DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

Versão para registro histórico

Não passível de alteração

COMISSÃO MISTA DE PLANOS, ORÇAMENTOS PÚBLICOS E FISCALIZAÇÃO			
EVENTO: Reunião Ordinária	REUNIÃO Nº: 1477/15	DATA: 25/08/2015	
LOCAL: Plenário 2 das Comissões	INÍCIO: 14h43min	TÉRMINO: 17h10min	PÁGINAS: 57

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
ARTHUR CHIORO - Ministro de Estado da Saúde.

SUMÁRIO
Apresentação do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do Gestor Federal do Sistema Único de Saúde — SUS, em atendimento ao disposto no art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

OBSERVAÇÕES
Houve exibição de imagens. Houve intervenção fora do microfone. Inaudível. Houve intervenção ininteligível.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Declaro iniciada a 2ª Reunião de Audiência Pública de 2015 da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização.

Esta reunião foi convocada com a finalidade de ouvir o Ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro, a quem chamo para compor a Mesa e que fará a apresentação do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do Gestor Federal do SUS, em atendimento ao disposto no art. 36, da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Convido também para a composição da Mesa o representante da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e o Deputado Antonio Brito, da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.

Anuncio a presença do Sr. Arionaldo Bomfim, Subsecretário de Planejamento e Orçamento, e da Sra. Ana Paula Menezes, Secretária-Executiva, ambos do Ministério da Saúde.

De acordo com o estabelecido no art. 398, incisos IX e X, do Regimento Interno do Senado Federal, o palestrante disporá de 30 minutos para fazer a sua exposição, só podendo ser aparteado desde que se o permita. Essa é uma exigência de que nós sempre abrimos mão, Ministro, por achar que o mais importante aqui é o debate. Depois de sua exposição, as perguntas serão feitas.

Conforme estipulado no art. 398, inciso X, do Regimento Interno do Senado Federal, os Srs. Parlamentares inscritos para interpelar o expositor poderão fazê-lo estritamente sobre o assunto da exposição, pelo prazo de 5 minutos, tendo o interpelado igual tempo para responder, facultadas a réplica e a tréplica, pelo prazo de 2 minutos.

Quero registrar também que se encontra presente nesta Comissão, como sempre, manifestantes que pedem “não” ao Veto 26 e a quem sempre parabenizo pela mobilização que trazem a esta Casa e põem diante de todos, dos olhos de todos, a vontade que neste momento manifestam. *(Palmas na plateia.)*

Informo que a lista de inscrição para o debate está aberta.

Sr. Ministro, senhores membros da Comissão, senhoras e senhores, nós estamos aqui cumprindo uma determinação da Constituição Federal nesta Comissão Mista de Orçamentos, que tem a honra de receber o Ministro da Saúde para a

prestação de contas dos valores que foram aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, e, ainda para o balanço das ações executadas até agora na área de saúde, os critérios que a União adota no rateio dos recursos de transferências a Estados e Prefeituras, em cumprimento à Lei Complementar nº 141, de 2012.

Como sabemos todos nós, a Emenda Constitucional nº 29, que foi promulgada em 13 de setembro de 2000 e regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 2012, tinha por objetivo estabilizar o financiamento da área da saúde com recursos das três esferas do Governo. Ela definiu, no caso da União, que o valor mínimo seria aquele apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Para os Estados e o Distrito Federal, os recursos mínimos equivaleriam a 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas que já tinham sido anteriormente transferidas aos Municípios. Nesse caso, os recursos mínimos corresponderiam a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais.

Surgiu nessa época, então, a necessidade da regulamentação dos dispositivos não autoaplicáveis, para orientar a correta execução pelos entes federados e fiscalização pelos Tribunais de Contas quanto ao seu cumprimento, o que foi feito com a lei já citada aqui, a Lei Complementar nº 141, de 2012. Mas a previsão de recursos não significa necessariamente a sua aplicação. No início do ano, o Governo Federal enviou ao Congresso sua proposta orçamentária para 2015. Foram previstos R$ 109,2 bilhões para a área de saúde, o que significa 8,8% a mais do que em 2014.

Em maio, no entanto, o Executivo determinou o primeiro bloqueio no Orçamento. Foram cortados R$ 11,7 bilhões na saúde e lamentavelmente também R$ 9,2 bilhões na educação. Dois meses depois de julho, para tentar garantir o cumprimento da meta fiscal de 0,15% do PIB, o Governo promoveu um segundo contingenciamento de recurso: R$ 1,18 bilhão na saúde, R$ 1,32 bilhão nas cidades e R$ 1 bilhão na educação.

Segundo levantamento realizado pela Confederação Nacional dos Municípios — CNM, a União deve às Prefeituras de todo o País R$ 35 bilhões em Restos a Pagar, acumulados nos últimos 6 anos pelo não pagamento de emendas

parlamentares, de verbas previstas, de convênios e contratos firmados com os Municípios do nosso País.

Então, é com base nesses dados que o Conselho Federal de Medicina, inclusive, apresentou um relatório apontando para a falta de qualidade da gestão financeira em saúde no Brasil. Citou, por exemplo, que no total de R$ 9,4 bilhões disponíveis para investimento em unidades de saúde em 2013, o Governo desembolsou somente R$ 3,9 bilhões, incluindo os Restos a Pagar.

Enquanto isso, milhares de pacientes — e eu registro isso, Ministro, com muito pesar, tendo em vista que lá no meu Estado, só a Pró-Matre, que atende cerca de 400 parturientes/mês, teve um corte significativo de 20%, o que resultou em mulheres abandonadas em portas de hospitais, fazendo parto em casa, ou mesmo no meio da rua com a ajuda da Polícia Militar ou de algum transeunte — sofrem diariamente nas filas de emergência de todo o País, e vidas são perdidas por falta de leito, equipamento para cirurgia ou diagnóstico. Os dados apurados mostram ainda que de 2001 a 2013 foram autorizadas R$ 80,5 bilhões específicos para este fim. No entanto, apenas R$ 33 bilhões foram efetivamente gastos e R$ 47,5 bilhões deixaram de ser investidos.

Em outras palavras, Ministro — V.Exa. sabe a admiração que lhe tenho —, de cada R$ 10 reais previstos para a melhoria da infraestrutura na área de saúde, R$ 6 deixaram de ser aplicados. Para efeito comparativo, com R$ 47,5 bilhões seria possível adquirir 386 mil ambulâncias, 69 para cada Município brasileiro, ou construir 237 mil Unidades Básicas de Saúde de porte 1 (43 por cidade), ou edificar 34 mil Unidades de Pronto Atendimento — UPA de porte 1 (6 por cidade), ou, ainda, aumentar em 936 o número de hospitais públicos de médio porte.

Já foi dito que o problema de saúde no Brasil não é apenas de financiamento, mas também de gestão de recurso, haja vista que em anos anteriores nós aprovamos a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSERH para administrar os hospitais-escola das universidades.

Mas também essa falta de gestão nos leva a perguntar se melhoramos alguma coisa, se alguma atitude foi tomada para melhorar, e que nível de intervenção o Ministério da Saúde pode ter para que essas gestões, que muitas vezes são até indicações políticas, possam ser encaradas com a responsabilidade

que tem de cuidar do bem mais valioso que nós temos, que é a vida. Então, nós sabemos que temos que trabalhar cada vez mais para mudar esta realidade.

Eu quero propugnar aqui por uma gestão qualificada e pelo combate permanente, Sr. Ministro, às fraudes, o que deve permanecer sempre como prioridade zero, a exemplo do gerenciamento competente e do financiamento adequado. Esse era o registro, Sr. Ministro, que eu gostaria de fazer.

Quero agradecer a V.Exa. e dizer que a sua presença tem grande importância. Eu tenho ido muitas vezes ao seu gabinete e usado a sua assessoria para debater assuntos não só do nosso Estado, como também do Estado brasileiro.

Eu vou lhe conceder a palavra, esperando que hoje V.Exa. possa sentir... Se eu fosse Governadora ou Presidente — o regime é presidencialista —, há uma coisa que eu jamais faria: cortar na saúde pública. O brasileiro precisa que essa saúde funcione de uma vez por todas. Todo dia, no *Bom Dia Brasil* e outros programas, nós vemos as deficiências entrarem na casa dos brasileiros. E a classe política, perplexa, assiste a tudo isso, sem poder fazer nada, a não ser aprovar Orçamentos, que normalmente não são aplicados. Eu também gostaria de saber a respeito do SUS, se está prevista alguma alteração para melhorar o atendimento nessa área.

Com a palavra o Ministro de Estado Arthur Chioro. Seja bem-vindo!

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Boa tarde a todos e a todas. Eu quero agradecer a oportunidade e saudar a Senadora Rose de Freitas, Presidente da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização, os demais Senadores e Senadoras que compõem a Comissão Mista, o Deputado Antonio Brito, Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, os demais Deputados e Deputadas que pertencem à Comissão de Seguridade, assim como os membros da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal que aqui se encontram em audiência pública conjunta para dar cumprimento ao art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Eu assumi o comando do Ministério da Saúde em fevereiro do ano passado, já sob a vigência da nova regulamentação da Lei Complementar nº 141, aprovada em 2012. Muito embora nós tenhamos cumprido regiamente a obrigação de prestar contas a esta Casa do balanço quadrimestral e solicitar uma audiência pública como prevê a legislação, é a primeira vez que eu tenho a oportunidade de vir a esta Casa

junto com as três Comissões e apresentar o balanço do primeiro quadrimestre de 2015.

Tenho a expectativa de que possamos transformar este espaço em rotina a cada quadrimestre, tal como está previsto na legislação, dando a maior transparência possível, prestando as informações que forem necessárias. Vim hoje, cumprindo aquilo que prevê a legislação, para tratar especificamente do primeiro quadrimestre. É claro que eu não me furto a discutir outros assuntos que os Srs. Senadores, Senadoras, Deputados e Deputadas quiserem, mas a apresentação se circunscreve à prestação de contas do primeiro quadrimestre de 2015.

Quero também destacar que a prestação de contas é feita junto ao Conselho Nacional de Saúde mensalmente. Como eu disse, desde o advento da legislação, o Ministério da Saúde jamais deixou de prestar contas quadrimestralmente. É muito importante que cada vez mais essas fontes, produzidas pelo próprio Ministério da Saúde e analisadas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, sejam utilizadas quando nós falamos da aplicação dos recursos orçamentários e financeiros do Ministério da Saúde e não utilização de fontes de instituições que, na verdade, fazem uma leitura infelizmente bastante enviesada e não apresentam a realidade dos fatos.

Aqui objetivamente nós temos aquilo que é alimentado nos sistemas oficiais, nos sistemas públicos, o conjunto de informações que é prestado não apenas aos órgãos de controle, mas também a esta Casa. Estamos falando dos dados oficiais e não das interpretações que ficam à mercê dos interesses políticos, da avaliação que determinadas instituições têm, destacando aquilo que lhes interessa e multas vezes distorcendo a realidade dos fatos. Portanto, esses são os dados oficiais, os dados já encaminhados a esta Casa, às diferentes Comissões, em cumprimento, como eu disse, ao art. 36.

(Segue-se exibição de imagens.)

O art. 36 da Lei Complementar 141 o que diz? Ele diz que o gestor do SUS em cada esfera, ou seja, os Secretários Municipais, os Secretários Estaduais, o Secretário do Distrito Federal e o Ministro da Saúde, elaborará relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações — a minha apresentação busca respeitar o que está na legislação:

montante e fonte dos recursos aplicados no período; auditorias realizadas ou em face de execução no período e suas recomendações e determinações; oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. Destaco aqui o § 5º, que diz que o gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o relatório de que trata o *caput*.

Portanto, parece-me importante que nós consigamos estabelecer com as diferentes Comissões e com a Comissão Mista a regularidade necessária não apenas da apresentação, que nós cumprimos, da entrega formal do relatório quadrimestral, mas também da própria audiência pública, visando dar maior credibilidade.

Nos 5 anos em que eu fui Secretário Municipal de Saúde, antes de assumir o Ministério da Saúde, jamais deixei de ir à Câmara dos Vereadores, assim como fazem milhares de Secretários Municipais de Saúde, todos os Secretários Estaduais de Saúde, exatamente fazendo esse importante momento de divulgação, de transparência e de debate com os Parlamentares sobre as questões do quadrimestre.

Colocados esses pressupostos, eu vou fazer uma apresentação da execução orçamentária da despesa com a posição abril fechado, ou seja, o primeiro, o segundo, o terceiro e o quarto mês deste ano — atualizado até 14 de maio de 2015.

Em 2014 — vou falar rapidamente sobre esse ano —, nós tivemos a seguinte execução. Em relação a itens globais, nós executamos 17 bilhões de reais, sendo 9 bilhões e 400 milhões de reais de pessoal ativo, 7 bilhões e 500 milhões de reais de pessoal inativo e pensionista e 14 milhões e 900 mil reais de dívida, amortização e encargos. A nossa maior execução é exatamente no Fundo Nacional de Saúde, onde estão as transferências regulares, automáticas, para Estados e Municípios, boa parte dos convênios, das emendas: 81 bilhões 338 milhões de reais. Na ANVISA, nós executamos 271 milhões de reais; na FUNASA, 1 bilhão 92 milhões de reais; na Fundação Oswaldo Cruz — FIOCRUZ, 1 bilhão 896 milhões de reais; na Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, 141 milhões de reais; no Grupo

Hospitalar Conceição — GHC, no Rio Grande do Sul, 91 milhões 534 mil reais. Isso totalizou uma execução de 101 bilhões 865 milhões de reais.

Na PLOA 2015, encaminhada a esta Casa, nós tínhamos uma proposta de 109 bilhões 241 milhões 776 mil reais, com um reforço considerável no item Fundo Nacional de Saúde, pulando de 81 bilhões de reais para 88 bilhões de reais, e outros itens de menor importância.

Na dotação atualizada, ou seja, aquela aprovada por esta Casa, pelo Congresso Nacional, nós ficamos com 121 bilhões de reais de dotação orçamentária, sendo 17 bilhões e 700 milhões de reais para itens globais, basicamente pessoal ativo e inativo, e recursos financeiros consideráveis para o Fundo Nacional de Saúde, 99 bilhões 796 milhões de reais, sem contar os demais itens que vêm abaixo, dos quais eu destacaria a totalização dos 121 bilhões de reais.

No primeiro quadrimestre, ou seja, de janeiro a abril, nós empenhamos 15 bilhões 232 milhões de reais em itens globais — destaco o reforço bastante importante de empenho em pessoal ativo e inativo —; 46 bilhões 614 milhões de reais para o Fundo Nacional de Saúde; 140 milhões de reais para a ANVISA; 242 milhões de reais para a FUNASA; 473 milhões para a FIOCRUZ; 33 milhões para a ANS; 33 milhões para o GHC; totalizando 62 bilhões, 770 milhões de reais.

Nesse quadrimestre foram pagos um total de 32 bilhões, 353 milhões. O item mais considerável de pagamento é de 26,5 bilhões, do Fundo Nacional de Saúde, basicamente as transferências fundo a fundo, as transferências regulares e automáticas, até porque os convênios vão depender muito da execução das medições que vão sendo feitas, mas fundamentalmente é esse recurso.

Não só no primeiro quadrimestre nós fechamos, mas hoje não há nenhum atraso na transferência regular e automática a nenhum dos 5.570 Municípios, a nenhum dos 26 Estados e ao Distrito Federal.

