindo as atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como as ações similares, realizadas por profissional, técnico ou outro trabalhador ou equipe de saúde, inclusive a assistência farmacêutica e de enfermagem e a indicação e colocação de órteses e próteses, compreendendo as ações executadas em regime ambulatorial, de internação hospitalar, de semi-internação ou a domicílio e as de resgate e transporte de acidentados, doentes e inválidos, bem assim cada um desses serviços, atos ou atividades, realizados isoladamente ou associados entre si;

III – assistência odontológica: conjunto de serviços de diagnóstico e recuperação da saúde bucal incluindo as atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como as ações similares, realizadas por profissional, técnico ou outro trabalhador ou equipe de saúde bucal, inclusive a assistência farmacêutica e a indicação e colocação de órteses e próteses, compreendendo as ações executadas em regime ambulatorial, de internação hospitalar, de semi-internação ou a domicílio, bem assim cada um desses serviços, atos ou atividades, realizados isoladamente ou associados entre si;

IV – plano de saúde: contrato de prestação de serviços de assistência à saúde, em regime de pré-pagamento, que fazem entre si, por livre e espontânea vontade, uma pessoa física ou jurídica e uma empresa gerenciadora de planos, tendo como beneficiários, respectivamente, o indivíduo contratante e seus familiares ou dependentes, e seus empregados ou associados e seus dependentes;

V – plano de assistência médica: contrato de prestação de serviços de assistência médica, em regime de pré-pagamento, que fazem entre si, por livre e espontânea vontade, uma pessoa física ou jurídica e uma empresa gerenciadora de planos, tendo como beneficiários, respectivamente, o indivíduo contratante e seus familiares ou dependentes, e seus empregados ou associados e seus dependentes;

VI – plano de assistência odontológica: contrato de prestação de serviços de assistência odontológica, em regime de pré-pagamento, que fazem entre si, por livre e espontânea vontade, uma pessoa física ou jurídica e uma empresa gerenciadora de planos, tendo como beneficiários, respectivamente, o indivíduo contratante e seus familiares ou dependentes, e seus empregados ou associados e seus dependentes;

VII – empresas gerenciadoras de planos: empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços de assistência à saúde, de assistência médica ou de assistência odontológica;

VIII – empresa de medicina de grupo: instituição privada com fins lucrativos, prestadora ou intermediadora de serviços de assistência à saúde, que oferece planos de saúde, de assistência médica ou de assistência odontológica a empresas, organizações e associações e a indivíduos e famílias, em sistema de pré-pagamento, através de serviços próprios, com pessoal assalariado, ou de serviços de terceiros, contratados ou conveniados;

IX – cooperativa médica ou de trabalho médico: cooperativa de médicos ou de outros trabalhadores de saúde e ou de estabelecimentos de saúde que presta serviços de assistência à saúde, sob a forma de planos de saúde, de assistência médica ou de assistência odontológica, diretamente a empresas, organizações e associações e a indivíduos e famílias, em sistema de pré-pagamento, tendo os resultados financeiros da atividade revertidos aos cooperados;

X – beneficiário: pessoa que tem o direito ao serviço de assistência à saúde, de assistência médica ou de assistência odontológica no âmbito de um plano de saúde, de assistência médica ou de assistência odontológica;

XI – contratante: pessoa física ou jurídica que, através de documento legalmente válido, contratou o serviço de uma empresa gerenciadora de plano para a prestação de serviços de assistência à saúde, de assistência médica ou de assistência odontológica para si,

seus familiares e dependentes ou seus empregados ou associados e dependentes;

XII – postulante: pessoa física ou jurídica que postula, junto a uma empresa gerenciadora, a contratação de um plano de saúde, de assistência médica ou odontológica para si, seus familiares e dependentes ou para seus empregados ou associados e dependentes.

Art. 3º As ações e serviços de saúde prestados no âmbito de planos de saúde, planos de assistência médica e planos de assistência odontológica são desenvolvidos segundo as diretrizes previstas nos arts. 197 e 199, *caput* e §§ 2º e 3º, da Constituição Federal, obedecendo, ainda, aos seguintes princípios:

I – integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, exigidos para cada caso;

II – continuidade da assistência, significando que a assistência contratada não pode ser unilateralmente descontinuada;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – direito da pessoa assistida à informação sobre sua saúde e ao acesso aos dados referentes a ela e a sua família, quando eticamente permitido, registrados em prontuários médicos, bem como sobre a natureza da ação ou do serviço que lhe está sendo prestado, em forma adequada e clara;

V – liberdade de escolha do médico, do dentista e do serviço de saúde pelo beneficiário;

VI – liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos por parte do médico ou dentista;

VII – liberdade de escolha dos estabelecimentos hospitalares, laboratoriais e demais serviços complementares pelo beneficiário e pelo seu médico ou dentista assistente;

VIII – justa e digna remuneração dos trabalhadores de saúde assalariados, contratados ou conveniados.

Art. 4º As empresas gerenciadoras de planos de saúde, planos de assistência médica ou planos de assistência odontológica, organizadas sob a forma de empresa de medicina de grupo ou de cooperativa médica, são consideradas empresas prestadoras de serviços de saúde e caracterizadas como instituições privadas com fins lucrativos.

Art. 5º Os contratos que regulam as relações entre o contratante, os beneficiários e a empresa gerenciadora de plano de saúde, plano de assistência médica ou plano de assistência odontológica deverão obedecer as disposições dos arts. 46, 47, 48, 51 e 54 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, Código de Proteção e Defesa do Consumidor, e regerem-se por elas.

Art. 6º No caso de óbito do contratante, quando o plano conceder benefício também a seus familiares ou dependentes, a empresa gerenciadora do plano fica obrigada a manter a prestação, para esses, dos serviços contratados pelo período de seis meses, contado a partir da data do óbito do contratante, desde que as mensalidades ou prestações continuem a ser pagas pelos herdeiros ou sucessores do contratante e estes não manifestem formalmente vontade de rescisão do contrato junto à empresa gerenciadora do plano.

Parágrafo único. Na situação prevista no *caput* e transcorrido o prazo aí fixado, a empresa gerenciadora do plano fica obrigada a fazer contratos individuais de mesmo teor do anterior, com cada um dos beneficiários, a menos que estes se manifestem formalmente em contrário junto à empresa gerenciadora.

Art. 7º É vedada a estipulação de carências de qualquer natureza nos planos de saúde, planos de assistência médica e planos de assistência odontológica.

Art. 8º É facultada a exigência de realização de exame de saúde, prévia ao ingresso em plano de saúde, plano de assistência médica e plano de assistência odontológica, podendo seu resultado influir na aceitação de beneficiário postulante, nos valores das mensalidades e prestações e na responsabilidade assumida, ressalvado o disposto nos arts. 13 e 14.

§ 1º Esta exigência não é cabida no caso de contratação de plano coletivo por parte de empresas, sindicatos e associações em benefício de seus funcionários, associados e dependentes.

§ 2º O exame referido no *caput* poderá ser realizado, a critério da empresa gerenciadora do plano, em seus serviços próprios, em serviços contratados ou conveniados ou em serviços de livre escolha do postulante, correndo o ônus, em qualquer caso, para a empresa gerenciadora do plano.

Art. 9º O reajuste das prestações ou mensalidades dos planos de saúde, de assistência médica e de assistência odontológica só po-

derá ocorrer após um ano de vigência dos respectivos contratos ou de anterior reajuste, e será feito pelos índices de reajuste salarial.

Parágrafo único. No caso de o contratante ser um trabalhador autônomo, o reajuste será feito por índice a ser definido em regulamento.

Art. 10. Não poderá haver acréscimo no valor das prestações ou mensalidades em razão de idade de contratante ou beneficiário, bem como em razão de intensidade ou freqüência do uso dos serviços contratados, após cinco anos de contrato.

Art. 11. A renovação de contratos é automática, a menos que o contratante manifeste formalmente seu desejo de rescisão, junto à empresa administradora.

Art. 12. Os contratos não poderão conter cláusula que permita rescisão unilateral ou que, por qualquer modo, subtraia sua eficácia e validade, além das situações previstas em lei.

Art. 13. As empresas gerenciadoras de planos de saúde estão obrigadas a garantir, no âmbito dos planos de saúde que gerenciarem, o atendimento a todas as doenças, afecções, condições, estados, sinais, sintomas, lesões, traumatismos, transtornos, complicações, seqüelas e necessidades de assistência relacionados na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), não podendo impor restrições de qualquer natureza.

§ 1º As empresas referidas no *caput* não podem, igualmente, estabelecer restrição qualitativa ou quantitativa a procedimentos diagnósticos e terapêuticos indicados pelo médico ou dentista assistente.

§ 2º A obrigação de que trata este artigo não se aplica aos casos de:

I – tratamentos experimentais;

II – tratamentos de rejuvenescimento;

III – cirurgias plásticas não-restauradoras de função e tratamentos de emagrecimento cuja indicação seja puramente estética e cuja realização não seja essencial para o restabelecimento da saúde física e mental da pessoa, segundo parecer de dois médicos externos aos quadros da empresa gerenciadora do plano.

§ 3º No caso em que a gestante ou parturiente é beneficiária, o feto e o recém-nascido estão igualmente cobertos, nos mesmos termos do contrato que beneficia a mãe.

Art. 14. É permitido o oferecimento de planos especiais de assistência médica e de assistência odontológica.

§ 1º No caso de planos especiais de assistência médica, estão as empresas gerenciadoras do plano obrigadas, sem prejuízo do disposto nos §§ 1º e 2º do artigo anterior, a garantir o atendimento de todas as doenças, afecções, condições, estados, sinais, sintomas, lesões, traumatismos, transtornos, complicações, seqüelas e necessidades de assistência relacionados na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), sob códigos A00 a J99 e K15 a Z99, não podendo impor restrições de qualquer natureza.

§ 2º No caso de planos especiais de assistência odontológica, estão as empresas gerenciadoras do plano obrigadas, sem prejuízo do disposto nos §§ 1º e 2º do artigo anterior, a garantir o atendimento de todas as doenças relacionados na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), sob códigos K00 a K14, bem como todas as afecções, condições, estados, sinais, sintomas, lesões, traumatismos, transtornos, complicações, seqüelas e necessidades de assistência aí relacionados que afetem ou se reflitam na saúde bucal, não podendo impor restrições de qualquer natureza.

