



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

16/05/2023 - 2ª - Comissão Mista da Medida Provisória nº 1165, de 2023

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP. Fala da Presidência.) - Havendo número regimental, declaro aberta a 2ª Reunião da Comissão Mista destinada a emitir parecer da Medida Provisória nº 1.165, de 2023.

A Presidência comunica que foram sugeridos pelos membros desta Comissão 47 convidados para participar do ciclo de audiências públicas. Estamos mantendo o diálogo aberto com todos os Parlamentares para fazer uma discussão ampla e democrática da medida provisória.

Evidentemente, não será possível incluir todos os nomes em virtude da limitação temporal de tramitação da MP, que já está no 57º dia de vigência, além de não ser produtivo um debate tão estendido. Assim, faço um apelo para que os Parlamentares possam selecionar alguns nomes para participar de mais duas audiências públicas na semana que vem.

Se a Comissão entender que é necessário ampliar o debate, nada impede que possamos pautar e colocar em votação requerimentos solicitando a realização de mais audiências públicas na semana que vem.

Boa tarde a todos os convidados, a todos os Parlamentares, Senadores e Deputados.

Eu gostaria, antes de convidar as nossas autoridades, de fazer aqui uma breve apresentação da composição da Presidência, da relatoria.

Eu sou Dorinaldo Malafaia, Deputado Federal. Sou enfermeiro de formação. Tive a oportunidade, pelo Amapá, de ser Secretário de Saúde e Coordenador do Centro de Operações de Emergência do meu estado.

Faço essa apresentação breve para deixar clara a nossa relação direta com esse tema. Em 2013, eu tive a oportunidade de fazer a implantação, no meu estado, numa área de difícil acesso, do Programa Mais Médicos, então foi realmente uma experiência muito importante, Senadora, para que a gente pudesse realmente diminuir esse nível de desigualdade do profissional médico em áreas de difícil acesso.

Tenho mestrado no desenvolvimento regional e sou doutorando da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, e temos trabalhado há muito tempo nessas questões relacionadas à melhoria de saúde e desenvolvimento regional. Portanto, queria fazer essa breve apresentação.

Quero convidar, para fazer uma breve fala, a nossa Relatora, Senadora Zenaide Maia, em seguida, chamar os convidados palestrantes, para que a gente possa iniciar a nossa audiência.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Tudo bem, sugestão da...

A SRA. ZENAIDE MAIA (PSD - RN) - É, eu prefiro fazer a fala quando nossos palestrantes falarem para eu fazer as perguntas também.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - O.k.

Então, dando continuidade, nós convidamos, para compor a mesa da nossa primeira plenária, Dr. Nésio Fernandes, Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. *(Pausa.)*

Dr. Pedro Luiz Rosalen, Coordenador-Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde do Ministério da Educação.

Bem-vindo. *(Pausa.)*

Queremos registrar também, como representante do Ministério da Educação, a presença da Sra. Gisele Viana Pires, Diretora de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação - a gente está o dia todo falando de saúde e fica toda hora com o Ministério da Saúde na cabeça.

Bem, agradecer, mais uma vez, à Dra. Gisele. A senhora vai com o seu colega fazer a apresentação, dividindo o tempo de apresentação.

Muito obrigado.

Quero também convidar o Sr. Antonio José Gonçalves, Secretário-Geral da Associação Médica Brasileira. *(Pausa.)*

Convidamos o Sr. Gutemberg Fialho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos (Fenam). *(Pausa.)*

Foram convidados para esta audiência também o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e a Frente Nacional de Prefeitos, os quais informaram a impossibilidade de participação na nossa atividade, na nossa audiência hoje.

Muito bem. Vamos estabelecer aqui...

De acordo com o art. 94 e do inciso I do art. 89, ambos do Regimento Interno do Senado, cada convidado fará sua exposição por dez minutos, e, em seguida, abriremos a fase de interpelação pelos Parlamentares inscritos.

Então, gostaria de passar a palavra ao Dr. Nésio Fernandes, que terá...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Pois não. Boa tarde.

O SR. DR. HIRAN (PP - RR. Pela ordem.) - Boa tarde a todos da mesa.

Presidente, eu queria fazer um aditamento ao meu requerimento da semana passada.

Eu suprimi alguns nomes para a nossa audiência pública... Aliás, agradeço já a sua manifestação *(Fora do microfone.)*

de acatar a nossa sugestão de termos mais uma audiência, até pelo número de convidados.

Mas eu queria poder aditar o nome dos seguintes convidados: Dr. Wilson Drumond, Médico Tutor do Programa Médicos pelo Brasil, Vice-Presidente da Associação dos Médicos do Programa Médicos pelo Brasil; Dr. Lincoln Lopes Ferreira, ex-Presidente da Associação Médica e Diretor da Associação Médica de Minas Gerais; Dra. Viviane Cristina Uliana Peterle, que é Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação; representante da Associação Nacional dos Médicos Residentes; representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); representante da Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil; além do representante da Federação Médica Brasileira (FMB).

Muito obrigado, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Senador Dr. Hiran.

No início da abertura dos trabalhos, eu informei que a Presidência já havia recebido 47 convidados. Na nossa última reunião, nós estabelecemos um prazo, um tempo até às 19h e recebemos todos os convites, todas as informações de cada Deputado e Senador que esteve presente na nossa reunião. E estamos fazendo, Senador, um processo de escalonamento para poder realmente ter tempo hábil de representação desses convidados. Então, já temos aqui 47. Nós temos um prazo que é bastante reduzido para que a gente possa realmente esgotar. Estamos também estabelecendo um critério de afinidade com o tema para que a gente possa realmente ser bem objetivo na avaliação desta medida provisória.

Portanto, foram contemplados esses nomes que já foram apresentados - são 47 nomes - e ao longo... Estabelecemos, inclusive, mais, viu, Senador?

Tivemos duas audiências, foi solicitado, na última reunião, que tivesse mais outras duas, o que nós acatamos, e faremos outras duas ao longo desses meses agora.

O SR. DR. HIRAN (PP - RR) - Esses nomes já constavam do meu requerimento, viu, Presidente?

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Perfeito.

O SR. DR. HIRAN (PP - RR) - Eram 16, e a gente suprimiu, nós diminuimos para nove, até para podermos agilizar os nossos trabalhos.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Perfeito, o.k.

O SR. DR. HIRAN (PP - RR) - Obrigado, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Bem, antes de passarmos... Só peço um minuto ao Dr. Nésio, porque nós recebemos aqui algumas perguntas dos internautas do e-Cidadania.

Eu vou compartilhar algumas perguntas para contemplar também aquelas pessoas que estão acompanhando esta audiência pública.

A pergunta é do Sr. Daniel Nogueira, do Distrito Federal: "Há novos incentivos para os formandos de baixa renda no curso de Medicina?"

São algumas perguntas que eu vou compartilhar aqui com os nossos palestrantes e vamos selecionando, Dr. Nésio, essas perguntas também para ter uma comunicação direta com os internautas.

Carol Lopes, de Pernambuco, pergunta o seguinte: "O processo seletivo da nova versão do Mais Médicos será através de prova ou avaliação curricular?"

Sabrina Maria Chaves Fernandes, de Minas Gerais: "Gostaria de saber se as mudanças propostas no programa também irão englobar os médicos que já estão atuando".

Também ao longo das apresentações, a gente pode ir respondendo.

E uma pergunta muito direta e simples é a da Bruna Almeida, do Paraná: "O que mudou no Programa Mais Médicos?" É uma pergunta fundamental, que é simples e direta e que elucida muita coisa.

Muito bem, então, passando a palavra ao nosso primeiro palestrante, o Sr. Nésio Fernandes, Secretário de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde.

O SR. NÉSIO FERNANDES (Para expor.) - Deputado Dorinaldo Malafaia, boa tarde! Senadora Zenaide, nosso ex-Ministro Marcelo Castro, Geraldo Resende, todos os Senadores e Senadoras, Deputadas e Deputados, eu gostaria de cumprimentar e agradecer o convite em nome do Ministério da Saúde. A Ministra Nísia Trindade é uma grande entusiasta do diálogo. Ela é uma grande entusiasta da capacidade de harmonia na construção de políticas públicas tanto entre os atores sociais quanto o Parlamento, quanto o próprio Executivo, nas três esferas.

A instalação da Comissão e o debate de hoje, sem dúvida nenhuma, irão permitir pautar, de maneira bem clara e explícita, os principais elementos que envolvem a proposição da reformulação do Programa Mais Médicos, que envolveu a publicação da Medida Provisória 1.165. Sem querer esgotar todos os temas que envolvem a discussão, a minha apresentação irá tentar levantar os principais elementos que levaram à necessidade e à decisão de reformular o programa e de apresentar, então, a medida provisória.

Nós completamos neste ano dez anos do Programa Mais Médicos. O Programa Mais Médicos, no momento da sua instituição, enfrentava um país com uma insipiente, uma incapacidade de interiorização dos profissionais médicos com grandes vazios assistenciais. É possível perceber os vazios assistenciais nesse gráfico de mapas, onde a ausência dos profissionais médicos no interior do Brasil, no Brasil profundo, não era uma exclusividade dos estados da Região Norte. Nós temos também no próprio Rio Grande do Sul, em Santa Catarina, em estados do Nordeste, do Sudeste brasileiro, também municípios com realidades onde a fixação médica era um desafio imenso para a gestão pública e a universalização do Sistema Único de Saúde. Nós tínhamos uma situação de pleno emprego na mão de obra médica no país. O número de médicos no Brasil era muito inferior, abaixo da média da OCDE, inclusive abaixo da média de médicos por mil habitantes, em relação a países vizinhos da América Latina, e uma insuficiência de vagas para residência médica.

Neste eslaide, a gente pode identificar que, até 2002, nós tivemos aí 221 cursos abertos de 2002 a 2022; com o total de privados, 268; e, no total de vagas, nós tivemos, então, 9.775 vagas abertas em cursos públicos e 32 mil vagas abertas em cursos privados, com um grande aumento especialmente no setor privado, entre 2003 e 2022.

Nós temos ainda no país - e tínhamos em 2013, quando o programa foi lançado - as características de escassez de médicos em todo o país. Em 2014, a partir de um ano do Programa Mais Médicos, já o mapa pintava diferente. Era um mapa menos colorido, um mosaico menos intenso daquilo que representaria a escassez de profissionais.

O país apresenta, então, ainda nos dias de hoje, grandes dificuldades na proporção médicos por mil habitantes, estabelecendo, após dez anos do Programa Mais Médicos, uma cena em que a interiorização da profissão e a distribuição deles no território nacional ainda se constituem um desafio para a saúde pública e para a estratégia nacional de provimento médico, tendo ainda diferenças muito significativas entre as regiões do país e uma concentração especial no Sul, Sudeste, no litoral brasileiro e também nas capitais.

Nós temos realidades distintas ainda e muito mais complexas quando avaliamos por porte da população de cada município. Quando avaliamos a população na razão de médicos por mil habitantes em municípios com menos de 5 mil habitantes, temos uma razão próxima à de países africanos, como a Nigéria. Quando a gente vai aumentando para 5 mil a 10 mil habitantes, 10 mil a 20 mil habitantes, ela se aproxima do Gabão, da Namíbia, e, de fato, há hiperconcentração profissional nas cidades com mais de 500 mil habitantes e nas capitais, apontando que a hiperconcentração profissional no país é uma característica objetiva da disponibilidade de mão de obra médica em todo o território nacional.

Quando a gente faz o incremento trienal de médicos por mil habitantes dessa razão, nós entendemos, então, que, entre 2010 e 2012, 2013 e 2015, 2016 e 2018, tivemos, por conta da expressão do Mais Médicos e da capacidade que ele teve de interiorizar os profissionais, um aumento importante identificado nos municípios entre 20 mil habitantes e 50 mil habitantes bem significativo e também nas demais faixas populacionais de municípios brasileiros.

O Programa Mais Médicos tinha três eixos principais relacionados à autorização do funcionamento de cursos de Medicina, a temas relacionados à formação médica e ao projeto Mais Médicos para o Brasil, que definia uma estratégia de provimento profissional emergencial em todo o país.

Nós tivemos, com a implementação do Mais Médicos, um aumento do número de consultas realizadas pela Estratégia Saúde da Família no país em 29%, e, nas equipes atendidas pelo Programa Mais Médicos, o incremento foi de 33%. Em comparação, no mesmo período, com os municípios sem profissionais do Mais Médicos, houve somente um incremento de 15%.

Tivemos, no auge do programa, 63 milhões de brasileiros cobertos e, com essa cobertura potencial calculada pelo Ministério da Saúde por profissionais do Programa Mais Médicos, alcançamos um teto de 18.240 médicos participantes do programa em 4.058 municípios - 72% dos municípios brasileiros.

A totalidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas estava coberta com profissionais do programa, sem vazios assistenciais, e 75% alocados em municípios de alta vulnerabilidade.

De fato, a presença do programa tem a característica de uma estratégia nacional com uma capacidade de interiorizar o profissional e de atuar em áreas metropolitanas que também possuem territórios de difícil fixação. Nós temos no Espírito Santo, em São Paulo, em Santa Catarina, em todos os estados brasileiros, territórios de vulnerabilidade - e também em grandes cidades - em que a fixação profissional também se constitui um desafio gigantesco.

Então, o Programa Mais Médicos trazia uma proposta, por meio de chamamentos públicos, que iria estabelecer critérios de interiorização da graduação dos cursos de Medicina e permitindo, então, que não somente a graduação fosse levada ao interior do Brasil, mas também a oferta de residências médicas dentro da expansão desses programas, tratando de enfrentar o tema da interiorização e da desconcentração da oferta médica no país.

Nós reconhecemos, naquele momento, que a interiorização dos cursos de Medicina e das residências médicas se constituíam em uma medida estruturante da capacidade de o Estado brasileiro garantir que profissionais médicos possam tanto se formar no interior como também se especializar e se fixar nesses territórios.

As residências médicas, isoladamente, se constituem em importante fator de fixação profissional. No entanto, quando está associada à graduação, ela tem uma capacidade potencializada de fixar profissionais nesses territórios, e, aí, a expectativa da abertura dos cursos de Medicina pelo programa era, justamente, tanto ampliar a graduação como as residências dos novos cursos.

E, aqui, nós tivemos, então, um desafio imenso enfrentado pelos estudantes de Medicina do Brasil, pelos egressos de Medicina no que diz respeito à descontinuidade de estratégias estabelecidas...

(Soa a campanha.)

O SR. NÉSIO FERNANDES - ... na lei original do Programa Mais Médicos.

A proposta de, até 2018, equiparar o número de egressos da graduação ao número de vagas de residência de primeiro acesso foi abandonada, foi descontinuada. E o que aconteceu? Nós tivemos, então, em 2018, 19.365 egressos dos cursos de Medicina no Brasil e tivemos somente a oferta de 15.499 vagas de residência de primeiro acesso. Quando avaliamos o comportamento da série histórica, identificamos que evoluímos para 42 mil egressos contra 13 mil vagas de residências de primeiro acesso.