O Ministério da Saúde está 100% em dia na transferência de recursos automáticos e regulares, que são as nossas obrigações para pagamentos dos hospitais, das Santas Casas, dos hospitais de ensino, dos prestadores de serviços. E, no terceiro dia útil do mês, nós já tínhamos colocado tudo em dia, e assim mantivemos até agora.

Senador, eu quero reafirmar isso que eu estou aqui colocando. Não há nenhum atraso na transferência de repasses regulares e automáticos; são compromissos assumidos com os Estados e Municípios e com os nossos prestadores do SUS.

O nosso saldo orçamentário, portanto, fechando o primeiro quadrimestre, era de 58 bilhões, 253 milhões de reais, com o percentual de empenho de 51,87%, fortemente puxado pelo empenho feito na área de pessoal ativo e inativo, mas também pelo grande comprometimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde.

O outro elemento que a Lei Complementar nº 141 nos determina é uma apresentação da execução das despesas por fonte de recurso. E aqui nós trazemos detalhadas, para o primeiro quadrimestre de 2015, as despesas por fonte de recursos.

Os recursos ordinários, na dotação atualizada, previstos, são da ordem de 12 bilhões, 717 milhões. Eu vou destacar aqui os itens mais importantes: a Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas, com 44 bilhões, 395 milhões; a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, com 51,5 bilhões; e outras receitas vinculadas com 4 bilhões, 431 milhões.

É claro que as contribuições para financiamento para o Plano de Seguridade Social dos servidores, tanto a parte dos servidores quanto a parte patronal, também importam num volume importante: 2,5 bilhões e 4,5 bilhões.

Das despesas empenhadas, por fonte de recursos, nós tínhamos uma dotação atualizada de 121 bilhões e despesas empenhadas da ordem de 62 bilhões, 770 milhões. Liquidamos 33 bilhões e tivemos como despesas pagas 32 bilhões, 353 milhões de reais, aqui destacados, linha a linha, quais os recursos por fonte, por número da fonte.

Outro dado importante, e aí eu quero destacar o dado mais significativo de execução financeira, além, é claro, do pessoal ativo e inativo, que é a transferência a Estados e Municípios, mostrando o Quadro Geral por Modalidade de Aplicação, destacando os itens 30, 31, 40 e 41.

Nós fizemos uma transferência, por convênios, para Estados e Municípios. Da dotação de 9 bilhões e 309 milhões, nós empenhamos 10 milhões, executamos 3 milhões e 600 mil e pagamos 2 milhões e 369 mil reais.

No que se refere a transferências fundo a fundo para Estados e Municípios, nós temos uma dotação atualizada de 64 bilhões, 462 milhões; tivemos uma despesa empenhada de 33 bilhões, 253 milhões; executamos 21 bilhões, 257 milhões e pagamos 21 bilhões e 38 milhões de reais.

Esses quatro itens equivalem a 73 bilhões e 700 milhões da dotação atualizada do Ministério da Saúde; a 33 bilhões das despesas empenhadas; a 21 bilhões das despesas executadas e a 21 bilhões de valores pagos.

Eu acho que é importante destacar particularmente as transferências fundo a fundo, porque elas significam 74% do orçamento do Fundo Nacional de Saúde. Ou seja, hoje, 87% do total das transferências que o Ministério da Saúde faz são automáticas e regulares, divididas em um doze avos, principalmente, e transferidas mês a mês para Estados e Municípios, e não sofrem nenhuma forma de diminuição, nenhuma forma de não repasse.

Nós estamos com esses repasses que correspondem, insisto, a 87% dos gastos do Ministério da Saúde. Setenta e quatro por cento dos gastos do orçamento mais 87% dos gastos do Fundo são aqueles que implicam a regularidade do funcionamento do Sistema Único de Saúde em dia.

No que diz respeito à execução a pagar, ou seja, aos restos a pagar a serem pagos em 2015, nós temos inscritos e reinscritos, até porque todas as despesas que vão sendo canceladas são reavaliadas e reinscritas no exercício anterior. Os senhores e as senhoras sabem que o Governo Federal tem sempre criado uma exceção para os restos a pagar no caso da saúde que novamente se confirma, ou seja, nós reavaliamos. Tem um impedimento técnico, não teve possibilidade, reinscreve-se, reavalia-se.

Por isso, nós vamos tendo, diferente de outras Pastas, um acúmulo importante de restos a pagar, porque não deixamos para trás. Ou seja, não executado não é colocado para o fundo da gaveta e simplesmente anulado. Isso é importante colocar porque é uma característica e uma decisão política do Governo Federal, nos últimos anos, de manter os restos a pagar.

Então, nós temos inscritos e reinscritos 14 bilhões, 851 milhões e meio para serem pagos em 2015. Inscritos e reinscritos. Sendo que, como podem identificar,

11 bilhões no Fundo Nacional de Saúde e 3 bilhões e 100 milhões na FUNASA como os maiores itens de inscrição e reinscrição.

Foram cancelados 246 bilhões até o primeiro quadrimestre, foram pagos 3 bilhões e 155 milhões: 2 bilhões e meio ao Fundo Nacional de Saúde; 355 milhões à FIOCRUZ; 210 milhões à FUNASA, como os elementos mais importantes, e temos um saldo de 11 bilhões e 450 milhões de restos a pagar.

Um elemento importante que eu gostaria de chamar a atenção dos Deputados e Senadores aqui presentes, assim como daqueles que acompanham esta audiência pública, diz respeito à evolução do orçamento das três esferas de Governo, que compõem o gasto à saúde.

Esse é um debate muito importante, porque não é incomum — e os senhores, como dignos representantes dos seus Municípios, dos seus Estados, sempre dialogam esse tema com os gestores, com os Prefeitos, com os secretários — que, de 2000 para cá, o Ministério da Saúde deixou de aumentar os gastos em saúde, e esse aumento aconteceu à custa da elevação dos gastos dos Estados e dos Municípios.

Aqui, é preciso esclarecer — e essa informação nós trazemos, Senador — exatamente para poder retomar o entendimento sobre essa realidade. A Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 2000, que instituiu o mínimo dos gastos com recursos próprios dos Municípios em 15% e o mínimo dos gastos dos Estados em 12%, forçou a elevação dos gastos com recursos próprios dos Estados e dos Municípios.

Nós podemos observar, em verde, a elevação dos gastos dos Municípios e, em vermelho, dos Estados, e efetivamente isso aconteceu. Os Municípios e os Estados brasileiros, hoje, com raríssimas exceções, cumprem a Emenda Constitucional nº 29. E, agora, com a Lei Complementar nº 141, aprovada por este Congresso, inclusive disciplinando o que é gasto em saúde, não há mais o subterfúgio de colocar outras despesas que não são gastas em saúde para poder, de alguma maneira, compor a comprovação.

Hoje, está muito claro o que é gasto em saúde, está apassivada esta discussão, mas não é verdade que isso significou uma retração do gasto federal. Em azul, observem que, de 2000 para cá, continuam aumentando também os gastos da

União com a saúde. No ano passado, a União aportou 92 bilhões e 600 milhões, os Estados, 57,4 bilhões e os Municípios, 65,3 bilhões.

Aqui, Senador, eu quero deixar a visão do Ministro, e eu respeito demais a opinião de todas as pessoas, particularmente, dos Senadores, dos Deputados.

A avaliação de que o nosso problema é circunscrito à esfera da gestão reduz a magnitude do problema do financiamento da saúde. É claro que melhorar o padrão de gasto na saúde é um compromisso não apenas da Presidenta Dilma e do Ministro da Saúde, mas também deve ser um compromisso de todos os gestores do SUS e de todos os prestadores. Isso nem se discute.

Então, temos de aperfeiçoar o gasto, combater o desperdício e combater a fraude, como nós estamos fazendo com as mudanças na área de órteses e próteses, inclusive de maneira muito articulada com a CPI que foi desenvolvida na Câmara e no próprio Senado. Nós temos feito um trabalho conjunto que vai trazer muitos frutos positivos. Mas, não reconhecer que as três esferas de Governo aumentaram seu gasto público, mas que ainda hoje, segundo dados do próprio Banco Mundial, está em apenas 525 dólares por habitante por ano, enquanto países que têm sistemas universais de saúde têm gastos na faixa de 3 mil dólares por habitante por ano, é não reconhecer que nós vivemos de fato um sistema de saúde público subfinanciado e que se faz um enorme esforço para garantir os conceitos de universalidade e integralidade, previstos na Constituição.

Então, eu gostaria de reafirmar isso, apesar de ser uma prestação de contas quadrimestral, e trazer esses elementos históricos do padrão de gastos em saúde. O Congresso Nacional e a sociedade não podem deixar de fazer essa discussão, na qualidade e profundidade que ela merece, porque objetivamente nós temos um sistema de saúde subfinanciado. Nós temos um padrão de gastos.

Eu tenho aqui dados de outros países. Se os senhores tiverem interesse, posso apresentá-los para comparação. Países que não têm sistemas universais gastam o dobro, o triplo, do que o Brasil gasta na área pública, um País com 203 milhões de habitantes, que garante desde a vacina ao transplante, mas que, juntando os gastos dos Municípios, dos Estados e da União, aplica 525 dólares por habitante por ano.

Então, vamos melhorar a qualidade da gestão? Eu sou o primeiro não só a entrar nessa luta, mas também faço isso no meu cotidiano e o exijo tanto da minha equipe como do aprimoramento das relações com os gestores municipais e estaduais. Mas nós não podemos deixar de reconhecer as dificuldades que estão colocadas em outro plano.

Quero destacar também que os recursos federais com ações e serviços próprios da área da saúde, ou seja, aqueles dos quais nós retiramos os gastos que não entram no cômputo daquilo que é gasto específico da saúde, sofrem um crescimento importante. A evolução nominal desses gastos em saúde, entre 2002 e 2015, foi de 262%. Detalhe: o Governo Federal — e quero insistir —, de 2003 para cá, jamais deixou de aplicar a Emenda Constitucional nº 29. Este ano, inclusive, nós temos 3 bilhões a mais do que a Emenda Constitucional nº 29, mesmo com o contingenciamento. Reportamos novamente a discussão do subfinanciamento. Mas não se trata do não cumprimento das obrigações constitucionais. E insisto: hoje, Municípios, Estados e a União cumprem os limites constitucionais estabelecidos para o gasto em ações e serviços próprios de saúde.

Outro dado que importa aqui apresentar às Sras. e Srs. Deputados, às Sras. e Srs. Senadores é o da oferta e produção de serviços do SUS, de acordo com o que recomenda a Lei nº 141 na audiência quadrimestral. Nós tivemos, entre janeiro e abril de 2015, um total de 1 bilhão e 558 milhões de procedimentos realizados, sendo 107 milhões de cirurgias no setor público.

Desculpem-me, vou pegar os números totais, porque aqui está dividido em público, filantrópico e privado. Foram realizadas pelo SUS: 117 milhões de cirurgias em 4 meses; 770 milhões de consultas médicas; 1 bilhão e 177 milhões de exames; 17 milhões de sessões de hemodiálise; 15 milhões de internações; mais de 3 milhões e 800 mil quimioterapias; e mais 13 milhões e 623 radioterapias, com uma enorme participação do setor público. Desse total de procedimentos, 2 bilhões e 100, 1 bilhão e 558 milhões de procedimentos — e aqui são procedimentos escolhidos, nós não pegamos os mais de 4 mil procedimentos reconhecidos no SUS, pegamos só aqueles de maior escala e maior importância para dar uma demonstração —, nós temos um valor significativo do setor público, uma participação importante do setor filantrópico e do setor privado.

No próximo eslaide, nós podemos ver: 74% da oferta e produção do SUS é feita pelo setor público, nas unidades públicas municipais, estaduais e federal do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação; 12% pelo setor privado; e 14% feita pelo setor filantrópico. Eu quero destacar a importância do setor filantrópico, particularmente no que diz respeito às internações onde ele tem um papel muito importante. Hoje, 7 milhões e 285 mil internações são feitas no SUS, nos hospitais públicos, e 6,5 milhões de internações são feitas nas instituições filantrópicas. Então, é muito importante o papel das Santas Casas e das instituições filantrópicas no SUS. Elas não têm uma grande produção na área de consultas, na área da Atenção Básica, mas têm um papel significativo na área da atenção hospitalar em todo o País junto com a rede pública. E a rede privada lucrativa está com um papel cada vez menos expressivo, diferente do perfil que tínhamos há 30, 40 anos, quando a nossa rede era fundamentalmente lucrativa.

Passando a mais um item previsto na nossa prestação de contas, que é das auditorias realizadas ou em fase de execução no período, nós tivemos 355 auditorias encerradas no período do primeiro quadrimestre de 2015; 279 auditorias; duas fiscalizações; 21 verificações de termo de ajustamento sanitário, que é uma medida muito importante para que Municípios, Estados e Santas Casas fiquem em dia, façam correções importantes de irregularidades identificadas de menor complexidade; e 53 visitas técnicas. Entre as atividades encerradas por objeto, destacam-se aqui as relacionadas à assistência farmacêutica, à aplicação de recursos fora do bloco de financiamento, tal qual previsto na legislação, problemas relacionados à Atenção Básica e à gestão.

Senadora, eu peço sua autorização para fazer uma síntese, tendo em vista que colocar tudo aquilo que o Ministério da Saúde desenvolveu ao longo de 4 meses ficaria extremamente exaustivo. No nosso relatório, há de fato todo um processo mais detalhado. Nós, ao final do ano, somos obrigados, por lei, a desenvolver um relatório de gestão, onde ele é, sim, totalmente detalhado. Então, nós procuramos destacar as ações talvez mais significativas sem prejuízo.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Isso, está tudo disponível. Mas, na minha apresentação aos senhores e às senhoras, vou fazer um breve resumo.

Nós tivemos, na área da Atenção Básica, 1.500 unidades básicas construídas, ampliadas e reformadas com recursos federais, em parceria com os Municípios. Com isso, nós concluímos, desde o início do Programa Mais Médicos, 10.600 Unidades Básicas de Saúde. Um quarto da rede foi reformado, construído ou ampliado, para que se tenha a magnitude da importância. Hoje, são 39 mil Equipes de Saúde da Família atuando em todo o território nacional, o que significa mais de 130 milhões de brasileiros com cobertura da estratégia de saúde da família, e 24 mil Equipes de Saúde Bucal em funcionamento. Há menos de 10, 12 anos, nós não tínhamos cerca de 2 mil Equipes de Saúde Bucal. É dessa ordem a expansão do Programa Brasil Sorridente.

Nós tivemos, neste quadrimestre, 32 novas Equipes de Atenção à saúde Domiciliar implantadas no País, totalizando agora 828 equipes, que cuidam dos pacientes nas suas residências, junto com o cuidador e com uma pessoa da família. E nós tivemos a inauguração de 7 novos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil Sorridente, somando agora 1.037 unidades especializadas em todo o território nacional.

Na área da Atenção Especializada, eu queria destacar alguns dados importantes. Em 4 meses, foram realizados 6.335 transplantes de órgãos sólidos e não sólidos. Com isso, sem dúvida nenhuma, este ano nós poderemos bater o recorde de transplantes realizados, se nós continuarmos o quadrimestre, e continuaremos sendo o maior sistema de transplantes públicos do mundo, só perdendo em número total de transplantes para os Estados Unidos. O SAMU habilitou mais 106 unidades móveis no quadrimestre, e hoje são mais de 3 mil unidades em funcionamento, cobrindo 152 milhões de brasileiros em todo o território nacional. Agora há 406 UPAs — Unidades de Pronto Atendimento, construídas e em funcionamento no País inteiro com investimentos do Ministério da Saúde, sendo que 9 foram inauguradas ao longo deste primeiro quadrimestre.