Art. 15. É vedada à empresa gerenciadora de planos estabelecer qualquer exigência que implique a revelação de diagnósticos e fatos de que o médico, o dentista ou qualquer outro membro da equipe de saúde assistente tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 16. As empresas gerenciadoras de planos de saúde, planos de assistência médica e planos de assistência odontológica terão, obrigatoriamente, de segurar ou ressegurar seus beneficiários contra:

I – a inadimplência do contratante desempregado, durante seis meses;

II – a internação prolongada, no caso de contratante trabalhador autônomo;

III – a preservação dos direitos do contratante numa nova empresa, em caso de falência ou extinção da empresa contratante original.

Art. 17. É condição indispensável para o licenciamento do pleno direito de exercício de suas ações, o registro da empresa gerenciadora de planos de saúde ou planos de assistência médica e de seus serviços próprios junto ao organismo de gestão estadual do Sistema Único de Saúde e ao Conselho Regional de Medicina com jurisdição na área de atuação de seus serviços.

Parágrafo único. As empresas gerenciadoras de planos de assistência odontológica farão seu registro e o de seus serviços próprios junto ao organismo de gestão estadual do Sistema Único de Saúde e ao Conselho Regional de Odontologia com jurisdição na área de atuação de seus serviços.

Art. 18. Sem prejuízo do cumprimento de outras exigências dos organismos de gestão do Sistema Único de Saúde e dos conselhos federais de Medicina e Odontologia, as empresas gerenciadoras de planos de saúde, planos de assistência médica e planos de assistência odontológica deverão nomear um Diretor Clínico.

Art. 19. Compete aos organismos de gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde e aos conselhos regionais de medicina e odontologia, no âmbito de suas atribuições legais e regimentais, exercerem a fiscalização da aplicação desta Lei.

Art. 20. A publicidade de planos de saúde, de assistência médica e de assistência odontológica reger-se-á pelo disposto nos arts. 36 a 38 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Art. 21. Os médicos e demais trabalhadores de saúde e os serviços de saúde conveniados ou credenciados pelas empresas gerenciadoras de planos de saúde e planos de assistência médica serão remunerados obedecendo os parâmetros fixados pela Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira.

§ 1º Os odontólogos e demais membros da equipe odontológica e os serviços de saúde e assistência odontológica conveniados ou credenciados pelas empresas gerenciadoras de planos de assistência odontológica, serão remunerados obedecendo os parâmetros fixados pela Tabela de Honorários da Associação Brasileira de Odontologia.

§ 2º O pagamento de honorários médicos e odontológicos será feito até trinta dias da entrega da fatura pelo profissional conveniado ou credenciado à empresa gerenciadora do plano.

Art. 22. As empresas gerenciadoras de planos de saúde, planos de assistência médica e planos de assistência odontológica ficam obrigadas a ressarcir o Sistema Único de Saúde dos custos decorrentes do atendimento dos beneficiários de seus planos, realizado em serviços próprios, contratados ou conveniados do Sistema Único de Saúde.

Art. 23. As infrações às disposições desta Lei ficam sujeitas, no que couber, ao regime de sanções administrativas previsto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, sem prejuízo das sanções de natureza civil e penal e das definidas nas normas específicas.

Art. 24. Os diretores, administradores, gerentes e fiscais das empresas gerenciadoras de planos responderão solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, em consequência do descumprimento desta Lei e outras normas e instruções emanadas de órgãos oficiais.

Art. 25. É crime:

I – fazer afirmação falsa ou enganosa, ou omitir informação relevante sobre natureza, características, condições, qualidade, quantidades e custo do plano contratado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa;

II – causar, por gestão ruínosa ou por meios fraudulentos, a falência ou insolvência da empresa gerenciadora, provocando a interrupção da assistência aos beneficiários:

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

§ 1º No caso do inciso I, incorrerá na mesma pena quem patrocinar a oferta.

§ 2º No caso de gestão ruínosa se o crime for culposo:

Pena – detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 3º Responderão pelo crime, na medida de sua culpabilidade, os diretores, administradores, gerentes e fiscais da empresa gerenciadora.

Art. 26. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 27. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Justificação

Cerca de 20 milhões de brasileiros são beneficiários de um plano de saúde, representando um mercado que se estima ser da or-

dem de três bilhões de dólares ao ano. Desse, 80% são trabalhadores e seus dependentes, beneficiários de planos de saúde coletivos contratados por suas empresas, sindicatos ou associações; os demais participam de planos individuais ou familiares.

Só as empresas de medicina de grupo, segundo dados publicados pela ABRANGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo, em dezembro de 1994, são responsáveis por 72 milhões de consultas médicas e 1,5 milhão de internações hospitalares por ano.

O número de associados e beneficiários de planos de saúde vem crescendo a um ritmo acelerado desde 1987, como solução buscada pelos trabalhadores e pelas classes médias para resolver seu problema de assistência médica, frente ao abandono do Estado de seu papel constitucional de provedor universal desses serviços.

Esta solução, no entanto, mostrou-se precária em bem pouco tempo e a imprensa passou a noticiar o grande volume de queixas e processos movidos junto aos órgãos de defesa do consumidor, contra as empresas prestadoras desses serviços pelos seus clientes, que se sentiam fraudados, enganados ou desatendidos.

As principais questões levadas a público e a juízo dizem respeito à cobertura restrita dos planos (que com freqüência excluíam, por exemplo, a assistência a doenças infecciosas e graves, os procedimentos de maior complexidade tecnológica, a assistência odontológica e a assistência farmacêutica), aos contratos com armadilhas, aos longos prazos de carência, ao rompimento unilateral de contratos e aos reajustes abusivos das prestações.

Contam-se aos milhares os usuários que já formalizaram reclamações contra a maioria dos cerca de 600 planos de saúde existentes no país. Em Brasília, São Paulo e Rio de Janeiro, as queixas contra planos de saúde estão entre as cinco primeiras causas de acionamento dos respectivos Procons, desde há cinco anos.

O mercado de serviços privados de saúde tem características especiais, se comparado com os mercados de serviços de outras naturezas: o consumidor não é soberano nem autônomo em decidir se e quando consumir serviços de saúde como propõe o paradigma clássico, mas tem de consumi-los quando precisa e, com muita freqüência, sem muitas alternativas quanto à escolha do fornecedor e o tipo e a natureza do serviço necessário que, na maior parte das ve-

zes, desconhece. Isto coloca o consumidor de serviços de saúde em uma relação de dependência com o prestador.

Essa peculiaridade torna necessária a intervenção do Estado na regulação desse mercado. A regulação das condições institucionais e técnicas e dos preços com que os serviços são oferecidos e prestados no mercado de serviços privados de saúde é uma das formas de atuação do Estado, necessárias para garantir que o atendimento da demanda se faça sem grandes distorções, em relação ao seu perfil epidemiológico e econômico-social.

Não conta nosso País com uma legislação que regulamente essa importante atividade. Todas as tentativas de regulamentá-la não prosperaram ou mostram-se insuficientes.

Em 1987, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro procurou, através de sua Resolução Cremerj nº 19/87, obrigar as empresas "que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médico-hospitalares" a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde, abrindo uma grande polêmica nacional sobre o assunto.

Essa resolução foi seguida de outra, do Conselho Federal de Medicina, do mesmo teor (Resolução CFM nº 1.401, de 11 de novembro de 1993), cuja eficácia encontra-se *sub judice*, como resultado de recurso impetrado pelas empresas gerenciadoras de planos.

O Poder Legislativo Federal também não ficou alheio a esse problema e várias proposições legislativas foram apresentadas às duas casas do Congresso Nacional sobre essa matéria, desde 1991.

Infelizmente, tratam de apenas alguns aspectos do problema, em especial a questão das coberturas, sem dar-lhe uma regulamentação abrangente.

O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, não têm tido a agilidade ou a possibilidade de propor tal regulamentação, apesar dos esforços que vêm dispendendo nesse sentido.

Tampouco a Subcomissão Especial para a Regulamentação de Planos e Seguros de Saúde, criada junto à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em maio deste ano, tem avançado significativamente no equacionamento do problema.

A proposição legislativa que ora apresento à consideração dos senhores senadores busca sanar essa falha em nossa legislação através de um projeto de lei abrangente, tratando dos princípios que devem reger a assistência à saúde oferecida no âmbito dos planos de saúde, das coberturas que esses devem prover, dos contratos sua natureza, carências, critérios de reajuste de mensalidades e rescisão, da remuneração do trabalho médico e das relações de trabalho nas empresas que vendem planos de saúde, do registro dessas empresas e das atribuições para sua regulamentação e fiscalização, do seguro e do resseguro e do ressarcimento do Sistema Único de Saúde pelo atendimento prestado a seus beneficiários nos serviços próprios, contratados ou conveniados do SUS.

Julgo, assim, oportuno a apreciação dessas normas para as quais peço a devida atenção dos nobres colegas do Senado Federal.

Sala das Sessões, 25 de janeiro de 1996.

Senador *Lúcio Alcântara*.

RESUMO DA TRAMITAÇÃO

Data de entrada: 25 de janeiro de 1996

O PLS nº 15/96 foi despachado no dia 25 de janeiro de 1996 para a Comissão de Constituição, Cidadania e Justiça e a Comissão de Assuntos Sociais, do Senado Federal, cabendo a esta última o caráter terminativo, nos termos do art. 49, alínea a do Regimento Interno.

A Comissão de Constituição, Cidadania e Justiça, no dia 12 de março de 1996, encaminhou o projeto para o Relator Senador Bernardo Cabral, para que este emitisse o seu parecer.

Situação atual:

No dia 27 de maio de 1996, o PLS nº 15/96 foi devolvido pelo Relator, com minuta de parecer pela aprovação, estando a matéria em condições de ser incluída na pauta de reunião da comissão.

Em 10-12-96 foi aprovado o parecer na Comissão de Constituição e Justiça. O projeto foi encaminhado, nesta mesma data, à Comissão de Assuntos Sociais, para exame em caráter terminativo.