Aqui, temos as vagas autorizadas por ano das... Na verdade, aqui está errado. Aqui, são 20 mil vagas autorizadas, e somente 7 mil vagas foram por editais do Mais Médicos. Aqui, dá para perceber, então, que, das 20 mil vagas autorizadas, 7.304 foram vagas vinculadas à estratégia da Lei do Mais Médicos. As demais vagas abertas no período, nos últimos dez anos, foram ampliadas com base em quê? Na expansão de cursos de Medicina que já existiam, na ampliação de vagas de cursos

já existentes, e na ausência da capacidade do Estado, especialmente da União, de enfrentar o tema da judicialização pela abertura de novos cursos de Medicina.

Utilizando-se da prerrogativa constitucional de que o exercício da educação é livre à iniciativa privada, alguns grupos ligados à atividade privada da educação conseguiram expandir autorizações judiciais para a abertura de novos cursos, que levaram, então, a uma abertura desenfreada de cursos de Medicina em todo o país.

Esse dado é importante porque, em algumas discussões, a gente ouve ainda as pessoas dizendo: "O Mais Médicos abriu cursos de Medicina, que temos muitos cursos de Medicina...". Mas, na verdade, a regulamentação da Lei do Mais Médicos justamente previa uma expansão controlada, regulada, e foi justamente a ausência do Estado no enfrentamento ao tema da judicialização que levou, então, à abertura desenfreada de cursos de graduação, especialmente privados, em todo o país.

E temos, além dessas 20 mil vagas, 34.457 vagas pleiteadas no MEC e envolvidas em processos vigentes de judicialização. Nós estamos falando da possibilidade de uma explosão da abertura ainda de mais cursos de Medicina em todo o país se o Estado não se reposicionar nessa agenda, e é o que o Governo do Presidente Lula e o Ministério da Educação têm feito neste momento a partir da publicação de novos regulamentos, estabelecendo critérios para a abertura e reconhecendo que a moratória, na verdade, subsidiou a via da judicialização. Como você tinha uma moratória pela abertura de novos cursos, o setor privado, que não tinha um espaço para poder pleitear dentro de critérios da política pública a abertura de novos cursos, caminhava para a judicialização. Então, a moratória, na verdade, se constituiu numa estratégia com resultado muito temerário para a Medicina brasileira.

Aqui, neste gráfico de linhas com pontos, nós acompanhamos o que aconteceu. Em 2021, 25 mil egressos da graduação disputaram 13,3 mil vagas de residência de acesso direto. No entanto, 32 mil vagas já autorizadas em 2022 apontam a perspectiva de que nós vamos ter, logo, logo, 40 mil a 50 mil médicos como egressos anuais dos cursos de Medicina do Brasil.

Ainda que o Estado brasileiro seja muito ousado, muito sagaz... Digamos que, em quatro anos, Deputado Geraldo, a gente alcance a capacidade de dobrar o número de vagas de residência de acesso direto, chegaríamos a 26 mil vagas. Isso quer dizer que nós não vamos conseguir alcançar a oferta de especialização médica para os egressos do curso de Medicina no Brasil com a estratégia única de garantir a titulação por meio das residências médicas em todo o território nacional. Nós perdemos, na verdade, a capacidade histórica de conseguir equiparar uma vaga de egresso, Deputado Solla, para uma vaga de residência médica de acesso direto.

Então, no Brasil, nós temos dois caminhos para a titulação de especialista. Você pode fazer um pós-doc numa universidade em Israel, um doutorado em Roma, um mestrado em...

(Soa a campanha.)

O SR. NÉSIO FERNANDES - ... Hopkins, dez pós-graduações no Brasil e você não pode registrar-se no Conselho de Medicina como especialista, somente pode se registrar como especialistas os profissionais que fizerem residências reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica ou aqueles que fizerem as provas de título de especialistas dentro das normas da Associação Médica Brasileira, que são reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, na qual, então, a via de acesso para titulação no Brasil está definida em dois caminhos: a residência ou a prova de título.

Existe uma característica principal no requisito para a realização da prova de títulos de especialista. Qual é? Ter experiência naquela área de atuação com o dobro de tempo da residência médica daquela especialidade.

Algumas especialidades médicas, por meio das suas sociedades, estabelecem normas e requisitos complementares para a realização da prova de títulos além do tempo de experiência. Algumas exigem publicações, participação em congressos, alguns cursos... Então, você tem, no entanto, a característica do dobro de tempo de experiência sendo o requisito principal para a prova de títulos. Se eu atuo como clínico geral em um Caps durante seis anos, eu alcanço o tempo, que é o dobro da residência de psiquiatria e, com alguns outros requisitos, posso fazer a prova de psiquiatria; ou seja, nós precisamos debater a via de titulação prova de títulos, e ela precisa ter uma política de Estado, ela precisa ter uma política que possa organizar e estruturar a formação médica no Brasil, porque, reconhecidamente, as condições objetivas e subjetivas para ampliar a oferta de residência na proporção de egressos da graduação não é factível.

E por que, então, uma Estratégia Nacional de Formação de Especialistas integrada ao provimento médico? Porque já está consolidada no mundo a ideia de que a educação pelo trabalho se constitui em uma importante estratégia de formação profissional, porque ela é capaz de desenvolver competências médicas, competências profissionais ampliadas, especialmente se ela estiver inserida em um contexto de educação permanente e de oferta de trilhas educacionais que orientem o perfil de competência a ser desenvolvido dentro daquela trilha formativa. Então, você aproveitar parte dos

espaços de serviço como espaços para formação profissional contextualizada se constitui em uma oportunidade de especialização para os profissionais formados no Brasil.

E existem dois personagens centrais que são reconhecidos e valorizados com o novo Programa Mais Médicos. O primeiro e principal deles é o povo brasileiro que ainda possui dificuldades na dimensão da universalização do acesso ao sistema de saúde. Nós ainda temos mais de 60, quase 70 milhões de brasileiros não cobertos pela atenção primária pública no país, e isso, prezados Senadores, Deputados, é considerando uma equipe para cada 3,5 mil habitantes. Se fôssemos considerar o padrão europeu de cobertura, que é de uma equipe a cada dois mil habitantes, o Brasil teria somente 49% de cobertura potencial da Estratégia da Saúde da Família. Nós estamos falando ainda de um cálculo de cobertura que pode e deve passar, possivelmente, por revisões. E o segundo é o jovem médico, especialmente o jovem médico que deseja atuar na atenção primária. Por isso, o programa traz a expectativa de que o Brasil precisa de mais médicos especialistas.

Senadora Zenaide, quando publicada a Política Nacional de Atenção Primária do nosso país, nós definimos que o pré-requisito para atuar na atenção básica era o de que seria suficiente você ser um médico generalista, recém-formado ou com longa data de formação. Outros países centrais, países importantes do mundo que adotaram sistemas públicos de saúde, com caráter universal, e incorporaram a cobertura de atenção primária como um fator estruturante de seus sistemas exigiram que, para atuar na atenção básica, você fosse especialista em medicina da família, que, no Brasil, são conhecidos como médicos de família e comunidade.

Os médicos de família e comunidade são profissionais que possuem o perfil de competência mais amplo tanto em abordagens clínicas individuais quanto em abordagens comunitárias; são profissionais que possuem uma resolutividade e um domínio de métodos clínicos centrados na pessoa que podem garantir ao sistema de saúde uma resolutividade maior para termos um sistema que trabalhe com um padrão de performance mais avançado do que aquele que nós temos hoje.

Então, o Brasil tem, hoje, somente um pouco mais de 10 mil médicos de família e comunidade titulados. Nós já temos 52 mil equipes de saúde da família e de atenção primária implantadas em todo o território nacional.

Ainda, Deputado Solla, se nós quiséssemos discutir uma carreira para o médico especialista em medicina de família e comunidade e todo o Brasil abrisse vagas para essa possibilidade de vínculo, nós não teríamos especialistas suficientes, ex-Vice-Presidente Mourão, nosso Senador, para ocupar todas essas vagas. Existe o desafio objetivo de expandir a quantidade de médicos de família e comunidade titulados em todo o território nacional, e isso deve ser reconhecido como uma medida urgente e necessária para a estruturação do nosso Sistema Único de Saúde.

O Brasil, então, considerando que a atenção primária é o único nível assistencial presente em todos os municípios do país, é responsável pelo principal componente do sistema na dimensão da universalização. Na média, em 2022, a atenção primária produzia, por dia, 29,9 consultas e, na mediana, 26 consultas/dia. Então, quando nós falamos que não temos 5 mil médicos na atenção básica, que faltam 4 mil médicos na atenção primária, para ter uma dimensão desse impacto em termos de saúde pública e de acesso é só multiplicar por 26. Multiplicando por 26 por dia, você vai ter o impacto que é a ausência de um profissional médico no acesso ao serviço de saúde que está no bairro, que está na zona rural, que é a atenção primária do SUS.

Os atendimentos médicos, em média, duram de 12 a 30 minutos, com base nos registros do Ministério da Saúde.

Nós temos oito componentes e atributos essenciais derivados da atenção primária no que diz respeito ao acesso, ao cuidado longitudinal. E o cuidado longitudinal é a capacidade de ofertar um vínculo e um cuidado ao longo dos ciclos de vida pelo mesmo profissional. Isto quer dizer o quê? Que, se eu sou médico na atenção primária e consigo alcançar um tempo de vínculo naquele serviço, eu consigo fazer o pré-natal, acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de uma criança, vê-la crescer, vê-la estudar, chegar à universidade...

(Soa a campanha.)

O SR. NÉSIO FERNANDES - ... e ter um vínculo com aquela população.

No entanto, ao cruzar os dados dos últimos dez anos, do tempo em que o mesmo médico fica na mesma equipe no Brasil na atenção básica, nós temos seis meses como tempo médio de permanência dos médicos brasileiros na mesma equipe de saúde da família como a média da última década.

Como fazer, como garantir cuidado longitudinal com essa característica objetiva? Essa média varia de acordo com a região.

Recentemente, um estudo muito bem produzido e publicado pelo Prof. Mário Scheffer apontou, por exemplo, que, em São Paulo, a mediana de dez meses, a média de um ano e quatro meses, se não me equivoco, mas não passa, como regra, de um ano a maior parte do tempo de vínculo dos médicos com as mesmas equipes.

Os atributos e a proposição de uma atenção primária...

(Soa a campanha.)

O SR. NÉSIO FERNANDES - ... universal gratuita de qualidade estão comprometidas por condições objetivas da dificuldade de provimento médico no país.

Outro atributo da coordenação é o cuidado, a integralidade, temos também a orientação familiar e comunitária.

Hoje, temos 6 mil equipes - dado atualizado este mês - de atenção básica no Brasil sem médicos, sem cadastro do profissional médico na vinculação dessas equipes. Então, essa realidade tem um impacto maior ou menor na dependência da concentração de médicos em gestão de equipes em um mesmo território. No entanto, a dimensão precisa ser sempre avaliada na dimensão nacional. Quando nós avaliamos, então, 26 consultas/dia por 6 mil médicos, quando avaliamos a ausência da capacidade de ofertar um pré-natal ou um cuidado integral, um acesso à demanda espontânea, há, sim, um problema de saúde pública de responsabilidade da União junto com os municípios.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Secretário, só um minutinho. Eu gostaria de pedir que o senhor acelerasse, porque o nosso tempo já está, por umas duas ou três vezes, esgotado e também para dar possibilidade aos outros palestrantes.

O senhor está muito distante da finalização?

O SR. NÉSIO FERNANDES - Eu acredito que ainda tenha uns dez eslaides.

Eu peço a licença de vocês...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Eu peço então ao senhor que possa tentar priorizar o que tem de mais relevante na sua apresentação, para a gente poder garantir.

Então, vou permitir aqui ao senhor mais quantos minutinhos?

O SR. NÉSIO FERNANDES - Dez minutinhos.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Dez minutos é muito! Vamos pela metade...

O SR. NÉSIO FERNANDES - Então, vou tentar acelerar aqui ao máximo.

Aqui, dentro do Programa Mais Médicos, nós temos então, na evolução de dez anos, de 2013 a 2022, o total de participantes médicos nos meses de dezembro de cada ano, considerando o tipo de vínculo: nós tínhamos, até 2018, a cooperação com Cuba, que ofertava médicos oriundos da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde, que foi interrompida em 2018 e que não há nenhuma previsão, nenhum debate, nenhuma discussão de retomar essa cooperação.

Nós tivemos, então, uma mudança do número de profissionais intercambistas e profissionais com CRM participando do Programa Mais Médicos. O intercambista, para deixar o conceito claro, é o médico não revalidado que tem o registro médico para atuar somente no espaço do programa de formação médica do Mais Médicos. Ele não pode atuar fora do escopo das atividades educacionais e do serviço a que ele está vinculado.

É possível perceber, então, que dos intercambistas, quando em 2015 nós tivemos 1.323 intercambistas, profissionais não revalidados atuando no Mais Médicos; nós tivemos, em 2021, 6.400 intercambistas não revalidados atuando no Programa Mais Médicos. Entre 2019 e 2022, tivemos o período em que o maior número de profissionais intercambistas participou do Programa Mais Médicos.

O detalhe é que, em 2022, foi o período em que menos tivemos profissionais participando das estratégias de formação. Aqui está somado em 2022 os profissionais do Programa Médicos pelo Brasil e também do Programa Mais Médicos. E tivemos a maior desassistência, o maior vazio assistencial do programa no último período.

A participação de estrangeiros no programa, neste momento, representa 3,48% do total de médicos no Mais Médicos. A participação de estrangeiros não revalidados no programa representa 3,48%. E os brasileiros não revalidados, 36%, com uma tendência histórica de queda desse percentual.

Nós temos, neste momento, então 12 mil vagas distribuídas. Encontramos esse cenário quando chegamos, com uma redução de 63 milhões de brasileiros beneficiados pelo programa para 47 milhões de brasileiros beneficiados.

Esses 2.215 é somando o Médicos pelo Brasil e o Mais Médicos.

Quando a gente avalia o tempo de permanência dos profissionais médicos no Programa Mais Médicos, nós temos o quê? Os médicos com registro no CFM ficavam em torno de um ano e oito meses; os médicos intercambistas, dois anos e sete meses; e os cooperados, dois anos e seis meses.

Quando avaliamos o motivo de desistência dos profissionais formados no Brasil ou com registro, 41% apontavam como o principal motivo a aprovação em residência, ou seja, busca pela especialização; e, o segundo, fatores pessoais, especialmente gestação, gravidez, vínculos profissionais.

E aí o objetivo central do novo Mais Médicos é o quê? É ampliar a oferta de formação médica especializada no âmbito da atenção primária. Nós precisamos, em dez anos, ter 100 mil médicos da família e comunidade titulados no Brasil. Somente com a residência, não alcançaremos esse número, com o total de demanda para a rede pública e privada.

Então, a situação encontrada foi... Tivemos o congelamento de gastos em saúde e o desligamento potencial de 2 mil médicos, até julho deste ano, no programa Mais Médicos. Temos, hoje, no Brasil, 1.915 municípios sem nenhum serviço médico privado - 1.915 municípios que só dependem do SUS -, e mais de 5 mil vagas não preenchidas no programa Mais Médicos; e o desafio da ampliação do tempo de permanência e da participação de profissionais com registro no Brasil.

Por isso... E aqui eu vou fazer os próximos quatro eslaides, explicando o conjunto de benefícios do novo programa Mais Médicos. A estratégia nacional de formação de especialistas para a saúde, no âmbito do PMM, passa a ser o coração do programa...

(Soa a campanha.)