Na Área de Saúde da Mulher, 504 mil mamografias bilaterais e 1 milhão e 300 mil exames citopatológicos foram realizados no quadrimestre, além de registradas 34 mil e 500 gestantes com o teste rápido de sífilis. Isso, para nós, é muito importante — os senhores e as senhoras já devem ter ouvido falar que está aumentando o número de casos de sífilis no Brasil —, e se deve ao fato de que nós

estamos fazendo mais diagnósticos. É um dado positivo da ampliação do programa Mais Médicos, da realização de mais exames e, portanto, da identificação.

E por que isso é importante? Porque, a partir da identificação do caso e das pessoas que com ele tiveram contato e a partir do tratamento, nós podemos interromper a cadeia de transmissão. Então, doenças como hanseníase, tuberculose e sífilis, num primeiro momento, quando se melhora a qualidade do diagnóstico, amplia-se o acesso à tendência inicial de elevação de casos, que é extremamente bem-vinda, porque é a partir dela que se interrompe a cadeia de transmissão das doenças.

Além disso, nós desencadeamos um amplo esforço para valorização do parto normal e para combate e enfrentamento das cesarianas desnecessárias. É claro que a cesariana bem indicada salva vidas, é uma conquista da humanidade e da Medicina. Mas o que nós temos no Brasil é um exagero, um exagero que vem colocando em risco a vida das mulheres e dos bebés, aumentando a prematuridade, a mortalidade materna e a mortalidade neonatal. Então, está em curso uma nova regulamentação para os planos de saúde, porque o problema é extremamente grave no setor privado: 84% dos partos realizados no setor privado hoje são por cesarianas. A Organização Mundial de Saúde recomenda apenas 15%. E nós estabelecemos um convênio entre o Hospital Israelita Albert Einstein e o IHI — Institute for Healthcare Improvement, que é um instituto de segurança do paciente de qualidade dos Estados Unidos, no sentido de preparar maternidades públicas e privadas para reestruturarem o processo de gestão e de cuidado obstétrico, para que a gente possa estruturalmente enfrentar o problema. Não se trata aqui de criminalizar médico ou de criminalizar maternidade. Nós vamos ter que enfrentar o problema que tem a mesma dificuldade que nós enfrentamos, há 20, 30 anos, o problema do aleitamento materno, que tinha sido substituído pelo leite em pó, pelo leite artificial, o que, com muito esforço, dedicação e envolvimento de toda a sociedade, nós conseguimos reverter.

Vigilância em saúde. Quero destacar alguns dados importantes: ampliação da cobertura vacinal de Hepatite A, que alcançou 89% das pessoas, é uma nova vacina introduzida no País — nós já tínhamos a vacina para a Hepatite B e introduzimos a vacina para a Hepatite A —; cobertura vacinal da vacina dTpa, que também é nova,

porque ela é específica para ser utilizada nas gestantes — a vacina anterior não podia ser nelas aplicada, porque esta é a celular, portanto, a anterior não era indicada —, cujos dados parciais mostram agora uma elevação importante de 45%; a cobertura da Tetra Viral (varicela) alcançou 60%; nas demais vacinas, que já são de rotina, nós mantivemos excelentes taxas de cobertura. Destaco aqui apenas as mais novas, que sempre são desafios importantes.

E quero destacar também, neste quadrimestre, a concessão do registro, por parte da ANVISA, de três novos medicamentos (o sofosbuvir, o daclatasvir, o simeprevir), que são a nova geração de medicamentos indicados para o tratamento da Hepatite C e que significarão para esta doença o que o coquetel significou para a AIDS: a revolução no tratamento dos pacientes com Hepatite C. Nós estamos programando sua incorporação agora, no segundo semestre deste ano, já que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, no mês de julho, terminou toda a avaliação técnica, os protocolos, as diretrizes, e agora já estamos na fase inicial de aquisição desses produtos para começar sua distribuição.

Eu quero destacar também a realização de campanhas de saúde pública muito importantes. Nós estamos com uma campanha mãe chamada Da Saúde se Cuida Todos os Dias, e, a partir daí, desenvolvem-se várias estratégias.

Neste quadrimestre, nós trabalhamos especificamente quatro campanhas: a da vacinação do HPV, para as meninas de 9 a 12 anos, para as gestantes, para as mulheres portadoras do HIV; fizemos uma campanha específica para DST e AIDS muito forte; fizemos uma campanha específica para hanseníase; e lidamos, naturalmente, com a dengue, que foi o grande desafio deste nosso primeiro quadrimestre em função da sazonalidade desta enfermidade, que teve fortíssimo comprometimento este ano no Estado do Acre, no Estado de São Paulo e no Estado de Goiás.

Na verdade, a dengue só registrou redução em dois Estados, Espírito Santo e Amazonas, e no Distrito Federal. O fato positivo é que, apesar de terem aumentado muito o número de casos, nós tivemos diminuição do número de casos graves e diminuição do número de óbitos. E já estamos trabalhando durante todo o ano para no ano que vem mudar todo o curso da história junto a Estados, Municípios e à própria sociedade.

Em relação à hanseníase, nós estamos trabalhando fortemente para fazer a eliminação da doença este ano. Isto eu vou apresentar na audiência do ano que vem, mas eu já vou antecipar. Ontem, eu estive com o Governador Pedro Taques, em Mato Grosso, com todos os Prefeitos e todos os Secretários de Mato Grosso; estarei agora com o Governador Flávio Dino, no Maranhão; na sequência, no Pará, que são os três Estados com maior prevalência, maior taxa de detecção, fora da curva.

Nós estamos, hoje, com 1,27 casos de hanseníase para cada 10 mil habitantes, e a eliminação é abaixo de 1 caso para cada 10 mil habitantes. Este esforço concentrado em Mato Grosso, no Maranhão e no Pará significará, até o final do ano, sem dúvida nenhuma, a eliminação da hanseníase no País, que era a meta assumida pelo Brasil com a Organização Mundial da Saúde eliminar a hanseníase até o ano de 2015, e nós vamos cumpri-la.

Estou aqui assumindo mais do que um compromisso — é um esforço — e toda a mobilização do Ministério da Saúde, do SUS, porque nós dependemos muito das Secretarias Municipais e Estaduais, e também da rede de educação, porque os novos casos estão muito concentrados nos menores de 15 anos.

Nós estamos com uma estratégia em que 98% dos Municípios alvo — são 2.200 Municípios — assumiram o compromisso de desenvolver uma campanha de identificação precoce de casos de hanseníase, tracoma, que leva à cegueira, e das parasitoses intestinais, as chamadas geomitíases, nos próximos 2 meses. Nós estamos financiando as ações.

Então, é um trabalho para identificar e tratar os casos nesses Municípios, dos quais muitos já eliminaram essas três enfermidades, então estão concentradas nos bolsões de maior pobreza, de maior dificuldade de acesso. Agora, o que está mudando muito a história é que exatamente a população que mais precisava era a que não tinha atendimento básico, e o Mais Médicos, o mapa do Mais Médicos, cobre exatamente os lugares da carência.

Então, agora, do final de 2013 a 2014, conforme as equipes foram se completando, nós estamos melhorando muito a qualidade, tanto que eu divulguei agora a Pesquisa Nacional de Saúde. Nós estamos com quase 98% das gestantes fazendo o pré-natal; mais de 80% das gestantes com mais de seis consultas do pré-

natal; 62% começando no primeiro trimestre o pré-natal. Ou seja, é uma maneira diferente de garantir aquilo que nós não conseguíamos antes, que é a atenção básica de qualidade para quem mais precisa.

Bom, para finalizar, vou falar um pouquinho — eu tenho mais três telas somente —, do complexo industrial e da assistência farmacêutica. Nós distribuímos 30.896 litros de plasma para uso industrial e produção de medicamentos hemoderivados; 20 novos Municípios foram contemplados por pertencerem ao Brasil Sem Miséria, ao Programa Farmácia Popular.

Hoje, o Programa Farmácia Popular atinge 1.610 Municípios, e mais 1.242 novas unidades farmacêuticas se incorporaram ao Farmácia Popular. Hoje, nós temos 35 mil farmácias, entre públicas e privadas, constituindo uma ampla rede para distribuição de medicamentos gratuitos ou fortemente subsidiados. No caso dos medicamentos para asma, para hipertensão e para diabetes, são distribuídos gratuitamente.

Só para que se tenha noção, sem contar milhões de brasileiros que retiram os medicamentos nos serviços do SUS, só a rede do Aqui Tem Farmácia Popular atendeu no primeiro quadrimestre 32 milhões e 300 mil brasileiros, fortemente os brasileiros que têm planos de saúde coletivos, mas que não têm assistência farmacêutica, que fica fora dos planos de saúde, porque não é obrigatória sua cobertura por parte dos planos de saúde.

No caso da atenção à saúde indígena, nós conseguimos colocar à disposição dos distritos de saúde 342 médicos, com 35 novas vagas. Pela primeira vez, nós temos todos os distritos de saúde indígena com equipes completas, com médicos. Conseguimos um alcance de 77,6% de cobertura vacinal para a população indígena. Todos nós sabemos, inclusive por questões culturais, o quanto é difícil garantir uma alta taxa de cobertura. Há países que, da população em geral, urbana, não conseguem chegar a 50%. A nossa cobertura é próxima de 100% na população como um todo. E, na população indígena, hoje já ultrapassou 77%.

Nós estamos agora também enfrentando a qualidade da assistência aos bebês, às gestantes e às mulheres indígenas, quando elas vão dar à luz, e ao segmento da própria mulher com a Rede Cegonha implantada em 46 distritos indígenas.

Na área de formação, gestão do trabalho, educação e saúde, entre várias ações, eu quero destacar 4.146 novas vagas do Programa Mais Médicos. Em dezembro, nós tínhamos 13.300 médicos; nós chegamos agora a 18.240 médicos, graças à autorização para ampliação que a Presidente Dilma nos deu no início de janeiro e que foi feito ao longo do primeiro quadrimestre. Foram 5.588 novos profissionais que ingressaram no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, o Pró-Residência, tanto na residência médica, com quase 3.970 médicos, quanto também na residência multiprofissional, com 1.621 profissionais de outras áreas da saúde.

Foram formados 41.366 alunos no Projeto Caminhos do Cuidado, que consiste em investir na formação dos agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemia, mas principalmente agentes comunitários de saúde, para o manejo das pessoas em dependência química do álcool e outras drogas, para a identificação dos casos, o manejo, a construção do vínculo, e a oferta da rede de cuidados do SUS, além de 846 alunos de cursos envolvidos pelo Telessaúde, totalizando 42 mil alunos.

Por fim, na minha última tela, eu queria também destacar aquilo que nós realizamos no âmbito do controle social. Nesse período foram quatro reuniões ordinárias do Conselho Nacional de Saúde. Eu, como Ministro e membro do Conselho Nacional de Saúde, compareci a todas as reuniões. Todas as comissões do Conselho funcionam com regularidade. Isso é muito importante, porque nós temos que dar os exemplos também aos Estados e Municípios.

Nós realizamos a 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. Inclusive muitos Parlamentares aqui presentes estiveram nessa plenária, que contou com 1.500 conselheiros municipais, conselheiros estaduais e membros do conselho nacional.

No dia 12 de fevereiro, nós publicamos a Resolução nº 500, aprovando o regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que será realizada no final deste ano.

Senadora, Deputado, eu espero não ter me alongado além do meu tempo, mas fiz algumas escolhas para a prestação de contas. Coloco-me à disposição para, junto com a minha equipe, os responsáveis inclusive pela execução orçamentária e

financeira, minha Secretária-Executiva, os responsáveis pelo Fundo Nacional de Saúde, poder discutir com os Srs. Deputados e Senadores qualquer dúvida que esteja a nosso alcance.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Nós agradecemos ao Ministro pela sua explanação.

Vamos passar à parte do debate.

Eu gostaria só de, numa introdução, deixar algumas perguntas, somando-se às do Deputado Leonardo Monteiro, sobre a implantação de mais especialidades. Quero saber se isso aconteceu, se serão alocados recursos para o orçamento do próximo ano, se há previsão de reajuste da tabela do procedimento do SUS — que é uma reclamação que nós ouvimos, reivindicação das filantrópicas, das Santas Casas e tudo o mais —; e se há falta de recursos para hospitais federais, principalmente no caso do Instituto Nacional do Câncer.

Quero dizer também que foram apresentados muitos dados de construção de Unidades Básicas de Saúde, mas o problema das Prefeituras é o custeio, Ministro. As Prefeituras não dão conta de pagar o custeio dos profissionais. Quero saber se há alguma proposta do Ministério quanto a isso, inclusive se há casos nos Municípios, se V.Exa. conhece, porque eles estão desistindo do SAMU.

Com a palavra o Deputado Leonardo Monteiro.

O SR. DEPUTADO LEONARDO MONTEIRO - Senadora, eu quero cumprimentar V.Exa., que está dirigindo nossa reunião da Comissão de Orçamento, todos os Senadores, Senadoras, Deputados, Deputadas; quero cumprimentar também o nosso Ministro Arthur Chioro e parabenizá-lo pela liderança com que vem administrando o Ministério da Saúde.

Ministro, V.Exa. se referiu à eficiência entre os três entes da Federação. Gostaria que, se fosse possível, V.Exa. aprofundasse esses esclarecimentos sobre a necessidade da eficiência dos três entes. Eu queria também parabenizá-lo pelos 2 anos que completa o nosso Programa Mais Médicos, que é um sucesso absoluto no nosso País. Os dados recentes mostram que está com mais de 90% de aprovação, inclusive no setor de saúde, no setor da classe médica. Também, se for possível, gostaria que V.Exa. falasse um pouco sobre a questão do financiamento da saúde, o

que pode ser feito ainda para melhorar essa questão no nosso País, especialmente no nosso sistema de saúde, o SUS.

No mais, quero parabenizá-lo e colocar o nosso mandato também à disposição do Ministério da Saúde.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Antonio Brito) - Agradeço ao Deputado Leonardo Monteiro.

Na sequência, concedo a palavra ao Deputado Adelmo Carneiro Leão, do PT de Minas Gerais.

O SR. DEPUTADO ADELMO CARNEIRO LEÃO - Quero cumprimentar o meu Presidente Deputado Antonio Brito, da Comissão de Seguridade Social e Família; quero cumprimentar também esse extraordinário Ministro, Arthur Chioro, que tem atendido a todas as solicitações desta Câmara, do Congresso Nacional.

Eu tenho a impressão de que, todas vezes em que lhe foi feito um convite, V.Exa., numa atenção especial, veio aqui para apresentar diferentes informações, dados e proposições do Ministério da Saúde. Quero saudá-lo pelo projeto que está em andamento e já é um sucesso, mas eu tenho a expectativa de que ainda será maior o sucesso com essa parceria estreita entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com mais médicos e mais especialidades, eu não tenho dúvida.

Tenho a preocupação, mas é uma preocupação num sentido mais positivo, Ministro, porque eu vejo uma preocupação negativa de impedir que o Mais Médicos e o Mais Especialidades avancem, com o discurso de que nós não temos uma estrutura ainda adequada. Mas eu aprendi que nós vamos aprimorando no caminhar, nós não ficamos esperando, e o Ministério tem essa ousadia e determinação.