2.5 – Regulamentação dos seguros-saúde

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 17, DE 1996

Regulamenta os seguros-saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os seguros-saúde regem-se por esta Lei, pelo Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, e pela Resolução nº 11/76, do Conselho Nacional de Seguros Privados, de 10 de agosto de 1976.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei adotam-se as seguintes definições:

I – assistência médica: conjunto de serviços de diagnóstico e recuperação da saúde, incluindo as atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como as ações similares, realizadas por profissional, técnico ou outro trabalhador ou ainda equipe de saúde, inclusive a assistência farmacêutica e a indicação e colocação de órteses e próteses, compreendendo as ações executadas em regime ambulatorial, de internação hospitalar, de semi-internação ou a domicílio e as de resgate e transporte de acidentados, doentes e inválidos, bem assim cada um desses serviços, atos ou atividades, realizados isoladamente ou associados entre si;

II – seguro-saúde: modalidade de seguro privado segundo a qual, mediante a assinatura de um contrato e o pagamento de um prêmio, tem o contratante o direito de ter suas despesas com assistência médica, bem como as de seus familiares ou dependentes, pagas, ressarcidas ou reembolsadas pela seguradora, correspondendo à denominação "Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar";

III – seguradora ou sociedade seguradora: empresa, cooperativa ou sociedade anônima que opera no ramo de seguros privados, regulado pelo Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, estipulante de seguro saúde;

IV – segurado: pessoa que tem o direito de ter seus gastos com assistência médica pagos, ressarcidos ou reembolsados por uma seguradora em decorrência de emissão de um bilhete ou de uma apólice válidos de seguro saúde.

Art. 3º A livre escolha do médico e do estabelecimento de saúde é condição obrigatória nos contratos de seguro-saúde.

Parágrafo único. As seguradoras que operem no ramo de seguro-saúde não podem prestar, vender ou intermediar serviços de assistência à saúde.

Art. 4º Os contratos que regulam as relações entre o contratante, o segurado e a seguradora estipulante de seguro-saúde deverão obedecer às disposições do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e regerem-se por elas.

Parágrafo único. O pagamento, ressarcimento ou reembolso das despesas de assistência médica e odontológica dependerão da apresentação de documentação médico-hospitalar que possibilite a comprovação da prestação do serviço.

Art. 5º No caso de óbito do contratante e de o seguro prever a cobertura também de seus familiares ou dependentes, a seguradora fica obrigada a manter, para esses, o seguro contratado pelo período de seis meses, contado a partir da data do óbito do contratante, desde que os prêmios tenham sido pagos ou as mensalidades ou prestações continuem a ser pagas pelos herdeiros ou sucessores do contratante e estes não manifestem formalmente vontade de rescisão do contrato junto à seguradora.

Parágrafo único. Na situação prevista no *caput* e transcorrido o prazo aí fixado, a seguradora fica obrigada a fazer contratos individuais do mesmo teor do anterior, com cada um dos segurados citados no *caput*, a menos que estes se manifestem formalmente em contrário junto à seguradora.

Art. 6º É vedada a estipulação de carência nos seguros-saúde.

Art. 7º É facultada a exigência de realização de exame de saúde, prévia à contratação de seguro-saúde, podendo seu resultado influir na aceitação de segurado, nos valores das mensalidades, prestações, taxas e prêmios e na responsabilidade assumida, ressalvado o disposto no art. 12.

§ 1º O exame referido no *caput* será realizado em serviço de livre escolha do postulante ao seguro, correndo o ônus para a seguradora.

§ 2º Esta exigência não é cabida no caso de contratação de seguro coletivo por parte de empresas, organizações e associações em benefício de seus funcionários, associados e dependentes.

Art. 8º O reajuste das prestações ou mensalidades e dos prêmios de seguros-saúde só poderá ocorrer após um ano de vigência dos respectivos contratos ou de anterior reajuste, e será feito pelos índices de reajuste salarial, ressalvado o disposto no art. 14 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

Parágrafo único. No caso de o contratante ser um trabalhador autônomo, o reajuste será feito por índice definido em regulamento.

Art. 9º Não poderá haver acréscimo no valor das prestações, mensalidades ou prêmios em razão de idade do contratante ou segurado após cinco anos de contrato.

Art. 10. A renovação anual de contratos é automática, a menos que o contratante manifeste formalmente seu desejo de rescisão, junto à seguradora, com a antecedência definida em contrato.

Art. 11. Os contratos e apólices não poderão conter cláusula que permita rescisão unilateral ou que, por qualquer modo, subtraia sua eficácia e validade, além das situações previstas em lei.

Art. 12. As seguradoras estão obrigadas a garantir, até o limite do capital segurado, no âmbito dos seguros de saúde que gerenciem, o pagamento, reembolso ou ressarcimento dos gastos com a assistência a todas as doenças, afecções, condições, estados, sinais, sintomas, lesões, traumatismos, transtornos, complicações, seqüelas e necessidades de assistência relacionados na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), não podendo impor restrições de qualquer natureza.

§ 1º As seguradoras não podem, igualmente, estabelecer restrição qualitativa ou quantitativa a procedimentos diagnósticos e terapêuticos indicados pelo médico assistente ou ao pagamento, reembolso ou ressarcimento desses.

§ 2º A obrigação de que trata este artigo não se aplica aos casos de:

- I – tratamentos experimentais;

II – tratamentos de rejuvenescimento;

III – cirurgias plásticas não-restauradoras de função e tratamentos de emagrecimento cuja indicação seja puramente estética e cuja realização não seja essencial para o restabelecimento da saúde física e mental da pessoa, segundo parecer de dois médicos.

§ 3º No caso em que a gestante ou parturiente é segurada, o feto e o recém-nascido estão igualmente segurados nos mesmos termos do contrato que segura a mãe.

Art. 13. É vedada à seguradora estabelecer qualquer exigência que implique a revelação de diagnósticos e fatos de que o médico ou demais trabalhadores da equipe de saúde assistente tenham conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 14. As seguradoras que operem no ramo de seguro-saúde terão, obrigatoriamente, de segurar ou ressegurar seus segurados contra:

I – a inadimplência do usuário desempregado, durante seis meses;

II – a internação prolongada, no caso de contratante trabalhador autônomo;

III – a preservação dos direitos do contratante numa nova empresa, em caso de falência ou extinção da empresa contratante original.

Art. 15. Compete à Superintendência de Seguros Privados, no âmbito de suas atribuições legais e regimentais, exercer a fiscalização da aplicação desta lei.

Art. 16. A publicidade de seguros-saúde reger-se-á pelo disposto nos arts. 36 a 38 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 – Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

Art. 17. As seguradoras operando no ramo de seguro-saúde ficam obrigadas a ressarcir o Sistema Único de Saúde dos custos decorrentes do atendimento de seus segurados, realizado em serviços próprios, contratados ou conveniados do Sistema Único de Saúde.

Art. 18. As infrações a esta lei estarão sujeitas, no que couber, às sanções administrativas com base nos arts. 108, 109, 111, 113, 115 e 119 a 121 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

Art. 19. É crime:

I – fazer afirmação falsa ou enganosa, ou omitir informação relevante sobre natureza, características, condições, qualidade, quantidades e custo do seguro-saúde contratado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa;

II – causar, por gestão ruínosa ou por meios fraudulentos, a insuficiência de reservas e de sua cobertura, vinculadas a garantia das obrigações da sociedade seguradora;

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

§ 1º No caso do inciso I, incorrerá na mesma pena quem patrocinar a oferta.

§ 2º No caso de gestão ruínosa, se o crime for culposo:

Pena – detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 3º Responderão pelo crime, na medida de sua culpabilidade, os diretores, administradores, gerentes e fiscais da seguradora.

Art. 20. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 21. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Justificação

Não existem estatísticas oficiais sobre o número de brasileiros que são segurados de um seguro-saúde nem do valor representado por esse mercado.

Instituído legalmente no País em 1966 pelos artigos 129 a 134 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que "Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências", mas somente implantado em 1977, quando a modalidade foi normalizada através da Resolução nº 11/76, do Conselho Nacional de Seguros Privados, o seguro-saúde é a modalidade de seguro que mais cresce no setor.

Desde sua implantação, o seguro-saúde vem apresentando crescimento positivo, com incremento real do volume de prêmios arrecadados, mesmo durante períodos de recessão. Ainda assim, até recentemente atraía relativamente poucos segurados.

A grande explosão do setor aconteceu em 1994, ano em que todo o mercado segurador brasileiro cresceu 64%, crescimento este no qual o seguro-saúde teve um peso muito importante.

Para o ano de 1995, os analistas do setor prevêm um crescimento da ordem de 25% do volume de prêmios arrecadados só com seguro-saúde, em relação a 1994.

Estima-se que pelo menos 10 milhões de brasileiros possuem hoje um seguro-saúde.

O número crescente de segurados – da mesma forma que o de beneficiários de planos de saúde – reflete a busca, pelos trabalhadores e pelas classes médias, de solução para seu problema de assistência médica, frente ao abandono do Estado de seu papel constitucional de provedor universal desses serviços.

Esta solução, no entanto, vem se mostrando nem sempre satisfatória, uma vez que vem crescendo o número de queixas e processos movidos, junto aos órgãos de defesa do consumidor, contra as seguradoras pelos seus clientes, que se sentem fraudados, enganados ou desatendidos.

As principais questões levadas a público e a juízo dizem respeito a coberturas restritas (que com freqüência excluía, por exemplo, a assistência a doenças infecciosas e graves, os procedimentos de maior complexidade tecnológica, a assistência odontológica e a assistência farmacêutica), aos longos prazos de carência, ao rompimento unilateral de contratos e aos reajustes abusivos das prestações e prêmios.

O mercado de serviços privados de saúde tem características especiais, se comparado com os mercados de serviços de outras naturezas: o consumidor não é soberano nem autônomo em decidir se e quando consumir serviços de saúde – como propõe o paradigma clássico –, mas tem de consumi-los quando precisa e, com muita freqüência, sem muitas alternativas quanto à escolha do fornecedor e o tipo e a natureza do serviço necessário – que, na maior parte das vezes, desconhece. Isto coloca o consumidor de serviços de saúde em uma relação de dependência com o prestador.