O SR. NÉSIO FERNANDES - ... porque o foco agora não é mais prover médicos, somente, mas gerar a oportunidade de especialização, e que possamos ter no país uma quantidade de médicos de família e comunidade titulados, seja pela residência, seja pela titulação.

Então, o programa passa a ter quatro anos de duração. Ele tem um estímulo explícito à prova de título, porque, justamente, Antonio José, nós queremos que ele tenha o tempo da prova de título para Médico de Família e Comunidade.

A disponibilização da prorrogação de prazos para os médicos que já atuam até julho. A partir de julho nós não queremos mais prorrogar nenhum prazo, porque nós vamos preparar novos editais, para que as vagas que forem se encerrando sejam substituídas. O descanso remunerado; média de remuneração mensal de R\$15 mil... Para quem ficar os quatro anos, poderá ser concedida uma indenização que varia de 10% a 80% do total de bolsas que recebeu.

Isso quer dizer o seguinte. Quem ficar 48 meses no programa fará uma especialização *lato sensu* em Medicina de Família e Comunidade, fará um mestrado profissional - teremos aí dois títulos - e poderá, ao final de quatro anos, fazer a prova de título de especialista.

Além disso, se ele não fez o Fies, poderá receber de R\$ 70 mil a R\$150 mil, aproximadamente, de indenização por atuação em área de difícil fixação, para estimular o quê? A longitudinalidade, o tempo de permanência de quatro anos, e que ele possa ficar.

No entanto, se ele fez o Fies, esse valor pode variar de R\$250 a R\$500 mil se ele completar os quatro anos.

Eu estou falando aqui para vocês somente de benefícios para profissionais com formação no Brasil, para que eles possam atuar no programa e serem estimulados a fazerem a formação de quatro anos.

O benefício do Fies é só para quem formou no Brasil. É para quem tem uma carreira egressa com financiamento bancário. E, também, quem fez a residência em área de difícil fixação, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, terá uma indenização no total da dívida do Fies, para que a gente consiga enfrentar também o desafio da ociosidade de vagas ocupadas, desocupadas, na Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Nós estamos garantindo licença maternidade de seis meses, com o valor da remuneração total da bolsa, sem prejuízo para a gestante; licença paternidade de 20 dias; e temos um benefício, para quem muda de cidade, de até três valores de bolsas.

Na soma, colegas do Ministério da Saúde que estão aqui, nós conseguimos definir, então, uma conta final. Para quem é um profissional no Brasil, com CRM, e não fez o Fies, o Estado brasileiro, o Ministério da Saúde vai investir R\$1 milhão, aproximadamente, equivalente a R\$20 mil por mês para que esse profissional seja convidado a participar da atenção primária do SUS, a atuar quatro anos, e ter um potencial de ter três títulos de especialização em quatro anos: a especialização *lato sensu*, o mestrado e ainda a prova de título.

É o Estado brasileiro, o SUS, demonstrando a sua generosidade como política pública com os médicos formados no Brasil. E, se ele fez Fies, esse valor chega a R\$1,364 milhão e uma média de R\$28 mil/mês. Isso é diluindo todos os custos do investimento feito nos médicos que participarem do programa.

Então, temos aí os benefícios do Fies, o mestrado e a residência. O novo Mais Médicos tem alguns dispositivos que vão permitir a manutenção pela prorrogação de até 2 mil médicos, e aí, repito, até julho. A partir de julho, nós não temos interesse em revogar o contrato de mais ninguém e vamos transformar as vagas que se encerram em vagas novas nos editais. Vamos fortalecer as comissões de supervisão estadual e a retomada da estratégia de formação com o fortalecimento das Residências de Medicina de Família e Comunidade, que vão ser objeto de novos anúncios até o final do ano. Até o final do ano, nós iremos apresentar um pacote de benefícios.

Em resumo, nós tínhamos problemas em que não havia incentivos específicos para quem fez o Fies, havia uma oferta educacional muito com foco em saúde pública, havia o prejuízo da mulher participante do programa quando ela pegava licença-maternidade, somente o período da licença, e com perda remuneratória - e aqui a gente vai complementar durante os quatro meses e depois voltar a pagar bolsa integral por mais seis meses -, a falta de fixação e o ciclo de três anos, que agora passa a ser de quatro anos. A expectativa nossa é de, até o final deste ano, alcançar 28 mil vagas dentro do programa, alcançando 96 milhões de brasileiros com a cobertura.

Aqui, o edital que deve sair esta semana, com mais 6 mil vagas que serão ofertadas. E a proposição nossa é, de fato, construir um conjunto de entendimentos e consensos com o Congresso Nacional para que a nova medida provisória possa ser aprovada preservada no seu desenho, porque ela se vincula a uma estratégia que coloca o povo e os jovens médicos brasileiros no centro de todo o investimento do Estado para a formação profissional e garantia do acesso universal.

Peço desculpas pelo prolongamento e agradeço o tempo e a paciência dos senhores.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Secretário Nésio Fernandes.

Nós, sem dúvida alguma, precisávamos desse tempo, porque, logicamente, a proposição da medida provisória é do próprio Governo. Então, para elucidar e começarmos bem informados de qual a proposta do ministério, foi importante dilatar um pouco esse prazo do Dr. Nésio.

Eu queria chamar, para dar continuidade às apresentações, o Coordenador-Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde do Ministério da Educação, Sr. Pedro Luiz Rosalen.

O SR. CARLOS VIANA (PODEMOS - MG. Pela ordem.) - Pela ordem, Sr. Presidente.

Só um pedido de gentileza, porque tanto eu quanto o Senador Marcelo Castro temos que sair para acompanhar outras duas Comissões. Mas quero pedir aqui à Relatora, minha colega Senadora Zenaide... Há uma emenda apresentada pelo meu filho, Deputado Samuel Viana, aproveitando que o MEC está presente aqui, que permite a regularização dos diplomas de brasileiros que se formaram no exterior e que cumpram os 48 meses aqui, no Brasil, e tenham sido avaliados acima de 80%. Nós, além de incentivarmos, resolveríamos um problema que hoje aflige e atinge milhares de médicos formados no exterior.

Então, a emenda já está protocolada para V. Sa. Peço aqui uma gentileza de observação. Acredito que resolveríamos dois problemas de uma vez só, no incentivo à contratação e na regularização desses médicos brasileiros que tenham se formado no exterior e tenham sido aprovados durante o acompanhamento do SUS.

Agradeço a paciência, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Senador.

Vamos dar continuidade então.

O SR. PEDRO LUIZ ROSALEN (Para expor.) - Boa tarde a todos e a todas!

Eu sou Pedro Rosalen, sou Coordenador-Geral de Expansão e Gestão de Ensino em Saúde da DDS, que é a Diretoria de Desenvolvimento em Educação e Saúde da Secretaria de Educação Superior do MEC. Represento aqui a Dra. Denise Pires, que me solicitou a presença aqui juntamente com a nossa Diretora, a Profa. Gisele Viana, que me acompanha nesta apresentação.

Eu quero saudar então todos, o Deputado Malafaia, Presidente da Mesa, e a Senadora Zenaide, em cujas pessoas saúdo todos os presentes e agradeço o convite para participar deste evento.

Primeiramente, a medida provisória vem no escopo da ampliação do Programa Mais Médicos, sendo que esse programa possui originalmente três eixos norteadores, o eixo do provimento, o eixo educacional e o eixo de infraestrutura, e, dentro desses eixos, esse programa foi projetado com a parceria de dois ministérios, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

Obviamente, a apresentação que eu farei é uma apresentação complementar à do meu colega, Dr. Nésio. Vou mostrar a parte da educação em complementação a todos esses números apresentados sobre a evolução da colocação de médicos no cenário de prática em regiões de difícil acesso e em regiões onde os cidadãos não tinham acesso à saúde e, principalmente, à atenção primária.

Nesse sentido, o Ministério da Educação, através da Sesu, a Secretaria de Educação Superior, tem atuação em dois eixos desse programa. Um deles é o eixo de provimento, com a supervisão acadêmica, supervisionando esses médicos demonstrados pelo Dr. Nésio, onde eles estão, onde eles são induzidos para chegar no território de maior carência, de maior dificuldade e de maior acesso.

Esses médicos não são colocados lá e simplesmente deixados à sua sorte. Eles são acompanhados durante essa formação, que era, no programa anterior, de três anos e, agora, passa para quatro anos. Esses médicos têm um acompanhamento muito especial e, como já falei em outras situações, quiçá os nossos médicos do SUS tivessem o que os nossos médicos do Mais Médicos recebem nesse programa e receberão nessa ampliação com a medida provisória.

Os médicos que estão no território, que estão nessas regiões de difícil acesso, recebem toda essa formação, esse suporte, através da supervisão acadêmica, que está na diretoria da Sesu, em que cada médico que está no território, seja ele na distribuição normal do país, seja ele no grupo especial que nós chamamos de GES (Grupo Especial de Supervisão), que são as populações, os povos originários indígenas, e também populações ribeirinhas, eles recebem lá um acompanhamento de um supervisor que é, hoje em dia, um médico, na sua maioria, professor numa das melhores formações do Brasil, nas universidades federais brasileiras. Esses médicos estão sendo acompanhados por esses supervisores, e cada grupo de dez supervisores tem um médico tutor, que também pertence a uma universidade federal, do curso de Medicina, que orienta esses supervisores, por conseguinte, esses supervisores estão na base, suportando as necessidades, as sazonalidades, as regionalidades que acontecem para esses médicos que estão no Mais Médicos. Então, eles não só proveem uma forma de acompanhamento direto a esses médicos como também fazem planejamento das ações desses médicos no campo de trabalho, nas regiões mais distantes do Brasil, com previsões, porque são territorializados esses supervisores com seus respectivos médicos do Mais Médicos.

Se eu tenho um médico num determinado município do Amazonas, eu tenho um supervisor que também é do Amazonas, e o tutor também é do Amazonas, de forma que eles em conjunto conseguem fazer uma previsão, na sua capacitação, na sua formação, do que pode ocorrer no mês seguinte, porque se faz nessa supervisão um planejamento mensal de acompanhamento do médico, prevendo certas doenças, certas causalidades do momento, como épocas de chuva, épocas de seca, você tem uma série de doenças que estão surgindo nesse cenário de diversidade. Os supervisores trabalham a educação permanente desses médicos que estão no Mais Médicos. Então, neste âmbito da nova medida provisória, esse trabalho vai ser intensificado, e o acompanhamento desses médicos também intensificado.

O outro aspecto que o MEC também trabalha em parceria com o Ministério da Saúde é na formação, na expansão das escolas. Como a gente pode mostrar aqui as vagas, nós podemos ver nesse eslaide que nós temos, no período... Não está aparecendo aqui.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PEDRO LUIZ ROSALEN - Então nós podemos ver que, no período até 2015, nós tínhamos um quase constante desenvolvimento de abertura de novas escolas na evolução do número de vagas de graduação em Medicina, segundo a natureza pública ou privada. O público é o verde e o privado é essa cor arroxeadada. Até 2015 nós temos esses números, em torno de 25 mil vagas, em 2013, a expansão começa em 2013, em 2014 passa para 23, de 20 para 23, e chega atualmente, em 2022, com 41 mil vagas; ou seja, é um aumento, nesse período de dez anos ou quase dez anos, de 20 mil novas vagas na formação de novos médicos.

Há no Brasil hoje 388 cursos de Medicina ofertados por instituições de ensino superior públicas e privadas, totalizando 40.805 vagas por ano. Desses cursos, 81 cursos são ofertados por universidades federais, totalizando 7.210 vagas, ou seja, 17,64% das vagas do curso de Medicina do país que são ofertados pelas universidades federais, em sintonia com o que foi apresentado anteriormente pelo Prof. Dr. Nésio.

Aqui nós temos, então, um número bastante comentado ultimamente, que é a evolução da razão de médicos por mil habitantes de 1980 a 2025. Vejam a situação em que o país estava em 1980, com 0,94 médicos por mil habitantes. E, a partir de 2015, nós temos um salto na curva, chega a dois médicos por mil habitantes. E hoje ou a perspectiva é de 2,95 em 2025, hoje está na faixa de 2,6.

E a média da OCDE...

(Soa a campanha.)

O SR. PEDRO LUIZ ROSALEN - ... é 3,74. O Brasil não está distante de países desenvolvidos e ricos como Estados Unidos, que é 2,64 - o nosso é 2,60 -, e Reino Unido, que está com um número de 3,18.

Também nós temos a evolução do número de vagas de graduação em Medicina, segundo a localização em região de capital, região metropolitana e interior. E aí nós vemos o efeito do Programa Mais Médicos na interiorização dessas vagas. Observem que, de 2013 até 2022, como esse número de vagas saltou significativamente em dez anos, mostrando aí o resultado da expansão e também da expansão com interiorização.

Aqui nós vemos a relação de médicos por mil habitantes nas regiões brasileiras. E aí nós temos, então, regiões como...

(*Soa a campanha.*)

O SR. PEDRO LUIZ ROSALEN - ... Sudeste com 3,39 médicos por mil habitantes; Sul com 2,95; e nós temos aí Centro-Oeste com 3,10. Posições relativamente próximas da OCDE, que é 3,73, mas nós temos o Nordeste com 1,93, Norte com 1,45.

Então, temos os extremos desses dados colhidos na informação da demografia médica, em que nós temos nas unidades da Federação, no Distrito Federal nós temos 5,53 médicos por mil habitantes, um privilégio. Contrastando com o Pará, com 1,18.

Nas capitais nós temos um paraíso, que não é visto em quase nenhum lugar do mundo, com 14,49 a relação. E ao contrário, a capital Macapá, 2,12...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Dr. Pedro, eu só pediria porque realmente o tempo... Apesar que o senhor falou do meu estado ali, que me deu uma preocupação, que é a capital Macapá, a importância do programa... E eu gostaria que o senhor pudesse concluir. Tem uma divisão com a sua colega ou o senhor finalizou? Por favor, para que a gente possa dar celeridade. Daqui a pouco começa o Plenário, então todo mundo fica... E também uma coisa muito importante, que é nós darmos oportunidade para o debate.

Parece-me que muitos aqui já acumularam, já fizeram a sua leitura, as bancadas. Portanto, a gente poder avançar também nesse sentido. Obrigado pela compreensão.

O SR. PEDRO LUIZ ROSALEN - Então, o pleito de novos cursos, que é o que acontece hoje, nós temos aí percentual de pedidos de vagas em novos cursos por região.

Temos aí o Sudeste, que é a região, uma região bastante privilegiada, com o maior número de pleitos para vagas, seguida do Nordeste, com 31%, do Centro-Oeste, com 11%, e do Norte, com 12%.

E aqui mostra, do lado direito, a média da OCDE, 3,73, e as discrepâncias do país, mesmo com esse processo de interiorização; entretanto, com mudanças para aumento em relação a dez anos atrás.

Aqui então nós temos a relação de médicos por mil habitantes, segundo o agrupamento das capitais. Então temos, nas capitais, 6,3 médicos por mil habitantes; nas regiões metropolitanas, 1,14; e no interior, 1,84.

