



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL destinada a analisar e diagnosticar
a situação em que se encontram as Santas Casas, Hospitais e
Entidades Filantrópicas na área da saúde**

JUNHO DE 2012



DEPUTADOS COMPONENTES DA SUBCOMISSÃO ESPECIAL destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde:

TITULARES

1. DEPUTADO ANTÔNIO BRITO – PTB/BA
2. DEPUTADA GORETE PEREIRA – PR/CE
3. DEPUTADO JOSÉ LINHARES – PP/CE
4. DEPUTADA NILDA GONDIM – PMDB/PB
5. DEPUTADO PAULO FOLETO – PSB/ES

SUPLENTES

1. DEPUTADO ANDRE ZACHAROW – PMDB/PR
2. DEPUTADA CIDA BORGUETTI – PP/PR
3. DEPUTADO EDUARDO BARBOSA – PSDB/MG
4. DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI – PMDB/RS

PRESIDENTE: DEPUTADO JOSÉ LINHARES – PP (CE)

RELATOR: DEPUTADO ANTONIO BRITO



SUMÁRIO

I - APRESENTAÇÃO	5
II – AS SANTAS CASAS, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS NA ÁREA DA SAÚDE.....	12
1 - O PAPEL DAS SANTAS CASAS E DO SETOR FILANTRÓPICO - RELAÇÃO VITAL COM O SUS	13
2 - A DEFASAGEM ENTRE A IMPORTÂNCIA DAS FILANTROPÍCAS E O RETORNO GOVERNAMENTAL: O CONTÍNUO SUBFINANCIAMENTO E O CRESCENTE ENDIVIDAMENTO	17
3.- O PERFIL DA DÍVIDA.....	22
4 - CREDENCIAMENTO	26
5 - PROPOSTAS	31
III ENTIDADES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS QUE PRESTAM ATENDIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	43
1. SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	44
2. ENTIDADES DE ATENDIMENTO	54
3. PROPOSTAS	58
IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59



AGRADECIMENTOS

Este Relator agradece a todos os dirigentes de órgãos públicos e entidades privadas que acolheram seu convite para audiências públicas, reuniões ou debates. Igualmente agradece a todos os que participaram de alguma forma desses trabalhos, fornecendo dados, informações e sugestões que formaram a essência do presente Relatório. Em todos se pode observar a expressão do espírito público e da presteza em contribuir para o propósito de analisar a situação e evitar o aprofundamento da crise do setor filantrópico de saúde, bem como de divulgar e defender o seu real valor e importância para a saúde dos brasileiros.

Agradecer especialmente a relevante contribuição do Deputado Eduardo Barbosa, que assumiu a responsabilidade de relatar os trabalhos relativos às entidades privadas sem fins lucrativos que prestam atendimento na área da saúde às pessoas com deficiência.

Os agradecimentos se estendem também a todos os funcionários da Câmara dos Deputados que contribuíram para os trabalhos desta Subcomissão e para a elaboração deste Relatório, em especial os funcionários dos gabinetes e os servidores da Comissão de Seguridade Social e da Consultoria Legislativa.

**Deputado Antônio Brito
Relator**



I - APRESENTAÇÃO

Os problemas vivenciados pelas Santas Casas são, em essência, frutos de uma série de equívocos cometidos ao longo do tempo, especialmente pelo contínuo processo de subvalorização de seu papel no sistema de saúde brasileiro, mesmo em períodos anteriores à Carta de 88. Esperava-se que os esforços dos constituintes, que tão bem compreenderam a relevância de todos os atores da saúde, especialmente as instituições sem fins lucrativos, fossem tomados como referência da importância do setor filantrópico e, por consequência, se estabelecesse um processo de gestão que consolidasse uma parceria equilibrada e justa entre o setor público e o privado sem fins lucrativos.

Todavia, lamentavelmente, isso não tem ocorrido - apesar de algumas tentativas eventuais - e permanecem as causas que têm agravado profundamente os desequilíbrios desta relação.

Esta Casa, sempre sensível às questões de relevância nacional, com destaque para a Saúde, pela intervenção ativa da Comissão de Seguridade Social e Família, ao longo de mais de 20 anos, desde a Constituição de 88, tem tomado inúmeras iniciativas para fortalecer o setor filantrópico, demonstrando compreender em profundidade o seu real significado para o sistema de saúde como um todo.

Nesse sentido, poderíamos citar uma série de projetos de lei, a destinação de recursos orçamentários e várias iniciativas e gestões junto ao Executivo, todas fundamentais para que as Santas Casas se mantivessem em condições mínimas de continuar a luta travada há séculos em nosso país. Lamentavelmente, tornou-se necessário, mais uma vez, direcionar os esforços dos parlamentares para evitar o aprofundamento da crise financeira deste setor com consequência para a eficiência dos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde.

Sem exageros, estamos diante de uma realidade em que o setor



filantrópico, responsável por praticamente a metade da atenção oferecida pelo SUS, está efetivamente ameaçado. Muitas unidades fundamentais para centenas e centenas de municípios estão interrompendo, ou em via de interromper longos anos de atendimento à população mais carente. Não restam dúvidas, portanto, quanto à gravidade desta crise que ora atinge o setor filantrópico, ameaçando-o com risco concreto de fechar suas portas.

A Câmara dos Deputados por meio da sua Comissão de Seguridade Social e Família mobilizou-se para melhor compreender essa triste realidade e, principalmente, para abrir um amplo debate com a sociedade, em busca dos meios técnicos, financeiros e políticos necessários para a construção de soluções efetivas e duradouras para essa prioridade nacional.

Essa situação justificou plenamente a criação desta **SUBCOMISSÃO ESPECIAL destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde.**

O escopo desta Subcomissão foi ampliado, incorporando a problemática das entidades privadas sem fins lucrativos que prestam atendimento na área da saúde às pessoas com deficiência.

Essa decisão se deu em função de compartilharem campos de intervenção, responsabilidade e problemas muito semelhantes. A vertente de atuação do setor filantrópico no campo da saúde, como as Santas Casas, tem longa tradição, mas cada vez mais o componente filantrópico mais voltado a assistência social incorpora, a cada dia, mais atividades também no campo da saúde.

Ademais, da mesma forma sofrem com a defasagem da remuneração dos procedimentos e o congelamento, que, entre outras causas, impedem tais entidades de se equipar adequadamente, de investir em pessoal e de ampliar a oferta de atendimento, diante de uma demanda crescente.

Dessa forma, os debates permitiram melhor compreender esta área, ao



mesmo tempo que oferecem elementos para que tornaram cristalina a necessidade de se assegurar os meios para implementar com qualidade a política de atenção à saúde da pessoa com deficiência.

Diante da urgência de matéria de tamanha relevância para o Sistema Único de Saúde, foi estabelecido como prazo limite para o encerramento dos trabalhos o dia 11 de julho de 2012. Tinha-se a consciência de que o prazo era exíguo mas, ao mesmo tempo, acreditava-se muito também na capacidade de mobilização dos representantes do setor filantrópico, nos municípios, nos estados e em âmbito nacional, a fim de viabilizar uma análise consistente do quadro atual e o surgimento de propostas concretas e viáveis, para se retirar o setor de um deletério processo de empobrecimento e para se garantir os meios para se consolidar o direito à saúde da pessoa com deficiência.

METODOLOGIA

A análise e diagnóstico da situação em que se encontram as Santas Casas ensejou a realização de 05 (cinco), reuniões desta Subcomissão, sendo 03 (três), para a elaboração e debates sobre o tema, 02 audiências públicas.

As 02 (duas) audiências públicas contaram com a ampla participação dos representes das filantrópicas de todo o Brasil, do Governo Federal, pelo Ministério da Saúde, que, juntos com as contribuições de outros palestrantes, ofereceram elementos mais do que suficientes para que fosse elaborado este Relatório, que reúne e organiza as análises históricas e conjunturais da participação do setor filantrópico no SUS, de suas graves dificuldades e, ainda, um conjunto de propostas essenciais para reverter o seu processo de desestruturação.

Foram também solicitadas a todas as Santas Casas, Hospitais e entidades filantrópicas de saúde que enviassem por intermédio de suas entidades representativas, estudos, diagnósticos e levantamentos de suas situações, individual e ou por estado.



Há que se destacar que o elemento subjetivo a extrair de toda a discussão conduzida por esta Subcomissão é o espírito de combatividade de todos envolvidos com a filantropia, que deram mostras cabais de estarem prontos e dispostos a desencadear uma grande mobilização política em defesa do setor filantrópico e do SUS, o que significa, em última instância, uma profunda ação em defesa da saúde e da vida de todos os brasileiros.

Primeira Audiência Pública

Auditório Nereu Ramos da Câmara dos Deputados

Data: 29/05/2012 Horário: 14h30

Convidados:

Ana Paula Silva Cavalcante

Coordenadora Geral da Atenção Hospitalar / SAS / MS

Enio Sevilha Duarte

Secretário Executivo do CONASEMS

José Reinaldo Nogueira de Oliveira Junior

Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB

Dr. Olímpio Távora

Assessor Técnico da Confederação Nacional da Saúde – CNS

Humberto Gomes de Melo

Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Representantes das entidades que estiveram presentes:

1 – Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente / SP

2 – Santa Casa de Misericórdia de Palmital / SP

3 – Santa Casa de Misericórdia de Campinas / SP

4 – Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro / SP

5 – Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim / SP



- 6 – Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto / SP
- 7 – Santa Casa de Misericórdia de Franca / SP
- 8 – APRESPI de Ribeirão Pires / SP
- 9 – Santa Casa de Misericórdia de Batatais / SP
- 10 – Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba / SP
- 11 – Sociedade de Proteção à Infância da Parnaíba / PI
- 12 – Associação Congregação de Santa Catarina / SP
- 13 – Prefeitura de São Borja / RS
- 14 – Santa Casa de Misericórdia de Santos / SP
- 15 – Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba / PR
- 16 – Hospital Pompéia / RS
- 17 – Hospital São Lucas / RS
- 18 – Hospital Nossa Senhora das Graças / PR
- 19 – Real Sociedade Espanhola de Beneficência / BA
- 20 – Santa Casa de Misericórdia da Bahia / BA
- 21 – Santa Casa de Misericórdia de Marília / SP
- 22 – Santa Casa de Misericórdia de Maceió
- 23 – Federação das santas Casas de São Paulo
- 24 – Federação das Santas Casas do Paraná
- 25 – Federação das Santas Casa do Rio Grande do Sul

Segunda Audiência Pública:

Plenário 13 do anexo II da Câmara dos Deputado

Data: 14/06/2012 Horário: 09h30

Convidados:

Dra. Cleuza Bernardo

Diretora do Departamento de certificação de Entidades Beneficentes e de
Assistência Social do Ministério da Saúde - DCEBAS

Vera Lúcia Ferreira Mende



Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência

Marilei Elisabete Perin Dockhorn

Coordenadora Estadual de Prevenção e Saúde da Federação das APAES do Rio Grande do Sul

José Luiz Spigolon

Superintendente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB

Representantes das entidades que estiveram presentes:

1 - Santa Casa de Misericórdia de Marília / SP

2 – Santa Casa de São José dos Campos / SP

3 – Hospital Nossa Senhora das Graças / PR

4 – APRAESPI – Associação de Prevenção, Atendimento Especializado e Inclusão da Pessoa com Deficiência de Ribeirão Pires / SP

5 – Santa Casa de Misericórdia de Batatais / SP

6 – Sociedade Beneficente São Camilo / GO

7 – Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte / MG

8 – Associação Congregação Santa Catarina / SP

9 – Santa Casa de Misericórdia de Franca / SP

10 – Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos / SP

11 – Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá / MT

12 – Real Sociedade Espanhola de Beneficência / BA

13 – Fundação Zerbini / SP

14 – Santa Casa de Misericórdia de Santos / SP

15 – Santa Casa de Anápolis / GO

16 – Hospital de Urgência Dr. Santilho Henrique / GO

17 – Santa Casa de Misericórdia de Campinas / SP

18 – Associação Casa Fonte da Vida / SP

19 – Hospital São Lucas / RS

20 – SINDIBERF / RJ

21 – Hospital Pompéia / RS



- 22 – Santa Casa de Misericórdia de Campos / RJ
- 23 – Confederação das Santas Casas de Misericórdia / DF
- 24 – Federação das Santas Casas de Pernambuco / PE
- 25 – Federação das Santas Casas do Paraná / PR
- 26 - Federação das Santas Casas de São Paulo / SP
- 27 – Federação das Santas Casas da Bahia / BA
- 28 – Federação das Santas Casas do Espírito Santo
- 29 – Federação Nacional das APAES / DF
- 30 – Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul
- 31 – Federação das Santas Casa do Piauí



II – AS SANTAS CASAS, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS NA ÁREA DA SAÚDE.