Mas eu quero chamar a atenção para algumas ações do Ministério. Nós estamos discutindo isso em diferentes áreas e a otimização da aplicação dos recursos, apesar de serem poucos. Talvez o SUS, pela sua natureza e estrutura, esteja sendo — eu não tenho nenhuma dúvida —, com os recursos poucos que existem, o mais eficiente sistema de atenção a uma sociedade tão ampla, diversificada e necessitada como a nossa sociedade brasileira. Certamente, se nós

não tivéssemos o SUS, esses recursos todos seriam muito menos efetivos do que com o Sistema Único de Saúde.

O que me anima é chamar a atenção para que o Ministério atue cada vez mais no sentido de apoiar as instituições que prestam efetivo serviço ao SUS, tais como as instituições públicas, filantrópicas e aquelas que voltam a sua atenção às pessoas mais necessitadas.

Eu vejo, e às vezes nós falamos com orgulho, que o Brasil é o país que mais faz transplantes no mundo, e é até bom que se façam muitos transplantes. Mas o paradoxo, a contraposição, é que também no Brasil — e tratando aqui principalmente do setor do trânsito — a mortalidade nessa área é imensa. Há mortalidade também em outras áreas, em que a prevenção, eu não tenho nenhuma dúvida, Ministro, poderia ter muito mais efetividade do que ação curativa ou tratativa de recuperação. Logicamente, nós não podemos abrir mão de nenhuma possibilidade de tratamento de que as pessoas necessitam. Mas eu entendo que o Ministério, com o Ministério da Educação e outros Ministérios, talvez pudesse ousar mais.

Hoje nós estamos aqui numa audiência pública muito interessante sobre as formas, inovações e tratamento do câncer. Foi levantado um problema muito relevante, e eu acho que vale a pena o Ministério, bem como outros setores, estabelecer uma associação para enfrentarmos, por exemplo, a contaminação de alimentos, lembrando que os venenos hoje utilizados — alguns proibidos em outros países — não podem continuar sendo instrumento de combate a pragas no Brasil já que, mais do que isso, causam enormes prejuízos à nossa população.

Diante dessa consideração, para terminar, quero colocar outra situação. Sinceramente, eu não sei se nós deveríamos criminalizar — talvez esta seja uma palavra muito forte mesmo —, mas seria um crime admitirmos as cesarianas como são feitas no Brasil, sem nenhuma necessidade. Mais grave ainda, Ministro, é que nós temos muitas evidências de que várias mulheres morrem por falta da cesariana adequadamente indicada, o que revela que a cesariana não é uma medida médica corretamente adotada. Se fosse, nenhuma morte ocorreria por falta de cesariana. Em todas as tratativas — o Deputado Antonio Brito tem participado de debates muito

interessantes aqui —, nós temos visto graves denúncias de mulheres que morrem por falta de uma indicação adequada e de uma ação efetiva.

Eu ouso dizer que vale a pena o Ministério da Saúde atuar de maneira muito propositiva, para garantirmos efetivamente o estabelecimento de metas, Ministro, e assim podermos reduzir o número de cesarianas, que comprometem não só a vida de mulheres e crianças, mas também o sistema financeiro.

Eu aproveito para adiantar o meu voto: todas as vezes que for colocada aqui uma proposição para aumentar recursos para a Saúde, meu voto será “sim”, sem nenhuma restrição. Mas, se não tivermos uma maneira de otimizar todos os recursos que colocarmos adicionalmente à Saúde, para que eles produzam bons resultados, nós não teremos como resultado final a saúde como bem da nossa sociedade brasileira.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Antonio Brito) - Agradeço ao Deputado Adelmo Leão.

Eu queria propor um consenso entre nós. Os Regimentos do Senado e da Câmara falam em 3 ou 5 minutos. Nós temos uma lista de inscritos e, para todos poderem falar, eu peço que falem em 3 minutos. Se algum Deputado desejar falar em 5 minutos, não há problema. Se todos estiverem de acordo, assim faremos.

Na sequência, têm a palavra os Deputados Jorge Solla, Leandre e Flávia Morais.

O SR. DEPUTADO JORGE SOLLA - Obrigado, Presidente. Ministro, eu queria, primeiro, parabenizar o senhor e toda a sua equipe pela atuação. Já se comentou aqui a sua disponibilidade em participar a qualquer momento em que a Câmara dos Deputados o convidar, diante das mais diversas demandas e espaços. Aliás, eu queria registrar a sua atuação na semana passada: foi extremamente positivo o senhor ter vindo a esta Casa e ter abortado uma ação, completamente despropositada, da Oposição, que queria transformar a discussão sobre a criação de um banco de dados. Na verdade, não se trata de criação, porque a criação já tinha se dado por lei, mas da regulamentação de um banco de dados. Todos sabem da importância de um banco de dados para o planejamento e para a organização de ações voltadas para a Saúde, na linha da atuação especializada. Felizmente, a presença de V.Exa. nesta Casa abortou a estratégia da Oposição e permitiu que se

realizasse um trabalho bastante profícuo com a Comissão que foi criada, inclusive com a participação do Deputado Antonio Brito, que também atuou neste processo.

Eu queria fazer um comentário sobre a questão do financiamento. Eu diria que a equipe, sob a sua condução — estão aqui os dirigentes do Fundo, a Secretaria Executiva —, tem tido muitas dificuldades para viabilizar a execução de um orçamento tão constrangido, tão apertado. O subfinanciamento da Saúde no Brasil é patente, não há como negar isso. Inclusive, a proposta do Presidente do Senado, Senador Renan Calheiros, recentemente, na famosa agenda apresentada, apesar de ter sido um absurdo a proposta de cobrar o procedimento, imediatamente foi rechaçada não só pelo senhor, mas por vários Parlamentares e pela sociedade como um todo, tanto que em 48 horas foi retirada, mas ela teve dois aspectos importantes.

Primeiro, ao colocar na agenda, o Senador Renan Calheiros também concordou que o subfinanciamento precisa ser enfrentado e ter uma resposta adequada.

Segundo, ao argumentar que cobraria só de quem tem mais para viabilizar o sistema para quem tem menos, ele apontou o caminho, que é viabilizar uma arrecadação de recursos, através de um financiamento estável destinado para a saúde. E aí, entram, Ministro — e eu queria ouvir a sua opinião —, a taxação das grandes fortunas, como alternativa, e a viabilização do Imposto de Renda sobre lucros e dividendos no mercado de ações; e outras possibilidades. Eu acho que nós temos, neste ano, um grande debate com a Conferência Nacional de Saúde e precisamos construir alternativas que visem assegurar o financiamento para a saúde.

Em relação ao Programa Mais Médicos, já foram colocados aqui a sua importância, o seu impacto e a resolutividade que temos conquistado com ele. Eu queria colocar uma preocupação, Ministro: apesar de a Oposição e as entidades médicas não poderem mais se colocar contra o Programa Mais Médicos, agora eles estão buscando outras estratégias. Então, houve aquela tentativa do banco de dados, e agora tenho visto algumas questões relacionadas a tentar se inviabilizar a expansão dos programas de residência médica.

Eu queria registrar a nossa posição da necessidade da imediata expansão dos programas de residência, de colocar isso como prioridade da ação governamental e de que devemos inclusive buscar blindar qualquer tentativa de abortar os investimentos na abertura de novos cursos de graduação, que já estão em curso, e dos programas de residência, até porque são eles que efetivamente fixam o profissional.

Por fim, quero destacar também a importância da atuação que o senhor e toda a sua equipe tiveram na CPI de Órteses e Próteses. Foi uma experiência muito positiva de trabalho, articulado com a Câmara dos Deputados. Começamos e encerramos combinando ações definidas pela CPI, com ações definidas pelo Governo, através do Ministério, então, foi um exemplo de atitude articulada, e bem articulada, entre o Executivo e o Legislativo para enfrentar um problema extremamente grave.

Queria ouvir também alguns comentários seus sobre o desenvolvimento das PDPs, que eu acho que todo mundo sabe como o balanço comercial na área de saúde é extremamente negativo. Esse trabalho que vem sendo feito nos últimos anos tem criado oportunidade de transferência de tecnologia, que é essencial para a área da saúde em nosso País.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Antonio Brito) - Agradeço ao Deputado Jorge Solla.

Com a palavra a Deputada Leandre, do PV do Paraná.

A SRA. DEPUTADA LEANDRE - Boa tarde, Sr. Ministro! Boa tarde, Sr. Presidente e todos os presentes!

Ministro, eu não sei se o senhor está lembrado da última oportunidade que tivemos de conversar com o senhor a respeito da ampliação das Redes de Atenção à Saúde. Naquela oportunidade, estava sendo feita uma avaliação. Essa foi a resposta que tivemos. Então, a gente sabe, assim, o quanto neste ano está difícil, todo mundo entende essa situação; mas a gente também gostaria de ter uma posição de como vai ser tratado esse assunto da expansão das redes nos Estados, em especial a Rede de Urgência e Emergência, que hoje a gente recebe muita demanda, tendo em vista que a implantação em algumas regiões, principalmente no Estado do Paraná, tem trazido sérios problemas, porque o prestador de serviço não

consegue entender por que ele recebe a metade do valor que recebe aquele prestador que está na região metropolitana, que recebe um valor dobrado pelo mesmo procedimento.

Gostaria também de saber sobre a questão dos SAMUs. O senhor falou que, nesses 4 meses, foram habilitados vários. Qual é a programação daqui para frente? Nós estamos, por exemplo, no Estado do Paraná, agora no dia 31, na iminência de extinguir um consórcio de 42 Municípios. Eles têm esse prazo. A gente sabe que existem pendências dentro desse consórcio, tanto do Estado quanto dos Municípios, mas também tem a questão federal.

A nossa dificuldade de entender hoje é que, quando perguntado ao Ministério da Saúde, a gente não tem uma resposta conclusiva sobre o processo. Falam que não há processo ou que o processo está em análise. Então, a gente gostaria de ter essa resposta até para que a gente possa dar esse retorno para a comunidade, que acha que, de repente, é por falta de atuação federal que vai se fechar um serviço que atende lá 2 milhões de pessoas.

Então, se o senhor puder nos dar um norte a respeito dessas duas situações, pois acredito que não é só no Paraná que está acontecendo isso. Eu tenho conversado com outros Deputados, e eles também enfrentam dificuldades parecidas. Acho que é importante pelo menos para dar uma luz para a gente trabalhar em sintonia, junto com o Ministério, porque acho que todos os esforços que pudermos somar hoje são importantes.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Antonio Brito) - Agradeço à Deputada Leandre.

Com a palavra a Deputada Flávia Morais, do PDT de Goiás.

A SRA. DEPUTADA FLÁVIA MORAIS - Sr. Presidente, Sr. Ministro, eu queria dizer que nós sabemos que as colocações do senhor aqui com relação aos avanços que nós tivemos, com a implantação do SUS, são reais. Tudo que o senhor falou é a realidade. Mas nós todos sabemos também que essa realidade está muito aquém do que nós esperamos para o povo brasileiro. Nós sabemos que todas essas realidades precisam avançar ainda mais, e nós não podemos parar por aqui.

Há poucos dias nós tivemos aí a informação de um corte na saúde de 9 bilhões, se não me engano, ou mais um pouco. E nós precisávamos ver isso, e acho que também esta Comissão. Não vou nem entrar em detalhes das ações, mas queria falar aqui de orçamento mesmo. O que objetivamente nós podemos fazer para recompor isso? Porque nós que trabalhamos nesta Comissão, e participamos de vários momentos, nós estávamos sonhando com aumento de recursos para a saúde, mas, de repente, nós vamos ter que conviver agora com um corte, dentro de uma realidade que precisava de mais recursos.

Então, a gente queria ver, não para criticar, mas para a gente ver como que nós podemos, juntos, trabalhar, o Congresso junto com o Ministério, junto com o Governo, para ver uma fórmula para que a gente possa recompor esse orçamento e avançar ainda mais, continuar avançando com as grandes demandas que nós temos na saúde.

A nossa pergunta é só essa.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Antonio Brito) - Agradeço à nobre Deputada Flávia Morais.

Com a palavra o Deputado Edmilson Rodrigues, do PSOL do Pará.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Primeiro, quero agradecer a oportunidade, Ministro, e dizer que eu acho que precisa avançar muito, mas realmente a iniciativa do Programa Mais Médicos está de parabéns para os Estados do Norte e do Nordeste, principalmente o Estado do Pará é um exemplo de que essa presença diminuiu o déficit de acesso da população aos serviços de saúde, ainda que os serviços básicos.

Queria aqui levantar só algumas questões. No quadro que V.Exa. apresenta, de 109 bilhões, do projeto de LOA, fala que a dotação é de 121 bilhões atualizada. E eu percebi que o aumento é principalmente no Fundo Nacional de Saúde e na FUNASA. Eu queria que o senhor explicasse isso, relacionando com o corte ou com o contingenciamento estabelecido aí pelo Governo nos recursos da saúde, porque mais ou menos o valor que aparece aqui como mais é o que foi tirado ou pelo menos contingenciado.

Segunda questão: essa relação de 14% de oferta e produção do SUS nas filantrópicas, 12% nas privadas e 74% na rede pública, surpreende-me um pouco.

Mas eu estou apenas dizendo que me surpreende, porque a avaliação que eu faço é que mesmo os serviços aparentemente públicos hoje, em grande medida, acabam sendo realizados ou pelo médico diretamente, não ligado diretamente ao sistema ou a empresas da área de saúde. Isso explicaria o déficit de serviços públicos, ainda que o Mais Médicos reconhecidamente tenha ampliado o acesso?

Vou dar um exemplo. Eu fui Prefeito, e chegamos a 42% de serviços do programa que nós chamávamos de Família Saudável, relativo ao Saúde da Família; hoje talvez não alcance 15%. Qual é a ação possível do Governo, considerando que o SUS tem uma visão sistêmica da saúde, tanto nos conselhos quanto nos comitês tri e bipartite, não para impor qualquer coisa e, digamos assim, ferir o princípio da autonomia, mas, para, em nome da vida e do direito à saúde como um bem público, garantir que as Prefeituras e os Governos de Estado cumpram seu papel?

Que o Governo Federal também reconheça que há um déficit e aumente os investimentos em programas como os de atenção básica à saúde. A meu ver, a participação do Estado no âmbito da União ainda é muito pequena. Para alcançar 42% de, mais ou menos, 1 milhão e 200 mil ao mês até 2004, apenas 200 mil vinham da União. O programa dizia-se, e era divulgado, federal, desde Fernando Henrique.

Eu vou concluir, rapidamente, com dois pontos. Uma das emendas que eu apresentei em meu primeiro mandato coincidiu com um incêndio do hospital. Houve necessidade de liberação de 3 milhões para o principal hospital de urgência e emergência de Belém. Eu gostaria que V.Exa. me respondesse se há possibilidade de viabilizar os recursos nesse caso, que realmente é de calamidade pública, porque os outros dois hospitais que eu havia construído são insuficientes para atender a demanda do principal, que atende, na verdade, o Estado inteiro em situações de alta complexidade.

Por fim, Sr. Ministro, há de se fazer justiça neste País, garantindo que os repasses para a internação e, especialmente, para o PAB sejam mais equânimes.