E aqui, então, para mostrar a vocês, essa foto foi muito singela e muito importante para nós. Isso aconteceu em março, 27 e 28 de março, quando o MEC retornou a supervisão presencial das áreas de difícil acesso. Esse é o grupo do GES, que tem supervisores desse grupo especial. São grupos que trabalham com povos originários, povos indígenas, ribeirinhos e fazem um trabalho espetacular, acompanhando os médicos do Mais Médicos nesses devidos locais. Entretanto, esses médicos que estão em localizações de grande dificuldade têm o acompanhamento de médicos como esses que estão na foto, que são os maiores especialistas em saúde da família e comunidade e de povos indígenas.

Aí nós temos uma fotografia desses médicos, tão bravos e competentes, que atuam nesses territórios, com adversidades que nós não podemos nem imaginar.

E aí, no formato desta medida provisória, já está em ação esse trabalho de acompanhamento desses médicos, dando a eles subsídios necessários para o acompanhamento praticamente com obrigatoriedade; um encontro mensal, mas tem os encontros periódicos.

E aí, o último eslaide. Acho que é o último. Tem mais? (*Pausa.*)

Tá.

Então nosso muito obrigado. E eu quero dizer que o MEC mantém as suas portas abertas a esta Casa, aos senhores e às senhoras presentes, sempre para manter o diálogo e esclarecer qualquer ponto que nós possamos colaborar nesse processo de evolução e de volta de dignidade à população brasileira, àqueles mais sofridos, que têm... nós temos que garantir o respeito a essas pessoas e o respeito à saúde. E o MEC está envolvido nisso, de braços juntos com o Ministério da Saúde e na proposta do Governo brasileiro.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Dr. Pedro Luiz, representante do Ministério da Educação.

Chamamos agora o Sr. Antonio José Gonçalves, Secretário-Geral da Associação Médica Brasileira.

O SR. ANTONIO JOSÉ GONÇALVES (Para expor.) - Estão me ouvindo?

Boa tarde a todos, boa tarde à mesa. É uma satisfação estar aqui e particularmente ser ouvido por vocês.

Eu represento a Associação Médica Brasileira. O Dr. César Fernandes, que é o nosso Presidente, não pôde vir, está em viagem ao exterior. A convocação foi feita no final da semana passada, não é?

Quero falar um pouquinho da Associação Médica Brasileira. A primeira sociedade de medicina começou em 1829 e foi caminhando pela criação, depois, dos sindicatos. E a Associação Paulista de Medicina foi uma das primeiras criadas, em 1930, e a Associação Médica Brasileira foi criada em 1951, há pouco mais de 70 anos.

Os conselhos foram regulamentados pelo decreto de 1957 e a Associação Médica Brasileira foi consolidada, juntamente com o Ministério da Educação, nos programas de residência médica, como a entidade certificadora da especialização médica, que é o principal objeto da nossa fala aqui hoje.

Foi fundada a Associação Médica em 1951, com dois objetivos fundamentais: defender a dignidade e os interesses do médico e resguardar que a população tenha uma assistência de saúde com qualidade.

Nós congregamos 27 associações regionais, uma em cada estado, e 54 sociedades de especialidade. Além disso, nós temos 59 áreas de atuação e algumas habilitações, de acordo com a necessidade que vai aparecendo.

Quero lembrar do Prof. Alípio Corrêa Netto - eu tive a oportunidade de operar junto com ele, é uma satisfação muito grande; e um grande clínico, o Prof. Jairo de Almeida Ramos. Eles foram os responsáveis pela criação da Associação Médica Brasileira.

Hoje, a Associação Médica Brasileira tem 70 mil associados. As sociedades de especialidade congregam 250 mil especialistas, os médicos gerais são 300 mil profissionais.

Nós temos nos preocupado na AMB com a questão do médico geral, temos feito congressos do médico generalista, no sentido de melhorar a formação também desses 300 mil médicos que não são especialistas. Isso é muito importante. O total de médicos é por volta de 600 mil e a nossa população é 210 milhões.

Eu vou pular alguns eslaides que já foram colocados aqui.

Essa é a demografia médica. Aliás, a Associação Médica Brasileira fez uma parceria com a Universidade de São Paulo, acho que foi uma das grandes coisas que nós fizemos nessa nossa gestão, de ter realmente dados concretos e reais feitos pelo Grupo de Epidemiologia da Universidade de São Paulo, capitaneado pelo Prof. Mário Scheffer. Nós patrocinamos isso para que a gente pudesse ter dados para poder fazer as políticas públicas da melhor maneira possível.

Então, acho que já foi comentado, as capitais têm um índice de médicos absurdamente elevado. Vitória chega a ter quase 15 médicos por mil habitantes, um número realmente que está fora de qualquer projeção. A concentração maior é nas capitais, aqui em azul, nas regiões metropolitanas menos. O interior também cresceu com esse programa, com certeza.

O problema do interior é que as escolas que foram colocadas no interior não fixam o médico lá, essa é a grande verdade. Eles vão lá, se formam e voltam para os grandes centros. Então isso também precisa estar previsto nessa política, para ver como nós temos que fazer para efetivamente mantê-los lá. E as condições dos hospitais do interior também não são as mesmas condições dos hospitais da capital. Por isso que a grande procura dos médicos que querem se formar melhor é pelas capitais, onde nós temos realmente as melhores escolas, as melhores condições, os melhores hospitais.

Nós temos 321 mil médicos com um ou mais títulos de especialista. Cada médico pode ter registro de até dois títulos de especialista. É um número bastante significativo e representa mais de 60% dos médicos do país.

Havia 495 médicos formados no Brasil, em 2022, e são 84% a mais que em 2012, quando nós éramos 260 mil. Então, houve um crescimento do número de médicos nesse período em função das políticas públicas implementadas.

Houve um esforço grande, tanto do Ministério da Educação e da Associação Médica Brasileira, nesses últimos anos, no sentido de titular mais pessoas, de oferecer mais especialistas, mais médicos bem formados, no sentido de fazer frente às demandas.

Já foi dito aqui, há duas maneiras de a gente ter o título de especialista, e isso é importante que se mantenha. Isso mantém qualidade. Então, é pela residência médica credenciada pelo MEC ou pelo exame que é feito pelas sociedades de especialidades.

Isso foi um decreto de 2015, que regulamentou o Cadastro Nacional de Especialistas. Então, são as duas formas de se titular o médico, para que o médico titulado seja realmente um médico de qualidade. Acho que isso que é importante, sendo esse o nosso objetivo principal.

Vale a pena a gente fazer uma pequena reflexão aqui - não uma pequena, acho que é uma grande reflexão. Essa abertura indiscriminada de escolas gerou uma formação de médicos com uma qualidade muito ruim. Isso é verdade. Acho que ninguém nega isso.

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo fazia exame de proficiência para médicos, só que não valia para o exercício profissional. Ele parou de fazer isso há cinco anos. Mas quando fazia, o índice de reprovação chegava a 60%; e de todas as escolas. Seguramente, isso piorou nesses anos. Se a gente fizer o exame hoje, vamos ter um índice de reprovação, dos médicos formados aqui no Brasil, maior do que isso. E isso vai se refletir na residência, porque ele se forma, não se forma bem, e entra numa residência médica, já com um alicerce que não está bom. E ele vai tentar fazer uma residência para se especializar. Então, a qualidade da residência está caindo. Tanto que, recentemente, as residências de cirurgia - eu sou cirurgião, trabalho na Santa Casa de São Paulo há pouco mais de 50 anos -, a residência de cirurgia, particularmente, nós tivemos que aumentar de dois para três anos, porque a formação que o residente recebia não era suficiente para a gente dizer para ele que ele podia sair por aí operando. Nós aumentamos para três anos e não havia verba para aumentar o número proporcional vagas. Então, os programas que tinham 30 vagas, para dois anos, caíram para 30 vagas, mas em três anos. Houve um decréscimo, também, do número de vagas de residência. E isso se reflete na formação.

Desculpe.

Agora, a gente só pode manter isso fazendo a prova de título da Associação Médica ou mantendo essas residências. Eu acho que nós não podemos oferecer o título, banalizar a obtenção do título de especialista. Acho que é uma das poucas coisas que sobrou que tem qualidade.

Acho que ninguém questiona a qualidade de um egresso de uma residência médica credenciada pelo Ministério da Educação. Ela é boa. Caiu, mas ainda é muito boa. E ninguém questiona também a qualidade da formação do especialista e a seriedade do exame com que as sociedades de especialidade fazem esse exame. Existe todo um requisito. A residência é um pré-requisito para isso, ou então, como disse o Nésio, o dobro do tempo da residência.

A Medicina de Família e Comunidade é uma Residência de acesso direto. São dois anos de residência. Ou quatro anos de prática, desde que supervisionada também. Então é a comprovação da prática clínica pelo dobro de tempo.

Eu acho que esse programa, Nésio, é importante que tenha uma estrutura de ensino. Não é só colocar lá para atender a população.

Lógico, que nós não somos contra colocar. Ninguém pode ser contra você oferecer saúde para a nossa população. E saúde de qualidade é o que nós queremos. Não adianta você colocar qualquer médico lá.

Estava na Santa Casa ontem, com o grupo da nefrologia, porque eu opero paratireoide, enfim, e tinha lá um rapaz de 42 anos que ia entrar num programa de diálise, porque com 20 anos ele foi diagnosticado com uma hipertensão arterial e não fez o acompanhamento que devia na unidade básica. Então, esse paciente vai causar um prejuízo enorme para o sistema, além do prejuízo para ele mesmo e com prognóstico de vida muito diminuído.

Então é isto que nós não podemos aceitar: é esta queda na qualidade.

(Soa a campanha.)

O SR. ANTONIO JOSÉ GONÇALVES - Então, nós queremos realmente expandir isso. Nós queremos diminuir essa desigualdade, mas nós queremos também manter a qualidade. E nós estamos colocando a sociedade de especialidade, estamos colocando todas as nossas federadas para ajudar nisso e para poder fazer então um programa realmente que mantenha isto.

Eu acho que isso aqui já foi comentado.

Vou apressar um pouquinho.

A maior especialidade é a clínica médica, que tem 56 mil especialistas, seguida pela pediatria, pela cirurgia-geral e pela ginecologia e obstetrícia, que são as quatro áreas fundamentais, além da saúde pública, que obviamente é o médico de família quem faz isso. Essas oito especialidades são mais do que a metade dos nossos especialistas. Isso também é um dado interessante. E essas outras aqui, essas outras que incluem a Medicina de Família e Comunidade, pegam mais 70% dos especialistas, que são dessas 13 especialidades.

Então, é possível se fazer um programa em conjunto com essas especialidades, no sentido de poder ajudar nesse programa para manter um mínimo de qualidade.

Veja que, em muitas especialidades, inclusive na Medicina de Família, que está citada, aumentou a clínica médica, em que praticamente dobrou o número de formados, de especialistas. Mas a formação médica depende de uma qualificação do professor. Você não forma professor de medicina do dia para a noite. Você precisa ter seis anos de formado, quatro anos de residência, dois anos de mestrado e mais quatro de doutorado. É uma formação longa, é uma formação trabalhosa e é uma formação extremamente importante. É disso que a gente não pode realmente abrir mão.

Vejam os senhores o que acontece na residência.

Nós temos aqui a Medicina de Família e Comunidade. Aqui, desse lado de cá, são as vagas ocupadas; e aqui são as vagas ociosas. Vejam: a gente tem das 1,5 mil vagas, arredondando os números, quinhentas ocupadas e mil desocupadas. Então, a residência não vai conseguir realmente formar. Quem vai ter que formar vai ser a sociedade de especialidade. Entendeu? Agora nós precisamos ter preceptoría. Nós precisamos ter responsabilidade para isso, entendeu? Nós não podemos colocar o médico lá em Roraima - não é, Senador? - e deixá-lo abandonado à própria sorte. Ele precisa ter preceptoría, ele precisa ter mecanismo de avaliação pelo Ministério da Educação. Nós fazemos prova a cada dois meses para a nossa residência na Santa Casa. E tem que ser assim. Ele precisa ser avaliado de uma maneira séria, de uma maneira competente, para que realmente a gente coloque no mercado profissionais competentes e que possam realmente interferir na saúde e economizar para o sistema de saúde - não deixar o hipertenso virar um dialítico. Meu Deus do céu, isso é perfeitamente possível hoje! Isso aqui é que nós vamos ter médicos muito jovens daqui para a frente, porque estão se formando muitos médicos. A grande maioria dos especialistas está no Sul, mas nós temos especialistas também em todas as áreas. O Distrito Federal é o que tem o maior número de especialistas e o Amapá é o que tem menos.

A força de trabalho cirúrgica - eu coloco aqui a questão da cirurgia, porque a gente tem métricas para medir o desempenho do cirurgião. Existem necessidades de o cirurgião fazer, sei lá, 30 ou 40 cirurgias por ano de uma determinada doença, para que ele se mantenha ativo e se mantenha competente. E essas métricas estão muito bem determinadas hoje. E nós precisamos disso. Nós temos a força de trabalho cirúrgica aqui no Brasil, 66 médicos por 100 mil habitantes...

(Soa a campanha.)

O SR. ANTONIO JOSÉ GONÇALVES - ... e a recomendação é de 20 por 100 mil.

Então, veja, nós precisamos equacionar isso. Não adianta formar mais cirurgiões. Nós não precisamos de mais, nós precisamos de melhores cirurgiões e cirurgiões mais bem treinados. E a mesma coisa para os outros médicos.

Eu estou terminando, Sr. Presidente.

Sobre o número de médicos que entraram no mercado, eu não vou bater mais nisso. Acho que já foi sobejamente comentado. O Nésio nos economizou muito tempo - não é, Nésio? *(Risos.)*

Estão aqui os estados com maior densidade - Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina - e os estados do Norte e Nordeste, com uma menor densidade médica. As capitais com mais médicos do que o interior, o que também já foi comentado.

Em 2035, a continuar isso e se forem aprovadas todas essas vagas que estão aí, nós vamos ter mais de um milhão de médicos. Nós corremos o risco de uberizar os nossos médicos. Vai ter médico trabalhando no Uber, como existe já em alguns países. E nós não podemos permitir isso. A formação é muito cara. O próprio Ministério vai investir R\$1 milhão por médico - meu Deus do céu! - e nós vamos deixá-los dirigindo Uber depois? Tem cabimento isso, meu Deus? É lógico que não!

Então, nós estamos dispostos a ajudar. A nossa população de médicos vai ser - olha a densidade que nós vamos ter, a projeção: 4,4, mais jovem, mais feminina - mais mulheres entrando; isso é bom, humaniza a medicina -, mas desigualmente distribuída. E nós corremos o risco de perpetuar isso. Nós temos que ter uma política muito séria para que isso não seja perpetuado.

E a qualidade? Como é que fica a qualidade? É nisso que nós batemos. Eu acho que, simplesmente, essa expansão não vai resolver o problema. Ela pode, inclusive, agravar o problema. Nós precisamos é melhorar a qualidade, com preceptoría, com hospitais adequados, com equipamentos. Não adianta colocar o estetoscópio no pescoço e deixar o médico lá. Precisa ter toda uma infraestrutura junto.

Propostas e sumários.

São dois eslaides mais, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Perfeito.

O SR. ANTONIO JOSÉ GONÇALVES - Incremento à formação de especialistas. Não só na saúde da família. Eu acho que os clínicos, a medicina de urgência, os próprios cirurgiões podem fazer isso. Agora, isso não se faz do dia para a noite. Não se faz, é difícil. Bem formar as pessoas não é fácil.