1 - O PAPEL DAS SANTAS CASAS E DO SETOR FILANTRÓPICO - RELAÇÃO VITAL COM O SUS

Temos a convicção de que todos parlamentares e a imensa maioria de nossos cidadãos estão cientes da importância das entidades de saúde do campo da filantropia para o Sistema Único de Saúde e para milhões e milhões de brasileiros, que dependem de seus serviços para preservação de sua saúde e de suas vidas.

São mais de cinco séculos de rica história, que se confundem com a própria história do Brasil. Determinação e solidariedade são as características que marcam a atuação das filantrópicas no campo da saúde.

A busca de uma atenção à saúde desvinculada do lucro coloca as Santas Casas de Misericórdia e demais unidades filantrópicas em consonância com os propósitos maiores do serviço público. Essa é a razão principal de se terem tornado as parceiras preferenciais do processo de construir e consolidar um sistema de saúde de caráter universal e igualitário.

Constituem autêntico espaço de prestação de serviços, produção de conhecimentos, riquezas e geração de empregos e formação de recursos humanos, especialmente, pelos hospitais de ensino que disponibilizam praticamente a metade de toda a oferta de vagas para residência médica no País, prestando, portanto, importante contribuição ao desenvolvimento da ciência médica.

Desempenham, também, papel de relevância para o funcionamento dos sistemas público e suplementar de saúde. Além de se constituir numa vasta rede de prestadores de serviços assistenciais, atuam, ainda, como operadoras de planos de saúde, reunindo mais de dois milhões de beneficiários, com alto nível de satisfação em relação aos serviços que lhes são prestados.

Assim, as lideranças dessas instituições em âmbito municipal, estadual e federal, componentes do sistema confederativo, coordenado por federações estaduais e em consonância com a Confederação das Santas Casas de



Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB, têm trabalhado incansavelmente, sempre centradas em seus princípios fundamentais, para atender à saúde dos brasileiros, assumindo a responsabilidade decorrente da dimensão que lhes foi reconhecida pela Carta de 88 e reafirmada particularmente na Lei Orgânica da Saúde, em 1990, que determinou que se lhes fossem dado um tratamento diferenciado e preferencial.

Os números revelam o quanto estratégico, para a assistência à saúde dos brasileiros, é se garantir a continuidade da participação das Santas Casas, oferecendo-lhes os meios necessários para que sigam prestando com qualidade seus serviços.

A força do setor filantrópico pode ser constatada pelos números que apontam a existência de cerca de 2.100 estabelecimentos hospitalares privados sem fins lucrativos (filantrópicos), com mais de 155.000 leitos, correspondendo a 31% do total do Brasil. Deste total, cerca de 130.000 são mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, o segmento superou a casa dos 7,5 milhões de internações, das quais o SUS responde por mais de 5 milhões, o que perfaz a cerca de 45% do total de internações realizadas anualmente em seu âmbito.

Por sua vez, a análise mais refinada do gasto federal com as internações, por tipo de prestador e complexidade da assistência, aponta que o segmento sem fins lucrativos responde pelo maior volume das cirurgias oncológicas, neurológicas, transplantes e outras de alta complexidade realizadas no âmbito do Sistema.

Outro aspecto a ser considerado é o crescimento relativo do papel e da responsabilidade dos segmentos filantrópico e público, tendo em vista o comportamento do setor privado lucrativo, que nos últimos anos vem reduzindo sua participação no total de internações do SUS, que já foi de 19%, em 2004, caiu para a casa dos 10%, em 2011. (Ver quadro Internações SUS (2004 a 2011) apresentado à Subcomissão pela CMB)



**CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS
DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E
ENTIDADES FILANTRÓPICAS - CMB**

CMB

Internações SUS (2004 a 2011)

Exercício	NATUREZA DO PRESTADOR						
	Público estatal	%	Privado sem fins lucrativos	%	Privado lucrativo	%	Total Geral
2004	4.756.681	41,4	4.587.634	39,9	2.148.568	18,7	11.492.883
2005	4.891.805	42,8	4.543.128	39,8	1.994.200	17,4	11.429.133
2006	4.911.520	43,3	4.586.543	40,5	1.839.976	16,2	11.338.039
2007	5.016.133	44,3	4.562.563	40,3	1.751.400	15,5	11.330.096
2008	4.722.934	44,0	4.464.628	41,6	1.556.041	14,5	10.743.603
2009	5.111.240	45,9	4.535.426	40,8	1.482.143	13,3	11.128.809
2010	5.411.700	47,6	4.534.478	39,9	1.411.788	12,4	11.357.966
2011	4.998.564	45,0	4.978.433	44,8	1.140.637	10,2	11.117.634

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Notas: 1. Situação da base de dados nacional em 25/01/2012. | 2. Dados de 2011 sujeitos a retificação para mais.

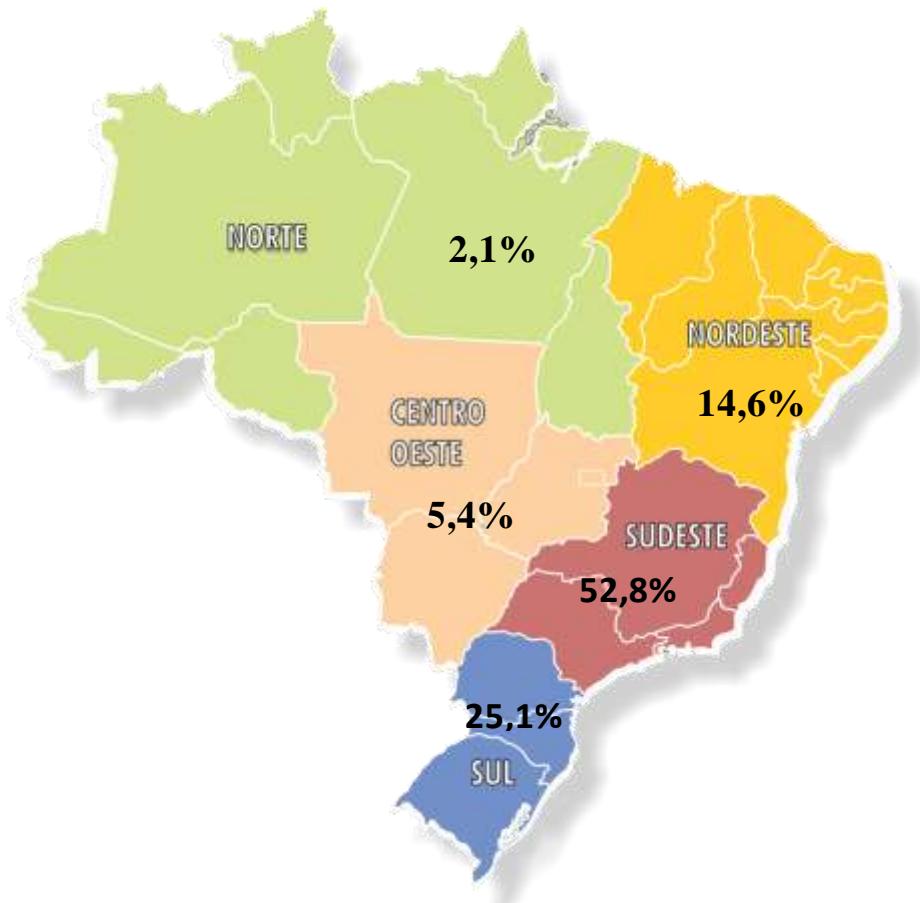
JOSÉ REINALDO NOGUEIRA DE OLIVEIRA JUNIOR – presidencia@cmb.org.br

Para melhor compreender a importância nacional e regional do setor filantrópico, há que se considerar que a distribuição geográfica das Santas Casas tem relação direta com o processo de ocupação do território brasileiro, alcançando, desde o início, as regiões Sul e Sudeste, onde se identifica sua grande concentração, e posteriormente a região Norte, área com menor número de unidades. Destaque-se também o fato de que 56% delas estão localizadas em cidades com até 30.000 habitantes, assumindo posição estratégica para a saúde desses municípios, sendo os únicos a oferecerem leitos em quase 1.000 municípios de menor porte. (Ver figura abaixo)

A imensa maioria desses municípios tem precárias condições econômicas e a atenção à saúde nestas comunidades depende fortemente do apoio público, no caso, pelo financiamento das únicas unidades hospitalares existentes, praticamente todas filantrópicas. Não sem razão, são justamente esses hospitais os que mais têm sofrido com a política de remuneração do Sistema Único de Saúde.



Dimensão Territorial (distribuição Geográfica)



Outro aspecto relevante encontra-se no fato de as filantrópicas serem um dos mais importantes empregadores no mercado de trabalho e de serviços da saúde. Constituem, sem sombra de dúvidas, um dos principais veículos de dinamização da economia neste campo. O setor filantrópico responde por cerca de 480.000 empregos formais diretos, sem considerar os 140.000 médicos que nele atuam como autônomos, além de ter faturamento anual, segundo dados de 2011, de R\$ 18.000.000.000,00 (18 bilhões de reais), considerando todas as fontes.



2 - A DEFASAGEM ENTRE A IMPORTÂNCIA DAS FILANTROPICAS E O RETORNO GOVERNAMENTAL: O CONTÍNUO SUBFINANCIAMENTO E O CRESCENTE ENDIVIDAMENTO

A magnitude dos números que revelam a participação das Santas Casas no campo da saúde e mesmo da economia brasileira, como se pode observar, credencia o setor filantrópico a um papel relevante e imprescindível nas políticas de saúde. A discussão sobre a realidade atual e, em especial, sobre o seu futuro é, portanto, imperiosa, notadamente quando têm sido denunciadas, com frequência, as enormes dificuldades que as filantrópicas encontram para manter a sua contribuição para a assistência à saúde de milhões e milhões de brasileiros.

Apesar de imprescindível para o sistema de saúde, o que tem caracterizado o financiamento das filantrópicas é a contínua defasagem entre os custos dos serviços e a sua remuneração. O resultado não poderia ser outro: o crescente e ininterrupto endividamento.