Essa peculiaridade torna necessária a intervenção do Estado na regulação desse mercado. A regulação das condições institucionais e técnicas e dos preços com que os serviços são oferecidos e prestados no mercado de serviços privados de saúde é uma das formas de atuação do Estado, necessárias para garantir que o atendimento da demanda se faça sem grandes distorções, em relação ao seu perfil epidemiológico e econômico-social.

A legislação que regulamenta essa importante modalidade de seguro mostra-se insuficiente, uma vez que aborda apenas desde o ponto de vista das "operações de seguro". Ora, como vimos, na modalidade de seguro-saúde as coisas, as pessoas, os bens, as responsabilidades, as obrigações, os direitos e as garantias seguradas devem

ser vistas também dentro dessa outra ótica a que nos referíamos e que decorre das peculiaridades tanto da coisa segurada como da natureza dos riscos cobertos.

Em 1987, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro procurou, através de sua Resolução Cremerj nº 19/87, obrigar as empresas "que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médico-hospitalares" – incluindo as seguradoras que operam no ramo de seguro saúde – a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde, abrindo uma grande polêmica nacional sobre o assunto.

Essa resolução foi seguida de outra, do Conselho Federal de Medicina, do mesmo teor (Resolução CFM nº 1.401, de 11 de novembro de 1993), cuja eficácia encontra-se *sub judice*, como resultado de recurso impetrado pelas empresas seguradoras e gerenciadoras de planos.

O Poder Legislativo Federal também não ficou alheio a esse problema e várias proposições legislativas foram apresentadas às duas Casas do Congresso Nacional sobre essa matéria, desde 1991.

Infelizmente, tratam de apenas alguns aspectos do problema, em especial à questão das coberturas, sem dar-lhe uma regulamentação abrangente.

O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, não tem tido a agilidade ou a possibilidade de propor tal regulamentação, apesar dos esforços que vem despendendo nesse sentido.

Tampouco a Subcomissão Especial para a Regulamentação de Planos e Seguros de Saúde, criada junto à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em maio deste ano, tem avançado significativamente no equacionamento do problema.

A proposição legislativa que ora apresento à consideração dos Senhores Senadores busca sanar essa falha em nossa legislação através de um projeto de lei abrangente, tratando das coberturas que os seguros-saúde devem prover, das apólices e contratos – sua natureza, carências, critérios de reajuste de mensalidades e prêmios e critérios para rescisão –, das atribuições para sua regulamentação e fiscalização, do resseguro, e do ressarcimento do Sistema Único de Saúde pelo atendimento prestado a seus segurados nos serviços próprios, contratados ou conveniados do SUS.

Julgo, assim, oportuna a apreciação dessas normas, para as quais peço a devida atenção dos nobres colegas do Senado Federal.

Sala das Sessões, 30 de janeiro de 1996.

Senador *Lúcio Alcântara*.

RESUMO DA TRAMITAÇÃO

Data de entrada: 30 de janeiro de 1996

O PLS nº 17/96 foi despachado no dia 31 de janeiro de 1996 para a Comissão de Constituição, Cidadania e Justiça, Comissão de Assuntos Sociais e a Comissão de Assuntos Econômicos, do Senado Federal, cabendo, portanto, a decisão terminativa à última Comissão distribuída, nos termos do art. 49, alínea a do Regimento Interno.

A Comissão de Constituição, Cidadania e Justiça, no dia 7 de março de 1996, encaminhou o projeto para o Relator, Senador Jefferson Peres, para que este emitisse o seu parecer.

Situação atual:

No dia 20 de maio de 1996, o PLS nº 17/96 foi devolvido pelo Relator, pela aprovação nos termos das Emendas nºs 1, 2 e 3 que oferece, estando a matéria em condições de ser incluída na pauta de reunião da comissão.

Em 16-10-96 foi aprovado o parecer na Comissão de Constituição e Justiça. O projeto foi encaminhado, nesta mesma data, à Comissão de Assuntos Sociais, para exame em caráter terminativo.

3 – RELATORIAS

CPMF

A emenda constitucional do Senador Antonio Carlos Valadares, propõe a criação de uma Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – CPMF – no valor de 0,25%, com duração prevista para dois anos. A expectativa de arrecadação é de 6 bilhões por ano, valores que vão completar o orçamento da Saúde e permitirão atingir metas mínimas de atendimento do SUS. No nosso entender, a breve existência prevista para a nova contribuição deixa bem claro que a sua criação não tem por objetivo o aumento da carga tributária global. A CPMF deverá oferecer uma solução transitória e emergencial para a dramática situação da área de saúde, enquanto não se encontram outras formas de financiamento. A minha esperança é que a Reforma Tributária dê uma saída definitiva para a situação calamitosa do sistema de saúde.

3.1 – Doação de órgãos

O substitutivo que oferecemos, resultado da apreciação de três projetos apresentados sobre o assunto pelos Senadores José Eduardo Dutra, Darcy Ribeiro e Benedita da Silva, prevê que todo cidadão é doador em potencial, respeitada a manifestação de vontade, expressa em vida, em documento de identificação. Com essa medida, no nosso entender, o problema da falta de órgãos para doação será reduzida, gerando uma economia para o Sistema de Saúde, que gasta anualmente, com a realização de diálises, R\$312 milhões.

Hoje o país tem 25 mil pacientes renais crônicos, dos quais 60% são elegíveis para o transplante. A cada ano são realizados apenas 1,3 mil transplantes renais nos 105 centros existentes para esse tipo de intervenção cirúrgica. Além dos doentes renais outros pacientes irão se beneficiar com a nova lei como os portadores de doenças no coração, fígado, pulmão, medula óssea e olhos.

O substitutivo contempla, ainda, com as sanções penais, consideradas insuficientes na Lei em vigência, aqueles que praticarem o tráfico, comércio ou retirada de órgãos de indigentes. Para assegurar o momento exato da retirada dos órgãos a serem doados, o substitutivo apresenta também o conceito sobre morte cerebral como critério legal para constatação de morte, formas e meios de diagnosticá-la. Sobre a doação entre pessoas vivas, que não é tratada na atual Lei de transplantes, o substitutivo obriga a concessão de autorização prévia judicial.

Um aspecto importante tratado no parecer é a obrigação de exames de prevenção de doenças transmissíveis nos doadores, protegendo os receptores de eventuais sabores depois das operações. Um outro ponto de relevância abordado é a exigência da realização de campanhas de esclarecimento à população sobre a nova Lei por parte do Executivo.

3.2 – Extinção progressiva dos manicômios

O nosso parecer ao projeto do Deputado Paulo Delgado, pretende contribuir para criação de um instrumento importante para reorganização da assistência psiquiátrica no país, em razão do papel disciplinador que exercerá sobre as leis estaduais que já se estão promulgando e, na qualidade de regra permanente, como prevenção de rupturas do processo e de seu retrocesso.

Ele contempla a preocupação, manifesta em correspondências, dos familiares dos doentes mentais, psiquiatras e organizações, com uma desinstitucionalização brusca. O documento oferece dispositivo que garante que esses pacientes serão objeto de políticas e programas de ressocialização. No documento, apresentamos ainda emendas sobre a responsabilidade da coordenação da reforma psiquiátrica em âmbito público e sobre prazo para início da vigência do projeto, além de previsão de recursos no Orçamento da União para substituição dos manicômios por assistência psiquiátrica.

As questões da internação compulsória e a prioridade de contratação e financiamento pelo setor governamental, de prestadores de serviço não-manicomiais, e a avaliação e aperfeiçoamento da Reforma Psiquiátrica também são apreciados em nosso parecer.

O projeto irá barrar o consumo de vultosos recursos públicos e privados que melhor seriam aplicados no desenvolvimento da rede de alternativas assistenciais e comunitárias preconizadas.

3.3 – Planejamento familiar

O substitutivo que apresentamos teve por objetivo garantir o direito do cidadão e assegurar os limites e as condições para uma assistência de saúde à mulher e ao casal, atendendo, ainda, antiga reivindicação da sociedade na luta pelo chamado direito reprodutivo. Resultando de amplos debates com os setores sociais, o parecer acautela-se de recomendar a esterilização indiscriminada, que poderia resultar em controle demográfico. O documento desestimula a esterilização, prevendo uma série de procedimentos anteriores à opção por métodos definitivos de contracepção.

Fica estabelecido o limite de 25 anos ou dois filhos vivos para a opção da esterilização definitiva, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Durante este período a pessoa interessada terá acesso a serviço de aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. O parecer inclui, ainda, penas para os que não atenderem aos dispositivos do projeto de lei.

3.4 – Piso salarial dos médicos e cirurgiões-dentistas

O projeto para elevação do piso salarial de médicos e cirurgiões-dentistas visava adequar o valor vigente de três mínimos para cinco mínimos. Enquanto relator da matéria, concordei com a proposta do projeto em razão da exigüidade do salário desses profissionais. Entendo que ainda não é um valor suficiente, mas se levar em conta a conjuntura econômica adversa em que se encontra o país, um piso mais elevado poderia, no momento, trazer conseqüências negativas no próprio mercado de trabalho dessas classes. Além do mais, a iniciativa se mostra oportuna por ter reflexos sociais importantes, no atendimento da população por estes profissionais que muitas vezes necessitam ter

mais de um emprego para garantirem sua sobrevivência com dignidade.

3.5 – Distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids

São indiscutíveis a relevância e a necessidade do PLS nº 158/96, que vem ao encontro de toda uma visão de saúde pública, defendida há muitos anos pelos profissionais do setor – tanto no meio acadêmico, como no meio de ações sanitárias – e devidamente cristalizada nas propostas da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, onde teve origem a proposta do Sistema Único de Saúde, há pouco mais de dez anos.

A recente X Conferência, realizada em Brasília, retomou as diretrizes anteriormente propostas, revelou a eficácia das experiências realizadas e apontou as carências existentes, ao constatar o desrespeito às linhas mestras do SUS. Apontou, igualmente, como urgente, a necessidade de implantação do SUS, para o enfrentamento das condições epidemiológicas de toda a população, ainda carente de atendimento.

Os pacientes portadores do HIV estão entre os grupos populacionais mais vulneráveis às patologias, dadas as peculiaridades dessa doença, que já se transformou numa pandemia, cuja abrangência comporta e exige uma ação coordenada de todos, e de cada país onde ela se apresenta.