Quais são as alternativas? Talvez, colocar os nossos residentes. Nós temos seis mil residentes só de clínica médica no país. Por que eles não passam três meses lá, com apoio, com algum incentivo? Para a gente poder... Porque nós não vamos conseguir formar esses médicos de repente. Nós vamos demorar alguns anos. Se formos seguir os critérios, quatro anos. E o que nós vamos fazer nesses quatro anos? Vamos fazer programas com os residentes, com supervisão. Inclusive, os preceptores podem ir junto nesse período de tempo. Essa é a nossa proposta. Nós temos isso bem estudado e podemos

aprofundar esse estudo no sentido de propor soluções para que a gente possa, efetivamente, resolver esse problema sem colocar a nossa população em risco.

Por mais especialistas com qualidade. Eu seguiria as mesmas normas do MEC, da AMB. Eu acho que ela se presta a isso. Todos os especialistas que nós temos são de excelente qualidade. O Revalida e o exame de proficiência têm que ser feitos. Não só o Revalida para o médico estrangeiro, mas o exame de proficiência para o nosso médico aqui formado, que também tem uma qualidade que não está sendo boa.

Nós não precisamos de grandes números. Estão aí os números que mostram que nós estamos junto com os Estados Unidos, 2,6 por mil. Nós não estamos fora. O que nós temos é uma distribuição ruim e uma formação pior ainda.

Em síntese, nós temos, na Associação Médica Brasileira, dois pilares fundamentais: a defesa do bom exercício profissional e a boa saúde da população. A distribuição dos médicos é inadequada. Nós não somos contrários ao programa - deixamos isso muito claro -, mas nós precisamos aperfeiçoá-lo. Não adianta fazer como foi feito e, depois, ele morrer, entendeu? Isso é muito ruim.

Precisamos de melhores médicos. O Revalida, o exame de proficiência e a prova de títulos são fundamentais para isso. E nós nos dispomos a ajudar. Nós temos as 54 sociedades, as 27 federadas, nossa diretoria, muitos são professores universitários - eu sou professor titular da Santa Casa de São Paulo na área de cirurgia -, nós temos experiência com ensino e com assistência também, podemos realmente ajudar e estamos dispostos a isso. Estamos dispostos a isso, Sr. Presidente! Competência precisa ser comprovada e conferida; ela não pode ser presumida.

E, assim, eu termino a minha fala com essas palavras.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Dr. Antônio José Gonçalves, Secretário-Geral da Associação Médica Brasileira. Foi muito esclarecedora a sua apresentação.

Chamamos agora, para finalizar, o Sr. Gutemberg Fialho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos.

O SR. GUTENBERG FIALHO (Para expor.) - Inicialmente, gostaria de cumprimentar o Deputado Dorinaldo Malafaia, Presidente da Comissão; a Senadora Zenaide Maia, médica, colega e conterrânea; o Dr. Nésio; o Dr. Pedro Luiz; o Dr. Antônio Gonçalves, da Associação Médica. E quero cumprimentar os presentes na pessoa do Presidente da Frente Parlamentar de Medicina, o Dr. Hiran Gonçalves.

Bem, meus amigos, os dados foram mostrados. Em repetidas apresentações, mostraram os dados. Nós temos 389 escolas médicas. Vamos falar sobre isso, mas, falando do Mais Médicos, nós precisamos interiorizar a medicina, mas interiorizar a medicina com qualidade. Nós precisamos de profissionais que tenham a formação epidemiológica e sanitária compatível com a realidade do país. Por isso é que o movimento sindical médico briga, reivindica que os colegas que participam do programa tenham, necessariamente, inscrição no Conselho Regional de Medicina e que os estrangeiros ou formados no exterior façam o Revalida, para que tenham essa comprovação, até porque nós precisamos interiorizar a medicina com qualidade. Nós não podemos correr o risco de levar profissionais que não tenham essa comprovação, essa formação.

Outra questão importante sobre a interiorização é que não basta interiorizar, Dr. Nésio, Dr. Pedro Luiz, Dr. Antônio, levando médicos por períodos, bolsistas de três, quatro anos. E depois? Nós temos que interiorizar com a perspectiva de carreira. Nós temos o Médicos pelo Brasil, por exemplo, em que, após um período de seis anos, eles fazem uma prova e ingressam em uma carreira celetista. Nós precisamos enriquecer o Mais Médicos nisso, porque, senão, você passa quatro anos, você tem toda uma história com a comunidade, conhece todo o perfil epidemiológico e, depois, vai embora e vem outro por mais quatro anos. Então, é uma falha que eu vejo no programa, que se tem de corrigir. Há probabilidade de você fazer com que o médico se fixe no interior.

E a narrativa, o discurso de que médico não vai para o interior, que o médico é elitista etc., coisa e tal, que não vai para os grotões do país não é verdade. Dê condições de trabalho, dê segurança no local de trabalho e dê salário que ele fica! O Médicos pelo Brasil mostrou isso. Nós temos, hoje, 14 mil médicos já selecionados, aptos para entrar no programa. Nós temos médicos! Quantos médicos nós temos no Médicos pelo Brasil hoje em atividade? Cinco mil trezentos e poucos médicos, não é? Então, nós temos esse deserto assistencial mostrado nas apresentações, mas temos um pelotão de médicos dispostos a entrar.

Nós estivemos, se não me engano, na quarta-feira à tarde na Associação Médica de Brasília, numa reunião com a Frente Parlamentar Mista da Medicina, em que estavam o Dr. Zacharias Calil e o Dr. Hiran presentes, e os médicos da Associação dos Médicos pelo Brasil deram um depoimento fantástico: uma doutora que participou da reunião dizia que participou do Mais Médicos, mas a angústia dela era de terminar o período e ficar sem perspectiva profissional. Pelo Médicos do Brasil,

não, ela tinha perspectiva de ter uma carreira estável. Então, é disto que nós precisamos: nós precisamos interiorizar, mas com condições de fixação, senão fica esse eterno rodízio, essa situação mal resolvida.

Quantidade de médicos. O Dr. Antônio acabou de mostrar que nós temos uma proporção de médicos igual à dos Estados Unidos. Precisamos de mais médicos? Precisamos formar mais médicos, mas não nessa correria, nessa angústia toda.

Nós temos 389 cursos médicos. O Dr. Antônio acabou de falar da má formação. Será que nós vamos querer abrir mais escolas médicas? Quem vai formar esses médicos? Onde esses médicos... Qual vai ser o cenário de estudo desses médicos? Faculdade de Medicina no interior? Quem vai dar aula? Para ensinar medicina tem que saber medicina, senão você prepara profissionais mal formados. Nós temos uma formação de 26 mil médicos por ano - uma projeção para daqui a dez anos de um milhão de médicos. Então, a população precisa de médicos bem formados, de médicos que tenham uma formação compatível com as nossas necessidades epidemiológica e sanitária, e é preciso também que o Estado...

Eu conversava aqui com a Senadora Zenaide Maia a respeito da judicialização das vagas das escolas médicas. É necessário, Sr. Presidente, que o Estado faça o enfrentamento judicial, porque nós temos quatro grandes grupos empresariais que dominam mais de 70% das escolas privadas, liminar em cima de liminar. O Estado está sendo eficaz no enfrentamento judicial para derrubar essas limitações para impedir que essas escolas sejam abertas? Então, são questões, são reflexões que nós precisamos fazer.

Duas questões a gente acha fundamentais: esse enfrentamento judicial do Estado nessa abertura e o aumento de escolas médicas através de judicialização; políticas que fixem o médico no interior com qualidade, condições de trabalho, padrão salarial que realmente faça com que ele se fixe e, evidentemente, que o médico seja formado no Brasil, com inscrição no Conselho Regional de Medicina, ou que realize a prova do Revalida. Mas nós não podemos simplesmente flexibilizar ou vulgarizar a prova do Revalida, porque aí o que você está vulgarizando é a formação médica, é a qualidade da assistência médica prestada à população.

Bem, senhores, são essas as considerações que eu gostaria de fazer em nome do movimento sindical médico e da Federação Nacional dos Médicos.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Dr. Gutemberg Fialho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos.

Agora, nós vamos convidar para uso da palavra a Senadora Zenaide Maia, que é nossa Relatora.

Fique à vontade, Senadora.

A SRA. ZENAIDE MAIA (PSD - RN. Como Relatora.) - Boa tarde a todos e a todas aqui presentes.

Cumprimento ao nosso Presidente, o Deputado Dorinaldo Malafaia; os colegas Senadores Dr. Hiran e Dr. Marcelo Castro; os nossos Deputados, já agradecendo aqui a presença, Dr. Fernando Máximo; Geraldo Resende, com quem tenho uma história de defesa do SUS - não é, Geraldo? -; Jorge Solla; Sidney Leite; e Adriana Ventura - não sei se ela ainda está aqui -; e todos os Deputados.

Já agradeço aqui, pois os senhores sabem que, como Relatora, são de uma importância fundamental essas audiências públicas.

Cumprimento também aos nossos expositores e parabéns ao Dr. Nésio Fernandes, que, como a gente falou, fez uma exposição quase sem deixar dúvida. Pelo menos, apresentou o projeto, mostrando isso tudo.

Cumprimento ao nosso Pedro Luiz Rosalen, coordenador de gestão da educação.

Eu vou fazer perguntas, mas digo o seguinte: o Mais Médicos teve o poder também de aproximar a academia, as universidades da população em si, de encontrar um campo de trabalho visando à necessidade das pessoas da atenção primária.

Cumprimento também a Antônio José Gonçalves, Secretário-Geral da Associação Médica Brasileira. Gostei muito de ouvi-lo, para mostrar, gente, para quem está aqui e principalmente para mim e para o Brasil que está nos assistindo, a importância da saúde primária. Eu não tenho nem dúvida de que todos os colegas e quem está nos assistindo viram a importância da saúde primária - como todos apresentaram aqui, eu acho que isso é uma condição que ninguém questiona - e a importância da academia, no caso, as universidades, com a presença, qualificando esses médicos.

Cumprimento ao colega aqui, meu vizinho da Paraíba, Gutemberg Fialho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos.

Antes de fazer perguntas, eu queria fazer esses cumprimentos e falar da importância deste debate. Este é o Parlamento, e ouvir todos, independentemente das opiniões, é o que mais nos enriquece. Esta Comissão está aqui para isso. Não se trata da criação de um novo programa, mas de um aperfeiçoamento que faz parte. É um programa que tem dez anos. Que bom que, juntamente com a Associação Médica Brasileira, todas as representações de médicos reconhecem que o programa

precisa de um aperfeiçoamento. A gente sabe que ele foi criado há dez anos e que o objetivo dessa criação foi justamente diminuir a desigualdade do acesso à saúde.

Eu queria dizer aqui que nós não estamos discutindo médicos para ricos ou pobres. Nós estamos discutindo o acesso aos médicos e aqueles que não têm acesso aos médicos.

O Estado brasileiro tem que ver todos esses problemas, e a gente, prestar essa assistência.

Eu sou médica do serviço público, médica da universidade, 20 horas, e também médica do SUS no Estado do Rio Grande do Norte. Fui Secretária de Saúde de São Gonçalo do Amarante, que é a quarta cidade do Estado; quer dizer, eu estive dos dois lados e sei. Quando eu fui Secretária, não tinha o Mais Médicos. Dez anos depois do programa, a gente ainda vê, como todos concordaram, que temos médicos, mas não são distribuídos para todos. Em periferias de grandes centros e em cidades menores, temos dificuldades, sim, de que o médico fique lá. E eu acho que é uma dessas apresentações.

Tem algo no Mais Médicos que eu digo... Com a constância, como foi falado tanto pela academia como pela Associação Médica Brasileira e por todos aqui, o campo de atendimento se enriquece. A gente sabe, por exemplo, como foi falado aqui, que há 1.915 municípios remotos, neste país, que não têm a presença de médico.

Eu sou infectologista, essa é minha formação, e queria dizer o seguinte: eu sempre tive uma defesa grande da saúde primária, porque quem faz prevenção é a saúde primária. É ela que vacina - como foi mostrado aqui pela Associação Médica Brasileira -, é que acompanha o hipertenso, o diabético, o asmático, é ela que faz o pré-natal. O que vemos, hoje, é essa deterioração. Você chega numa maternidade que tem um atendimento de alta complexidade e o que tem de crianças precisando de leitos de UTI pela falta do pré-natal... Ela acompanha... Por exemplo, tem outro relatório aí sobre a presença da sífilis congênita, que faz a gente ter esse olhar.

Quem faz a busca ativa? O médico da família. É daquele médico que a gente precisa... Eu sou a favor de incorporar todas as novas tecnologias, mas digo aos colegas médicos - estou vendo aqui cirurgiões, o Hiran é cirurgião, todos aqui... Professores formados em universidade federal sempre disseram que a gente precisa da história do paciente e do exame clínico. Então, se a gente quer que chegue um mínimo de pacientes para terem amputado um membro, para ocupar uma UTI ou uma criança morrer de sífilis congênita, nós precisamos, sim, melhorar o atendimento básico.

Pensem numa riqueza, gente. Estou feliz por estar aqui hoje, porque nós vamos ouvir todos. É isso. Ninguém é dono da verdade. Nós temos um relatório que está disponível, temos as palestras apresentadas já disponíveis para todos. Estaremos aqui, novamente, olhando tudo. A Relatora é mais para ouvir e perguntar, é de uma importância fundamental nisso.

Mas o SUS... Como foi falado aqui pela AMB, nós temos responsabilidade com a ciência. É importante. A formação médica é baseada na ciência. Então, nós médicos temos essa importância. Sinto um orgulho de ser médica clínica, como foi mostrado aqui, porque as unidades da saúde primária são das poucas que têm equipe. Nós temos a da enfermagem - o Roberto sabe -, nós temos o agente de endemias... E o diagnóstico em epidemiologia é difícil; e nós temos o agente comunitário de saúde, que, muitas vezes, dá esse diagnóstico.

E digo aos colegas que eu tenho de certeza que todos, se olharmos... Quantos de nós aqui, só em olharmos para uma mucosa, desconfiamos de uma coisa mais grave? Só em olharmos, porque, por exemplo... Eu estou Senadora, mas sou médica. Eu duvido de que um médico, conversando, não já deu uma olhadinha no pescoço do paciente. Não é assim? E a mania de a gente se segurar para não estar fazendo consulta em corredor, porque isso é até...

Então, quero dizer o seguinte: vamos trabalhar juntos, colegas! E vamos aperfeiçoar... Vamos cobrar da academia das nossas universidades uma presença mais constante da universidade, que, durante muitos anos, foi muito distante. Não ficou mais distante, porque, quando veio o SUS, precisava do campo de trabalho, principalmente na área médica.

Agora, vamos para as perguntas, porque, senão, não vou perguntar nada.

Então, a pergunta eu a faço a todos que estão aqui, que compõem a mesa, a todos. Quero dizer o seguinte: considerando os dez anos do Mais Médicos, quais os três principais problemas atuais do programa?

Qual a diferença do programa que vinha sendo executado para o atual, implementado após a MP 1.165?

Sabemos que a Medida Provisória 1.165 [que é essa que estamos aqui discutindo com a participação de todos] é uma iniciativa vital para ampliar o acesso à saúde em regiões de difícil acesso no país. Quais são as principais estratégias do Ministério da Saúde para garantir a eficácia dessa iniciativa uma vez aprovada? Que melhorias trarão para os profissionais e os seus municípios? É uma coisa que...