Frutos dessa defasagem, os números do ano de 2011 apontam para um déficit de R\$ 5,1 bilhões no setor filantrópico. De um custo de R\$ 14,7 bilhões por serviços prestados ao SUS, apenas R\$ 9,6 bilhões foram devidamente remunerados. Está claro, assim, que o segmento sem fins lucrativos, em vez de ser recompensado, vem contribuindo de forma regular e significativa para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa conta já estão descontados cerca de R\$ 2,1 bilhões que essas instituições usufruíram em isenções, sem os quais o déficit atingiria R\$7,2 bilhões. (veja tabela abaixo)

Consolidação dos balanços - de 2011 - das entidades filantrópicas identificou a seguinte situação:	
Custo dos serviços prestados ao SUS - 2011	R\$ 14.7 bilhões
Receita com serviços prestados ao SUS	R\$ 9.6 bilhões
Déficit total	R\$ 5.1 bilhões



Utilizando-se da estrutura de custos de inúmeras unidades hospitalares filantrópicas, foram realizados estudos, em 2011, que reafirmam, com consistência, que os valores praticados pelo SUS para a remuneração dos serviços ambulatoriais e hospitalares permanecem fortemente defasados. Atualmente a remuneração cobre, em média, apenas cerca de R\$ 65 para cada R\$ 100 gastos, considerando todos os níveis de complexidade de atenção, inclusive o de alta complexidade, cuja remuneração não apresenta discrepância significativa em relação aos seus custos.

Há, portanto, uma defasagem média de cerca de 54% nos valores praticados atualmente. Sem esta correção fundamental, persistirão as dificuldades no equilíbrio das contas e suas graves consequências, como a do endividamento crescente, a impossibilidade absoluta de novos investimentos, o comprometimento da qualidade da assistência, o desgaste e a depreciação estrutural e tecnológica, o fechamento de hospitais e a redução dos leitos. Com esse conjunto de sequelas, se medidas efetivas e duradouras não forem adotadas, estaremos diante do risco de colapso das entidades sem fins lucrativos, estabelecendo-se o caos no Sistema Único de Saúde.

A análise mais detalhada do déficit aponta que os maiores problemas concentram-se na assistência de média complexidade, cujas defasagens, publicamente reconhecidas pelas autoridades sanitárias do País, superam os 100% (obstetrícia 117%; ortopedia 91%; pediatria clínica 225%; UTI 63%; cirurgias gerais de baixa complexidade 124%; e clínica médica geral 198%, para citar apenas algumas, mais relevantes).

O peso da média complexidade, contudo, merece atenção especialíssima, visto que os números são impressionantes: considerando procedimentos ambulatoriais e internações as despesas globais com a média



complexidade superaram a casa do 11,5 bilhões de reais, desses 40,7% foram destinados aos hospitais filantrópicos, correspondendo a 4,7 bilhões de reais no ano. (ver tabela abaixo)



PRODUÇÃO DE SERVIÇOS REALIZADOS NOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES EM 2011

Descrição	Produção Total dos Estabelecimentos Hospitalares	Produção dos Hospitais Filantrópicos	% Hospitais Filantrópicos em relação ao total de Estabelecimento Hospitalares
Média Complexidade	11.572.641.110,02	4.719.313.163,00	40,78%
Alta Complexidade	6.035.565.830,04	3.717.204.470,63	61,59%
FAEC	1.550.125.386,17	885.445.621,42	57,12%
TOTAL	19.158.332.326,23	9.321.963.255,05	48,66%

Fonte: TabWin

Por sua vez as internações SUS de média complexidade atingiram, em 2011, os 10,6 milhões, que representaram um total de 8,4 bilhões de reais de despesas para o SUS no período. Os hospitais filantrópicos foram responsáveis por 39,5% (4,2 milhões) das internações e por 41,2% (3,46 bilhões de reais) dos valores pagos. Os hospitais privados (filantrópicos e contratados) responderam, em 2011, por 51,4% das internações de MC do SUS, no Brasil, e por 52,4% dos valores pagos, no mesmo período.

Constata-se, ademais, que a soma dos 100 (cem) procedimentos com de maior frequência e volume de despesas (100 entre 1.033) corresponderam a 81% dos 8,4 bilhões de reais pagos pelo SUS. Representaram 84% das 10,6



milhões de internações. Em relação aos hospitais filantrópicos, os 100 (cem) procedimentos com maiores volumes de despesas aprovadas corresponderam a 86% dos 3,46 bilhões de reais pagos pelo SUS e representaram 80% das 4,2 milhões de internações.

Em vista dessa elevada concentração, qualquer defasagem na tabela de remuneração desses itens repercute muito negativamente sobre o balanço financeiro das entidades filantrópicas.

2.1 AS TENTATIVAS DE EQUILIBRAR CUSTOS E FINANCIAMENTO - A CONTRATUALIZAÇÃO

Uma das explicações para o crônico problema do subfinanciamento está nos altos e baixos que sempre caracterizaram as relações entre o setor filantrópico e o setor público, além da descontinuidade das políticas públicas. De fato, as iniciativas mais importantes e promissoras acabaram com o tempo perdendo contato com suas referências e princípios originais. E mesmo estas não foram capazes de reverter a tendência histórica da defasagem entre custos e remuneração dos serviços.

Merece destaque nesse panorama, sem dúvidas, o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS (Portaria nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005). Após quase sete anos de sua adoção para hospitais de ensino e filantrópicos no SUS, a par de alguns avanços indiscutíveis, constatam-se também inúmeros problemas, decorrentes de sua implantação equivocada e que o descharacterizaram, especialmente pela inadequação de algumas posturas adotadas por gestores estaduais e municipais do SUS.

Por essa razão, os planos operativos, em regra, não foram revistos e nem os termos aditivos concretizados, mesmo para os casos em que esses procedimentos previstos no contrato se mostrassem indispensáveis, notadamente nas situações em que ocorreram fortes alterações na composição dos serviços demandados pela população alvo.



Inúmeros são os casos de gestores que - ignorando as normas e características desses programas de contratualização – em flagrante retrocesso, voltaram a remunerar os serviços pela produção e segundo os valores vigentes na Tabela de Procedimentos do SUS. Outros sequer repassaram os impactos decorrentes dos reajustes promovidos pelo Ministério da Saúde após a contratualização, mesmo estando essa obrigação regulada em portaria ministerial.

Sob a ótica do financiamento, a essência do Programa foi um primeiro passo importante na perspectiva de se estabelecer o equilíbrio no financiamento setorial, mas, infelizmente, os avanços se mostraram menores do que o esperado.

Atualmente, ocorre um retorno ao nível dos déficits que atingiam os hospitais época da criação do programa, essencialmente na baixa e média complexidade, que foi objeto da orçamentação global.

Esse programa, pelos seus princípios, tinha grande potencial para efetivamente melhorar a sustentabilidade dos hospitais e assim garantir a qualidade da assistência. Todavia, hoje, tem mostrado graves sinais de desgaste e de perda de credibilidade, carecendo de profunda revisão.



3.- O PERFIL DA DÍVIDA

Diante desses números, que revelam um déficit anual de cerca de R\$ 5 bilhões, pode-se afirmar que, em uma completa inversão de papéis, hoje é o segmento filantrópico que contribui de forma expressiva para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), quando na verdade se deveria dar o contrário. Esse processo tem consolidado a progressiva descapitalização do setor e explica o seu endividamento. A ausência de medidas efetivas para estancar essa verdadeira “hemorragia” fez a dívida acumulada saltar de R\$ 1,8 bilhões, em 2005, para R\$ 5,9 bilhões, em 2009. Este ano superou a casa dos R\$11 bilhões.

A causa inequívoca é o subfinanciamento, como ficou até aqui bem demonstrado. E esse problema precisa ser equacionado sem demora, sob pena de colapso da maior parte dessas instituições, com a desestabilização da assistência pública prestada aos usuários do SUS.

Se o crescimento anual da dívida preocupa, o perfil dessa dívida acrescenta elementos para colocar todos os envolvidos em estado de alerta máximo.

O ponto crucial encontra-se no débito de quase cinco bilhões de reais junto às instituições financeiras. Assim, as Santas Casas e hospitais filantrópicos do Brasil têm quase 44% do total de sua dívida acumulada junto ao setor financeiro, pagando juros muito elevados, que encarecem seus custos e aceleram o processo de descapitalização.

Outro aspecto preocupante, ao se analisar a dívida, encontra-se na impossibilidade de se pagar regularmente aos fornecedores, o que obriga aos gestores das Santas Casas a buscarem financiamento junto a bancos privados, agravando a dívida junto ao setor financeiro. Ademais ocorre o aumento dos custos dos insumos, nos quais os fornecedores embutem os riscos pela inadimplência de muitas unidades filantrópicas. Adiciona-se assim mais um importante ingrediente na composição dos custos setoriais, num infundável ciclo



vicioso.

Cabe ressaltar, ainda, dando continuidade à análise do perfil do acumulado da dívida, que um quarto corresponde a débitos junto ao setor público federal. Essa dívida fiscal expõe uma grande contradição, visto que o setor filantrópico, que deve quase R\$ 3 bilhões de reais ao Estado, acumulados em uma década, é ao mesmo tempo credor desse mesmo Estado, em montante que se aproxima dos R\$ 5 bilhões, apenas no ano de 2011, por serviços a ele prestados e não remunerados devidamente.

O passivo trabalhista, por sua vez, embora não represente um valor importante no perfil da dívida, destaca-se por dois aspectos. O primeiro, de cunho moral e ético, que diz respeito aos direitos do trabalhador. Assim se manifestaram os representantes do setor e assim entendem os parlamentares desta Subcomissão. O segundo vincula-se à fragilidade relativa que essa dívida traz às filantrópicas, especialmente as de pequeno porte, na competição pelos melhores profissionais, no mercado de trabalho, bem como ao comprometimento de suas condições de manter e qualificar esses profissionais.

Abaixo a tabela com o perfil da dívida projetada para maio de 2012. Se alongarmos essa projeção para maio de 2013, a dívida alcançaria, daqui a um ano, a casa dos R\$ 15 bilhões, valor próximo a 20% do total do orçamento do Ministério da Saúde este ano. Quase a metade do que se estimava arrecadar, caso a CPMF não tivesse sido extinta.

Faz-se necessário medidas urgentes para resolver essa situação que pode inviabilizar o funcionamento adequado dessas instituições.



REDE DE HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS DO BRASIL

Espécie de dívida*	Valor R\$	%
Sistema Financeiro	4.935.626.000,00	43,9
Fornecedores	2.743.264.000,00	24,4
Impostos e contribuições não recolhidas	2.855.693.000,00	25,4
Passivos trabalhistas	415.986.000,00	3,7
Outras	292.315.000,00	2,6
Total	11.242.884.000,00	100

* Informada pelos devedores e projetada em maio de 2012

3.1 Iniciativas para viabilizar o pagamento da dívida

Esta Casa entendeu claramente a gravidade da questão do endividamento e sua ameaça concreta à sobrevivência do próprio SUS. Na perspectiva de oferecer instrumentos que viabilizem o pagamento de parcela dos débitos acumulados, recentemente a Comissão de Seguridade Social e Família votou proposta que amplia prazo do parcelamento da dívida das Santas Casas e outras entidades hospitalares sem fins lucrativos. Esses débitos são relativos ao Regime Geral de Previdência Social.

No último dia 30 de maio, na CSSF, foi aprovado o PL 2233, de 2007, de autoria do Deputado Cristiano Matheus nos termos do Substitutivo do deputado Antônio Brito, que prevê que o prazo de parcelamento da dívida junto ao INSS - ampliado dos atuais 240 para 360 meses - será válido para débitos consolidados até a data da publicação da lei, desde que requerido em até 180 dias a contar desta data. O texto original do projeto alcançava somente os débitos vencidos até 15 de agosto de 2007, quando foi regulamentada a Lei da Timemania.

Esta iniciativa, sem dúvidas, facilitará a quitação das dívidas das



entidades sem fins econômicos junto ao INSS. Trata-se de uma contribuição, ainda que parcial, no sentido de reduzir o endividamento setorial e merece todo o apoio desta Subcomissão.