Eu vou concluir, Sr. Presidente, com uma expressão. Eu me sinto, como cidadão paraense, violentado em saber — quando eu era Prefeito era assim, mas não sei exatamente como é agora — que, enquanto um cidadão de Belém recebia 1 real *per capita* para o PAB, um gaúcho ou paranaense recebia 1,9 real. Naquela

altura, nos Estados e Municípios que tinham maior arrecadação, que eram mais ricos, a estrutura hospitalar e de assistência básica era muito superior às do Norte e do Nordeste.

Portanto, onde nós mais necessitamos de investimento recebemos apenas a metade do repasse. Isso tem que mudar, porque é uma violência contra os cidadãos do Norte e do Nordeste.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Antonio Brito) - Agradecemos ao nobre Deputado Wadson Ribeiro, do PCdoB de Minas Gerais.

O SR. DEPUTADO WADSON RIBEIRO - Em primeiro lugar, Sr. Presidente, quero cumprimentar e saudar nosso Ministro. Quero dizer que esta Comissão valoriza muito a atitude conjunta das duas Comissões de promover a presença do Ministro, que, num gesto democrático de construção coletiva da gestão pública, presta esclarecimentos de iniciativas das mais importantes no Ministério.

Eu quero dizer, Sr. Ministro, que o senhor tem uma das tarefas mais árduas do Governo, porque uma sensação que paira na população brasileira é a de que as conquistas dos últimos 12 anos significaram muitas melhorias na vida de milhões de brasileiros, especialmente com a enorme mobilidade social que o Brasil experimentou, especialmente com a entrada de muitas famílias no mercado de consumo, principalmente dos mais pobres.

Mas, sem dúvida alguma, Sr. Ministro, o tema saúde, quando pesquisado, ainda é se sobressai como um dos principais desafios civilizacionais do País, não é? Ou seja, o Brasil avançou muito no último período. Um sistema público, universal e democrático, como o SUS, faz do Brasil um país com grande diferencial nesse aspecto.

Mas, encarar, nesse novo momento, de fato, a consolidação de uma medicina realmente preventiva, que consiga oferecer atendimento primário aos locais mais distantes do País, às periferias das grandes cidades, de modo a diminuir os níveis de internação, de modo a identificar de forma mais precoce uma série de doenças, de modo a promover uma vida saudável, é, de fato, um dos grandes desafios civilizacionais eu diria não apenas da Pasta que V.Exa. tão bem dirige, mas também

do Brasil, ao lado da educação, ao lado da questão urbana, tão reivindicada, também, nos últimos tempos.

Também acho, Sr. Ministro, que, em alguns momentos, nós deveríamos tentar construir uma relação mais interligada entre as várias frentes de Governo, especialmente no que diz respeito à formação de profissionais na área da saúde.

Cheguei a ter uma reunião no Ministério da Educação em que nós também especulamos sobre essa possibilidade. Como fruto dessa reunião, eu apresentei, na Casa, um projeto de lei tentando estimular, a partir de mecanismos como o PROUNI, com essas vagas, com essas bolsas, a prioridade para a formação na área da saúde, especialmente em carreiras como as de Medicina, Enfermagem, e em algumas outras áreas, de modo que, em curto período de tempo — no caso desse projeto, eu proponho 10 anos —, nós aumentemos nossa relação entre o número da população e o número de médicos no País, que não tem uma média baixa.

Eu gostaria que o senhor comentasse um pouco como tem evoluído essa relação, do ponto de vista da formação dos profissionais da área da saúde.

Queria também dizer, Sr. Ministro, que o senhor encontra em nós e na minha bancada uma defesa no que diz respeito aos aumentos, à necessidade de aumento do financiamento da saúde no Brasil. Nós temos defendido a taxação das grandes fortunas como mecanismo que também pode ampliar o orçamento da saúde no Brasil e condenamos desde já a proposta que discutiremos logo em seguida na LDO e que faz com que o Brasil aumente seu superávit ou aumente seu contingenciamento de gastos. Nós achamos que isso é incompatível, num momento em que o Brasil precisa garantir os principais programas, garantir essas políticas sociais, especialmente as ligadas à saúde e as ligadas à educação.

Queria também, Sr. Ministro, que o senhor nos desse uma notícia. Eu sou do Estado de Minas Gerais, e eu tenho recebido muitas reivindicações nesse sentido. Muitas obras ainda carecem dos chamados restos a pagar. Especialmente quando tratamos de cidades médias ou pequenas, isso acarreta um grande complicador não apenas para o Município mas também, e especialmente, para a maior parte da população, que necessita desse serviço, desse atendimento.

Desse modo, eu gostaria que o senhor comentasse essas questões.

Mais uma vez, eu o parabenizo pela brilhante exposição.

Obrigado.

Era isso, Sr. Presidente.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Com a palavra o Deputado Zé Geraldo, do PT do Pará.

O SR. DEPUTADO ZÉ GERALDO - Sra. Presidenta, Srs. Deputados, Sr. Ministro, primeiro quero parabenizá-lo pela condução do Ministério e dizer que no Pará, de vez em quando, fazemos alguns debates e dizemos que seria interessante que o Ministério da Saúde repensasse algumas políticas, alguns investimentos, considerando nosso continental território amazônico. Alguns programas são muito mais caros para serem colocados em prática naquela região.

Eu vou dar um exemplo a V.Exa.: as unidades básicas de saúde têm o preço de 508 mil reais, mas, no oeste do Pará, dificilmente se constrói uma por esse preço. Aquela Prefeitura que pode dar uma contrapartida, que tem um recurso, licita a obra e precisa dar a contrapartida do terreno. Mas há Municípios — vou citar o exemplo do polo de Belo Monte, que inflacionou a mão de obra — em que isso é mais caro, em que isso custa em torno de 700 mil. E não há como fazer algum tipo de aditivo. Ela é padrão. Depois de definido, é aquilo.

Alguns Prefeitos deixaram de receber o recurso e, portanto, perderam a oportunidade de construir uma unidade básica de saúde, que é muito interessante para o Município, porque a Prefeitura não tinha 200 mil para dar de contrapartida. No Município de Jacareacanga, o preço é 800 mil, e é perigoso ser deserta a licitação, porque um saco de cimento vai chegar lá a 40 reais, devido ao combustível, ao transporte.

Eu acho que precisaríamos ver como, em alguns programas, levar em consideração essas diferenças regionais.

Outro ponto tem relação com o financiamento. Nós perdemos uma grande quantia em dinheiro por uma votação infeliz no Senado. Parece que por 2 votos nós perdemos aquela votação. Por birra política, os adversários políticos retiraram o valor que girava em torno de 40 bilhões por ano, salvo engano, naquela época; hoje é muito mais. Nós não conseguimos recompor esses recursos até agora, nossa Presidenta.

Dessa forma, precisamos de mais dinheiro. Por quê? Porque o tratamento de saúde também se sofisticou. Qualquer hospital no interior, qualquer unidade básica de saúde tem aparelhos de raios X, de ultrassonografia. Às vezes, há um só, e, quando ele quebra, demora até 1 mês para ser consertado, porque não há dinheiro. O cidadão vai duas ou três vezes lá e sai bravo, porque está quebrado o tal aparelho de raios X, porque está quebrado não sei o quê.

Então, eu acho que nós estamos em um momento em que a saúde exige mais recursos. O cidadão vai ao médico, que pede um monte de exames. O médico está certo, ele tem que pedir exames. Onde o cidadão vai fazer esses exames?

Outro ponto, Sr. Ministro, é o número de acidentes que ocorrem neste País. Hoje, nas regiões de Santarém, Itaituba, Marabá, Altamira e no Estado todo, as pessoas compram mais carros, as pessoas compram motos. Em um final de semana, de 100 a 300 pessoas quebram a perna, a cabeça, etc. em acidente de moto. Nós não temos ortopedia, nós não temos neurologia, nós não temos essas especialidades de medicina de alta complexidade, porque a medicina é preventiva.

O Programa Mais Médicos é, para nós, uma coisa fantástica. No Pará, como esse programa tem ajudado! Como esses médicos cubanos — a maioria dos que foram para lá é cubana — ajudam! Eles estão lá, no meio do mato. Eles vão trabalhar de moto, na garupa, a pé, a cavalo. Eles são deuses no meio daquele interior, porque atendem as pessoas. Eles foram preparados para isso.

Mas precisamos de recursos para atender exatamente essa demanda. Eu fico pensando se nós não teríamos que criar um imposto para a indústria automobilística, nos IPVAs. Nós precisamos arrumar dinheiro, porque ninguém gera mais acidente naquela região hoje. Ocorrem acidentes de moto com bicicleta, de carro com moto, de moto com carro, e as pessoas se quebram.

Basta passar um fim de semana no Hospital Regional de Santarém, no Hospital Regional de Altamira, no de Redenção, no de Marabá — agora estão construindo um em Itaituba — para ver que há de 150 a 180 pessoas, na fila, querendo ser atendidas. Muitas vezes, o cidadão ocupa um leito e não sai em uma semana. Ele fica lá 1 mês, 2 meses, até se recuperar, porque os acidentes são muito graves.

Então, eu acho que nós precisamos pensar em dar um jeito. Se não será pelo Orçamento Geral da União que nós teremos isso, nós temos que criar, sim, um imposto para ter dinheiro. Sabemos que ainda há muito dinheiro sendo mal aplicado e desviado por este País afora, mas precisamos de recursos para garantir o atendimento mais moderno que nós estamos implementando neste País nos hospitais e nas unidades básicas de saúde.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Concedo a palavra à Deputada Professora Dorinha Seabra Rezende.

A SRA. DEPUTADA PROFESSORA DORINHA SEABRA REZENDE - Boa tarde a todos.

Quero dar os parabéns pela iniciativa de trazer o Ministro.

Começo, Sr. Ministro, abordando uma preocupação relativa a uma questão mais ampla da saúde, que é o planejamento.

Hoje eu tive a oportunidade de, na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, mencionar isso. A minha área é a educação, e, na educação, nós conseguimos avançar com o Plano Nacional de Educação. O Plano vai da creche à pós-graduação e estabelece metas e diretrizes para Municípios, Estados e União.

Eu queria fazer o apelo para que tentássemos avançar e dirigíssemos uma ação estratégica no País como um todo. Hoje, por exemplo, nós, Parlamentares, temos que colocar metade das nossas emendas na área da saúde. Mas isso é feito de maneira aleatória, sem organização, sem direcionamento. Muitas vezes, um recurso é alocado para um programa que não é prioritário, que não tem como ser desenvolvido, para o qual o Município não tem estrutura. Às vezes, ele não faz parte do plano maior do Estado ou da própria necessidade, do ponto de vista da União.

Então, se nós conseguíssemos avançar, eu acho que esses recursos, que hoje são usados, inclusive, para compor o mínimo obrigatório a ser aplicado, teriam um direcionamento e, com certeza, um retorno muito melhor para o cidadão e para o funcionamento da saúde como um todo. Vamos fazer o apelo para que nós possamos construir. Quando eu alocar recursos, será muito mais fácil seu eu souber o que é necessário, qual é a ordem de prioridades para aquele Município e para o meu Estado.

A outra preocupação também tem relação com emendas. Faço uma reclamação pontual em relação à estrutura do Ministério da Saúde: 50% das emendas são alocadas para lá, mas, segundo a Assessoria Técnica, o número de assessores de todos os Deputados é pequeno para analisar em tempo hábil, para atender e conseguir dar vazão a elas nos prazos, que são difíceis de ser cumpridos.

Então, este seria um apelo. Não se trata de má vontade. Eu não estou criticando os servidores, mas dizendo que acho que a estrutura poderia ser revista, em virtude de uma concentração alta, do ponto de vista de emenda.

A outra pergunta — esta, sim — tem a ver com o Orçamento. Até hoje nós temos usado a Lei Complementar nº 141, de 2012, para ter embasamento em relação aos recursos da saúde. Segundo os dados, aplicando essa lei complementar para o ano de 2016, nós teríamos algo em torno de 106 bilhões de reais. Se aplicarmos a Proposta de Emenda à Constituição nº 87, de 2015, esse número cairá para 84,8 bilhões. Nosso Relator da LDO tinha apresentado a proposta tendo como referência a lei complementar e agora apresentou um voto com uma nova posição. Com essa posição do Relator, os recursos ficariam em 99,4 bilhões. Então, nossa pergunta é se essa foi uma posição do Governo.

A preocupação da área de educação e saúde é de que nós precisamos lutar por mais dinheiro. Existe uma estabilização, o valor nominal cresce, mas o avanço, em termos percentuais... Se isso é uma posição do Ministério, como nós poderíamos fazer para tentar obter mais recursos para V.Exa., para o Estado inteiro, para o País inteiro?

Muito obrigada.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Com a palavra a Deputada Zenaide Maia.

A SRA. DEPUTADA ZENAIDE MAIA - Sr. Ministro, Sra. Presidente, eu queria parabenizar o Ministério da Saúde pela iniciativa de construção, reforma e ampliação de unidades de saúde. Pelo menos no Nordeste — eu sou do Rio Grande do Norte —, nós sabemos que a maioria das unidades de saúde estava em casas alugadas e adaptadas precariamente para isso. Então, o Ministério está de parabéns por essa iniciativa. Sempre se dizia que o Programa Mais Médicos mandava os médicos para unidades de saúde que não tinham a mínima condição de atendimento.

Isso é importante para o Município, porque ele deixa de pagar aluguel. Nós sabemos que grande parte das unidades de saúde dos Municípios eram casas alugadas.

Faço uma pergunta sobre as obras já iniciadas, que, diante da crise, estão sem financiamento e estão paradas. Há algumas no Estado do Rio Grande do Norte, e as pessoas me perguntam o porquê. Pergunto também se há previsão de obras novas unidades de saúde, além das já iniciadas.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Todas as perguntas foram feitas ao Ministro, e encerrou-se o tempo para as indagações.

Eu gostaria que o Sr. Ministro usasse o poder de síntese.

O SR. DEPUTADO ZÉ GERALDO - Sra. Presidenta...

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Pois não.

O SR. DEPUTADO ZÉ GERALDO - Uma coisa estava na minha memória para dizer ao Ministro. Ela tem relação com a preocupação com as emendas, que a Deputada abordou.

Sr. Ministro, até agora, pelo menos, no ano passado, nós fomos proibidos de apresentar emendas para compra de ambulância. Houve uma tal Operação Sanguessuga, aquele negócio das ambulâncias, e nós estamos condenados até hoje a não poder apresentar emendas. Mas todo mundo quer ambulância!

Eu ia apresentar umas emendas para comprar três ambulâncias para o Município de Marabá, em que há distrito com 100 ou 200 quilômetros. Eu não pude colocar. Para a Academia da Saúde também nós não podemos colocar. Pelo menos para ambulância, gente, pelo menos no Pará, que tem uma grande demanda de ambulância, porque para ambulância, com 2 anos, já se foi... O cara anda 200 quilômetros para lá e para cá todo dia, carregando doente...

Eu não posso colocar minhas emendas, porque...

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Está bem. Eu vou explicar como nós vamos fazer e o que estamos pensando.

O SR. DEPUTADO ZÉ GERALDO - ... alguém errou nesse negócio.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Um minuto, Ministro.

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Pois não, Senadora.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Deputado Nilto Tatto.

O SR. DEPUTADO NILTO TATTO - Quero cumprimentar o Ministro, parabenizá-lo pelo trabalho que vem fazendo e pelo fato de vir à Casa — não há um dia em que não venha um, dois ou três Ministros aqui. Isso demonstra o carinho que os Ministros têm com os Parlamentares.