Eu estou fazendo a pergunta para todos, Hiran. Qualquer um dos palestrantes pode responder.

Como o Ministério da Saúde planeja atrair e reter profissionais de saúde nas áreas mais remotas e desprovidas no país, garantindo assim um sucesso contínuo do Programa Mais Médicos?

A formação de especialista é um componente crucial para o aprimoramento do Programa Mais Médicos. Todos, mesmo aqueles que são das universidades privadas, sabem que se precisa do campo de atuação, que é aonde você vai. É tanto que, quando se forma uma universidade e se institui o curso de Medicina, já é preciso ter hospitais. E, até chegar ao hospital, que é a alta complexidade, é preciso passar pela clínica médica, porque a clínica médica é que vê o paciente como um todo. Quais as estratégias específicas que estão sendo consideradas para incentivar a formação de especialistas em áreas onde a demanda é maior?

Era isso.

E agradeço mais uma vez.

Eu olho para os colegas e fico muito feliz! - para o nosso entusiasta cirurgião que já vem até com touca e para todos os outros presentes. *(Risos.)*

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Senadora Zenaide Maia, que é nossa Relatora. Importantes perguntas para a gente poder, ao longo dessas audiências, coletá-las e ter um melhor resultado desse trabalho. Eu queria agradecer, mais uma vez, à senhora e dizer, também, da nossa felicidade de tê-la como nossa Relatora.

Quero só lhe dar um dado importante, para todos os colegas aqui. Nas áreas de difícil acesso, por exemplo, em 2013, o Amapá tinha em torno de 27% de mortalidade infantil. Com a implantação do Programa Mais Médicos que fizemos na capital, nós baixamos para em torno de 14%.

Nós tínhamos numa região chamada Bailique - para onde são 14 horas de viagem de barco -, em torno de 1 médico para 15 mil pessoas. Com o Programa Mais Médicos nós colocamos nas áreas ribeirinhas, doutor, 5 médicos do programa, o que mudou completamente o panorama daquela região.

Então, eu tenho total esperança e felicidade de estar junto com vocês nessa implantação e nesse processo de especialização do programa, porque são dez anos de elevação e, depois, de queda, e agora se tem uma nova estratégia, e essa estratégia tem toda a possibilidade de realmente ajudar a fixar esses trabalhadores nessas regiões de difícil acesso e melhorar essa condição que é muito delicada.

Nós vivemos, por exemplo, hoje no Amapá um surto de uma síndrome gripal, em já houve 7 óbitos de crianças - agora, estamos enfrentando essa crise sanitária -, sendo um de uma criança indígena oiampi, que é muito vulnerável; e temos também até agora 53 crianças, 39 crianças entubadas e 200 e poucos leitos ocupados, certo? Isso tem toda relação com a atenção primária, vacinação, enfim...

Vi aqui nas especializações que nós temos a segunda especialização em pediatria, trazida aqui pela Associação Médica. No Amapá, nós estamos solicitando hoje, do Ministério da Saúde, à Força Nacional que leve pediatras porque nossa carência é muito alta.

Então, veja: eu estou aqui exatamente talvez representando o estado com maior a dificuldade do ponto de vista de especialistas, de dificuldade de distanciamento. Então, portanto, é muito importante... E nos apetece muito esse debate.

Eu queria passar a palavra aos nobres Deputados e Senadores.

Vou passar a palavra ao primeiro inscrito, pedindo três minutos, com uma tolerância máxima de dois minutos, o Deputado Jorge Solla. *(Pausa.)*

Já saiu o Deputado Jorge?

Deputado Sidney Leite.

O SR. SIDNEY LEITE (PSD - AM. Para interpelar.) - Sr. Presidente Deputado Dorinaldo, nossa Relatora Zenaide e os nossos convidados, aqui eu vejo quatro Parlamentares da Amazônia: o Presidente; o Fernando, de Rondônia; o Hiran, de Roraima; e eu, do Amazonas.

Inclusive, Presidente, eu queria que essa exclusividade fosse sua. Nós não temos pediatra em Manaus, que é a maior cidade do norte do Brasil.

E aí, Dr. Nésio, eu começo fazendo uma ponderação: se nós não tivermos um atrativo para a Amazônia, nós vamos continuar batendo na mesma tecla, porque hoje, para um município do meu estado de médio para grande porte, com R \$100 mil você consegue um cirurgião, com o município pagando, mesmo que ele tenha contrato do estado, senão não tem. Então, eu espero que o ministério tenha essa compreensão, certo?

Quero parabenizar o Dr. Antonio pela sua apresentação, mas a gente sabe que nós temos uma relação capital/trabalho e a da oferta e da procura. Um médico não vai para o interior só pelas condições de trabalho. Mas também, se não compensar

do ponto de vista financeiro, a gente não consegue. Essa é uma realidade, e o médico não está errado. Não estou criticando o médico, o médico está certo porque isso ocorre em qualquer profissão.

Dito isso e baseado nessa preocupação, eu quero aqui trazer uma sugestão. Eu fiz essa intervenção da primeira fala, vou apresentar uma proposta para a nossa Relatora de buscar suprir essa deficiência principalmente com o especialista, porque o que o Presidente coloca, com certeza, não é diferente em Roraima, não é diferente no Acre, não é diferente em Rondônia e não é diferente no Estado do Pará. Que a gente possa ter como instrumento...

(Soa a campainha.)

O SR. SIDNEY LEITE (PSD - AM) - ... e abrir com critérios bem definidos a presença da telemedicina. Por quê? Porque nós temos um vazio de especialista em regiões do Brasil profundo. E não é justo.

Eu vou trazer aqui, Dr. Hiran, nosso Senador, uma matéria publicada pelo jornal *Folha de S.Paulo*, no início do segundo semestre de 2019, de uma experiência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Dr. Antonio, que mostra que, numa única especialidade, cardiologia, num programa cruzado com a atenção básica, com hemograma, com um bom trabalho feito pelo clínico que estava na ponta e com o eletro, se conseguiu reduzir 80% dos encaminhamentos para média complexidade.

Eu tenho essa preocupação com a dificuldade de acesso.

O Hiran é de Roraima, mas conhece e tem suas origens no Estado do Amazonas. Vou pegar um exemplo do Município do Juruá. Não vou falar do último, vou falar do intermediário, que é Eirunepé. De barco, na vazante, são 20 a 25 dias de viagem de barco; quatro horas e pouco, num Caravan. E não tem linha aérea. Então, essa é a realidade da Amazônia.

E isso vai conseguir, Dr. Né시오, interferir nessa questão, que ali... Eu não estou discordando e a gente sabe que os dados estão corretos, mas a gente não tem essa presença constante para as populações indígenas.

Inclusive, Sr. Presidente, eu entendo que o que aconteceu com os ianomâmis no Estado de Roraima é um exemplo de que nós, como um todo, inclusive Parlamento, precisamos rever o nosso posicionamento quanto a políticas públicas às populações indígenas, principalmente no que diz respeito à saúde.

E isso me preocupa muito.

Para concluir, Sr. Presidente.

Quando eu pego uma região do Alto Solimões, no meu estado, Senadora Zenaide, em que, do grosso da população indígena, a gente conta na palma da mão quem tem água potável, isso é complicado.

O que chama a atenção não é a falta de recurso. É o recurso ser melhor gerido no sentido de que essas ações de políticas públicas de saúde possam chegar a essas populações.

Então, faço essa intervenção da questão da telemedicina, mas vou oferecer uma proposta. E entendo que nós precisamos tratar realidades distintas com a devida característica e preocupação, senão nós vamos suprir determinadas regiões e vamos continuar com o vazio da atenção básica, da atenção primária a essas populações.

Eu sou entusiasta do programa. No meu estado, por exemplo, eu, visitando, como Deputado Estadual, no Município de Santo Antônio do Içá, no Alto Solimões, uma comunidade chamada Betânia, encontrei médicos cubanos trabalhando lá. Era inimaginável você ter um médico numa população indígena que não fosse pelo Mais Médicos.

Essa é a grande realidade.

Agradeço, Sr. Presidente, a presença dos senhores. E parablenzo-os pelas colocações, que foram extremamente pertinentes e que, com certeza, trazem para nós não só a preocupação desse programa, Gutemberg, mas uma visão sobre a questão de saúde pública neste país.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Deputado Sidney Leite - mais um amazônida conosco!

Vou passar a palavra ao Deputado Geraldo Resende.

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS. Para interpelar.) - Sr. Presidente, Sra. Relatora, mês passado eu já manifestei aqui a minha preocupação quanto à questão da formação dos médicos. Eu disse à época que há 40 anos a gente brigava pela qualidade dos formandos, dos egressos dos cursos de Medicina, e havia pouco mais de 75 escolas de Medicina. Hoje, os eslaides que foram colocados ali mostram que já temos quase 400 escolas de Medicina. Abriram-se cursos de uma forma desenfreada, inclusive muitos são fruto do processo de judicialização, e são cursos que não mensuram de forma nenhuma a formação desses profissionais que estão aí atendendo a nossa gente, principalmente em alguns ambientes que os médicos

mais bem formados, com mais formação, não gostam de estar presentes, como nos prontos-socorros dos grandes hospitais e, às vezes também, nas unidades de saúde que deveriam dar atendimento mais adequado à nossa gente.

Fiz uma fala aqui também sobre os cursos de Medicina que estão hoje nos países fronteiriços e citei alguns cursos que estão em Ciudad del Este, Paraguai, algumas situações na Bolívia, em algumas cidades da Bolívia, e lá em Pedro Juan Caballero, na divisa do Mato Grosso do Sul com o Paraguai. Minhas falas foram mal interpretadas, falaram que eu estava dizendo que todas as estudantes que iam para lá eram mulheres que se prostituíam e que os estudantes de Medicina eram mulas. Existe uma parcela que faz esse tipo de trabalho...

(Soa a campanha.)

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - ... uma parcela pequena. Então eu quero aqui... Eu não tenho compromisso com erro, quero aqui assumir que essa interpretação foi feita por aqueles que exploram os cursos e que têm uma expansão muito grande. Inclusive, o Conselho Federal de Medicina, que pedi para a gente ouvir, precisa fazer esse enfrentamento e discutir essa situação dos formandos no Brasil e dos formandos que vêm dos países mundo afora, não são só os latino-americanos.

Por isso é que eu sempre também me posicionei, inclusive na vez passada, quando aqui estava, acerca do Revalida. Eu tenho uma posição fortemente a favor do Revalida, eu acho que faz uma triagem para a gente poder, de fato, ter melhores profissionais aqui. E sou favorável, já apresentei projeto nesse sentido inclusive, a um exame de proficiência, uma espécie de OAB para os médicos formados no Brasil. É preciso fazer isso. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo fazia uma prova lá que não tinha nenhum caráter de inscrição ou não, mas fazia lá e cerca de 60% dos médicos que faziam a prova eram reprovados, e eram médicos que eram formados nas universidades de São Paulo. Imaginem aqueles formados hoje nos grotões de qualquer cidade por meio da judicialização ou por causa dessa grande procura de cada vez mais auferir lucros, essas grandes entidades da área de Medicina têm feito abrir cursos, às vezes até disputando cidades de menor porte interior afora.

Eu gostaria, Sr. Presidente, sei que tenho um espaço de tempo curto, sei que na medida provisória nós não vamos nos debruçar sobre essa questão da formação dos profissionais, já o fiz aqui em outras épocas, nós estivemos aqui discutindo um projeto que nos parecia o mais adequado para o nosso país, que era a carreira médica como uma carreira de Estado, assim como existe no Poder Judiciário. Lembro que a iniciativa foi do hoje Governador de Goiás, Ronaldo Caiado. Eu fui inclusive um dos Presidentes dessa Comissão, que apontou nesse caminho, mas aqui tudo morre, iniciativas boas, para a gente poder fazer. O médico faz um concurso público para todo o país, vai para uma cidade pequena e, à medida que ele for se aprimorando e fazendo mais cursos, com o passar do tempo, por estar lá no interior do Maranhão ou no interior de Rondônia - desculpe falar em Rondônia, mas você me falou que tem 11 escolas de Medicina, tenho certeza de que 90% dos médicos formados em Rondônia não ficam em Rondônia, eles vão lá para poder ter...

(Soa a campanha.)

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - ... como também não ficaram quando eu lutei e ajudei a criar universidade federal na minha cidade, que é UFGD, que é na segunda cidade do Mato Grosso do Sul, e a maioria dos médicos... Teve uma turma em que só ficou um médico no Mato Grosso do Sul, um médico de cerca de 50.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Para finalizar.

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - Para finalizar, Sr. Presidente.

Eu tenho essa preocupação de a gente poder discutir esse tema com mais exatidão, nós vamos ter que centrar nossos esforços...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Nós teremos várias audiências para ir avançando.

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - ... para votar o relatório da Senadora, por quem tenho um carinho especial, porque nós já trabalhamos juntos na Comissão de Seguridade Social, quando ela era Deputada, mas eu acho que nós precisamos discutir formação dos médicos no país, o Conselho Federal de Medicina tem que ter uma posição mais dura, a Associação Médica Brasileira, outras entidades de classe, para a gente poder, no mínimo a gente cessar esse crescimento desenfreado, atabalhoado de cursos de Medicina no país e também discutir os cursos de formação fora do país. Muitos só vão para lá para fugir do vestibular daqui, que é um filtro aqui no nosso país.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Perfeito, Deputado.

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - Dizendo isso, corrijo aqui a fala anterior. Os estudantes e as estudantes que se sentiram agredidos pela minha fala, quando eu disse que alguns meninos e algumas meninas se prostituem, é verdade, mas são poucos...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Deputado, para concluir.

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - ... e alguns servem ao tráfico. Eu gostaria de fazer a correção a alguns.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Deputado, só para realmente fechar, temos a oportunidade de passar ao Senador Dr. Hiran, em seguida, ao Senador Alan Rick, que finaliza essas inscrições, para passarmos para a finalização. Se tiver mais alguém que queira falar, mais algum Senador, Deputado. Deputado Zacharias?

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - O.k., Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Para finalizar, quero dizer o seguinte: nós estamos com vários estudantes brasileiros que estudam fora do Brasil acompanhando esta audiência, o que é muito importante porque democratiza este debate, estabelece uma expectativa. Eu quero fazer a nossa saudação, desta Comissão, a todos os estudantes que estão fora do país, muito ansiosos inclusive para se formarem e retornarem ao país e poderem atuar.

Aqui, só para relatar, Senadora, que hoje com a internet nós estamos conectados. Então, toda responsabilidade com tudo aquilo que a gente estabelece de compromisso e de mensagens ao povo brasileiro, aos estudantes, e a nossa consideração a todos aqueles que estão fora do país de alguma forma tentando garantir uma formação. E nós queremos qualidade sempre, não é isso, Dr. Nésio? Qualidade e queremos receber todos esses estudantes que estão fora do país da maneira mais honrosa, generosa, para a gente poder realmente melhorar a qualidade de vida e de saúde da população.

Então, eu queria passar a palavra ao Senador Dr. Hiran.

O SR. DR. HIRAN (PP - RR. Para interpelar.) - Bom, Presidente Dorinaldo, minha querida colega e amiga Zenaide Maia, nossa Relatora, Dr. Gutemberg, da Federação Nacional dos Médicos, Dr. Nésio, Secretário de Atenção Primária, Dr. Pedro Luiz, do Ministério da Educação, e meu querido colega Antônio José Gonçalves, meus queridos colegas Senadores e Senadoras, nossos assessores...