Outra resposta concreta, desta vez do Governo Federal, deu-se em solenidade realizada na Câmara dos Deputados, com a presença do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, ocasião em que foi assinado convênio com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que se compromete a disponibilizar uma nova linha de crédito destinada à reestruturação financeira das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde que prestam serviços ao Sistema Único do Saúde.

A linha de crédito “BNDES Saúde” terá taxa máxima de juros de 10% ao ano, o que significa uma redução de três pontos e meio percentuais em relação ao praticado anteriormente. Houve também uma ampliação no prazo de pagamento do empréstimo, que era de 72 meses, para 120 meses.

Trata-se de uma conquista, mas mantém-se a expectativa de que ainda outras medidas se apresentem, para garantir a sobrevivência das unidades hospitalares imprescindíveis para o funcionamento do SUS, à semelhança de políticas adotadas para grandes setores empresariais, aplicadas para aumentar o consumo.

Outra consideração indispensável está no fato de que essas condições só se aplicam às poucas entidades filantrópicas suficientemente capitalizadas e que consigam apresentar as certidões negativas de dívidas.

Com o mesmo propósito, de melhorar a remuneração dos serviços prestados por esse segmento ao Sistema Único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde editou a Portaria SAS/MS nº 2.506/11 concedendo um aumento de R\$ 220 milhões/ano ao conjunto dos cerca de 700 hospitais participantes do Programa de Contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS.



Na linha de iniciativas que direta ou indiretamente podem contribuir para um maior equilíbrio do setor, merece destaque, ainda, a Portaria GM/MS nº 2.395/11, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, disponibilizando recursos financeiros de até R\$ 3 milhões para projetos de readequação física e tecnológica, inclusive por reforma ou ampliação de áreas já existentes, e para a construção e instalação de novos leitos de UTI. Ao mesmo tempo, disponibiliza recursos para o custeio mensal de até R\$ 300 mil a hospitais-porta-de-entrada para essa política de atenção às urgências. Aumenta, ainda, de R\$ 418,00 para R\$ 800,00, o valor da diária de UTI. Finalmente, essa Portaria permite a utilização dos leitos atualmente ociosos como leitos de retaguarda para a Rede de Atenção às Urgências e ou para as instituições hospitalares públicas ou privadas.

Outra ação de importância já aprovada pelo Ministério da Saúde é a liberação de parte dos recursos financeiros originários da Lei nº 11.345/06 (Lei da Timemania), que visa implantar em santas casas de 164 municípios de todo o território brasileiro um sistema de transmissão por videoconferência — com utilização de satélite orbital — para o desenvolvimento de programas de capacitação e treinamento de pessoal técnico e administrativo. A instalação inicial dos pontos em determinadas santas casas, estrategicamente localizadas em regiões e microrregiões de influência, vai permitir que as equipes dos demais hospitais, num raio máximo de 200 km, possam usufruir desse treinamento, oferecendo novos modelos de boas práticas na administração e gestão dos seus negócios, com qualidade e sustentabilidade.

4 - CREDENCIAMENTO

Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS

A isenção das contribuições para a previdência social concedida às entidades de fins filantrópicos teve início com a publicação da Lei nº 3.577, de 1959, regulamentada pelo Decreto nº 1.117, de 1962, e que deu competência



ao Conselho Nacional de Serviço Social para certificar a condição de entidade filantrópica. Nasceu, então, o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, inicialmente provisório e com validade de dois anos.

Em setembro de 1977, o Decreto-Lei nº 1.572 revogou a Lei nº 3.577/59, mas manteve os direitos adquiridos às instituições até então declaradas e no gozo da isenção. Foi dado o prazo de 90 (noventa) dias para que as entidades na posse de certificados provisórios requeressem o título de Utilidade Pública Federal e se regularizassem. Após isto, não mais se concedeu o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos e a isenção.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 195, § 7º, reintroduziu a isenção de contribuição para a seguridade social às entidades benfeicentes de assistência social que viessem a atender as exigências estabelecidas em lei. Em outras palavras, reinstituiu o benefício da isenção da cota patronal.

As exigências mencionadas pela Constituição Federal foram estabelecidas pela Lei nº 8.212, de 1991 (Art. 55, seus incisos e parágrafos). Por esse dispositivo legal as entidades benfeicentes de assistência social foram isentas da contribuição a cargo da empresa, destinada à Seguridade Social, correspondendo a 20% (vinte por cento) sobre a folha de salários, 1%, 2% ou 3% para o financiamento da contraprestação das prestações por acidente do trabalho, além dos percentuais para terceiros (Sistemas S) e da contribuição proveniente do faturamento (denominado FINSOCIAL e depois COFINS, hoje fixado em 3%). A regulação dessa isenção veio pelos artigos 30 a 33 do Decreto nº 612, de julho de 1992.

Em fevereiro de 1993 o Decreto nº 752 ao dispor sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o art. 55, inciso II, da Lei nº 8.212, de 1991, § 2º, definiu a validade de três anos para o Certificado, permitida sua renovação, sempre por igual período, exceto quando cancelado em virtude de transgressão de norma que originou a concessão.

Para fazer jus ao Certificado a entidade benfeicente de assistência social teria de, entre outros requisitos - aplicar anualmente pelo menos vinte



por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços e de bens não integrantes do ativo imobilizado, bem como das contribuições operacionais, em gratuidade, cujo montante nunca inferior à isenção de contribuições previdenciárias usufruída. Dessa obrigação estava dispensada a entidade da área de saúde, cujo percentual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o Sistema Único de Saúde - SUS fosse, em média, igual ou superior a sessenta por cento do total realizado nos três últimos exercícios. Neste caso, deveriam oferecer, ao menos, sessenta por cento da totalidade de sua capacidade instalada ao Sistema Único de Saúde, incluindo internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais e exames ou sessões de SADT - Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento, mediante ofício protocolado anualmente nos Conselhos Municipal ou Estadual de Saúde - CMS/CES.

A mesma dispensa foi concedida às Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAEs e demais entidades de atendimento a pessoas portadoras de deficiência, filiadas à Federação Nacional das APAEs, desde que assegurassem livre ingresso aos que solicitarem sua filiação como assistidos.

Instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8.742, de 1993), o Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, como órgão superior de deliberação colegiada, vinculado à estrutura do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, substituiu o então Conselho Nacional de Serviço Social e passou a responder pela certificação das entidades benfeitoras de assistência social, de saúde e de educação, com base no já mencionado Decreto nº 752/93 que vigorou até abril de 1998, quando foi revogado pelo Decreto nº 2.536/98. Outro aspecto a ser destacado é que a LOAS alterou a denominação do certificado para Certificado de Entidade Benfeitora de Fins Filantrópicos.

Várias inovações foram introduzidas por este decreto, sendo a principal delas a obrigatoriedade da instituição de saúde ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas,



medida por paciente-dia (Redação dada pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006), podendo essa comprovação ser individualizada por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da instituição. (Redação dada pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002).

A instituição de saúde prestadora de serviços exclusivamente na área ambulatorial também passou a ter de comprovar anualmente a prestação destes serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento. (Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002)

O CNAS, com visíveis dificuldades para julgar o grande volume de processos com solicitação de certificação originária ou renovação da validade dos já concedidos, passou a demorar excessivamente na análise e decisão sobre esses processos, criando sérias dificuldades para as instituições que dependiam do certificado atualizado e válido. O estoque de processos foi crescendo ano a ano.

Não bastasse a demora no julgamento dos processos, o órgão editou inúmeras resoluções ao longo dos períodos de validade dos certificados, gerando dificuldades de interpretação e aplicação por parte das entidades certificadas. Especificamente no caso das de saúde, casos há em que o CNAS acabou considerando como base para a comprovação do percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS) não apenas as internações, medidas por pacientes-dia, mas também a produção ambulatorial de estabelecimentos hospitalares, consolidando quase que uma “cultura” nos dirigentes das entidades de saúde de que isto era possível.

Evidentemente que ao longo dos anos contemplam-se significativas mudanças na prática da medicina, saindo de uma quase preponderância de tratamentos por hospitalização para cuidados ambulatoriais, exigindo até mesmo reformulação física das unidades para atender adequadamente as novas demandas. Antes disso os atendimentos hospitalares eram tão predominantes que muitos especialistas rotulavam o sistema de saúde como “hospitalocêntrico”.



O Ministério da Saúde atento a esse novo cenário realizou em São Paulo, em 2004, um Seminário Internacional para discutir a Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro. Concluiu pela imediata necessidade de se promover a reversão do modelo “hospitalocêntrico” para o de predominância da atenção ambulatorial nos procedimentos médicos possíveis de assim serem tratados. Diante dessa mudança na postura da assistência, exigir-se o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) em internações hospitalares, medidas por pacientes-dia, na prestação de serviços ao SUS, é no mínimo uma grande incoerência, pois contraria a própria política de desospitalização adotada pelo ministério. Exemplo típico dos hospitais especializados em oftalmologia e cancerologia. No primeiro deles, as cirurgias e procedimentos oftalmológicos passaram a ser quase que totalmente executados em ambiente ambulatorial e, no segundo o tratamento dos cânceres tem evoluído para uma progressiva redução das internações. O grande volume de tratamento é ambulatorial pelo uso da quimioterapia e radioterapia.

A decisão de colocar em prática a política de desospitalização levou o Ministério da Saúde a desenvolver e implantar o Programa de Reestruturação e Contratualização das Entidades Filantrópicas no SUS, visando substituir o sistema de pagamento por produção pelo de pré-pagamento com base nas metas físicas e qualitativas contratadas. Para garantir a adesão do maior número de entidades ao programa foi criado o Incentivo à Contratualização, consistindo no pagamento de um adicional financeiro. A reversão da prática de internações por atendimentos ambulatoriais igualmente mereceu estímulo na execução do programa. Portanto, também aqui claro está o contracenso em se manter o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) em internações hospitalares, medidas por pacientes-dia, na prestação de serviços ao SUS pelas entidades sem fins lucrativos como o principal requisito para obterem a certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social.

Manter esse requisito é ir contra as tendências da evolução da prática da medicina e das políticas públicas que buscam a elas alinhar as ações da saúde pública em nosso País.



Mas, contrariamente a tudo isso, a recente reformulação do marco jurídico das Entidades Beneficentes de Assistência Social (Lei n. 12.101/2009), manteve esse requisito do percentual de internações intacto. Reconhece-se que houve avanço ao aceitar a participação da produção de atendimentos ambulatoriais na comprovação dos 60% de serviços ao SUS em até 10% (dez por cento), mas ainda insuficiente para fazer justiça à realidade da saúde assistencial.

Outro problema está no não estabelecimento de um período mínimo de transição entre a legislação anterior e a atual, bem como a aceitação de critérios e princípios que já vinham sendo reconhecidos e aceitos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), conforme já relatados neste documento. Isto está gerando problemas para o Ministério da Saúde e levando-o a indeferir a renovação do certificado de hospitais de elevada importância para o Sistema Único de Saúde – SUS.

A instrução do processo para a solicitação da renovação da validade do certificado nem sempre é tarefa fácil, pois requer exagerado número de documentos e muitas vezes a demora na liberação de certidões por gestores locais do SUS acabam resultando em intempestividade no protocolamento, com graves consequências para as entidades. Este é um outro problema que também precisa ser revisto e ajustado à realidade atual.

5 - PROPOSTAS

Os dados, informações e criteriosas análises trazidas a esta Subcomissão, bem como inúmeras recomendações de como enfrentar os principais problemas identificados, criaram as condições necessárias para se delinear um conjunto de propostas e sugestões, seja para implementação pelo Legislativo, muitas outras pelo Executivo, em todas as esferas de governo, e pelo próprio setor filantrópico.