Somente uma ação rápida e efetiva, na busca da prevenção – o que já vem sendo feito, em nosso País – e do controle – em termos epidemiológicos – poderá trazer resultados, senão imediatos, ao menos positivos no que concerne à terapêutica e à proteção da saúde de pessoas.

É, portanto, um projeto humanitário, com uma carga de solidariedade considerável, pois prevê a obrigatoriedade da distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e pacientes de AIDS.

Poder-se-ia perguntar: por que não assegurar esse mesmo direito para todas as doenças? Porque, realmente, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida é um dos grandes flagelos da humanidade, não só por debilitar e matar rapidamente as pessoas, como pelo fato do tra-

tamento ser extremamente oneroso, com o qual os doentes não têm condições de arcar.

Por tudo isso, não podemos nos permitir à indiferença.

3.6 – Jornada de trabalho dos médicos e dentistas

Oriundo do Poder Executivo o Projeto de Lei da Câmara nº 58, de 1996 tem por finalidade dispor sobre a jornada de trabalho de Médico, Médico de Saúde Pública, Médico do Trabalho e Médico Veterinário, da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais.

Quanto ao mérito, nada há a opor dadas as convincentes razões apresentadas na Exposição de Motivos que acompanha a Mensagem Presidencial. Na verdade, o projeto trata de adequar a situação desses servidores a recentes decisões do Tribunal de Contas da União no tocante à percepção de dois vencimentos por médicos veterinários, médicos do trabalho, médicos da saúde pública e odontólogos. Nesse sentido, além de meritório, o projeto necessita de aprovação urgente a fim de dar cumprimento às decisões daquela Corte.

No que tange à juridicidade e constitucionalidade da matéria, não há reparos a fazer. O Senhor Presidente da República exercitou a prerrogativa que lhe confere o art. 61 da Constituição Federal ao enviar a Mensagem nº 698/95 e ao submetê-la à deliberação do Congresso Nacional.

Por outro lado, o Projeto diz respeito aos servidores públicos, matéria que deve ser disciplinada em lei ordinária. É, portanto, competência da União, sobre a qual cabe ao Congresso Nacional legislar, conforme prevê o art. 48 da Constituição Federal. A iniciativa do processo legislativo, no caso, é privativa do Presidente da República (art. 61, § 1º, II, c, da Lei Maior).

Pelo exposto, opinamos pela aprovação do Projeto de Lei da Câmara nº 58, de 1996 na forma do Substitutivo aprovado pela Câmara dos Deputados.

4 – CONFERÊNCIAS

4.1 – O Mercosul e a política de medicamentos no Brasil

O Mercosul é um processo de integração de mercados que permitirá, através da eliminação de barreiras alfandegárias e da livre circulação de pessoas, bens, capitais e serviços entre as nações signatárias do Tratado, um incremento comercial entre elas.

Espera-se que a competição empresarial para a colocação de seu produto em outro país do mercado, aumentando a quantidade e a qualidade dos bens oferecidos, gerará, internamente, aumento de postos de trabalho, busca de melhor qualificação da mão-de-obra e, em decorrência, desenvolvimento social.

Sobre a política de medicamentos, os países envolvidos têm enviado esforços no sentido de igualar as diferenças existentes em relação a padrões de produção, comercialização e fiscalização de medicamentos produzidos e consumidos na região, um processo trabalhoso, com muitas idas e vindas, mas já bastante adiantado.

(Conferência realizada no Seminário Estadual de Assistência Farmacêutica.)

Fortaleza (CE), 9 de setembro de 1995.

4.2 – A saúde brasileira

Traz-me aqui a preocupação com o momento difícil que passa o setor saúde em nosso país e a necessidade de compartilhar o trabalho que vimos realizando no Senado Federal, no sentido de minorar esta crise.

Somos, entre os países de nível de desenvolvimento semelhante, o que menos gasta com saúde. Na América Latina, apenas a Venezuela investe menos que nós.

A situação que hoje se delinea é a de redução significativa tanto da qualidade quanto da quantidade das ações e dos serviços de saúde a disposição da população e que só se iniciará a reverter com o aporte extraordinário de recursos.

Tenho certeza de que este é um momento crítico e de que o esforço renovado de todos pode ainda reverter o quadro sombrio que hoje constatamos.

No Congresso Nacional poderá o Setor Saúde contar com aliados.

(Pronunciamento realizado na Sessão de Abertura da 5ª Assembléia Ordinária do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – Salvador, Bahia, 22 de setembro de 1995)

4.3 – Gravidez na adolescência: uma abordagem médico-legal

A gravidez na adolescência tem se afigurado, atualmente, como um dos mais difíceis problemas sociais e de saúde pública.

Sendo a gravidez na adolescência sempre de alto risco, tanto para a mãe como para o conceito, já se pode inferir o custo financeiro e social que isto representa para o País. Para se ter uma idéia, as complicações da gravidez, parto e puerpério estão entre as dez principais causas de óbito das adolescentes brasileiras, sendo a sexta causa de morte entre as adolescentes *strictu sensu*, isto é, com idade entre 15 e 19 anos.

Embora a gravidez na adolescência seja um problema que transcenda os limites da esfera da saúde pública, os instrumentos de que dispomos dentro desta, para combatê-lo, situam-se indubitavelmente no âmbito da educação sanitária.

Um programa de educação sexual ancorado em nossa realidade sócio-cultural e econômica poderá advir daí, diminuindo, em grande parte, a extensão e conseqüências adversas deste relevante problema sanitário e social.

(Palestra proferida no "Encontro de Parlamentares: Desafios ao Comprometimento Político", realização Bemfam, Fortaleza, 20 de outubro de 1995.)

4.4 – O HGF em busca de soluções

A premissa para a Autonomia de Gestão é que o Estado manifeste o interesse em fazer funcionar os estabelecimentos públicos de

saúde com qualidade e eficiência. Neste caso, existem várias formas e soluções jurídicas para organização dos serviços hospitalares e numerosos instrumentos gerenciais aptos a realizar uma eficaz administração hospitalar.

(Moderador da mesa *Autonomia de Gestão*. Hospital Geral de Fortaleza.)

Fortaleza(CE), 12 de dezembro de 1995.

4.5 – Discriminação do uso de entorpecentes: as modificações no Código Penal

Somos conscientes da magnitude que o problema das drogas representa para o Brasil. Mas, infelizmente, a maioria da população ainda não se apercebeu do que pode acontecer em sua própria casa, com seus filhos, pais, irmãos, cônjuges, namorados...

Destacamos a importância de uma atuação cada vez maior do Estado em campanhas esclarecedoras da opinião pública e no tratamento de quem quer se ver livre dos efeitos do uso das drogas, pois, muitos, repetimos, não têm consciência do problema e, outros, não têm condições para pagar os altos custos de uma internação.

(*I Seminário Estadual Sobre o Uso Indevido de Drogas*. Promoção Câmara Municipal de Fortaleza.)

Fortaleza (CE), 22 de março de 1996.

4.6 – Transplante de órgãos e tecidos: o caso da legislação brasileira

A tecnologia de transplante de órgãos resultou de estudos experimentais realizados no início do século, ressaltando-se o trabalho pioneiro de Alexis Carrel, reconhecido ao ser-lhe concedido o Prêmio Nobel de 1912. No entanto, ela só se desenvolveu suficientemente a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, tornando-se, atualmente, uma prática universalmente disponível.

Um dos argumentos mais frequentemente apresentados contra a adoção do princípio da doação presumida ou do consentimento presumido é o de que "o principal problema" para a realização de um maior número de transplantes no Brasil não radica na falta de

doadores, mas no insuficiente desenvolvimento material e tecnológico, isto é, na falta de organização do sistema de saúde e de serviços aparelhados para isto.

O problema exige um conjunto articulado de estratégias e ações para seu bom equacionamento. Daí a afirmação de que estamos, aqui, frente a um falso dilema: não se trata de ou melhor organizar o sistema ou adotar o princípio da doação presumida. Trata-se de fazer as duas coisas; e, em termos do tipo de requerimento exigido para esclarecer o consentimento do doador, o princípio da doação presumida ou consentimento presumido é, sem dúvida, o que melhor permite aumentar a oferta de órgãos.

(Debate promovido pela Academia Nacional de Medicina. Participantes: Senador Lúcio Alcântara, Professor Silvano Raia, Professor Ernani Aboim, Professor Sérgio Agnaga. Rio de Janeiro, 13 de abril de 1996.)

(Debate promovido pela Câmara Municipal de Fortaleza.)

Fortaleza (CE), 3 de maio de 1996.

(Simpósio "DOAÇÃO DE ÓRGÃOS ASPECTOS ÉTICOS, LEGAIS E SOCIAIS". Promoção Programa de Transportes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre (RS), 18 novembro de 1996.)

4.7 – O Poder Legislativo e a formulação de políticas públicas no campo da saúde reprodutiva no Brasil

Está ficando lugar comum falar que o Brasil vai muito mal de saúde, mas infelizmente isto é verdade. No caso particular da saúde reprodutiva de nossa população, a situação não é diferente.

Ainda há muito o que fazer para impulsionar a saúde reprodutiva da população brasileira para patamares mais elevados. O principal desafio tem sido carrear mais recursos para o setor saúde e, dentro dele, corrigir as distorções que historicamente se acumularam.

A participação do Poder Legislativo na formulação de políticas públicas, nessa área, se faz de forma crescente desde a redemocratização do País e, por meio do Congresso Nacional, das assembleias legislativas e das câmaras municipais de vereadores, a presença dos setores interessados tem encontrado um canal aberto para buscar alternativas.

(Sessão de Abertura do *Encontro Anual da Fundação MacArthur*)

Beberibe, Ceará, 3 de agosto de 1996.

4.8 – A legislação do Sistema Único de Saúde no Brasil e o papel do Congresso Nacional

Lembro que o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde foi construído no Congresso Nacional – como não podia deixar de ser – como reflexo e coroamento dos movimentos sociais pela democratização da saúde e das recomendações das conferências nacionais de saúde, em especial da 7ª a 9ª.