E quero pedir a devida vênua de V. Exa. para saudar aqui a Dra. Rosylane Rocha, que está ali atrás, é nossa Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina - a Zenaide esticou o pescoço ali; levante a mão, pronto -; a Dra. Yáscara Pinto, que é Conselheira Federal; e a Dra. Marcela Montandon, que é a nossa Presidente do CRM aqui do DF, aliás também sou inscrito aqui. Tenho duas inscrições, lá no meu estado e aqui também, porque eu opero aqui de vez em quando.

Eu vou inicialmente fazer uma consideração a respeito de judicialização. Eu vou dar um exemplo só. Já falei aqui na outra vez, não quero ser repetitivo, mas a Universidade Luterana do Brasil, Ulbra, conseguiu, secretário, olha só... Em dois processos, ela conseguiu abertura, está oferecendo 1.180 vagas. Ela está em recuperação judicial, está pré-falimentar. Quer dizer, o curso deve ser uma maravilha, hein? Agora, olhem: 225 vagas em Canoas, 160 em Manaus, 160 em Santarém, 160 em Palmas, 160 em Gravatá, no Rio Grande do Sul, 160 em Porto Alegre e mais 160 em São Jerônimo. Vocês sabem por quê? Porque a gente demora a normatizar as coisas aqui, minha querida Relatora.

Nós temos a ADC 81, que questiona a constitucionalidade do art. 3º da Lei do Mais Médicos, do chamamento público, Nésio. Então, enquanto se questiona isso, enquanto essa ADC... O Relator é o Ministro Gilmar Mendes. Inclusive, estive com o Ministro Gilmar duas semanas atrás pedindo a ele, porque nós fizemos lá uma audiência pública na qual nós tivemos a oportunidade de expressar a nossa preocupação com a falta de critério na abertura de escolas médicas por liminares, que já abriu mais de 20 mil vagas. Quer dizer, durante esse período da moratória, já foram abertas mais de 20 mil vagas em cursos de Medicina sem o menor critério.

Eu queria também, e tenho certeza de que vamos ouvir, minha Relatora, no decorrer dessas nossas discussões aqui, aliás muito pertinentes. Parabéns a todos vocês. Queremos estabelecer critérios aqui para fechar escolas de má qualidade. Esse aqui estava me dizendo assim: "Olha, lá em Goiânia tem - quantas? 12 -...

(Soa a campanha.)

O SR. DR. HIRAN (PP - RR) - ... e só prestam duas". Não foi assim que você me falou? Aí, é um luminar da Medicina. Um homem que nós respeitamos muito.

Então nós precisamos também avaliar e fechar escola que não presta neste país. Temos que ter peito, coragem de fazer isso, porque só assim a gente vai realmente melhorar a formação médica do nosso país.

E, meu querido colega Antonio, eu também fui muito contra, já fui Presidente de Conselho Regional de Medicina, durante dois mandatos, e eu era contra uma prova de egresso; mas eu acho que está terminando que nós só temos essa saída, não é? Então eu sempre fui, quando o Henrique, o nosso Isaac Jorge me falava da nossa prova lá no Conselho Regional, no Cremesp, eu questionava, ele dizia: "Ah, mas isso é voluntário". É voluntário, não tem um viés eliminatório e tudo mais, mas a avaliação é muito ruim. Desde aquela época, eu comecei a pensar no assunto e hoje estou convencido de que nós precisamos fazer.

Agora, vai ter uma profusão de cursos preparatórios para a prova de medicina; mas bom, eu acho que é uma das saídas.

Quero também, queria fazer uma pergunta ao Dr. Nésio, que representa aqui a nossa querida Ministra, minha querida amiga, Ministra da Saúde. Nós temos um programa, que é o programa Médicos Pelo Brasil, que está vigendo, que tem médicos trabalhando, que é fruto de uma lei que nós aprovamos nesta Casa, com muita luta. É uma lei que está vigente. E esse programa Médicos pelo Brasil tem muitas coisas melhores do que o Programa Mais Médicos. Ele tem uma remuneração melhor, ele tem um plano de cargos e salários, uma possibilidade de uma projeção dentro da carreira, tem possibilidade de um ganho de até R\$36 mil para interiorização, férias, direitos trabalhistas.

E eu queria que você fizesse um parâmetro. Por que não aproveitarmos o que cada um tem de bom? Quer dizer, uma avaliação através de processo seletivo, o outro é um chamamento, a não possibilidade de termos aqui intercambistas sem CRM, quer dizer, só trabalhar no programa quem fez esse marco legal que nós aprovamos aqui, com dois votinhos, dois votinhos, com muito *lobby* contrário, com muito *lobby* contrário, e que nós transformamos, o Revalida, numa política de Estado. Então eu acho que a gente... Esse marco legal tem que ser respeitado.

E para finalizar, Dr. Nésio, eu não acredito que a gente possa formar médico de família e comunidade, como o nosso querido colega que estava aqui do meu lado esquerdo, lá do Amazonas, falou. Como é que nós vamos formar um médico que vai trabalhar lá no Juruá, lá em Carauari, lá em Santo Antônio do Içá, lá em Benjamin Constant, para falar do Amazonas, como é que um tutor vai preparar esse profissional para que ele se qualifique para passar numa prova de título depois de quatro anos? Não consigo vislumbrar.

Essa ideia aqui é uma ideia muito boa, a ideia da telemedicina, que eu acho que deve ser aproveitada.

Mas eu queria fazer essa pergunta em relação à comparação desses dois programas.

E nós vamos estar aqui sempre vigilantes, para que nós possamos aperfeiçoar a atividade médica, que vem ao encontro da necessidade desse povo mais humilde e mais periférico do nosso país.

Aqui, nós estamos bem representados, só com gente do Amazonas, do Nordeste, que tem muita dificuldade, mas, ao mesmo tempo, eu acho que abrir novos cursos de Medicina em lugares remotos... Primeiro, não tem docência para preparar; segundo... Esse aqui vai falar lá do estado dele, que tem 11 faculdades, muitos médicos, mas a maioria não fica lá. Quer dizer, nós precisamos realmente aperfeiçoar esse modelo.

Quero parabenizar todos que fizeram suas exposições e dizer que nós estamos aqui, também, sempre trabalhando no sentido de aperfeiçoar essas normas legais para o bem do povo brasileiro.

Muito obrigado a todos.

Muito obrigado, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Dr. Hiran, Senador da República.

Vamos chamar agora o Senador Alan Rick.

O SR. ALAN RICK (UNIÃO - AC. Para interpelar.) - Sr. Presidente Deputado Dorinaldo Malafaia, Sra. Relatora, minha amiga, Senadora Zenaide Maia, cumprimento os demais membros da mesa, cumprimento aqui o Dr. Nésio Fernandes, que representa o nosso Ministério da Saúde, o Secretário de Atenção Primária, cumprimento o amigo Pedro Luiz, também os amigos Gutemberg Fialho e Antonio Gonçalves, todos aqui abrilhantando esta reunião que trata de um tema fundamental para quem quer garantir provimento médico nos municípios mais pobres do Brasil.

Aqui foi mostrada - eu acompanhava no meu gabinete, onde também fazia alguns despachos - a apresentação, Secretário Nésio, muito pertinente, de como o Programa Mais Médicos alcançou esse provimento no chamado Brasil profundo, onde a nossa relação médico/habitante é uma das menores. Na Região Norte, por exemplo, é a menor do Brasil.

O Mais Médicos vem para suprir uma demanda. Quando você conversa com qualquer Prefeito do interior do Brasil, ele vai dizer: "Por favor, eu preciso de médicos para atender na atenção básica".

Eu visito todos os municípios do interior do meu estado. O Acre é um Estado pequeno, tem 22 municípios. Graças a esse trabalho, à dedicação que nós temos, à ampliação dos nossos hospitais, à reforma de hospitais, à habilitação de serviços como nefrologia, como UTIs... O apoio que nós temos dado aos municípios é para a gente garantir que unidades mistas de

saúde possam atender da forma como preconiza o SUS. Garantimos equipamentos de ponta para essas unidades para dar um ambiente de trabalho adequado, Senadora Zenaide, para que nós possamos atrair o médico para trabalhar. O próprio Governo do estado, com banco de horas, com contratos, enfim, tem uma série de situações que permitem, atraem, esse médico, com CRM, para trabalhar no interior do estado. Infelizmente, isso não acontece porque os municípios são muito pobres, desguarnecidos de condições, muitas vezes, de lazer, de qualidade de vida que a pessoa que se forma em Medicina procura.

Como nós não temos esse médico com formação no Brasil, esse médico com CRM, o Mais Médicos trouxe a possibilidade de se contratar o médico brasileiro formado no exterior. Ele é acompanhado, ele é avaliado, existe uma formação continuada desse médico. Isso é fundamental, porque não é qualquer médico sem qualquer acompanhamento.

Acabei de conversar com a Dra. Tuany Leite, ela é médica, Senadora Zenaide, no município de Jordão, lá no Acre, um dos municípios mais pobres. São vários dias de barco para chegar a Jordão, ou então pega-se um avião de Rio Branco e mais uma hora de avião pequeno para chegar lá. A médica é formada na Bolívia, já cumpriu sua etapa lá, por dois anos naquele município, e está sendo sucedida por outra médica brasileira formada na Bolívia. Por quê? Porque são esses brasileiros, filhos desses municípios pobres, que permanecem lá. Por que são filhos desses municípios? Eles, se formaram, se graduaram no estado, buscaram uma alternativa. E, quando o médico brasileiro é formado no exterior... Eu conversava aqui com o Deputado Geraldo Resende, que foi muito infeliz na fala anterior dele, e fiquei muito contente pelo fato de ele reconhecer que generalizou, que não quis ofender os brasileiros formados no exterior, as jovens brasileiras que vão fazer Medicina em outros países, porque essa é uma realidade. Infelizmente, muitas pessoas acreditam que essa é a regra, mas isso é uma exceção, uma mínima exceção, porque os brasileiros que vão cursar Medicina fora é porque não conseguem pagar uma mensalidade de R\$12 mil, que é o que se cobra, por exemplo, no Amazonas num curso. São só 40 vagas na Universidade Federal do Acre por ano.

(Soa a campanha.)

O SR. ALAN RICK (UNIÃO - AC) - Mais 40 vagas em Cruzeiro do Sul, em Rio Branco e em Cruzeiro do Sul para um público que não consegue entrar e procura o Fies. Muitas vezes, não consegue esse financiamento e ele vai em busca da formação em outro país.

Então, eu conheço faculdades de excelência na Bolívia, na Argentina, no Chile. Aliás, o Chile é o único país da América Latina que tem faculdade de Medicina entre as 100 melhores do mundo. A Argentina tem faculdades de excelência. E, no Brasil, também, mas tanto aqui quanto nos países da América Latina que são procurados pelos brasileiros formados no exterior, nós temos faculdades ruins. Mas é o mercado que vai regular, é o Revalida, é a própria formação do Mais Médicos.

Então, o que eu penso? Eu acho que esse preconceito com o brasileiro formado no exterior tem que acabar de uma vez. São pessoas que merecem nosso respeito. São cidadãos que buscam a formação médica porque não tiveram oportunidade no Brasil, Secretário Né시오. E são eles a mão de obra que mais permanece no Mais Médicos. A taxa de desistência do Mais Médicos, o senhor mesmo colocou, é de 20%, menos do que isso. Enquanto que, dos brasileiros com CRM, mais de 60% desistem da vaga. Muitas vezes, Senadora Zenaide, um médico com CRM se inscreve, mas não comparece, para tomar a vaga daquele formado no exterior, porque é uma guerra. Infelizmente, se criou uma guerra contra o brasileiro formado no exterior, uma guerra de reserva de mercado. Infelizmente, se criou um monstro contra os brasileiros formados no exterior.

Isso não é a realidade. São pessoas que se formaram... Olha o exemplo que eu citei ainda há pouco: duas médicas, formadas na Bolívia, passaram pelo Mais Médicos, revalidaram e estão lá, atuando, ou seja, são médicas, são profissionais capacitadas. E, como bem disse aqui o Deputado Geraldo, no Cremesp, a prova que o Conselho Regional de Medicina de São Paulo aplica e que não é obrigatória, não é estabelecida por lei, mas é um parâmetro de verificação da qualidade do médico formado no Estado de São Paulo, demonstra que 67% não passam.

Então, esse é um problema de formação, não é da Bolívia, da Argentina, do Paraguai. É da América Latina como um todo, é do Brasil. É do Brasil.

Então, nós não podemos generalizar ou criminalizar o brasileiro formado no exterior. O problema está aqui também. Tem muito médico bom formado lá, muito médico qualificado formado lá. Do que eles precisam é de uma oportunidade, de um Revalida justo. Eu estive lá no Inep com o Presidente Manuel Palacios. Apresentei, na última prova do Revalida, Secretário, 25 erros de gabarito, erros crassos sobre os quais ele mesmo disse: "Isso aqui nós temos que reavaliar". E ele mesmo entende, o Presidente Manuel, que precisa reavaliar esse modelo da segunda etapa do Revalida. Eu defendo o Revalida, é um instrumento maravilhoso de estabelecer parâmetro e qualidade para os nossos médicos, mas, repito, o brasileiro formado no exterior hoje é a melhor força de trabalho do programa. É a que permanece, é aqui está o tempo todo guarnecendo os nossos municípios do interior e que precisa ser valorizada, e não vilipendiada como foi aqui na sessão passada.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Senador.

Para finalizar, nós vamos agora retornar a palavra aos palestrantes.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Perdão, Deputado Zacharias. Anunciei, coloquei aqui.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Esqueceu.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Mil perdões, doutor!

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Não, não.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Dr. Zacharias Calil, de Goiás.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Goiás, cirurgião pediátrico.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Cirurgião pediátrico.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Atuante.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Atuante e reconhecido.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado por V. Exa. estar conosco, está na Comissão da Saúde também.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Sim.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Como titular da Comissão na Câmara.

Muito obrigado.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - E agora...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Motociclista também?

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Também.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Cuidado!

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Eu e o Hiran.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito bem.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - E agora nós vamos ser também o coordenador da frente parlamentar da saúde.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Que bom!

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Nós vamos instalar esta semana agora, está dependendo só da assinatura do Presidente para a gente concluir.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito bem. Fique à vontade.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Estão convidados.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - O.k.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO. Para interpelar.) - É um prazer falar com vocês. São muito importantes essas discussões.

Eu só gostaria de apresentar uma coisa que eu achei interessante, sobre o que eu fiz uma pesquisa essa semana em relação a tudo que a gente vem discutindo, principalmente na criação das escolas de Medicina.

Está tendo um racha aí, com disputa, inclusive, no Supremo Tribunal Federal, em relação a esse processo, não é, Nésio? Você tem conhecimento disso? A lei do Mais Médicos impõe restrições à abertura de vagas em faculdade de Medicina.

Mas, infelizmente, tem o apoio da Associação Nacional das Universidades Particulares, que em junho agora, junho do ano passado, moveu uma ação direta de inconstitucionalidade no Supremo.