As contribuições oferecidas nos debates promovidos, associadas à vasta experiência dos membros desta Subcomissão, asseguram a condição de



oferecer alternativas que, desde que haja disposição política, possibilitem romper definitivamente o ciclo vicioso da crise que domina o setor filantrópico.

Espera-se, assim, oferecer uma consistente contribuição para o aperfeiçoamento da participação complementar do segmento sem fins lucrativos no SUS, especialmente na perspectiva de se construir uma relação público/privada mais ética e sustentável, sob a égide dos princípios constitucionais que balizam o direito à saúde e que assegurem a integralidade e qualidade da assistência aos usuários do SUS.

1. FIM DO SUBFINANCIAMENTO DO SETOR PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS

1.1 REAJUSTE DA TABELA DE PROCEDIMENTOS COM ÂNFASE PARA A DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Dentro de uma visão pragmática, em que se ponderam a necessidade das entidades filantrópicas, considerando o mínimo indispensável de recursos para equilibrar os custos da prestação de serviços, e a possibilidade real do gestor maior do Sistema Único de Saúde em arcar com os custos adicionais decorrentes do reajuste da tabela, considera-se indispensável o reajuste em 100%, para os procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar, ao lado de reajustes específicos para atualização e adequação dos procedimentos de alta complexidade; O impacto financeiro giraria na casa dos 11,5 bilhões de reais.

Com esta proposta, é bom que se esclareça, não se reivindica tratamento igual ao que vem sendo dado aos hospitais federais e hospitais universitários federais que produziram, em 2011, 1,22 bilhões de reais para o SIA e SIH/SUS e receberam dos Ministérios da Saúde e da Educação o correspondente a 8,54 bilhões de reais, o que equivale a 6,77 vezes mais do que os valores pagos para os hospitais privados (filantrópicos e contratados). Caso fosse adotada, essa igualdade de tratamento representaria um adicional de R\$ 171,4 bilhões no orçamento ministerial.



No caso, a proposta se restringe apenas a uma correção de tabelas, que poderia reduzir de forma importante a escalada do endividamento das filantrópicas e oferecer outro ânimo para o setor superar o atual momento de crise profunda. Mesmo assim, entende-se que conseguir, de forma imediata, junto a área econômica, quase R\$ 12 bilhões para a Saúde não constitui tarefa fácil. Razão pela qual, como medida de curto prazo, como o mínimo para se evitar o caos no sistema hospitalar, apresenta-se a proposta de reajuste, a vigorar a partir de julho de 2012, de 100% sobre os cem procedimentos(internações) com maior incidência nos valores pagos pelo SIH/SUS em 2011 e que corresponderam a 81% dos valores pagos e a 84% do total de internações de média complexidade, no período. O impacto desta medida seria de 6,8 bilhões de reais, considerando todos os prestadores e de cerca de R\$ 4 bilhões com o setor filantrópico.

1.2. Revisão do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS (Portaria nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005).

Com a perspectiva de preservação da essência do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde, devem ser adotadas medidas que assegurem a retomada de seus princípios, promovendo a sua revisão e aperfeiçoamento.

1.2.1 – Devem-se assegurar mecanismos regulares para avaliar a produção dos serviços efetivamente prestados nos doze meses anteriores, seus custos e a remuneração pelo SUS. Da mesma forma, e simultaneamente, deve-se avaliar a necessidade de novas coberturas demandadas pela população. Constatada a necessidade de se ampliar o acesso, os gestores do SUS e o prestador devem avaliar em conjunto a capacidade instalada da instituição contratada e a possibilidade de ela assumir os novos serviços ou de ampliar sua capacidade, com atenção especial à disponibilidade de leitos de terapia intensiva (UTI).



Nos casos em que se constatar a necessidade de ampliação de serviços e a incapacidade de investimentos pelo prestador, o Ministério da Saúde deve assumir a responsabilidade de oferecer os recursos, via convênio específico e mediante comprometimento da instituição de manter a nova capacidade instalada à disposição do SUS.

1.2.2 – Devem-se readequar os convênios, definindo medidas e prazos para equilibrá-los econômica e financeiramente, conforme dita a Lei 8.080, art. 26 e seus parágrafos.

Esse processo deve ter como base o reajuste da tabela de remuneração de procedimentos de baixa e média complexidade, tanto de natureza ambulatorial como hospitalar, na ordem de 35% em 2012, 20% em 2013 e 25% em 2014. Além de revisões pontuais na tabela da alta complexidade, a serem negociadas.

Os estudos apontam que o impacto desses reajustes no orçamento do Ministério da Saúde pode chegar a quase R\$ 1 bilhão, em 2012; quase R\$ 800 milhões, em 2013; e mais de R\$ 1 bilhão e 100 milhões, em 2014.

1.2.3 – Deve-se promover a manutenção e consolidação de todos os incentivos destinados aos prestadores sem fins lucrativos, condicionado ao cumprimento de metas de melhoria da qualidade da gestão e da assistência disponibilizada aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

1.2.4 – Devem-se ampliar os programas e ações voltados ao aperfeiçoamento da qualidade da gestão, fundamentada em boas práticas de governança corporativa, capazes de preservar os valores e autonomia da instituição, além de garantir sua longevidade com sustentabilidade. Nesse processo, devem estar envolvidos o setor filantrópico, os gestores do SUS, em todas as esferas de governo, o Conass e o Conasems.

1.2.5 – Deve-se acelerar o processo de implementação da contratualização dos hospitais de ensino. A situação do conjunto desses hospitais, públicos e privados sem fins lucrativos, agrava-se a cada dia e



precisa ser urgentemente equacionada. Até que seja consolidada a contratualização para os hospitais filantrópicos de ensino, sejam estendidas a eles as medidas aqui propostas.

1.3 Abertura de nova etapa do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS para os de médio e grande porte ainda não contratualizados.

Atualmente não chegam a setecentos – de um universo de cerca de 1.200 – os hospitais contratualizados nos termos da Portaria nº 1.721/GM, de 2005. Pelo seu potencial, desde que aperfeiçoado conforme proposto acima, é fundamental que o Ministério da Saúde abra nova etapa para a contratualização dos demais hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, seriam adotadas as mesmas políticas já efetivadas para os hospitais hoje contratualizados, em que contemplam a orçamentação para a média e baixa complexidade, SIA e SIH, mantendo-se a produção para a alta complexidade.

A estrutura do financiamento deve-se basear na produção de média e baixa complexidade dos últimos doze meses, com verificação de faturamento médio e adoção de incentivo mínimo de 126%, a ser alocado em três parcelas iguais, em 2012, 2013 e 2014.

1.4 Instituir Programa de Adequação da Inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), sem Fins Lucrativos (filantrópicos ou não) no Sistema Único de Saúde – SUS

A análise da distribuição geográfica dos hospitais sem fins lucrativos demonstra que mais da metade dos estabelecimentos hospitalares desse segmento estão localizados em municípios com até 30 mil habitantes e se constituem, em geral, no único estabelecimento de saúde desse gênero. São, portanto, fundamentais para assegurar a universalidade da atenção – um dos pilares do SUS. São vitais para casos de urgências e emergências e dão amplo



suporte às estratégias da saúde da família e hospitais regionais. Todavia, a crise que atinge o setor manifesta-se de forma mais intensa nessas unidades de menor porte, que estão gradativamente fechando, eliminando postos de trabalho e deixando as respectivas populações sem opção para a atenção a sua saúde.

Além da sua inserção no programa de contratualização, como já proposto, é fundamental identificar uma nova forma de atuação e financiamento dessas unidades dentro do SUS. Uma opção a avaliar seria a sua transformação em unidades de pronto atendimento - UPA, nos moldes da atual política governamental.

Outra possibilidade encontra-se na iniciativa da CMB, que propôs ao Ministério da Saúde, e já sem encontra sob a análise daquele órgão, o aproveitamento das áreas ociosas das santas casas e hospitais sem fins lucrativos com um novo programa assistencial voltado para a crescente população idosa e que é sucesso em Portugal e Espanha.

1.5 Programa de Investimentos na Rede de Hospitais sem Fins Lucrativos (filantrópicos ou não) vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Considerando a desgaste físico e a obsolescência tecnológica da maioria dos hospitais, como efeito de longo período de operação deficitária e do empobrecimento do setor, a indisponibilidade de recursos próprios para investimentos não permite qualquer planejamento de renovações tecnológicas e ambientais. Algumas unidades têm-se valido de emendas parlamentares para promover alguma renovação. A dependência desse mecanismo sempre moroso e pouco confiável impede a realização de planos para uma área como a da saúde, na qual a demanda por serviços jamais pode esperar.

As carências de tecnologias nas áreas de UTIs, blocos cirúrgicos, urgências, emergências e, especialmente, nas áreas de imagens e oncologia são as mais evidentes e requerem adequações céleres. O modelo positivo do



outrora — REFORSUS — seria uma alternativa de vital importância para o segmento.

1.6 Investir em pessoal e dinamizar programas de qualificação dos profissionais

As Santas Casas e entidades sem fins lucrativos sempre foram reconhecidas pela qualidade de seus serviços e pela sua humanização no tratamento da clientela. Com essa profunda crise, lamentavelmente muitas de suas unidades, particularmente os pequenos hospitais, não têm conseguido manter a habitual qualidade, seja por não terem condições de contratar e manter os melhores profissionais, seja pela ausência de recursos para capacitá-los, além de outros aspectos estruturais exaustivamente considerados.

O setor filantrópico é também um dos maiores empregadores na Saúde, predominantemente de profissionais da enfermagem, para os quais os hospitais sem fins lucrativos sempre deram atenção especial, por serem um dos eixos fundamentais do sucesso da atenção à saúde de qualidade.

Neste momento, em que se discute a gravidade da crise das filantrópicas e as sérias ameaças ao pleno funcionamento do SUS, estamos diante de outra discussão importante e complexa, que tem como pontos centrais a redução da jornada de trabalho dos enfermeiros, vinculada diretamente com a melhoria de suas condições de trabalho, e também a avaliação dos impactos financeiros sobre todo o sistema de saúde, com a necessidade de se definir de onde sairão os recursos para assegurar os novos direitos.

Assim, a discussão e votação do Projeto de Lei 2.295/2000, originário do Senado Federal, vem recebendo atenção especial do setor filantrópico, que entende ser impossível separar as duas questões.



Estudos apontam que os profissionais poderão ter ganhos pecuniários imediatos, mas se não forem destinados recursos para a contratação de novos profissionais - que se tornará obrigatoriedade diante da redução da jornada -, haverá uma crise sem precedentes nos prestadores de serviços, sejam públicos ou privados, que ficariam impossibilitados de pagar melhores salários e, ainda, teriam que reduzir seus quadros de pessoal, com consequentes prejuízos para o profissional da enfermagem a médio e longo prazos.

A expectativa, caso aprovada a proposição, é de ampliar em 25% o pessoal da enfermagem, com importante repercussão dos custos das obrigações salariais das instituições hospitalares com trabalhadores da enfermagem.

Para a grande maioria das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, em um momento em que se acumula dívida de mais de R\$11 bilhões e um déficit anual de R\$5 bilhões, as novas e vultosas obrigações salariais podem se mostrar insuportáveis, sem o devido suporte.

Deve-se deixar claro que conquistas que assegurem melhores condições de trabalho são importantes para a qualidade dos serviços de saúde, notadamente, para hospitais que, como os sem fins lucrativos, empregam mão de obra especializada e investem fortemente na qualidade, mas esses efeitos positivos dependem de que sejam asseguradas fontes para o custeio dos novos direitos, principalmente para enfermagem. Contudo o Setor filantrópico da saúde vem cobrando do Ministério da Saúde os estudos que possam garantir que a aprovação do Projeto de Lei nº 2.295/2000 pelo Congresso Nacional não inviabilizará o funcionamento dos hospitais e santas casas do Brasil.