Sem querer ser repetitivo, eu acho que o Mais Médicos é significativo, do ponto de vista da precaução, quanto a rever a infraestrutura necessária, bem como o componente da formação. Mas temos a preocupação de partilhar e buscar uma saída, pois o que vai bater logo é a questão do financiamento e dos recursos.

Em relação ao que o Deputado Zé Geraldo estava falando, nós temos tido iniciativas no Brasil inteiro e, mais especificamente, no Município de São Paulo quanto à prevenção, à velocidade e à mobilidade diante de acidentes de moto, nem tanto os acidentes de carro, mas, principalmente, os de moto. Nesse caso, há uma proposta ou uma recomendação para o Ministério da Saúde puxar para si, para construir uma campanha e trabalhar, com o Ministério do Transporte e outros Ministérios, visando à prevenção, sabendo que a conta depois volta principalmente para o Ministério da Saúde.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Com a palavra o Ministro Arthur Chioro.

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Em primeiro lugar, eu quero destacar a qualidade do debate. Eu tenho vindo muito tanto a esta Casa, quanto ao Senado, e poucas vezes nós temos a possibilidade de ir a Comissões Mistas — acho que é a primeira vez que eu venho a uma Comissão Mista após um ano e meio à frente do Ministério. Eu estou muito satisfeito com a qualidade das intervenções, que nos permitem dialogar sobre os problemas mais estruturantes. Isso é muito bom, porque nós vimos prestar contas de uma obrigação formal, a prestação de contas do primeiro quadrimestre, ao tempo em que transformamos este momento num debate de qualidade, comprometido com o futuro do Brasil.

De antemão, quero pedir desculpa caso eu não tenha conseguido completar todas as respostas do jeito que talvez vocês merecessem, diante da qualidade das perguntas que me foram feitas, mas eu me coloco à disposição para, depois que terminarmos a sessão, dar continuidade e aprofundar cada um deles.

Eu vou começar pela pergunta da nossa Presidenta Senadora Rose de Freitas sobre o Mais Especialidades. Nós estamos trabalhando no processo de planejamento do Programa Mais Especialidades. Compromisso que a Presidenta Dilma assumiu com a sociedade brasileira, ele é fundamental e é hoje o gargalo, a área em que nós temos a maior ausência de formulação de políticas. Eu sou autor, com o Deputado Jorge Solla, de um capítulo de livro. Por coincidência, quando estávamos na universidade, falávamos sobre este tema. Uma das coisas que nós reconhecemos é que não havia a formulação de políticas e que continuávamos reproduzindo as antigas estratégias do INAMPS.

Nós estamos tratando agora de formular uma política de fato consistente, para garantir o acesso de brasileiros de todos os cantos do País ao atendimento médico especializado, contemplando a consulta, o procedimento, o exame complementar, a cirurgia, a reabilitação, ou seja, o conjunto, e não esta fragmentação que a tabela do SUS fez, quando o médico especialista atende o paciente e larga na sua mão uma ficha para ele procurar o exame. Depois, ele consegue o exame, mas não o lugar onde deve realizar o procedimento.

Nós estamos orientando e já temos a definição de preferência, a começar pelas áreas de oftalmologia e de ortopedia, áreas que nós estudamos no Brasil nas centrais de regulação, com os gestores municipais e os médicos da atenção básica. Todas as pesquisas de satisfação de usuários convergem para as duas áreas de maior estrangulamento, e nós vamos aproveitar o Programa Mais Especialidades para mudar radicalmente a modalidade de pagamento, acabando de vez com a tabela do SUS. Eu voltarei a falar desse assunto.

Nós vamos introduzir no Brasil modalidades de pagamento praticadas na Espanha, no Canadá, na França, em vários outros países. Nós, aqui, continuamos pagando o cuidado fragmentado: por uma coisa, paga-se bem; por outra, paga-se mal, e o resultado final é que se garante um pedacinho do acesso, mas nunca tudo de que o paciente precisa. Um detalhe: não daria para fazer o Mais Especialidades se a etapa da atenção básica não estivesse encaminhada — não digo resolvida, porque ela está distante da qualidade que nós queremos —, mas é preciso que ela esteja encaminhada. Por quê? Porque, senão, todos os pacientes iriam direto aos especialistas.

Uma pesquisa do IBGE constatou que a principal queixa da população brasileira é dor nas costas. Vocês imaginam se todas as pessoas que têm dor nas costas tivessem como primeira opção o ortopedista. Jamais daria conta!

Portanto, existe um conjunto de cuidados na atenção básica, como a regulação, o atendimento a pequenas cidades que não terão todos os especialistas. Então, é preciso um arranjo planejado, do ponto de vista regional.

Nós estamos trabalhando internamente, começamos a discutir com os Secretários Municipais e Estaduais, a Presidenta Dilma tem me dado todo o tempo necessário para trabalhar e, desde o começo, nós chamamos as sociedades de especialidades de médicos — a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e o Colégio Brasileiro de Oftalmologia — para iniciar o trabalho técnico com a gente para diminuir as resistências que nós vivemos ao longo do Mais Médicos.

Em relação à tabela do SUS, eu queria aproveitar este debate para dizer que hoje mais de 60% dos recursos do SUS não são pagos mais por tabela. Essa mudança começou na época em que o Ministro Adib Jatene era Ministro da Saúde, quando se introduziu o piso de atenção básica, que pagava pela NOB 91 — era a mesma regra no INAMPS. Havia procedimento. Quem é médico aqui sabe que, em 1991, 1992, até 1996, consulta médica sem medicação (0.40.0) era um preço. Se havia medicação, 0.41.8. Era código. Então, mudou.

Vejam como é injusta a ideia da tabela. Se você tem que manter uma UPA funcionando, não importa se você vai atender 7 ou 150 pacientes em 24 horas. Você vai ter que ter médicos, enfermeiros, remédios, ambulância, toda a estrutura está ali. Nós trabalhamos com a precificação. Hoje, UPA, saúde mental, saúde bucal, toda a atenção básica e parte significativa das Santas Casas e hospitais universitários não recebem mais pela tabela apenas.

Vou dar um exemplo a vocês. Quando estourou a crise na Santa Casa de São Paulo, para cada real de tabela, a Santa Casa recebia 2,9 reais — quase 3 reais, em recursos de contratualização, da Prefeitura do Estado e do Ministério da Saúde.

Vou dar os dados referentes aos gastos em 2014. Em 2014, nós gastamos 14,5 bilhões de reais com as Santas Casas; 4,5 bilhões foram pagos não por tabela, mas por contratualização. Se nós trouxermos os dirigentes das Santas Casas — é uma pena que o Deputado Antonio Brito não esteja aqui, porque ele, em 2004,

quando era Presidente da Confederação das Misericórdias do Brasil, e eu era o Diretor responsável no Ministério da Saúde, na gestão do Ministro Humberto Costa, eu era responsável pelos hospitais, chegou a testemunha ocular da história —, a Confederação das Misericórdias, a Confederação Nacional de Saúde, junto com o Ministério da Saúde, construíram a política de contratualização. Se eu propuser o seguinte aos dirigentes das Santas Casas: vamos pegar os 4,5 bilhões e vamos colocar na tabela. Eles querem? Querem que o dinheiro vá para a contratualização, e não para a tabela.

Então, virou um artifício retórico de disputa política, para um modelo velho, um jeito de pagar que não leva a nada, que só o Brasil que continua praticando, e que nós vamos superar. Só que nós estamos no meio do caminho. Independentemente disso, dos mais de 4 mil procedimentos, nos últimos 3 anos, mais de 1.100 tiveram aumento. Na transição, nós precisamos continuar olhando alguns procedimentos, enquanto não se complementa a transição.

Vejam que, de maneira geral, são exatamente os Líderes de oposição, em momentos da disputa política, que trazem à tona o discurso da tabela, porque quem é do SUS não quer recurso de tabela.

A Deputada estava lembrando as redes. As redes não remuneram por tabela. Precificam quanto é o leito de UTI e buscam trabalhar o leito da UTI. Veem quanto custa a UPA, e o Ministério entra com 50%. Veem quanto custa o SAMU, e o Ministério entra com 50%; o Município, com 25%; e o Estado, com 25%. Hoje só dois Estados do País não cumprem os seus 25%. Portanto, nós estamos num momento de transição.

Eu acho muito importante colocar isso e aproveitar este momento em que Deputados e Senadores estão envolvidos no debate sobre a Saúde no País, para deixar isso absolutamente claro. Não é verdade este debate que se faz sobre a tabela do SUS. Nós estamos em pleno processo de desconstrução. Aliás, é o subfinanciamento que faz com que ele não seja revertido num ritmo mais rápido como o Brasil precisaria. Começou em 1996 com o Prof. Jatene, e nós ainda vamos gastar alguns anos para conseguir uma nova modelagem de pagamento, inclusive um pagamento que não seja só um pagamento pós-fato, ou seja, após a realização

do procedimento. Por quê? Porque o que nós temos de pagar é a qualidade do cuidado.

Eu volto ao Mais Especialidades. Como nós estamos pensando? Como é o modelo inglês, por exemplo? Quando nós pegamos um paciente que precisa de cirurgia por ter sofrido uma fratura na perna, ele passa pelo ortopedista, faz os exames, faz a cirurgia, põe o aparelho de gesso, faz a reabilitação. Acabou! Nós temos que calcular quanto custa tudo isso, remunerar e garantir que a maior parte desses procedimentos seja feita, de preferência, no mesmo lugar, para o paciente não ficar como um doido que tem de construir o seu itinerário terapêutico.

Agora vamos pegar outro exemplo. Um paciente tem uma diabetes muito grave ou um problema muito grave na tireoide e precisa ser acompanhado pelo resto da vida por um endocrinologista. Nesse caso, o Mais Especialidades tem outro jeito, outra cara. Por quê? Porque esse paciente terá que passar por um certo número de consultas, fazer um certo número de exames, ser acompanhado por alguns especialistas que dão apoio na condução do caso e, muito provavelmente, ele vai ficar vinculado ao serviço a vida inteira.

Nesse caso, por exemplo, como o modelo inglês ou o modelo espanhol remuneram? Eles remuneram pelo sucesso. Quanto menos a situação do paciente se agrava, quanto mais a equipe consegue bons resultados, remunera-se um pouco mais. Por quê? Não se tenta remunerar a doença, mas sim a qualidade, a adesão ao tratamento, buscando-se manejar o paciente, de tal maneira que ele tenha menos complicações.

Nós estamos diante do desafio de fazer a reviravolta que estamos armando ao longo dos últimos 14 ou 15 anos, que consiste numa discussão que estamos fazendo desde 1988, uma discussão que os outros países fizeram, e nós não fizemos. Mas nós iremos fazê-la. Nós estamos no meio do caminho.

Sobre o INCA, eu quero deixar uma informação que eu acho muito importante. Nós não vamos diminuir recursos, pois, no orçamento para este ano, há 17 milhões a mais para o INCA. Nós vivemos um processo de transição de uma direção que já estava lá havia muito tempo. Houve resistências às modificações necessárias. Essas modificações já foram feitas. Agradecemos àqueles que se dedicaram ao INCA durante muito tempo, mas instituição pública não tem dono. Eu,

como Ministro, tenho que ter a responsabilidade de dizer que, se eu acho que mudanças precisam ser feitas, essas mudanças têm de ser feitas. Escolhemos para a direção uma pessoa que é da área pública, extremamente bem formada, com experiência em administração hospitalar, ligada a hospitais federais, a instituições acadêmicas de ensino, para continuar fazendo com que o INCA seja a nossa instituição de referência nacional no câncer.

Eu tenho um grande apreço pelo INCA. Não vou deixá-lo se deteriorar, pelo contrário. Mas ninguém, muito menos um pedacinho de corporação, vai me impedir de tomar a responsabilidade pelas mudanças e responder pelas mudanças que faço. Uma das coisas que eu mais ouvia é que se precisava dar um novo gás ao INCA. Nós fizemos as mudanças. Os problemas já estão sendo devidamente solucionados, e o INCA vai continuar desempenhando o papel para o Estado do Rio de Janeiro e para o Brasil que ele precisa desempenhar, que ele tem condições de desempenhar, na área de pesquisa, de ensino, de formação, de assistência, porque é uma baita unidade. Quem não é do Rio de Janeiro ou nunca teve contato, nós, de São Paulo, ouvimos muito pouco e reconhecemos muito pouco a importância do INCA. Mas é uma instituição fantástica.

Em relação ao custeio do SAMU, eu quero dizer que nós estamos mantendo todos os nossos compromissos. Eu vou entrar em algumas questões. O Deputado Leonardo Monteiro trouxe algumas considerações extremamente importantes sobre o Mais Médicos. Nós vivemos a fase de implantação do processo de provimento emergencial, que está consolidado. Nós chegamos a 18.240 médicos e agora temos o processo de substituição trimestral. Quando alguém sai do programa, ou abandona, ou desiste, a cada 3 meses, faz-se a substituição. Neste ano, 100% das vagas que se abriram no primeiro ciclo de reposição foram ocupadas por médicos brasileiros. Parece que isso é uma tendência. É muito bom que seja assim: a ocupação pelos médicos brasileiros.

O programa está indo muito bem. Os resultados não só de satisfação de usuários e gestores, mas em relação à qualidade de assistência, já passam a ser extremamente importantes.

Em segundo lugar, já respondendo aos Deputados e Deputadas que trouxeram elementos sobre esse tema, nós estamos investindo fortemente na

infraestrutura e na melhoria da qualidade. Há 26 mil unidades básicas sendo reformadas, construídas e ampliadas; mais de 10 mil prontas; mais de 10 mil em obras neste momento; e pouquíssimas em ação preparatória.

Há algumas Prefeituras em dificuldade, algumas fazendo a desistência, o que não há problema, pois pegaram muito mais do que tinham condições de pegar. Então, há aqueles reajustes. Algumas Prefeituras trocaram o comando e, por isso, têm novos planos de saúde. Portanto, nós respeitamos o que cada Prefeitura indica. E estamos garantindo, Deputado, os recursos, porque consideramos prioritária essa infraestrutura.

No plano de governo apresentado pela Presidenta Dilma, nós trabalhamos com a ideia de mais 13 mil unidades, além das 26 mil unidades ao longo dos próximos 4 anos, para que possamos chegar a alguma coisa em torno de 38 mil unidades. Ou seja, praticamente estamos dando chance para que toda a rede de atenção básica do Brasil possa ser reformada, construída ou ampliada.

Nós também estamos fazendo outra coisa importante: a conectividade em banda larga. Doze mil unidades estão sendo conectadas em banda larga, para poderem utilizar as tecnologias de informação, como o Segunda Opinião, o Telessaúde, a formação a distância, enfim, para usar plenamente o mundo da informática e da tecnologia da informação.

O Deputado Leonardo Monteiro nos trouxe uma questão que vários dos senhores e senhores abordaram, que é a questão do financiamento. Eu quero falar sobre isso maneira muito clara — eu trouxe alguns dados aqui. Houve, em 2007, um grande atentado contra a população brasileira. Se a retaliação era dirigida ao Presidente Lula, na prática, quem foi retaliado foi a população brasileira. Na época, eram 38 bilhões de reais, sendo que no ano seguinte seriam 40 ou 42 já bilhões de reais. De 2008 para cá, nós deixamos de ter disponíveis no Sistema Único de Saúde, com o fim da CPMF, mais de 350 bilhões de reais. Quando eu vejo os nossos Restos a Pagar da ordem de 13 bilhões de reais e vejo que nós perdemos 350 bilhões de reais, é duro de acreditar que nós estejamos nessa situação. Neste ano, se a regra do jogo da CPMF estivesse valendo, seriam mais de 60 bilhões de reais.