A contribuição do Congresso Nacional não tem se restringido a sua atribuição legislativa. No desempenho de suas funções constitucionais, de fiscalização e controle, tem estado ao lado do povo brasileiro e, neste sentido, são exemplares as quatro comissões parlamentares de inquérito que investigaram a esterilização em massa de mulheres ocorrida no País (em 1993), as irregularidades do Inamps /SUS (em 1994) e as tragédias de Caruaru e da Clínica Santa Geneveva (em 1996).

(Exposição durante a *X Conferência Nacional de Saúde.*)

Brasília (DF), 3 de setembro de 1996.

4.9 – Alternativas para a política de saúde no Brasil

Não há dúvida, para todos os que estão envolvidos com a Reforma Sanitária, que vivemos mais um momento crítico desse processo, não existindo outro caminho possível que não o da sustentação do processo de reorganização do Sistema Único de Saúde, nem existe outro resultado aceitável que sua completa implantação em todo o território nacional.

As alternativas para a política de saúde nesse momento consistem, assim, na retomada dos princípios que nortearam a construção do SUS – universalidade, equidade e integralidade – e a luta pelo cumprimento da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde.

Assim, as novas funções necessárias para o Ministério e as secretarias estaduais de saúde devem, prioritariamente, ser a de coo-

peração técnica e financeira. A própria função de normalização deve ser compartilhada com o nível local, para permitir que iniciativas inovadoras aí emergentes sejam incorporadas, melhor adequando a organização de serviços às necessidades sociais.

(Mesa-redonda XII Outubro Médico. Centro Médico Cearense.)

Fortaleza (CE), 21 de outubro de 1996.

(Mesa-Redonda A Questão da Saúde no Brasil e no Ceará. Associação Cearense de Formação de Governantes. Escola de Formação de Governantes. Assembléia Legislativa do Estado do Ceará.)

Fortaleza (CE), 21 de outubro de 1996.

5 – PRONUNCIAMENTOS

5.1 – Dia Nacional da Saúde

Venho hoje à tribuna para falar sobre os problemas desse setor, que é de vital importância para a vida nacional.

Todos sabemos e reconhecemos a determinação que as condições econômicas e sociais têm sobre a saúde do nosso povo. Constituído-se em um termômetro preciso das condições de vida da população brasileira, as taxas de mortalidade infantil, de desnutrição, de cobertura vacinal, de mortalidade materna, de saneamento básico e tantas outras, nos permitem ver quão dramático é o quadro que retrata as condições de vida da grande maioria dos brasileiros.

A saúde pública brasileira está gravemente enferma! E essa enfermidade vem de longa data. Sua recuperação vem exigindo uma grande atenção do Governo Federal e dos governos estaduais e municipais. Nosso sistema de saúde sofre de males crônicos, dentre os quais destacam-se a escassez de recursos, o desperdício e a falta de racionalidade na utilização das poucas verbas de que o setor dispõe e a existência de fraudes.

Não podemos virar o milênio sem melhorar as condições de saúde de nosso povo.

(Brasília, 8 de agosto de 1995)

5.2 – Saúde da mulher

A luta das mulheres em defesa dos seus direitos e contra a discriminação secular de que têm sido vítimas em todo o mundo representa, sem dúvida, a mais significativa revolução cultural neste nosso século, com a luta que, em busca da igualdade das chamadas condições de gênero, não apenas despertou o mundo para o triste fenômeno da discriminação contra as mulheres, mas conseguiu também significativas vitórias na desmistificação de uma situação de injustiça que atinge teoricamente a metade da população do planeta.

Mas ainda é pouco. É preciso muito mais. É preciso que se eliminem as barreiras legais que ainda levam tantas mulheres a situações de injustiça, ao lhes tolher direitos, ao lhes impedir ou dificultar a posse pura e simples de bens, ao alijá-las do direito de tomar decisões, ao impedir-lhes a locomoção, ao criar barreiras que as impedem de se realizar como pessoa, ao lhes proibir, enfim, o acesso aos mesmos direitos que são reconhecidos ao lado masculino da espécie humana.

Em relação à saúde, mais de 500 mil mulheres morrem todos os anos em função de complicações no parto e de má qualidade dos serviços de assistência reprodutiva. O Brasil é o campeão em cesarianas: 32% de todos os partos. A Organização Mundial de Saúde aceita como razoável até 15% dos partos por cesariana. O Brasil tem o dobro desse percentual definido pela OMS como parâmetro aceitável. Para isso concorrem muitas causas, como o grande contingente de mulheres que vai ao parto sem ter feito um pré-natal, sem ter tido assistência à gestação, ou seja, em condições adversas para o parto. Muitas vezes, em decorrência de uma situação financeira difícil, essas mulheres também têm problemas de saúde e de desnutrição. Aliado a esses problemas, há também o fato de que os médicos, a assistência contratada pelo Sistema Único de Saúde, induz à realização de cesarianas, o que nos dá um percentual muito elevado desse número.

No Brasil, estima-se em 1.400 mil o número de abortos por ano, um dado realmente impressionante. Na medida em que o Governo não tem um programa de saúde para mulher bem definido, bem concebido e bem implementado, a mulher depara-se com essas situações extremamente difíceis, que têm como conseqüência o agravamento da sua saúde.

(Brasília, 28 de agosto de 1996)

5.3 – Assistência médica no Brasil

Em mais de uma oportunidade tenho ocupado a tribuna desta Casa para abordar questões ligadas à saúde, à assistência médica no País. E tenho-me referido, nessas ocasiões, nessas intervenções e nesses debates, à chamada indústria da saúde ou os negócios da saúde.

Eles representam, no nosso País, um setor onde os investimentos são vultosos, onde as despesas são grandes. Portanto, há um grande dinamismo econômico, uma grande soma de recursos envolvida nessa chamada indústria da saúde.

A remuneração do trabalho médico e as relações de trabalho nas empresas de plano de saúde, as tabelas são muitas vezes vis, remuneram mal os seus profissionais, criando conflitos trabalhistas que vêm em detrimento do interesse do segurado.

Fala-se muito, agora, em reduzir o âmbito da intervenção do Estado, em tirá-lo da intervenção direta na área econômica, em acabar com o Estado-empresário. Isso sim, mas deve surgir o Estado-social, o Estado que cuida com atenção, com diligência e eficiência da educação, da saúde, da segurança, do combate à violência.

Ou acudimos essa massa de miseráveis que não tem nenhum tipo de assistência médica, não recebe nenhum tipo de atenção médica, ou caminharemos para uma situação realmente desonrosa para nós, brasileiros.

(Brasília, 15 de setembro de 1996)

5.4 – O Sistema Único de Saúde

Fiz a minha carreira como médico no serviço público. Não tenho vínculos de qualquer natureza, próximos ou remotos, com a iniciativa privada que milita como prestadora de serviço ao Sistema Único de Saúde.

O que gostaria de comentar, nesta hora, é que há notoriamente adversários do Sistema Único de Saúde, porque desde a sua instituição, na Constituição de 1988, não só não pôde se completar na sua estruturação, como as crises financeiras vulneraram o sistema, na medida em que o seu financiamento ficou muito a dever, apesar da Constituição, no capítulo da Seguridade Social, ter estabelecido claramente quais eram as fontes de receita do sistema. Fontes que foram desviadas para outras finalidades que não dizem respeito exatamente à prestação da assistência médica e ao financiamento das atividades de saúde.

O SUS tem um conteúdo que é fascinante, que é justamente um caminho para o controle social: os conselhos estaduais, os con-

selhos municipais, onde se possa acompanhar o destino das verbas, para saber quem está recebendo, quanto e por que está recebendo, se deve recebê-las e quais são as prioridades dessas comunidades. Evidentemente, num país com as potencialidades que o Brasil tem, esse não é um caminho fácil de trilhar, porque implica mudanças comportamentais, em atitudes que devem ser modificadas.

(Brasília, 27 de setembro de 1996)

5.5 – Hospital Universitário – Apelo

Desejo informar sobre mais um capítulo dessa já longa tragédia da Saúde no Brasil.

Hoje, às 10 horas, em Fortaleza, uma assembléia da comunidade universitária, com apoio de lideranças comunitárias e lideranças políticas da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, Câmara de Vereadores, cerrou as portas do Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará. Com isso, fecha-se um importante centro de atendimento médico-hospitalar.

Mantive contato com o Ministério da Educação, e este se declarou impotente para resolver o problema. A situação da Universidade Federal do Ceará não é privilégio dela, mas se reproduz, com maior ou menor gravidade, em todos os hospitais do País.

Clamamos, portanto, por uma solução para esse angustiante problema.

(Brasília, 5 de outubro de 1996)

5.6 – Deficiência física no Brasil

Quero, hoje, lembrar o já sabido. Repetir o óbvio. Porque o óbvio, no tumulto da vida cotidiana, corre o sério risco de passar a segundo ou terceiro plano. Ou ficar coberto por um manto de esquecimento.

Falo do exercício da cidadania. É o instrumento mais poderoso de que uma sociedade pode lançar mão para tornar-se mais justa e democrática.

Todos sabemos – mas peço permissão para repetir – que uma sociedade não é mais cidadã por ser mais poderosa. Ao contrário. É a prática de direitos e deveres que enriquece uma nação ao tornar o indivíduo mais solidário e o governo mais eficiente.

Lembro esse conceito tão importante na vida em sociedade para associá-lo às pessoas portadoras de deficiência. É um contingente considerável: 10% da população brasileira.

Traduzindo: 15 milhões de pessoas. Esse número representa meia Argentina. Os deficientes de nosso País poderiam povoar metade do território do país vizinho.

(Brasília, 13 de outubro de 1996)

5.7 – Hospital Universitário – Desigualdade

Existe uma desigualdade de tratamento orçamentário por parte do Ministério da Educação em relação aos diferentes hospitais de ensino superior que estão, como se sabe, sob sua alçada administrativa.

Solicitei um levantamento no Orçamento de 1995 e verifiquei que a queixa tem absoluta procedência. Há, realmente, uma desigualdade de alocação de recursos para aqueles hospitais de ensino que é de difícil explicação.

Esses números variam muito. Por exemplo, no pequeno, mas bravo Estado de Sergipe, o Hospital das Clínicas tem uma dotação no Orçamento deste ano, que se encontra em execução, de R\$665 mil, já tendo sido liberado, até agora, R\$557 mil.