O Ministério da Saúde precisa, com clareza, demonstrar quais os impactos desta medida sobre o setor público e filantrópico para que não haja prejuízo sobre a assistência ao SUS no Brasil e garantir os recursos para a cobertura dos gastos recorrentes.

Diante desse quadro, no que se refere à estratégica questão de pessoal, há que se atuar basicamente em duas grandes frentes. Uma, a de



mobilizar para que se definam fontes de recursos capazes de financiar os impactos nos custos das unidades de saúde oriundos de decisões do Legislativo ou mesmo do Executivo. A outra, a de dar continuidade e dinamizar as ações que implementem iniciativas e programas, com o devido financiamento, direcionados a capacitação e treinamento dos profissionais da saúde e às equipes administrativas de toda a rede de santas casas e hospitais filantrópicos

1.7 Adequação da Lei 9.656/1998 quanto as especificidades das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos

Como foi dito anteriormente, as santas casas e hospitais filantrópicos operam 107 planos de saúde próprios, com mais de dois milhões de beneficiários em todo o País. Com relação a este assunto, a legislação que regula os planos de saúde, Lei 9.656/1998 que “*Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*”, necessita de importante adequação conforme proposta constante do Projeto de Lei nº 30/2009, de autoria do Deputado Darcísio Perondi, que se encontra em tramitação no Senado Federal, e desobriga as entidades filantrópicas da área de saúde de constituir pessoa jurídica independente para operar plano privado de assistência à saúde. Esta Subcomissão considera importante a aprovação desta proposição e de outras que possam adequar esta importante fonte alternativa de receita para o setor filantrópico à legislação que trata sobre a concessão de certificado fins filantrópicos.



2. PAGAMENTO DA DÍVIDA ACUMULADA

2.1 TRANSFERENCIA DAS DIVIDAS COM BANCOS PRIVADOS PARA BANCOS PUBLICOS

Em 2010 o Ministério da Saúde e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, assinaram um Protocolo de Atuação Conjunta, onde o BNDES, em janeiro de 2011, expede circular criando Programa BNDES de Apoio a Instituições de Saúde – BNDES Saúde. A linha de crédito tem duas vertentes: investimentos e a outra, para reestruturação do endividamento das instituições filantrópicas na área da saúde.

Contudo o programa de reestruturação das dívidas das instituições se mostrou ineficaz, o que levou a Câmara dos Deputados, como já foi dito anteriormente, a articular com os órgãos governamentais no sentido de tornar a linha de crédito mais acessível, culminando com a assinatura de um Termo Aditivo ao referido Protocolo de Atuação, alongando o prazo de pagamento do empréstimo de 72 meses para 120 meses e abaixando a taxa de juros para a casa de 10% ao ano, conforme já analisado.

Apesar disso, acreditamos que esse importante instrumento para a reestruturação das dívidas das entidades, possa ainda ser aperfeiçoado em pelo menos dois pontos:

O primeiro, seria no tocante a cobrança das certidões exigidas pela instituição bancária. Para o qual considera-se fundamental que o governo edite uma norma, que permitisse ao BNDES liberar uma primeira parcela do empréstimo objetivando a regularização da situação fiscal e previdenciária da entidade, condicionando a liberação do restante à apresentação das certidões.

O segundo ponto é com relação ao Custo Financeiro da operação que é a Taxa de Juros de Longo Prazo – TJLP, da mesma forma, é da maior importância que Governo tome iniciativa no sentido de subsidiar a TJLP, permitindo que o custo financeiro do empréstimo seja ainda menor.



2-2 RENOGACIAÇÃO DA DÍVIDA FISCAL

Foi dado um passo importante no parcelamento da dívida junto ao INSS, com a aprovação do Substitutivo do deputado Antônio Brito ao PL 2233, de 2007, de autoria do Deputado Cristiano Matheus. Débitos posteriores a agosto de 2007 poderão ser renegociados e os prazos se alongaram, o que facilitará o pagamento desta dívida.

A matéria ainda tramita na Câmara dos Deputados, e esta Subcomissão considera fundamental apoiar o Substitutivo aprovado na CSSF, pela sensibilização dos parlamentares que decidirão sobre a matéria.

Ademais, deve-se reivindicar junto ao Governo a edição de norma parcelando os débitos previdenciários e fiscais do segmento vencidos até 30 de junho de 2012 e que ainda não tenha sido motivo de nenhum dos parcelamentos anteriores (Refis I, II e III, PAES e Timemania). Outrossim, pode-se com alternativa buscar a anistia destes débitos com preconizado no Projeto de Lei nº 3471/2012 de autoria do Deputado Fernando Jordão.



3. MEDIDAS PARA ASSEGURAR A CERTIFICAÇÃO

3.1 Modificar os critérios de definição dos requisitos para a certificação

As exigências da legislação atual, como já analisado, estão em franca contradição com o avanço das técnicas terapêuticas, que transferiram práticas do campo hospitalar para o ambulatorial e, em especial, com as diretrizes setoriais encabeçada pelo Ministério da Saúde, de investir na atenção básica, dar preferencia ao atendimento ambulatorial e de diminuir a necessidade de internações, diante dessa constatação faz-se necessário mudar as regras legais e infralegais em vigor para adequá-las a nova realidade no campo da saúde.

Nesse sentido, deve ser elaborado Projeto de Lei, em substituição à Lei 12.101/2009, superando a ótica da exigência vinculada especificamente a prestação de serviços ao SUS por um modelo baseado no estabelecimento de metas de produção, nos moldes dos princípios da contratualização.

Espera-se, assim, que seja superado a requisito de se exigir 60% de internações, medidas por paciente-dia, como o mínimo de serviços a serem prestados ao SUS, que tanto tem inviabilizado a certificação de inúmeras unidades filantrópicos e que, finalmente, seja consolidada uma nova lógica para os credenciamentos no setor.

3.2 Criar regra de transição para as certificações

Outro aspecto que tem dificultado sobremaneira as certificações encontra-se na mudança brusca de práticas e critérios, sem o prazo de readaptação as novas regras. Os processos conduzidos e aceitos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) deixaram de ser utilizados imediatamente após a aprovação da nova lei.

Sem a devida preparação para as novas exigências, muitos certificados não foram renovados, com graves prejuízos para os hospitais. Da mesma forma, a falta de regras de transição, deixaram os setores



do Ministério da Saúde sem a sustentação jurídica necessária para a concessão das renovações.

Por todas essas razões considera-se fundamental a adoção de mecanismos legais que concedam um período de transição, para que haja o devido preparo das entidades filantrópicas e para que o Ministério da Saúde possa analisar os processos sem a rigidez tão prejudicial a que é obrigado a se sujeitar.



**III entidades privadas sem fins lucrativos que prestam
atendimento na área da saúde às pessoas com deficiência**



1. SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

MARCO LEGAL BRASILEIRO

I. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição, em seu artigo 23, capítulo II, determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

II. LEI 7.853, DE 1989 - Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social.

Estabelece que no campo da saúde, o setor tem as seguintes atribuições: (1) a promoção de ações preventivas; (2) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; (3) a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; (4) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e (5) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências e desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2.º, inciso II).

III. LEI 8080, DE 1990 – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE.

Em seu conjunto, a Lei nº 8.080/90, rege o Sistema Único Saúde (SUS), e determina que, princípio de “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7.º, incisos I, II, III e IV).

IV. CONVENÇÃO DA ONU, de 2008

Inserida no normativo brasileiro com status de emenda constitucional, a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, trata no preâmbulo das seguintes questões:

“e. Reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas;



- f. Reconhecendo a importância dos princípios e das diretrizes de política, contidos no Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e nas Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, para influenciar a promoção, a formulação e a avaliação de políticas, planos, programas e ações em níveis nacional, regional e internacional para equiparar mais as oportunidades para pessoas com deficiência;
- g. Ressaltando a importância de dar principalidade às questões relativas à deficiência como parte integrante das relevantes estratégias de desenvolvimento sustentável;
- v. Reconhecendo a importância da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à saúde, à educação e à informação e comunicação, para possibilitar às pessoas com deficiência o pleno desfrute de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais;"

Nos demais artigos da Convenção, destacam-se ainda:

“Artigo 19

Vida independente e inclusão na comunidade

Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade como as demais e deverão tomar medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno desfrute deste direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

- a. As pessoas com deficiência possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a morar em determinada habitação;
- b. As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para viverem e serem incluídas na comunidade e para evitarem ficar isoladas ou segregadas da comunidade; e
- c. Os serviços e instalações da comunidade para a população em geral estejam disponíveis às pessoas com deficiência,



Artigo 25

Saúde

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de usufruir o padrão mais elevado possível de saúde, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes deverão tomar todas as medidas apropriadas para assegurar o acesso de pessoas com deficiência a serviços de saúde sensíveis às questões de gênero, incluindo a reabilitação relacionada à saúde. Em especial, os Estados Partes deverão:

- a. Estender a pessoas com deficiência a mesma amplitude, qualidade e padrão de programas e cuidados de saúde gratuitos ou acessíveis a que as demais pessoas têm acesso, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral;
- b. Propiciar aqueles serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive identificação e intervenção precoces, bem como serviços projetados para minimizar e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos;
- c. Propiciar estes serviços de saúde em locais o mais próximo possível de onde vivem tais pessoas, inclusive na zona rural;
- d. Exigir dos profissionais de saúde o atendimento com a mesma qualidade para pessoas com deficiência que para outras pessoas, incluindo, com base no livre e informado consentimento, entre outros, a conscientização sobre direitos humanos, dignidade, autonomia e necessidades das pessoas com deficiência, através de capacitação e promulgação de padrões éticos para serviços de saúde públicos e privados;
- e. Proibir a discriminação contra pessoas com deficiência na provisão de seguro de saúde e seguro de vida, caso tais seguros sejam permitidos pela legislação nacional, os quais deverão ser providos de maneira razoável e justa; e
- f. Prevenir a recusa discriminatória de serviços de saúde ou de atenção à saúde ou de alimentos sólidos e líquidos por motivo de deficiência.”



OUTRAS REFERÊNCIAS

1. PROGRAMA MUNDIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (ONU, 1982).

O ano de 1981 foi fixado, por Declaração da ONU, como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente. Foi a partir daí que se colocou em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social incidem diretamente nas causas das deficiências. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências.

O Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência ressalta o direito dessas pessoas de usufruírem de oportunidades idênticas às das pessoas sem deficiência, bem como, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. Também foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população portadora de deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de segurança social, de legislação, etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e na execução de suas políticas, seus planos e programas.

2 . CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA (OEA/ 1999).

Destaque-se, ainda, o Decreto n.º 3.956/01, que promulgou a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (OEA/ 1999). De acordo com o referido decreto, o termo “deficiência significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”.

3. CIF

Em maio de 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health –Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* –, da Organização Mundial da Saúde (OMS). A CIF apresenta uma evolução da abordagem, e significados sobre as mudanças em termos conceituais, filosóficos, políticos e metodológicos, visto que a concepção leva em conta a



capacidade de pessoas com deficiência, não a incapacidade ou a questão da doença ou a situação que causou a sequela, mas outros fatores, como a capacidade do indivíduo em se relacionar com o seu ambiente de vida.

A CIF analisa a saúde dos indivíduos a partir de cinco categorias: (1) funcionalidade, (2) estrutura morfológica, (3) participação na sociedade, (4) atividades da vida diária e (5) o ambiente social de cada indivíduo. Esse ponto de partida da análise oferece maior clareza sobre a qualidade do funcionamento das ações específicas e dos efeitos sobre a inserção das pessoas com deficiência, e permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas restrições.