É claro que essa é uma discussão que a sociedade brasileira vai ter que fazer. Os senhores aqui já apresentaram um conjunto de propostas — só nas intervenções feitas apareceram várias ideias. Mas o Congresso Nacional é o espaço legítimo para a discussão desse tema, inclusive porque foi o Congresso Nacional que nos colocou numa situação de maior dificuldade. Eu não tenho dúvida nenhuma de que esta é a Casa legítima para enfrentar esse debate. Agora, é impossível não fazer essa discussão de que nós temos um sistema subfinanciado.

Nesse dado que vou apresentar não estou contando a desoneração no Imposto de Renda, a renúncia no Imposto de Renda, não estou contando a desoneração das Santas Casas, o que acrescentaria mais 19 bilhões, só para saberem a ordem de grandeza do quanto nós renunciamos. Portanto, não estou contando as Santas Casas, os hospitais filantrópicos e a renúncia, o desconto no Imposto de Renda referente aos planos de saúde e atendimentos privados. Só para vocês terem uma noção, cada um dos 52 milhões de brasileiros que têm planos de saúde tem à sua disposição 1.085 dólares por ano para cuidar da sua saúde. Já na área pública, todos os 203 milhões de brasileiros têm 525 dólares.

Por que eu estou incluindo os 52 milhões de brasileiros que têm planos de saúde dentro dos 203 milhões de brasileiros? Porque todo mundo usa o SUS, todo mundo usa o SAMU, todo mundo toma vacina. O transplante é feito no SUS, a hemodiálise é feita no SUS, o procedimento de alta complexidade é feito no SUS. Todos que têm planos de saúde aqui vão, por exemplo, a um restaurante, cuja garantia da vigilância sanitária é feita com recursos do SUS. As vacinas são disponibilizadas pelo SUS. O controle das doenças sexualmente transmissíveis e de outras doenças é feito pelo SUS.

Portanto, é extremamente importante que esta Casa possa se aprofundar nessa discussão.

Deputado Adelmo Carneiro Leão, eu e outros Ministros temos vindo aqui porque reconhecemos a legitimidade do Congresso Nacional. Eu, particularmente, nunca saio daqui sem ter dado espaço para o debate, sem ouvi-los, sem aprender e sem prestar informações.

Eu acho que este é um espaço importante até pela possibilidade de falar para o Brasil inteiro, por conta da *TV Câmara* e da *TV Senado*. Acima de tudo, aqui

podemos dialogar com pessoas que estão comprometidas com seus eleitores nos Estados, com a população brasileira e com os grandes dilemas que enfrentamos — e a saúde é um deles.

O Deputado Adelmo Carneiro Leão trouxe algumas questões, também trazidas por alguns outros Deputados, sobre as quais eu queria comentar rapidamente. Eu vou dar o exemplo do transplante renal. Nós conseguimos — eu vou usar uma expressão não muito adequada — praticamente limpar a fila de transplante renal. Hoje só não fazemos mais transplantes por conta da ausência de doadores.

Nós nos tornamos talvez um dos maiores centros transplantadores do mundo. Hoje vem gente do mundo inteiro se formar no Brasil. Em 2003, quando eu vim trabalhar no Ministério pela primeira vez, quase todos os nossos transplantadores iam para a Espanha. Hoje o sistema de transplantes da Espanha é pequenininho perto do nosso, pela excelência do nosso sistema de transplantes.

Mas olhem que ironia do destino: nós fazemos transplantes renais porque não tivemos a capacidade de diagnosticar e tratar os hipertensos e diabéticos na rede básica de saúde, porque não havia o Saúde da Família. O Brasil é o país onde mais cedo as pessoas entram em insuficiência renal crônica e depois vão para o transplante renal, porque aqui não se consegue diagnosticar a doença e tratar adequadamente os seus hipertensos e diabéticos. O Brasil é o país que mais faz amputação de membros inferiores, porque a diabetes não tratada leva à obstrução vascular e à amputação.

Muitas vezes nós achamos que o investimento na prevenção é só alimentação, vacina e etc. Mas diagnosticar e tratar adequadamente as enfermidades é a maneira mais adequada e extremamente importante de prevenir e mudar o curso das coisas.

Quando nós montamos uma rede de urgência e passamos a tratar os diabéticos e hipertensos adequadamente, diminuímos o número de infartos e derrames. Há 8% a menos de internação nas cidades que têm mais de 36% de cobertura do Saúde da Família, somente nas causas sensíveis à atenção básica. Isso não é novidade. No mundo inteiro é assim. Mas nós não tínhamos experimentado ainda a potência desse sistema.

Quero voltar a uma questão que vários dos senhores abordaram: a dos acidentes de trânsito. Eu apresentei, a pedido da Presidenta Dilma, na reunião com os Governadores recentemente, o plano que o Governo Federal está propondo a eles. Por que os Governadores? Porque é preciso haver uma liderança estadual para articular isso.

Aqui no âmbito federal, sete Ministérios estão tratando do tema, que não são liderados pelo Ministério da Saúde, mas pela Casa Civil, até porque envolve uma infinidade de Ministérios e de áreas. São dez grandes eixos.

Olhem o que nós identificamos: que, em 2013 — não tenho o dado ainda de 2014 —, morreram no Brasil 48 mil pessoas por acidentes de trânsito; enquanto que o número de homicídios foi da faixa de 42 mil. E vários Governadores, vários Secretários de Segurança Pública dizem que inclusive boa parte dos homicídios são cometidos por gente pilotando moto.

Nós conseguimos, graças ao Código de Trânsito, à Lei Seca e algumas medidas importantes, diminuir o número de óbitos de pedestres por atropelamento. Também vêm diminuindo progressivamente os acidentes com veículos automotores. Mas há 10 anos, havia 2 mil óbitos por ano por acidentes de moto; em 2013, foram 12.800 óbitos.

Em todo o Brasil, mas principalmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as frotas de motos já superam as frotas de carros e outros veículos. As pessoas substituíram o cavalo, o jegue e a bicicleta pela moto, mas sem adotar um conjunto de outras medidas. Há motos com menos de 50 cilindradas, motos de baixa cilindrada trafegando em estradas. Quando ao uso do álcool, um em cada quatro condutores de veículos admitem que usam o álcool, de acordo com a pesquisa que o Ministério da Saúde fez.

Portanto, temos que juntar educação, fiscalização, mudanças na legislação. Não dá para deixar de fora as “cinquentinhas” para baixo. Deveria haver regras que, por exemplo, só permitissem que motos só saíssem da concessionária mediante a habilitação do motorista; que motos só pudessem pegar a estrada a partir de determinada cilindrada; que os motociclistas só pudessem pegar a estrada depois de certo tempo de experiência.

O capacete não é considerado equipamento de proteção individual — EPI. Olhem que coisa: o motorista compra uma moto em 48 prestações, que são mais baratas do que o preço do capacete. Então, ele compra a moto e não compra o capacete, porque não tem dinheiro para comprar o capacete. Nós temos que transformar o capacete em EPI, para que, nas prestações da moto, seja diluído o preço do capacete. Há coisas elementares em que nós estamos trabalhando e que vamos ter que discutir com o Congresso Nacional.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Mas, Sr. Ministro, o Conselho Nacional de Trânsito pode decidir isso. Não é preciso uma norma legal.

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Há coisas que o Conselho Nacional de Trânsito pode fazer, há questões que precisarão vir ao Congresso Nacional, para que as legislações estaduais possam ter maior capacidade de intervenção; e há questões que envolvem articulação política e mobilização da sociedade.

Deixem-me dar um exemplo. Em 1992, o Canadá criou o programa chamado Cidades Saudáveis, porque, pelo ritmo em que iam os acidentes de trânsito por lá, eles precisariam aumentar 3 mil leitos para a área de trauma. Depois de feitas as medidas de combate, eles conseguiram redirecionar quase 1.500 leitos. Eles não aumentaram 3 mil leitos e se livraram de 1.500 leitos, que foram destinados para outras coisas.

No Brasil, eu vou visitar hospitais. Eu fui inaugurar agora uma ampliação do Hospital Estadual de Emergência e Trauma, em João Pessoa, com o Governador Ricardo Coutinho. Quando nós fomos visitando as enfermarias, vimos que era assim, Deputado: moto, moto, moto, moto, queda da laje, moto, moto, moto, acidente de trânsito, moto, moto, acidente de trabalho. Cinquenta e cinco por cento das pessoas que estavam internadas no hospital — não era na traumato-ortopedia — eram acidentados de moto, sendo que 90% já estavam no terceiro acidente ou mais.

Portanto, Nós vamos continuar gastando dinheiro para aumentar leitos de UTI, centros de trauma e reabilitação?

O IPEA calculava que, em 2005, era de 44 bilhões de reais o valor que o Brasil perdia por ano com os acidentes de trânsito, em termos de danos físicos, seguros, previdência, danos à população economicamente ativa e gastos na saúde

pública e privada. Para este ano, o cálculo estimativo ultrapassa 55 bilhões de reais. Então, nós vamos ter que encarar esse problema.

As cesarianas são a mesma coisa. Há uma pesquisa da FIOCRUZ que mostra que 91% das mulheres brasileiras — vou repetir, 91% das mulheres brasileiras — chegam para a primeira consulta do pré-natal querendo parto normal, mas 55% tiveram cesariana, sendo 84% na rede privada e 40% no SUS. Elas foram convencidas ao longo do pré-natal, sem necessidade, de que só poderiam fazer o parto cesariana.

A pesquisa nacional do IBGE mostrou agora que 67% das mulheres que fizeram cesariana tiveram agendamento prévio. Os senhores sabem o que é agendamento prévio? É não esperar entrar em trabalho de parto, ou seja, que a natureza dê sinal de que o bebê está na hora de nascer.

Em setembro do ano passado, eu me insurgi contra essa questão quando um hospital privado da minha cidade — eu sou de Santos, em São Paulo —, que era o único que atendia uma população de 1 milhão e 700 mil pessoas na área privada, com planos de saúde, etc., mandou uma correspondência para todos os médicos dizendo: *"A partir do dia tal de outubro, estão suspensas todas as emergências obstétricas. Os partos deverão ser agendados com 5 dias de antecedência, de segunda a sexta, e serão realizados das 8 horas às 16 horas"*. Emergência obstétrica é romper uma bolsa, é começar a ter as contrações do trabalho de parto. Não dá para aceitar um negócio desses! Isso é um exagero! Isso é um excesso!

Agora em maio, na Assembleia Mundial da Saúde, conversando com a Margaret Chan, que é a nossa Diretora-Geral da OMS, ela, alarmada, veio me chamar a atenção para isso. E eu coloquei o conjunto de medidas que nós estamos tomando com relação à situação que o Brasil está vivendo.

Indo em frente, o Deputado Jorge Solla trouxe a dimensão do cadastro. Até contando até com a participação de muitos Deputados que estão aqui presentes, como o Jorge Solla e o Antonio Brito, houve uma negociação com as entidades médicas, com o MEC e com o Ministério. Como não havia uma segunda intenção, Deputado Jorge Solla, foi muito fácil chegar ao acordo que hoje nós selamos com as entidades. Vamos aprimorar o decreto e vamos em frente, para que haja o cadastro que a Lei do Mais Médicos determina.

Em relação ainda ao que o senhor colocou da Agenda Brasil, eu queria lembrar uma coisa importante sobre o ressarcimento dos serviços prestados pelo SUS a pacientes que têm planos de saúde. No ano passado, houve um ressarcimento superior a 380 milhões de reais, que é maior do que os dos últimos 15 anos. Ou seja, em 1 ano nós arrecadamos mais do que em 15 anos. Isso se deu porque nós fizemos um aprimoramento importante.

O que estamos fazendo agora? Hoje eu não tenho mais a preocupação de ficar à porta, perguntando se o paciente tem ou não tem plano de saúde. Como é obrigatório todo mundo ter o cartão SUS, o que nós fazemos? No mês seguinte ao do atendimento, nós cruzamos as internações com o cadastro dos pacientes da saúde suplementar. Nós fazemos um cruzamento eletrônico. Esse cruzamento gera para a operadora de plano de saúde uma listagem de cobrança. A operadora tem um prazo para dizer, administrativamente, se aquele paciente é seu segurado ou não, se ele estava em carência em virtude das regras contratuais e tal. Se a operadora não responder, automaticamente lança-se a fatura para ser paga — tudo eletronicamente. Se em 30 dias a operadora não pagar, ela é inscrita no cadastro de Dívida Ativa da União. É simples assim.

Neste primeiro trimestre, além das internações, nós colocamos os procedimentos ambulatoriais de alto custo. Isso significa que, para este ano, a estimativa é de que vamos lançar uma cobrança — contra as operadoras de planos de saúde e não contra os usuários — da ordem de 1 bilhão e 200 milhões de reais. Então, vejam de quanto vai ser o ressarcimento.

Portanto, o ressarcimento passou a ser uma realidade. Por quê? Porque inclusive as tecnologias de informação hoje nos permitem que assim seja. E nós fizemos um esforço muito grande e está funcionando.

Em relação à discussão de fontes, Deputado, eu acho fundamental o que nos trazem várias das propostas aqui. Quero lembrar que, além do Congresso Nacional, temos a 15ª Conferência Nacional de Saúde, na qual o Brasil inteiro, conselheiros de todos os Municípios e de todos os Estados estão fazendo a discussão não apenas dos recursos financeiros.

Em relação ao o elemento formação do Mais Médicos, eu tinha a convicção, desde a época do Ministro Alexandre Padilha — eu era Secretário Municipal e

Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo —, de que o debate central acabaria convergindo para o tema da formação naturalmente. Agora, eu quero dizer aos senhores que nós estamos vivendo uma experiência ímpar. Apesar de toda a resistência daqueles que não querem ampliar a formação, é inegável que a Lei do Mais Médicos, aprovada nesta Casa por unanimidade, trouxe um aperfeiçoamento que nunca tivemos antes. Deixe-me explicar por quê.

Primeiro, nós estabelecemos de quantas vagas novas precisávamos para atingir 2,7 médicos por mil habitantes em 2026. Assim, identificamos que seria preciso lançar 12.400 novas vagas. Estabelecemos um padrão de 1,34 médicos por 10 mil habitantes por região de saúde, que é o que pretendemos atingir. Nos lugares que têm mais de 2,7 médicos por mil habitantes, nós já não permitimos abrir vagas. Nos outros, estimula-se inicialmente a expansão das vagas públicas. Várias universidades federais fizeram expansão de curso, expansão do número de vagas, expansão de *campi*. Com isso nós obtivemos uma grande ampliação de vagas, tanto que o Ministro Renato Janine, há 2 semanas, acabou de aprovar a contratação de 800 professores para esses novos cursos.