Quanto ao Hospital da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, tem uma dotação de R\$85 milhões; o da Universidade Federal do Ceará, que se encontra fechado, tem uma dotação total de R\$8,9 milhões.

Como se vê, há uma discrepância de tratamento muito grande feita pelo MEC no Orçamento a esses diferentes hospitais de ensino. Ainda que se queira admitir algum tipo de parâmetro que levasse em conta, por exemplo, número de leitos, é tão grande a diferença que, de fato, demonstra haver uma discriminação, tornando praticamente inviável o funcionamento de hospitais de ensino que recebem dotações tão insignificantes.

Espero que, em uma reunião que acontecerá amanhã entre autoridades dos Ministérios da Saúde e Educação, resulte algum entendimento que permita o estabelecimento de algumas linhas de ação que possam reabrir os hospitais de ensino. Não há como se imaginar o funcionamento de uma faculdade de medicina, ou de um curso de medicina, em bases respeitáveis e científicas, sem o funcionamento do seu hospital universitário.

(Brasília, 16 de outubro de 1996)

5.8 – CPMF

Votando, favoravelmente, em segundo turno, à instituição dessa contribuição, o Senado estará cumprindo com seu dever, com as suas responsabilidades, dando uma resposta às angústias dos brasileiros que não têm outra forma de receber assistência médica, cuidados médicos, a não ser se providos pelo Estado. Por isso mesmo, por não termos outras fontes de recursos que possam acudir a essa necessidade, é que o Senado toma sobre seus ombros a responsabilidade de instituir esta contribuição.

Há assuntos que são de natureza puramente privada, mas há outros para com os quais o Governo tem responsabilidades públicas das quais não pode se furtar. Neles estão a saúde, a educação, a segurança pública e outros tantos itens.

A aprovação da CPMF significa uma homenagem aos milhões de brasileiros – crianças, adultos e idosos – excluídos de todo o sistema econômico e social, que necessitam urgentemente desse tipo de atenção do poder público brasileiro.

(Brasília, 8 de novembro de 1996)

5.9 – Dia Mundial de Luta Contra a Aids

A celebração, no dia primeiro de dezembro, do Dia Mundial de Luta Contra a Aids impele-nos a uma necessária reflexão a respeito dessa que já é apontada como a principal pandemia deste século.

A doença, identificada há não mais de quinze anos, vem-se alastrando com velocidade assustadora. Dados recentes da Organi-

zação Mundial de Saúde (OMS) estimam o número de pessoas infectadas pelo HIV no planeta em dezenove e meio milhões, dentre as quais um milhão e meio de crianças. O mais alarmante, porém, é a projeção de que esse número mais que duplicará nos próximos cinco anos! No ano 2000, serão quarenta milhões de pessoas infectadas no mundo inteiro! E, como sempre acontece, o ônus mais pesado será suportado pelos pobres: nada menos de noventa por cento desses quarenta milhões de vítimas estarão nos países em desenvolvimento!

Trata-se de um vírus particularmente insidioso e de difícil combate.

A Aids é um inimigo tenebroso que, por enquanto, só podemos combater pela via da prevenção. Investir mais e mais na conscientização da população; engajar a comunidade na tarefa de multiplicar as informações. Essa é a única maneira de diminuir a disseminação da epidemia. Esse é o dever do Governo Federal.

(Brasília, 5 de dezembro de 1996)

5.10 – Mortalidade infantil

Gostaria de comunicar a esta Casa que, no final de 1995, de acordo com o relatório do Programa de Agentes de Saúde, divulgado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, houve uma queda da taxa de mortalidade infantil no Estado, mostrando uma tendência que vem se verificando desde o primeiro governo Tasso Jereissati.

Sabemos que a taxa ainda é alta e reflete uma situação social constrangedora, que levará gerações para ser sanada.

A nota importante é que a mortalidade caiu sem a necessidade de medidas caras e sofisticadas, o que mostra que os vergonhosos índices de mortalidade infantil brasileiros podem ser melhorados a curto prazo, como acontece no Ceará.

Fundamentalmente, foram adotadas duas medidas básicas, ou seja, o aleitamento materno e o soro oral. Ambas serviram para prevenir a desidratação, principal fator de mortalidade nas diarreias infantis.

Através desses comentários, é possível concluir que o enfrentamento da miséria exige uma decisiva vontade política. É possível re-

duzir a mortalidade infantil a taxas irrisórias, se de fato houver um interesse concreto.

O Governo do Ceará nos dá um exemplo, através de decisões e de ações continuadas, de poder interferir com determinação nos problemas sociais básicos, como é o caso da mortalidade infantil.

(Brasília, 17 de janeiro de 1996)

5.11 – Doação de órgãos

Repito um bordão muito comum nesta Casa, o de que a matéria que vamos votar é importante. Todas o são. O objetivo é que cada um possa decidir com segurança sobre o voto que dará sobre a matéria.

É o de substitutivo que apresentei a três projetos de autoria dos nobres Senadores Darcy Ribeiro, José Eduardo Dutra e Benedita da Silva, que tratam de regulamentar matéria relativa à extirpação de órgãos de cadáveres para transplantes em pessoas vivas que deles necessitem.

Do exame desses três projetos e de algumas idéias que pude recolher junto a diferentes instituições, elaborei um substitutivo contendo tópicos importantes. Pela lei em vigor, que data de novembro de 1992, para que alguém seja doador ou para que seja possível retirar algum órgão do cadáver visando a fazer o transplante, há necessidade de que essa autorização esteja expressa num documento: a carteira de identidade ou a carteira de habilitação.

Se acatada a nossa proposição, que consta do projeto substitutivo, bem como do projeto do Senador Darcy Ribeiro e do projeto do Senador José Eduardo Dutra, nós iríamos inverter a situação, isto é, todos nós seríamos doadores, a não ser que, em vida, fizéssemos inscrever, ou na carteira de habilitação ou na carteira de identidade, o fato de que não somos doadores de órgãos. É, portanto, o princípio da doação presumida. Na expressão do Senador Darcy Ribeiro, os omissos seriam doadores.

(Brasília, 29 de fevereiro de 1996)

5.12 – Banco de Olhos

Precisamos tudo fazer, tanto do ponto de vista legal como jurídico, pela sua organização e pela melhoria dos serviços de saúde no País, para que possamos acelerar o número de transplantes feitos anualmente no País. O projeto tem grande alcance social.

Em relação às córneas, por exemplo, não há como aceitar passivamente o fato de não se fazer mais do que 2.500 transplantes no País – que é um número pequeno. O pior é ainda importarmos córneas que, muitas vezes, são doadas por países estrangeiros, os quais nos enviam como colaboração humanitária.

Por tudo isso, devemos registrar a aprovação desse projeto pelo Plenário do Senado, se isso vier a acontecer, como espero que ocorra, para que a matéria possa ser reexaminada pela Câmara, em face das alterações que aqui sofreu, como uma grande conquista que estamos fazendo, e aproveitar para louvar a iniciativa da então Deputada e hoje Senadora, nossa Colega, Benedita da Silva.

(Brasília, 2 de maio de 1996)

5.13 – Seguros-saúde e planos de saúde

Desejo comentar a anunciada disposição do Governo de liberar os preços dos seguros-saúde e dos planos de saúde.

Isso nos preocupa muito, porque, embora admita que nesse campo as leis de mercado devam reger a limitação de preços e a oferta de produtos aos consumidores, entendo que isso é fruto da distorção de nosso sistema de saúde. Por quê? Porque penso que o primeiro dever do Governo seria oferecer serviços de saúde a toda a população, como manda a Constituição Federal – universalização dos serviços de saúde. Somente aqueles que o desejassem – por uma razão ou por outra – e que tenham recursos para tal poderiam buscar a medicina privada, diretamente ou sob a forma de contratação de serviços e planos de saúde.

Calcula-se que já existam cerca de 40 milhões de brasileiros associados a esses planos de saúde, a esses seguros de saúde. Todos os dias lemos na imprensa e temos notícias de casos de pessoas que se julgam desprotegidas e, em algumas situações, até le-

sadas por essas empresas. Quero deixar bem claro que há necessidade de se regulamentar isso, de maneira a proteger o consumidor.

(Brasília, 2 de maio de 1996)

5.14 – Dia Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde instituiu o dia 7 de abril como o Dia Mundial da Saúde. No último domingo, a data ensejou reflexões das autoridades e da sociedade sobre as condições de vida, de saúde e bem-estar das populações, nos mais diversos países.

Este ano, o Dia Mundial da Saúde foi dedicado à reflexão sobre o grande esforço que precisa ser feito para a adoção de políticas públicas que ofereçam aos cidadãos melhor qualidade de vida no meio urbano, tendo por *slogan* "Cidades Saudáveis para Viver Melhor".

Já nesta década em que vivemos, a saúde de um imenso número de cidadãos de países em desenvolvimento vem sendo ameaçada pela desnutrição, pela falta de saneamento básico e pelas más condições de habitação, pelo deficiente tratamento dos detritos, e o mais grave é que essa situação tende a piorar ainda mais com o progressivo crescimento da população e o preocupante inchaço dos grandes centros urbanos.

Um grande esforço precisa ser feito para enfrentar eficazmente os graves problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida do povo brasileiro, mediante a adoção de políticas públicas saudáveis, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, em data tão significativa.

(Brasília, 11 de abril de 1996)

5.15 – Dia Mundial de Combate ao Câncer

Não poderia deixar de mencionar aqui, nesta tribuna, uma data extremamente importante: 8 de abril, Dia Mundial de Combate ao Câncer.

O câncer, mal tão temido em nosso século, que ataca anualmente milhões de pessoas em todo o mundo, não representa na verdade uma única moléstia, mas sim um processo comum a um grupo hete-

rogêneo de doenças, que diferem em sua etiologia, freqüência e manifestações clínicas.

No Brasil, o câncer é, sem dúvida, um problema de saúde pública. Atualmente, o câncer está incluído entre as primeiras causas de morte, ao lado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e afecções do período perinatal.

Segundo estimativas do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer, até o ano 2000, as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas e as causas externas serão responsáveis por cerca de setenta e cinco por cento dos óbitos, em nosso País.