No tocante à formulação de políticas deve-se observar que a CIF estabelece uma nova concepção sobre deficiência a qual passou a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Censo do IBGE / 2010 revelou que 23,9% da população brasileira declarou possuir alguma deficiência, ou seja, cerca de 45,6 milhões de pessoas possuem uma ou mais das deficiências investigadas (intelectual, física, auditiva e visual).

O Relatório Mundial sobre a Deficiência, publicado pela Organização Mundial de Saúde em parceria com o Banco Mundial, em 2011, aponta a existência de um bilhão de pessoas com deficiência no mundo. Esse Relatório é o documento produzido pela OMS para colaborar com os países na implementação da Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, no qual se encontram diagnósticos e recomendações.

A Constituição Federal insculpiu a habilitação e a reabilitação no capítulo da Seguridade Social, na seção da Assistência Social:

“Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;”

Consultando os Dicionários, obtivemos os seguintes significados para os termos habilitar e reabilitar:



1 Houaiss – Habilidade = Ato ou efeito de habilitar(-se); formalidade jurídica a que é necessário satisfazer para adquirir determinado direito ou demonstrar certa capacidade legal;

2 Aurélio – Habilidade = Ato ou efeito de habilitar(-se); conjunto de conhecimentos; aptidão, capacidade; formalidade jurídica necessária para a aquisição de um direito ou a demonstração de capacidade legal

Para os dois autores, Aurélio, Houaiss Habilitar significa tornar hábil; munir(-se) de conhecimentos precisos para um ato público ou para qualquer fim; tornar(-se) apto, capaz; preparar(-se), dispor(-se).

Note-se que o sentido da palavra contém uma ideia de futuro, de um vir a ser, com vistas a **uma condição que ainda não se instalou**. Quem se habilita torna-se apto, prepara-se para o desempenho de alguma atividade ou função.

3 Houaiss – Reabilitação = Ação ou efeito de reabilitar(-se) [física, intelectual, moral, social, profissional, psicológica e materialmente]; recuperação; retorno de uma pessoa à condição de que desfrutava anteriormente (em termos jurídicos); recuperação da forma ou função normais, após doença ou lesão; devolução de paciente, após lesão ou enfermidade, a suas atividades físicas e/ou mentais anteriores (em termos médicos).

4 Aurélio – Reabilitação = Ato ou efeito de reabilitar(-se); recuperação de faculdades físicas ou psíquicas dos incapacitados; recobramento de crédito, de estima ou do bom conceito, perante a sociedade, reabilitação motora...

Em ambos os dicionários o sentido de reabilitar contém a ideia de restituir, recobrar, recuperar, fazer voltar, **numa espécie de retorno a uma condição ou situação do passado e que se enfraqueceu ou se perdeu**.

Assim, destaca-se que “habilitar” conduz a uma perspectiva de desenvolvimento de habilidades, ainda latentes, em direção ao futuro como conquista; e “reabilitar” contém a mensagem de devolver habilidades e competências que por alguma (s) circunstância (s) se perderam ou enfraqueceram, em direção ao passado como reconquista.

Nessa perspectiva, considerando que cabe à assistência social identificar as necessidades, diferenças, especificidades (gênero, geração, etnia, entre outros) e potencialidades das pessoas com deficiência, no sentido de viabilizar o acesso aos direitos socioassistenciais e aos demais direitos; que



cabe também à assistência social trabalhar em articulação com outras políticas setoriais na perspectiva do enfrentamento e superação das barreiras atitudinais, sociais, culturais, econômicas, arquitetônicas e tecnológicas, contribuindo para autonomia e protagonismo das pessoas com deficiência. Isso torna claro que os serviços de habilitação e reabilitação devem fazer parte da política de assistência social, devido ao seu papel de articuladora na provisão do atendimento integral da pessoa com deficiência, e integrado com as demais políticas sociais, e com vistas à participação das pessoas com deficiência na vida familiar e comunitária.

Assim, a habilitação e a reabilitação, devem ter como propósitos:

1. Identificar desvantagens que as pessoas com deficiência apresentam em relação às demais;
2. Favorecer orientações básicas para estas pessoas e suas famílias sobre suas necessidades especiais;
3. Empoderar a família para o cumprimento de suas competências no cuidado da pessoa e no cumprimento do seu papel educativo;
4. Garantir a interface com outras políticas públicas favorecendo a inter-setorialidade responsável e o atendimento integral/integrado para a conquista do maior grau de autonomia e independência.
5. Definir e oferecer os apoios necessários que garantam o desenvolvimento humano, ensino e educação, e para sua autonomia e independência na vida doméstica, na comunidade e no emprego.
6. Oferecer apoios para garantia de sua proteção, defesa, saúde e segurança.

A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu art. 26 (Habilitação e Reabilitação) determina que

“1. Os Estados Partes tomarão medidas efetivas e apropriadas, inclusive mediante apoio dos pares, para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Para tanto, os Estados Partes organizarão, fortalecerão e ampliarão serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais, de modo que esses serviços e programas:



- a. Comecem no estágio mais precoce possível e sejam baseados em avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes de cada pessoa;
 - b. Apoiem a participação e a inclusão na comunidade e em todos os aspectos da vida social, sejam oferecidos voluntariamente e estejam disponíveis às pessoas com deficiência o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural.
2. Os Estados Partes promoverão o desenvolvimento da capacitação inicial e continuada de profissionais e de equipes que atuam nos serviços de habilitação e reabilitação.
3. Os Estados Partes promoverão a disponibilidade, o conhecimento e o uso de dispositivos e tecnologias assistivas, projetados para pessoas com deficiência e relacionados com a habilitação e a reabilitação.”

O Relatório Mundial sobre a Deficiência aponta as seguintes conclusões e recomendações para a área da saúde:

“ASSISTÊNCIA MÉDICA EM GERAL”

Conclusões	Recomendações
<p>“Pessoas com deficiência deparam-se com disparidades na saúde e têm mais necessidades não satisfeitas que a população em geral. Todos os países necessitam trabalhar para remover os obstáculos e tornar os sistemas existentes de assistência médica mais inclusivos e acessíveis as pessoas com deficiência.</p> <p>Foram identificadas diversas estratégias para garantir que as pessoas com deficiência possam alcançar o melhor padrão de saúde possível, incluindo: medidas financeiras para melhorar a cobertura e a disponibilidade, medidas para melhorar a</p>	<p>“A realização das recomendações resumidas abaixo exigem a participação de uma variedade de interessados. Os Governos devem desenvolver, implantar e monitorar as políticas, mecanismos reguladores, e o padrão da assistência médica oferecida, para garantir que estes incluem as pessoas com deficiência. Os prestadores de serviços devem oferecer a melhor qualidade nos serviços de saúde. Os usuários dos serviços, organizações de pessoas com deficiência e as organizações profissionais devem aumentar a conscientização, participar do desenvolvimento das políticas e monitorar a implantação destas e dos serviços. Através da cooperação internacional, boas e promissoras práticas podem ser compartilhadas e assistência técnica disponibilizada aos países para fortalecer políticas, sistemas e serviços existentes.</p> <p>Políticas e legislação</p>



<p>oferta de serviços, entre elas o treinamento dos profissionais da saúde; medidas para capacitar as pessoas com deficiência a melhorar a própria saúde, e medidas para melhorar a pesquisa e os dados para monitorar, avaliar e fortalecer os sistemas de saúde. São necessárias diversas estratégias para fechar a lacuna existente entre pessoas com e sem deficiência no acesso à assistência médica. Devido ao fato de que os dados disponíveis sobre a eficiência de algumas dessas estratégias nos diferentes contextos e grupos são limitados, seus custos e resultados para a saúde precisam ser cuidadosamente avaliados.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as políticas, sistemas e serviços existentes, inclusive analisando as necessidades, experiências e visões das pessoas com deficiência, identificar falhas e prioridades para reduzir as desigualdades na saúde, e planejar melhorias no acesso e inclusão. • Fazer as mudanças necessárias nas políticas, nos sistemas, e nos serviços para atender à CDPD. • Estabelecer padrões de assistência médica relativos à assistência às pessoas com deficiência, bem como as estruturas e mecanismos de execução para garantir que esses padrões sejam alcançados. • Envolver os Deficientes na fiscalização e no desenvolvimento e implantação de políticas e serviços correlatos. <p>Financiamento e disponibilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir que pessoas com deficiência se beneficiem de programas públicos de assistência médica em igualdade de condições. • Nos países onde o seguro privado de saúde domina o financiamento da assistência médica, garantir que o seguro não seja negado às pessoas com deficiência e estudar medidas para tornar os prêmios do seguro acessíveis a essas pessoas. • Usar incentivos financeiros para estimular prestadores de serviços de saúde a torná-los acessíveis e oferecer avaliações abrangentes, tratamentos baseados em evidências, e acompanhamento. • Nos países com renda baixa e média, onde existir assistência eficiente à saúde e mecanismos de custeio, considerar esquemas de transferência condicionada e dirigida de fundos ligados ao uso da assistência médica para melhorar o custo, disponibilidade e o uso dos serviços. • Analisar opções para reduzir ou eliminar o pagamento com recursos próprios por
---	---



	<p>parte de pessoas com deficiência que não tenham outros meios de custear os serviços de assistência médica.</p> <ul style="list-style-type: none">• Analisar a disponibilização de auxílio para atender aos custos indiretos associados com o acesso à assistência médica, como transporte. <p>Acesso a serviços</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacitar pessoas com deficiência, por meio de informação, treinamento e apoio de pares, para que maximizem sua saúde. Incluir os membros da família, quando apropriado.• Fornecer uma ampla gama de acomodações razoáveis.• Apoiar os profissionais de assistência à saúde primária com especialistas, que podem estar em qualquer parte.• Explorar as opções de uso de tecnologias de comunicação e informação para melhorar os serviços, a capacidade da assistência médica e o acesso à informação por parte das pessoas com deficiência.• Identificar grupos que necessitam de modelos alternativos de serviços, por exemplo, serviços dirigidos, assistência coordenada para melhorar o acesso à assistência médica.• Nos países de alta renda, incorporar o acesso de pessoas com deficiência e padrões de qualidade nos contratos com prestadores de serviços públicos, privados e voluntários.• Promover a reabilitação baseada na comunidade, principalmente nos locais menos favorecidos, para facilitar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços existentes. <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none">• Integrar a educação sobre deficiência aos cursos de graduação e de educação continuada para todos os profissionais da saúde.• Envolver as pessoas com deficiência como educadores e instrutores sempre
--	--



	<p>que possível.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fornecer orientações baseadas em evidências para avaliação e tratamento, enfatizando a assistência centrada no paciente.• Treinar pessoas da comunidade de modo que elas possam atuar em serviços de triagem e assistência preventiva à saúde.
--	--

2. ENTIDADES DE ATENDIMENTO

As entidades privadas sem fins lucrativos que prestam atendimento na área da saúde às pessoas com deficiência atuam no nosso País há décadas, independentemente da existência de financiamento público. Na realidade, o Estado passou a normatizar sobre a política pública de saúde para esse segmento social somente a partir da Constituição Federal de 1988. Até então, os recursos obtidos para financiar as ações de saúde eram oriundos dos convênios firmados com a extinta Legião Brasileira da Assistência (LBA), os quais passaram a compor o orçamento da política de assistência social após a referida extinção.