Antigamente, como é que funcionava, Senadora Rose de Freitas? Funcionava assim: o dono da instituição privada vinha com o seu projeto; fazia o seu *lobby* no Congresso; fazia a sua pressão no Ministério da Educação; preenchia todos os requisitos; aprovava no Conselho de Educação; ia para o Conselho Nacional de Saúde; e abria a faculdade onde queria, não onde o Brasil precisava. Agora a regra mudou: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, juntos, identificam quais são as regiões do País que precisam de faculdade de Medicina. Nós identificamos isso e lançamos um edital para as Prefeituras. Das 254 Prefeituras que se candidataram, 153 apresentaram projetos; sendo que inicialmente foram aprovadas 39 e agora mais 22. São cidades com mais de 80 mil habitantes, que têm hospitais com mais de 80 leitos, que têm pelo menos 5 leitos hospitalares para cada nova vaga criada, que têm CAPS, que têm o Saúde da Família, que têm urgência e emergência, que têm SAMU, etc.. Portanto, elas preenchem os requisitos para ser cenários de prática.

E olhem que interessante: o MEC publica um edital e coloca em disputa as instituições de ensino superior que se candidatam para abrir o curso. É computado quem tem maior nota no ENADE, quem tem capacidade físico-financeira, quem tem projeto político-pedagógico, quem tem proposta de formação de docentes e, uma coisa importante, o quanto vai ser investido na rede do SUS. Antigamente era o SUS que investia na universidade privada, agora considera-se o quanto ela vai retribuir para o SUS e o número de vagas que ela vai ofertar para o FIES, para o PROUNI, etc. Isso cria o desempate. Quanto mais vaga ela oferece aos alunos carentes, que recorrem ao ENEM, mais nós trabalhamos. Portanto, é primeira vez, num curso de ensino superior, que se apresenta planejamento a médio e a longo prazo.

Há um detalhe, Deputado Jorge Solla, algo extremamente importante. A lei do Mais Médicos determina que o INEP, do Ministério da Educação, faça uma avaliação dos alunos e da faculdade no segundo, no quarto e no sexto ano, o que não ocorria antes. Trata-se de um sistema de avaliação do ensino em saúde que começa pela medicina. Isso permite que se tome alguma providência já no segundo ano, caso a faculdade não esteja oferecendo um bom ensino. Não se espera até o sexto ano para se tomar alguma providência: diminui-se o número de vagas, e assim por diante.

Deixem-me avançar um pouco. Deputada Leandre, a ampliação das redes de atenção é prioridade. Os Municípios e Estados, de forma combinada com o Ministério da Saúde, fizeram, em junho, uma reavaliação e, em julho, a encaminharam ao Ministério. No caso do Paraná, a rede priorizada foi a de urgência e emergência e, nos próximo dias, estaremos tomando uma decisão.

A diferença é que, em ano de dificuldade econômica e financeira para todos, em vez de deixarem na minha mão, como Ministro, a incumbência de definir a prioridade para o Paraná ou para o Pará, nós estamos compartilhando com Estados e Municípios a lista de prioridades, o que me parece muito justo. No caso do seu Estado, a primeira prioridade foi, de fato, a rede de urgência e emergência.

Novamente eu reitero que não há nenhum atraso de recurso por parte do Ministério da Saúde. Todas as portarias foram pagas. Em relação às portarias remanescentes do fim do ano passado, enquanto não se aprovou o Orçamento até o

fim de abril, nós pagamos retroativamente 320 milhões de reais. Todos os pagamentos do Ministério da Saúde estão em dia.

A Deputada Flávia nos manifestou a questão dos cortes em saúde. Eu acho extremamente importante, Deputada Flávia Morais, que façamos esta discussão neste momento. O que eu apresentei aqui hoje ainda não contempla o contingenciamento. Por quê? Porque eu apresentei a prestação de contas do primeiro quadrimestre, quando ainda não tinha sido aprovado o Orçamento e não tinham sido ainda anunciados os contingenciamentos feitos em maio.

Portanto, na minha prestação de setembro, nós traremos à análise o impacto do contingenciamento, que se deu basicamente por conta de emendas parlamentares de bancadas, de emendas individuais e de recursos do Ministério. Nós estamos tentando, ao máximo, não repassá-lo a Municípios, Estados, Santas Casas, tanto que as nossas contas estão em dia.

Este foi um ano difícil, de aperto, mas houve uma preservação importante, por parte do Governo Federal, do nosso Orçamento. Por quê? Porque nós estamos cumprindo, com folga, a Emenda Constitucional nº 29. Pela primeira vez, nós estamos tendo 2 bilhões a mais — eram 3,1 bilhões, houve mais um segundo contingenciamento, mas nós estamos com mais recursos do que a Emenda Constitucional nº 29 nos proporciona.

Em relação a...

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Principalmente em relação àquelas que não são impositivas.

Nós temos que lembrar o seguinte. Era o acordo que tinha sido feito no fim de 2013 — eu não estava no comando do Ministério —, mas que as emendas impositivas seriam por dentro do Orçamento, mas se ampliariam as receitas e as fontes do Ministério da Saúde, o que não aconteceu.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Ministro, há exceção à regra? Eu lhe fiz uma pergunta e lhe faço até um apelo. O hospital, o pronto-socorro...

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - O senhor seria o próximo, como consta na minha lista.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Tudo bem. É gravíssima a situação. E olhem que o Prefeito e o Governador de lá são tucanos...

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Mas o SUS é republicano.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - O sofrimento do povo é terrível.

O SR. MINISTRO ARTHUR CHIORO - Respondendo à sua questão objetivamente. Eu já me reuni com os Secretários Municipais e Estaduais, com os Prefeitos e com o Governador, em vista da questão do incêndio, e nós nos comprometemos a liberar recursos em caráter emergencial, utilizando as emendas. É importante lembrar que nós não temos mais no nosso Orçamento recursos de investimentos para programas. Na medida em que as emendas estão por dentro, as emendas impositivas tomam basicamente todo o espaço orçamentário de investimento do Ministério da Saúde.

Portanto, nós vamos utilizar a sua emenda, Deputado, sem dúvida nenhuma, e a de outros Deputados, para ajudar a reestruturar não só o hospital que sofreu o incêndio, mas o sistema de urgência de Belém que tem um forte comprometimento para a região metropolitana.

Em relação ao PAB, nós temos uma média nacional de 2,22 para o PAB. O de Curitiba, por exemplo, é 1,92; o de Fortaleza, 1,92; o de Belém, de 1,93; o de São Luís, de 1,99; o de Rio Branco, de 2,35. Então, da época em que o senhor foi Prefeito para cá, foi-se construindo toda uma estratégia e há uma valorização em várias das políticas do Ministério da Saúde, e nós temos incluído a ideia do fator amazônico. O que é o fator amazônico? É o reconhecimento — o Deputado também nos colocou esta questão — de que há uma especificidade, uma singularidade, que faz com que determinados serviços naquele Estado tenham, de fato, uma dimensão diferente.

Deputado Zé Geraldo, o que nós temos feito para resolver o problema das obras, que é, de fato, um problema? Nós estamos lançando mão, como o MEC já faz, de registros de preço nacional, que são feitos de forma regionalizada, de tal maneira que as empresas que compram equipamentos ou fazem obras, à medida que ganham o maior número de obras, elas conseguem, pela escala, fazer um preço mais adequado.

Trata-se, portanto, de uma maneira de apoiar os Estados e Municípios, principalmente os Municípios, porque assim se usa o poder de compra público, a escala do Sistema Único de Saúde, para estabelecer um poder de negociação com o setor privado de outra natureza.

Eu quero lembrar aos Srs. Deputados que neste ano nós já estamos vivendo essa realidade. No ano passado, foi em pequena escala, mas neste ano aumentou.

Acho importante lembrar a possibilidade da utilização das emendas dos senhores para custeio. Eu vou dar o exemplo das ambulâncias. Se nós não conseguirmos equacionar — nós vamos tentar resolvê-lo com o TCU — o problema das ambulâncias, um reforço no custeio pode liberar recursos da Prefeitura para que possa fazer a aquisição direta da ambulância.

Muitos Municípios já fizeram a lição de casa, muitos Estados estão com a rede pronta. Mais recurso para investimento gera mais impacto no custeio, e, na verdade, o recurso que mais auxilia na estruturação é o reforço de custeio, e não de investimento.

Neste ano, nós estamos pagando todas as emendas de custeio em seis parcelas, fundo a fundo, e a prestação de contas vai ser feita no relatório de gestão no ano que vem. É um dinheiro fácil, nós demos prioridade para a liberação, que é uma maneira de priorizar aquilo que Estados, Municípios e Santas Casas têm pedido.

Bem, eu já falei dos acidentes. Ainda em relação às ambulâncias, eu queria também destacar que a Comissão de Seguridade Social tem nos ajudado neste debate, que, como o do Programa Academia da Saúde, foi provocado pela Comissão de Seguridade Social e Família em exercícios anteriores para discutir com o Tribunal de Contas uma maneira de reverter esta situação.

O que nós estamos imaginando? Imaginamos que, se não houver a liberação de emendas para ambulâncias, nós poderemos ter o critério que temos para as ambulâncias do SAMU, por exemplo. Considerando o porte do Município, se ele tiver 30 mil habitantes, quantas ambulâncias ele pode ter? A renovação se dá a partir de qual quilometragem? Nós fazemos uma compra centralizada ou uma licitação nacional, e cada Município usa a licitação nacional para ter um número possível de

ambulâncias. Esta é uma possibilidade. É possível enfrentar, mas nós precisamos desembaraçar com o Tribunal de Contas, que tem sido o impedimento.

Quero fazer um debate com a Professora Dorinha, porque eu acho que foram muito importantes as questões. Cada vez mais, se já era importante o uso das emendas parlamentares, tanto as de Senadores, como as de Deputados, agora é imprescindível. Agora nós não podemos mais colocar a avaliação em segundo plano. Do jeito que está aprovado, por dentro do Orçamento da saúde e sem novos recursos, são recursos estratégicos.

Neste ano, nós estamos na vigência do último ano do nosso Plano Nacional de Saúde. Nós estamos construindo um novo Plano Nacional, que vai valer para 2016, 2017, 2018 e 2019. Por lei, os Estados também têm que fazer planos para 4 anos, e os Municípios, no ano que vem, estarão no penúltimo ano do Plano deles. Este, portanto, é o momento adequado.

O que nós estamos fazendo? Em setembro e outubro é quando se abre para as emendas. Quando se abrir para as emendas de 2016, os senhores vão encontrar, na planilha do sistema que estamos produzindo, as prioridades definidas pelo Ministério da Saúde e por Estados e Municípios, aprovadas, na bipartite, região por região. Nós temos 438 regiões de saúde. Vão aparecer, Deputada, região por região, os itens que são priorizados, seja para custeio, seja para investimento, em cada uma das regiões, que já estarão pré-aprovados tecnicamente.

Quando os senhores forem fazer a designação da sua emenda, de forma individual, ou associando valores, porque elas podem se somar, os senhores vão encontrar objetos previamente aprovados. A preocupação com a agilização tende a diminuir porque, de antemão, nós já vamos saber que aquele objeto é de interesse dos Secretários Municipais, dos Secretários Estaduais, das Santas Casas e do Ministério da Saúde, e tecnicamente já está aprovado. É uma maneira de agilizar.

É claro que vocês vão poder abrir outros campos se nenhuma delas contemplar, porque vocês têm autonomia. Mas nós queremos, o máximo possível, que haja uma convergência para um planejamento de médio e longo prazo de necessidades do SUS.

A proposta que nós estamos discutindo com a Comissão é que seja uma reunião Estado por Estado, reunindo cada uma das bancadas estaduais, bem como

os Senadores e os Deputados, seus assessores, para podermos mostrar a ferramenta e apresentar aos senhores as prioridades que Governadores, Prefeitos, Secretários Estaduais e Municipais nos trouxeram. Se, por exemplo, um hospital ou uma obra que está em curso precisam de reforço, eu não vou ter no meu orçamento recursos de investimento. Então, ela vai andar se houver o reforço da emenda parlamentar. Nós vamos construir uma maneira mais ágil, atendendo a sua reivindicação.

Voltando aos acidentes de trânsito, que o Deputado Tatto mencionou, eu queria destacar que teremos nos dias 18 e 19 de novembro, aqui em Brasília, a 2ª Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito. A primeira foi realizada há 10 anos em Moscou, e o Brasil, com a Organização Mundial da Saúde e a Organização das Nações Unidas, sediará a 2ª Conferência. Trata-se de um espaço em que Chefes de Estado, Ministros, Parlamentares, organizações não governamentais, pesquisadores e universitários vão rediscutir o tema da segurança no trânsito.

Seria muito importante que o nosso Congresso Nacional tivesse uma delegação consistente, muito forte, para participar desta 2ª Conferência Global, já que haverá espaço para parlamentares de todo o mundo discutirem. Há um fórum paralelo só de deputados e senadores e de representantes dos parlamentos que fazem a discussão sobre a segurança no trânsito nas diferentes áreas, o que ela significa para a Justiça, a segurança pública, a educação, a saúde, a previdência, a economia, entre outras.

Se eu não consegui responder a todas as questões, que foram muitas, creio ter-me esforçado o máximo possível para fazer um quadro geral.

No meu próximo retorno, para fazer a prestação de contas do segundo quadrimestre, nós trataremos de uma execução com grau maior de avanço, com as dimensões do contingenciamento e todas as questões que implicam a execução orçamentária e financeira do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde e dos nossos parceiros descentralizados. Não é possível falar do Ministério da Saúde porque a execução é feita na ponta, por Estados e Municípios.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Eu quero dizer que estou no oitavo mandato.

O SR. MINISTRO ARTUR CHIORO - Já?

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Sim, no oitavo. Já estou usando a bengala.

O SR. MINISTRO ARTUR CHIORO - Não...

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - De todas as audiências públicas de que eu participei, esta foi a mais clarividente, com uma dinâmica de palavras com muita precisão, não deixou ninguém sem resposta.

Eu quero parabenizá-lo, Ministro. Eu já sou sua admiradora, pela maneira como se dispõe a discutir os assuntos regionais e a participar ativamente, à procura de soluções para a área da Saúde, que não é brincadeira.

O SR. MINISTRO ARTUR CHIORO - Obrigado.

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Assim, agradeço o comparecimento do Sr. Ministro e parabenizo toda a sua equipe, lembrando que as pessoas envolvidas neste trabalho também merecem de todos nós aplausos.

Informo que está confirmada, para as 10 horas da quinta-feira 27 de agosto, a reunião de audiência pública com o Secretário do Tesouro Nacional, Sr. Marcelo Barbosa Saintive, que prestará esclarecimentos acerca dos seguintes assuntos: cumprimento das metas fiscais referentes ao terceiro quadrimestre de 2014 e ao primeiro quadrimestre de 2015, em atendimento ao disposto no art. 9º, § 4º, da Lei Complementar nº 101, de 2000 — Lei de Responsabilidade Fiscal; atendimento ao Requerimento nº 5, de 2015, da CMO, de autoria do Deputado Izalci, aprovado na 4ª Reunião Extraordinária, realizada em 1º de julho de 2015, que requer esclarecimentos concernentes às Contas da Presidente da República (exercício de 2014).

O SR. DEPUTADO LÁZARO BOTELHO - Sra. Presidente, aproveitando a presença do Ministro Chioro, eu também queria parabenizá-lo. O senhor demonstrou, com a sua apresentação, um alto conhecimento da sua Pasta. Eu acho que o Ministério da Saúde está em boas mãos. Continue com essa dinâmica.

Obrigado. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTA (Senadora Rose de Freitas) - Muito obrigada.

Uma salva de palmas, porque ele realmente merece. *(Palmas.)*

A presente reunião está encerrada. Em seguida, nós vamos reabri-la para tratar do Orçamento.