Neste Dia Mundial de Combate ao Câncer, faço um apelo às autoridades da área de saúde para que priorizem o combate a essa terrível doença em nosso País. É absolutamente necessário o investimento nas áreas de prevenção e diagnóstico precoce, pois assim haverá maior benefício social e econômico, em comparação com o custeio do tratamento da doença em fase avançada.

Conclamo a todos os membros desta Casa a fazermos uma profunda reflexão sobre os graves problemas que afetam a saúde do povo brasileiro e a buscarmos soluções definitivas para a crônica falta de recursos que atinge essa área tão importante para o desenvolvimento de nosso País e para o bem-estar de nossa população.

(Brasília, 11 de abril de 1996)

5.16 – Aids

Tramitam na Câmara dos Deputados dezoito projetos de lei que tratam da Aids. O número significativo não se deve ao acaso nem ao capricho dos parlamentares. Deve-se, isto sim, às características da doença, que não respeita idade, sexo ou classe social.

A Aids é fatal. Ao contrário de outras moléstias sérias, cuja taxa de letalidade nunca atinge os 100%, a síndrome da deficiência adquirida condena à morte todos os que apresentam os sintomas de infecção pelo vírus.

Dos dezoito projetos em tramitação na Câmara dos Deputados, oito se restringem a duas temáticas. A primeira, é a da obrigatoriedade de divulgação, por meios de comunicação social, de mensagens edu-

cativas ou informativas sobre a doença e suas formas de prevenção. A outra, a isenção de impostos para portadores do HIV ou doentes com Aids e seus familiares.

Importante é que os projetos andem. Por isso, meu apelo ao Presidente da Câmara, Luís Eduardo Magalhães, para que lhes dê prioridade. Se alguma coisa pode ser classificada de urgente neste País, sem demagogia ou interesses secundários, é, sem dúvida, encontrar soluções para os portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida.

(Brasília, 11 de julho de 1996)

5.17 – Uma contribuição à saúde

O descalabro na saúde, a falta de atendimento, o desaparelhamento dos hospitais, as filas que se acumulam, o mau atendimento prestado à população, tanto na rede pública quanto na rede privada e filantrópica, que é contratada pelo Sistema Único de Saúde, tudo isso exige uma posição do Governo, não só levando mais recursos, mas também revendo certas diretrizes para o setor.

Discutimos a CPMF durante um ano. Quais foram as opções que apareceram? Ouvimos dizer que o problema da saúde é a fraude, que o problema da saúde é o desperdício. Em sã consciência, ninguém pode afirmar que este é o único problema da saúde. Este, inclusive, é um problema do mundo – é um problema ético, é um problema de ordem moral. Não é o único problema da saúde. Mas precisamos de uma alternativa para resolver o problema do Sistema Único de Saúde.

(Brasília, 16 de julho de 1996)

5.18 – Saúde e desigualdades regionais

As imensas desigualdades existentes entre as diversas regiões e estados brasileiros tornou-se extremamente visível, nos dias atuais, em virtude da divulgação, entre outros documentos, do consistente Relatório sobre Desenvolvimento Humano no Brasil, elaborado pela Organização das Nações Unidas – ONU, em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.

Um País tão contraditório como o nosso, que, apesar de ser uma das maiores economias do planeta, ostenta índices de desenvolvimento social semelhantes aos dos países mais atrasados do mundo.

Quaisquer que sejam os dados, não há dúvida de que as desigualdades em nosso País são imensas e suas conseqüências dramáticas para o bem-estar social de nosso povo.

Muitos fatores que afetam a saúde são fortemente influenciados pela condição socioeconômica da população, incluindo-se aí a condição educacional que reflete o nível de pobreza e de ignorância dessas mesmas populações.

Estamos convivendo, ao mesmo tempo, com padrões de saúde do Terceiro Mundo e padrões de saúde do Primeiro Mundo.

Os contrastes regionais do Brasil intensificam-se assustadoramente quando o tema é a saúde.

O perfil da saúde dos brasileiros de qualquer faixa etária é diretamente influenciado pelas suas condições socioeconômicas e pelo meio em que vivem.

Todos sabemos que o setor saúde passa por grave crise, que veio se acentuando desde o final da década de 70, à medida em que a crise econômica fazia minguar os recursos públicos no País.

Faço um apelo ao Governo Federal para que concentre esforços ainda maiores, conferindo prioridade ainda maior, para melhorar as condições de saúde do nosso povo, reduzindo, ainda nesta década, as imensas desigualdades regionais e sociais que são indignas de um País com as potencialidades do nosso. Só assim deixaremos de ter índices tão díspares que hoje nos fazem ser um misto de Bélgica, Bulgária e Índia. Seremos um só Brasil, um País integralmente desenvolvido e socialmente justo.

(Brasília, 5 de agosto de 1996)

5.19 – Saúde no Brasil

Desde a origem do Estado brasileiro, as ações de saúde têm estado presentes na agenda governamental.

A assistência médica se incorporou efetivamente ao rol das ações asseguradas à população brasileira, por meio de mecanismos com participação estatal, em 1923, como a Lei Eloy Chaves, que criou as primeiras Caixas de Assistência e Previdência

Essa foi a raiz da diferenciação e da desigualdade no acesso que marcaram, até a década de 80, o sistema de saúde brasileiro. A exclusão de amplos setores da população dos benefícios previdenciários – reservados à reduzida parcela incorporada ao mercado de trabalho urbano-industrial – determinou, por consequência, o caráter restritivo da assistência médica oficial.

Ao incorporar o conceito de seguridade social – "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" – a Constituição de 1988 impôs uma transformação radical ao sistema de saúde brasileiro. Não só reconheceu a saúde como direito social, mas também construiu um novo paradigma para a organização estatal na área.

A adoção do modelo do Sistema Único de Saúde também é fruto da ação reformista, consolidada no Movimento pela Reforma Sanitária e legitimada, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Os exemplos recentes de Caruaru e da Clínica Santa Genevêva devem servir de alerta aos que acreditam no mercado e na livre concorrência como solução mágica para os males da saúde no País.

Não há mágica possível. A crise da saúde brasileira tem suas raízes em problemas estruturais e conjunturais que envolvem tanto o setor público quanto o privado, afetando direta ou indiretamente toda a população.

Temos motivos de preocupação mas, também, razões para ter esperança. As mudanças de concepção, a que a universalidade proposta pelo SUS submeteu o sistema de saúde, necessitam de contrapartidas, na mesma dimensão, em termos de recursos destinados ao financiamento das atividades.

A despeito da cantilena dos arautos do apocalipse, nem tudo está por fazer. Um bom caminho já foi percorrido. Não nos desviemos, pois, da rota traçada.

(Brasília, 20 de agosto de 1996)

5.20 – Sistema Único de Saúde

O Ministro da Saúde, Dr. Adib Jatene, editou, e o *Diário Oficial* de 2 de setembro já publicou, o que se chama Norma Operacional Básica/96, conhecida pela sigla NOB. Trata-se de um instrumento administrativo que rege o funcionamento do Sistema Único de Saúde, abrangendo a parte de gestão, de transferência de recursos, de controle, avaliação e assim por diante.

A última NOB vigorava desde 1991, e a nova NOB/96 resultou não de um gesto imperial do Ministro, um gesto solitário do Ministro ou de sua assessoria, mas de um processo longamente negociado entre os interessados: Estados, Municípios e a União, sempre abertos a sugestões e, finalmente, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, uma instituição que abriga, em seu seio, representantes das mais diversas instituições envolvidas na questão da saúde.

A edição dessa Norma Operacional Básica, resultante desse longo processo de pactuação e negociação entre as diferentes instâncias de poder, inclusive instâncias colegiadas, nos Municípios, nos Estados e na União, significa que estamos ingressando numa nova fase do Sistema Único de Saúde. Uma fase em que a integração das ações será muito maior entre os Estados, os Municípios e a União; em que abandonamos o sistema de pagamento por produção como a única forma de transferência de recursos, e colocamos, para efeito de determinação dos recursos a serem transferidos para Estados e Municípios, outros elementos, principalmente relacionados às ações básicas de saúde, que não a simples realização de procedimentos que eram remunerados de acordo com a sua natureza: a implantação de um sistema de integração das atividades de vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doença dentro do SUS e, finalmente, o desenvolvimento e o fortalecimento de um sistema muito mais eficiente, descentralizado, mas coordenado, de avaliação, controle e auditorias, visando a eliminação dos desvios, das fraudes, tantas vezes trazidas ao debate como uma das fragilidades do Sistema Único de Saúde.

(Brasília, 3 de setembro de 1996)

Lúcio Alcântara, Senador da República pelo Partido da Social Democracia Brasileira, foi eleito para a Legislatura 1995/2002 e integra as seguintes comissões:

Comissão de Constituição e Justiça (Vice-Presidente)

Comissão de Assuntos Sociais (Titular)

Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização
(Titular)

Comissão de Assuntos Econômicos (Suplente)

Comissão de Educação (Suplente)

Membro do Conselho de Ética e Decoro

Parlamentar do Senado Federal

Alguns dos documentos contidos na presente publicação estão editados de forma resumida.

Se você deseja conhecer a íntegra de qualquer um deles, peça cópia para:

Gabinete do Senador Lúcio Alcântara

Ala Tancredo Neves – Gab. 53

Senado Federal, Anexo II

70165-900 – Brasília – DF

Caso você tenha tomado conhecimento desta publicação através de terceiros e pretenda receber as próximas edições do Gabinete do Senador Lúcio Alcântara, em endereço próprio, basta preencher a seguinte solicitação e enviar o pedido para o endereço acima.

<input type="checkbox"/>	Quero receber as publicações do Gabinete Lúcio Alcântara
	Nome: _____
	Endereço: _____
	Bl.: __ Ap.: ____ Bairro: _____
	Cidade: _____
	UF: _____
	CEP: _____ Fone: _____ Fax: _____
	Profissão: _____

"Não há dúvida, para todos os que estão envolvidos com a Reforma Sanitária, que vivemos mais um momento crítico desse processo, não existindo outro caminho possível que não o da sustentação do processo de reorganização do Sistema Único de Saúde, nem existe outro resultado aceitável que sua completa implantação em todo o território nacional."

Lúcio Alcântara