Na prática, sempre esteve a cargo das entidades privadas sem fins lucrativos a responsabilidade de executar ações de saúde para as pessoas com deficiência, o que em tese caberia ao Estado que contribuía para que as entidades atuassem num ambiente vazio de normas.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o governo deu início à organização da política de saúde voltada para as pessoas com deficiência, sendo que a primeira Política Nacional de Saúde foi editada somente em 5 de junho de 2002. Anteriormente, havia norma específica para o atendimento das pessoas com deficiência auditiva e para a deficiência física (Portaria nº 3.764, de 20 de outubro de 1998, que *"institui o Cadastro de Unidades Prestadoras de Serviços de Diagnóstico e Avaliação do Deficiente Auditivo e a Autorização de Procedimentos de Alto Custo em Deficiência"*



Auditiva, introduz procedimentos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências”, e Portaria nº 818, de 5 de junho de 2001, que “cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, e dá outras providências”, ambas do Ministério da Saúde).

Cabe lembrar que as normas editadas pelo Ministério da Saúde a partir de 1992 tinham o fito de estabelecer critérios de atendimento às pessoas com deficiência na perspectiva de oferecer cobertura para os serviços de reabilitação antes ofertados pelo então INAMPS. É importante salientar que os conceitos adotados para as formulações embutiam, como vem ocorrendo até hoje, as questões relativas a sequelas decorrentes de doenças diversas, que atualmente não deveriam ser considerados no campo da deficiência. Isso não quer dizer que a reabilitação das pessoas acometidas por enfermidades não devam ser levadas em conta, e sim que elas não cabem no conceito de deficiência que deve orientar a formulação da política de saúde, considerando os ciclos da vida dos indivíduos com deficiência. Em 2008 foi editada a 2ª Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência, que inovou ao incorporar os conceitos da CIF na conceituação da deficiência.

A Organização Mundial de Saúde alerta para o fato de que há muito tempo a reabilitação requer uma estrutura conceitual unificadora. Historicamente, o termo tem descrito uma série de respostas à deficiência, desde as intervenções para melhorar a função corporal até medidas mais abrangentes destinadas a promover a inclusão. A CIF dispõe de um arcabouço que pode ser utilizado em todos os aspectos da reabilitação (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA, 2011).

Em 12 de setembro de 2002 foi editada a Portaria 1.635/GM/MS para garantir o atendimento à pessoa portadora de deficiência mental e de autismo no Sistema Único de Saúde. Para a Associação Americana para o estudo da deficiência Intelectual e do Desenvolvimento (AADID) a deficiência intelectual caracteriza-se pela limitação significativa tanto no funcionamento intelectual



como no comportamento adaptativo que se expressam nas habilidades conceituais, sociais e práticas. A deficiência origina-se antes dos 18 anos de idade. Nesse conceito considera-se: (I) limitação significativa indica que as limitações pessoais representam significativas desvantagens para a pessoa em seu funcionamento na sociedade; (II) funcionamento intelectual é dimensão importante para o diagnóstico; (III) comportamento adaptativo (integra o conceito de deficiência intelectual no aspecto prático da relação entre a pessoa e seu ambiente) manifestado pelas habilidades: (a) conceituais; (b) sociais (autoestima, obediência às leis, ingenuidade, credulidade, outros); (c) habilidades práticas (vida diária, cuidar de si, da casa, etc.); (d) habilidades instrumentais (ocupacionais, trabalho, outras).

É preciso reconhecer que o Ministério da Saúde avançou ao editar esses instrumentos legais sobre a atenção à saúde das pessoas com deficiência, apesar de serem isolados e sem estabelecer articulação da assistência nem com a atenção básica nem com a hospitalar, em termos da reabilitação. No entanto, como o próprio Ministério destacou em audiência pública, no dia 14 de junho de 2012, essa área sofreu com a falta de maior regulamentação. Em consequência, o atendimento às pessoas com deficiência, país a fora, é fragmentado, desestruturado, subfinanciado, e não há padronização para as ofertas, além de que faltam dados estatísticos sobre onde se encontram as pessoas com deficiência para a estruturação da rede que é distribuída de forma absolutamente desigual, com concentração nas regiões sul e sudeste.

A composição dessa rede privada sem fins lucrativos se deu por meio da habilitação de entidades pelo Ministério da Saúde, para o caso das entidades que atendem as deficiências física, auditiva e visual. No caso da deficiência intelectual e do autismo os serviços de reabilitação são apenas credenciados nos estados, que organizam a sua rede de credenciadas de acordo com os recursos repassados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, a rede de credenciadas totaliza 1.034 entidades que atendem pessoas com deficiência intelectual e autistas, na grande maioria APAEs; 160 na área da



deficiência física; 150 atendem deficiência auditiva; e 15 para a deficiência visual.

De início, o financiamento acontecia com recursos do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação). Em 2008, o modelo de financiamento foi modificado, passando a ser incorporado ao teto MAC do município, e migra para a gestão municipal. Através da Portaria 2867/2008, o teto financeiro foi congelado na média da série histórica, o que praticamente gerou o congelamento dos credenciamentos. Hoje, esse modelo de atendimento está precarizado, tanto pela desigualdade na distribuição da rede quanto pelo subfinanciamento.

Podem ser consideradas como principais consequências da desestruturação da política de atenção à saúde das pessoas com deficiência e do seu subfinanciamento:

1. Incapacidade das entidades investir em pessoal
2. Salários minguados que ocasionam alta rotatividade dos profissionais
3. Incapacidade de ampliar a oferta de atendimento o que gera filas de espera e demanda reprimida
4. Inobservância dos determinantes sociais que afetam a saúde
5. Comprometimento do desenvolvimento humano dos usuários
6. Obrigatoriedade das entidades investirem seus esforços na busca de receitas não operacionais para financiar os serviços de reabilitação.

Considera-se imprescindível que a formulação da política de atenção à saúde da pessoa com deficiência leve em conta o conceito de deficiência e as suas necessidades durante todos os ciclos da sua vida, para definir o usuário dos serviços.

Ademais, há que se considerar a determinação da Convenção da ONU



sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência no que tange à aproximação entre a oferta e o usuário (art. 25, c. Propiciar estes serviços de saúde em locais o mais próximo possível de onde vivem tais pessoas, inclusive na zona rural). A partir do Plano Viver sem Limite, o Ministério da Saúde, editou as Portarias GM 793 e 835, de abril de 2012, instituindo uma proposta de serviços regionalizada, para o que se pode inferir que o usuário enfrentará dificuldades para o acesso.

Aliada às limitações no campo da política de saúde está a problemática da certificação das entidades benfeicentes de assistência social, no que tange às dívidas com a Previdência Social. Esse problema merecerá uma atenção à parte, que não esse Relatório, uma vez que não foram levantados os dados quanto ao número de instituições endividadas com o INSS.

3. PROPOSTAS

Para assegurar a capilaridade da Rede e a oferta de serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência garantindo o acesso com a proximidade:

- Alterar a Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, para deixar explícito na norma a possibilidade das entidades privadas sem fins lucrativos, de atendimento à saúde de pessoas com deficiência, habilitadas e/ou credenciadas, comporem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- Retomar o credenciamento de entidades que prestam atendimento a pessoas com deficiência intelectual e com autismo, com base na Portaria nº 1635/GM, de 12 de setembro de 2002.
- Rever critério de habilitação para os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, definido na Portaria MS/GM N° 793, que veda novas habilitações desse tipo de ponto de atenção, exceto em caso excepcional, a partir da publicação da referida Portaria.



- Rever os critérios de remuneração estabelecidos pela Portaria MS 2.867, de 27 de novembro de 2008, que congelou o valor dos repasses com base na série histórica da produção de serviços aprovados e registrados no Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS, no quadrimestre de abril a julho de 2008.
- Rever os valores das tabelas de remuneração dos serviços prestados pelas entidades sem fins lucrativos.
- Adotar, para definição do público usuário com deficiência intelectual, o conceito de deficiência da Associação Americana para o estudo da deficiência Intelectual e do Desenvolvimento (AADID): a deficiência intelectual caracteriza-se pela limitação significativa tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo que se expressam nas habilidades conceituais, sociais e práticas. A deficiência origina-se antes dos 18 anos de idade. Nesse conceito considera-se: (I) limitação significativa indica que as limitações pessoais representam significativas desvantagens para a pessoa em seu funcionamento na sociedade; (II) funcionamento intelectual é dimensão importante para o diagnóstico; (III) comportamento adaptativo (integra o conceito de deficiência intelectual no aspecto prático da relação entre a pessoa e seu ambiente) manifestado pelas habilidades: (a) conceituais; (b) sociais (autoestima, obediência às leis, ingenuidade, credulidade, outros); (c) habilidades práticas (vida diária, cuidar de si, da casa, etc.); (d) habilidades instrumentais (ocupacionais, trabalho, outras).
- Avaliação mais cautelosa sobre a ruptura dos convênios existentes com as entidades privadas sem fins lucrativos que hoje realizam o Teste do Pezinho, considerando o impacto dessa ruptura na organização institucional, decorrente do processo de reformulação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que aponta como objetivo do Ministério da Saúde alcançar a cobertura universal dos nascimentos.



IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todas as audiências, visitas e reuniões promovidas por esta Subcomissão, percebemos entre seus membros e em nossos interlocutores que permanecem intacto o espírito de solidariedade determinação, combatividade, que caracterizam os séculos de intensa contribuição das Santas Casas de Misericórdia com a sociedade brasileira, bem como das entidades sem fins lucrativos que atuam no campo da atenção à saúde dos portadores de deficiência.

Foi amplamente reafirmado o compromisso de todos com as políticas públicas para a Saúde, expressado em sua inquestionável defesa dos mandamentos constitucionais que balizaram a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Razão maior de sua permanente luta para assegurar os meios indispensáveis para continuar contribuindo com a prestação de serviços de qualidade, para a consolidação dos princípios da universalidade e da integralidade na atenção à saúde dos brasileiros.

Marcaram também os trabalhos a manifestação de extrema indignação pela não valorização do setor filantrópico na devida relevância para o Sistema Único de Saúde.

A importante participação do Ministério da Saúde e de outros gestores do SUS revelam o esforço do setor filantrópico de estabelecer uma saudável e profícuo compromisso entre parceiros que defendem o direito universal á saúde.

Ficou, claro, contudo, que os esforços desta Pasta - no sentido de resolver a profunda crise de subfinanciamento que atinge gravemente o setor privado sem fins lucrativos – têm esbarrado na falta de prioridade das decisões governamentais da área econômica para o setor saúde, e, em particular, pela



não valorização do setor privado sem fins lucrativos.

Os debates e propostas apresentadas criaram a nítida consciência de que soluções eventuais, ou mesmo propostas bem estruturadas sem o devido aporte de recursos, mostraram-se insuficientes. Todos esses elementos nos deram a certeza de que é imprescindível e inadiável elevar a outro patamar as decisões sobre os problemas do setor. As políticas de saúde, o papel das filantrópicas devem ser tratadas como políticas de Governo e não mais setoriais. Devem ser de Estado as decisões sobre os meios e as estratégias indispensáveis para sanear a dívida acumulada e, principalmente estancar o ininterrupto processo de subfinanciamento setorial, com medidas consistentes e duradouras, sem o que o SUS não sobreviverá.

Saímos todos convictos de que as conquistas das principais reivindicações só serão possíveis se for promovido uma grande mobilização nacional em defesa das Santas Casas, dos hospitais filantrópicos e do SUS.

Nesse processo esperamos estar juntos com o Ministério da Saúde, os gestores estaduais e municipais e toda a sociedade brasileira.

Desta Casa, podem esperar o permanente combate pelas causas da saúde pública brasileira, seja por esta Comissão de Seguridade Social e Família, seja pela Frente Parlamentar de apoio às Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área de saúde e as demais frentes de atuação social. O País precisa manter vivo a causa das Santas Casas de Misericordias e Hospitais Filantrópicos.

Deputado Antonio Brito

Relator