Bom, eu acho interessante isso porque o curso de Medicina usa a estrutura do SUS para a formação médica e ele deve observar, obedecer a uma política pública de distribuição de vagas que beneficia a população desassistida. Por isso veio o Mais Médicos.

Então, o que está acontecendo? Com as liminares são abertos cursos em qualquer localidade, mesmo sem necessidade de vagas ou estruturas adequadas.

Então, por isso a autorização pela via judicial tira o poder de regulação do MEC e cria distorção. São dois regimes de concessão de curso: um que tem uma política que atrela abertura dos cursos à expansão do SUS e o outro que tem um caráter puramente de atividade econômica.

Então, é uma coisa para gente abrir a cabeça, porque é uma receita que as universidades particulares têm em nível de país: em 2022, Presidente, R\$20,9 bilhões, considerando a ocupação de todas as vagas ao longo de seis anos do curso...

(Soa a campanha.)

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Isso representa um incremento de quatro vezes na cifra de 20 anos. Então, dobrou em dez anos de 20.570, em 2013, para 41.805 no ano passado. Isso é um estudo da USP, juntamente com o MEC.

Em 2019, abriu-se um capital na bolsa de valores Nasdaq, nos Estados Unidos, e nos últimos três anos investiram cerca de R\$3 bilhões na compra de dez faculdades de Medicina, Senadora Zenaide, e têm uma meta de abrir novas vagas até 2028. Então, o curso de Medicina virou uma coisa econômica.

A política do MEC, em relação aos cursos de Medicina, prioritariamente, criava em cidades com escassez de médicos, foi adotada em 2013, por meio do Programa Mais Médicos, e vai ser retomada este ano. Essa política foi capaz de aumentar em 115% as vagas de medicina no interior, mas não obteve sucesso em fazer com que esses profissionais permaneçam nessas localidades após formados.

Apostou-se na abertura de vagas no interior, com a expectativa de interiorização de cursos, o que faria com que os profissionais, posteriormente, como foi discutido aqui... Mas, de acordo com o estudo Demografia Médica, isso não foi alcançado.

Bom, a análise feita pelo banco de dados da USP e do MEC aponta que uma das razões para a manutenção da desigualdade na distribuição médica, mesmo com a alta de vagas no interior, foi um número insuficiente de pós de residência médica criada no período, criando maior dificuldade na formação dos médicos.

O Deputado Sidney comentou aqui a respeito de pediatria. A gente sabe que é um problema nacional.

(Soa a campanha.)

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Então, vejam bem. O Brasil tem 42,2 mil vagas de graduação médica e apenas 24,5 mil vagas de residência tipo R-1, para você ter o ingresso. Quer dizer, do total de vagas em faculdade de Medicina, 57% estão no Sul e Sudeste; já as da residência, 71% estão nessas regiões.

Bom, peça para prolongar um pouquinho aqui e me dar um tempo.

Os estudos internacionais mostram que 20% em média dos médicos egressos das faculdades trabalham no local onde se graduaram. Por isso alguns países, como Austrália e Canadá, têm políticas que oferecem incentivos para que esses profissionais possam ficar por um tempo nesses locais e, depois, migrar para o local de seus interesses.

Eu vejo também como muito importante esse dado. Inclusive, o Senador Alan Rick comentou sobre isso.

Bom, o coordenador do ensino médico do Conselho Federal de Medicina diz o seguinte: que é preciso avaliar as estruturas de saúde locais antes de abrir novas faculdades.

(Soa a campanha.)

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Já estou terminando.

O aumento de vagas não foi acompanhado de aumento dos serviços de saúde - isto é importante a gente falar -, tipo hospitais, postos de saúde, leitos hospitalares, recursos que permitam que os profissionais fiquem nessas áreas remotas.

Quer dizer, a falta de estrutura e de profissionais mais especializados nessas localidades, que possam ser professores e tutores, interfere na qualidade da formação.

Nessa última reunião que nós tivemos na Associação Médica, eu citei um exemplo de um colega médico com quem conversei na UTI. Eu falei: você é de onde, com esse sotaque seu? Ele falou: eu sou do Equador, eu me formei no Equador há 17 anos, fiz o Revalida, estou tranquilo aqui no Brasil e, hoje, eu sou chefe do serviço da UTI de um hospital grande da minha cidade.

Eu disse: eu vou gravar um vídeo com você para mostrar a importância que é um profissional do seu nível chegar onde você chegou com o Revalida. Basta estudar.

Nós não somos contra ninguém que vem de fora. Aliás, o Brasil está de portas abertas! Mas temos que ter uma qualidade no atendimento. Como disse o Hiran, na época, o Deputado, nós ganhamos aqui do Revalida, por dois votos. O Deputado, à época, Alan, nós debatemos seriamente sobre isso. O que nós queremos é uma qualidade no atendimento e melhorar essas condições, e eu acho que nós vamos conseguir chegar lá.

Eu estive na Dinamarca, Senadora Zenaide, há um mês, e conheci o sistema de saúde daquele país. Eu achei muito interessante. Por quê? Eles têm um médico da família. O médico da família lá estuda de cinco a seis anos na residência médica. E as ações básicas de saúde são extremamente importantes e atuantes. E o paciente, praticamente, não chega aos hospitais. É onde ele é atendido. É disso que a gente precisa.

Obrigado.

Desculpe o tempo.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, mais uma vez, Dr. Zacharias.

Vamos agora às respostas e também à finalização.

Pedi a conclusão dos palestrantes, começando pelo Secretário-Geral da Associação Médica Brasileira, Dr. Antonio José Gonçalves, para fazer as suas considerações e também as respostas ao Plenário.

O SR. ANTONIO JOSÉ GONÇALVES (Para expor.) - Bom, eu gostaria de dizer o seguinte, para finalizar, a minha última fala. Eu acho que o programa de 2013 foi bom no sentido de aumentar o número de médicos, e ele conseguiu isso.

A nossa população aumentou 27% e o número de médicos mais do que dobrou. Eram 260 mil, 230 mil, se não me falha a memória, e hoje são 560 mil. Agora, a gente está pagando um preço da formação desses médicos. Eles não estão adequadamente formados. Tanto é que a gente é favorável agora ao exame de proficiência, inclusive dos médicos brasileiros.

Nós não somos contra os médicos estrangeiros, absolutamente. Nós só queremos que eles sejam qualificados. E, se eles passarem no Revalida, serão muito bem-vindos. E nós vamos...

E agora a gente está numa sequência. Agora vem a residência médica.

Então, nós pioramos as escolas. Nós não podemos piorar a residência.

A residência é um pouco mais fechada, porque ela é um número limitado, ela tem preceptorial, ela tem toda uma estrutura, que segura a qualidade. Apesar disso, ela vem decaindo, mas é menos.

Com a residência, a gente está um pouco mais tranquilo.

Agora, o título de especialista, que seria o passo seguinte após a residência, nós temos que preservá-lo, é uma das coisas boas que nós temos. Ninguém questiona a qualidade de um médico recém-egresso de uma residência médica credenciada pelo Ministério da Educação e Cultura. E ninguém questiona também a prova feita pela sociedade de especialidade. Isso mantém a qualidade. Todo ano a gente faz prova. Todas as sociedades fazem, uma vez por ano. Nós podemos tentar aumentar isso. Podemos fazer duas provas por ano. Entendeu? Nós podemos ajudar na formação dos especialistas. E podemos também, eu acho que tem que ter incremento à medicina geral.

Nós não podemos ter mil vagas ociosas no Programa Saúde da Família, meu Deus do céu! Esse dinheiro já está alocado, ele é perdido, ele tem que voltar para o Orçamento. São mil, por ano! Meu Deus do céu! É muita coisa que a gente está perdendo.

Então, nós precisamos criar algum diferencial, que é o que foi dito aqui, nós precisamos pagar um pouco mais para esse médico, sei lá, dar algum incentivo a ele. Essa história do Fies, acho que essas propostas são muito bem-vindas.

Agora, o que a gente precisa cuidar é da qualidade, porque nós queremos... E, veja, hoje os especialistas no Brasil... Todos nós precisamos de alguma coisa no Brasil e nós não vamos para fora. Todo mundo se trata aqui. O Presidente Lula se tratou aqui e está curado, entendeu? Na minha especialidade!

(Soa a campanha.)

O SR. ANTONIO JOSÉ GONÇALVES - Veja, não precisa ir para fora, nós temos excelentes especialistas, e nós não podemos fazer com o título de especialista o que fizeram com as escolas médicas. Isso é um fato, entendeu? Está aí, todos falaram, isso é inegável. Nós não podemos deixar que isso aconteça, este é o nosso receio, de a gente dar título para quem não tem preceptoria, para quem não tem avaliação no decorrer dos seus anos de formado.

Então, vamos trabalhar em conjunto, vamos dar as mãos, vamos trabalhar unidos para que a gente possa, com a sociedade de especialidade e com a academia, modificar esse perfil.

No Amapá, a gente fez, junto com o Senador Randolfe... Na época da vacinação, ele foi à AMB nos solicitar apoio porque a taxa de vacinação estava infinitamente baixa. Nós temos a Sociedade de Pediatria, nós chamamos a Sociedade de Pediatria, convocamos a filial que estava no Amapá e nós aumentamos a vacinação de 10% para 40% no Amapá em um curto espaço de tempo, em quatro meses, com a participação efetiva da Sociedade de Pediatria e da Associação Médica Brasileira. Fizemos *posts*, colocamos campanhas, enfim, nós temos essa disponibilidade.

Queria dizer, só para finalizar, que a Associação Médica Brasileira não tem cor político-partidária. A nossa cor é a cor do médico, é a cor da medicina, é a cor da boa saúde da população e nós vamos transitar da direita para a esquerda, pelo centro, não temos problema nenhum. Nós queremos estar juntos e nós podemos ajudar, nós temos competência para isso, nós temos a sociedade para isso, nós temos a universidade conosco; então, estamos à disposição, queremos ajudar e ajudaremos se tivermos espaço - e nós pedimos esse espaço.

É isso.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, mais uma vez, Dr. Antonio José Gonçalves, Secretário-Geral da Associação Médica Brasileira, pela sua contribuição. Muito rica a sua contribuição, e é claro que a nossa Relatora está coletando todas as contribuições, todas as suas considerações, é uma grande responsabilidade.

Quero passar, então, a palavra ao Coordenador-Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde do Ministério da Educação, Dr. Pedro Luiz Rosalen.

O SR. PEDRO LUIZ ROSALEN (Para expor.) - Muito obrigado pela participação e gostaria de comentar aqui que vou dividir o meu tempo com a Dra. Gisele Viana, que é a Diretora de Desenvolvimento da Educação em Saúde.

O meu primeiro comentário é a respeito das vagas.

O Governo, através do PMMB, Projeto Mais Médicos para o Brasil, mostrou a sua capacidade de atuar nas universidades públicas com regras bem definidas e em consonância com a capacitação e a especialização desses médicos que foram interiorizados. A prova disso é o resultado que nós temos nas escolas que pactuaram com o Governo na expansão, tendo conceitos, de cursos pelo Inep, entre 3, 4 e 5, com maioria 5, com média final de 4,75, mostrando a qualidade e o compromisso do MEC nessa formação das escolas.

O que nós precisamos é implantar esse sistema de qualidade se houver a expansão, no próximo passo da expansão, a partir do nosso aprendizado, do compromisso com a sociedade, com a formação do profissional médico. Isso nós aprendemos e temos condições por conta da ciência e das universidades que são do MEC e têm competência para formar esses médicos de qualidade nessa interiorização do Brasil.

E aí, então, como eu disse na minha fala, o outro braço do MEC é o acompanhamento dos médicos através da sua supervisão. Assim, passo a palavra à Dra. Gisele, que vai falar sobre o trabalho e a conclusão da nossa supervisão hoje e a atuação do MEC no acompanhamento desses médicos.

Dra. Gisele.

A SRA. GISELE VIANA PIRES (Para expor.) - Boa tarde! É a minha primeira fala. Cumprimento o Presidente da mesa e a Relatora. Boa tarde a todos!

Eu ouvi atentamente todas as colocações, e parece que as palavras mais empregadas aqui foram "qualidade e formação médica". Como médica, como professora de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ratifico tudo que foi dito anteriormente aqui.

Eu também gostaria de dizer que eu acho que o Programa Mais Médicos pelo Brasil é uma exteriorização da parceria entre os Ministérios de Educação e de Saúde e é de suma importância não só para a interiorização, mas para todas as cidades do nosso país, porque os dois pilares, no nosso entender, do desenvolvimento do Brasil são educação e saúde, e, nesse programa, eles estão caminhando juntos. É claro que ajustes, sem dúvida, podem ser necessários. Nós anotamos aqui uma série de sugestões. Estamos em parceria com o Ministério da Saúde, com o Secretário Nélio e toda a sua equipe, que está ali no final da sala, e nós queríamos também aqui ratificar o que o Prof. Pedro colocou sobre a importância da supervisão acadêmica e dos tutores nesse processo do Mais Médicos.

Os médicos - eu não sei exatamente a palavra que foi empregada - não ficam soltos, atuando sem uma supervisão, atuando sem uma tutoria, tutoria direta que nós vamos, agora, retomar de maneira presencial, porque a nefasta pandemia da covid-19 nos impediu nos anos anteriores. E quero aqui também dizer, com muito orgulho, que ontem nós demos início à mesa de abertura, a que o Secretário Nésio estava presente, da retomada do Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos, de responsabilidade do Ministério da Educação.

Então, eu queria dizer, representando a Secretária...

(Soa a campanha.)

A SRA. GISELE VIANA PIRES - ... de Educação Superior, Dra. Denise Pires de Carvalho, que o MEC está, com muito esmero, com muito cuidado, fazendo vários ajustes para ter uma melhor supervisão acadêmica, tutoria do Programa Mais Médicos.

E também foi muito colocado aqui sobre a abertura de escolas médicas, sobre a ampliação, ou não, de vagas, cursos que foram abertos de maneira equivocada ou não equivocada, e eu acho que não nos cabe aqui julgar, e, sim, olhar daqui para a frente. Quero dizer, sim, que o MEC tem mecanismos que podem fechar cursos médicos que não estejam, eventualmente, atendendo às necessidades da educação do país e da região do seu entorno. Então, não é impossível haver fechamento de escolas médicas inadequadas. Porém, elas serão fechadas com critérios elaborados pela Sesu, pela Seres, que é a Secretaria de Regulação, e, naturalmente, pelo Inep.

Foi falado aqui sobre o Revalida, e eu digo também que o Revalida está em processo de revisão, está em processo de reajuste. Eu não represento o Inep, mas represento a Sesu, e nós já tivemos reuniões que versam sobre esse tema do reajuste, das readequações.

Mas, enfim, eu quero finalizar dizendo, corroborando o que o Coordenador-Geral Prof. Pedro falou sobre a importância do programa.

Acho que o Secretário Nésio fez um passeio - talvez tenha extrapolado um pouquinho o tempo -, um passeio que foi, para mim pelo menos, brilhante - e olha que trabalhamos juntos diariamente - sobre o tema. Foram muito importantes as suas colocações.

Então eu quero deixar aqui, publicamente, o compromisso do Ministério da Educação com as melhorias que forem necessárias serem feitas no Programa Mais Médicos, mas principalmente com a formação médica no Brasil.

Era isso que eu gostaria de ter falado.

Muito obrigada pelo espaço.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, mais uma vez, ao Ministério da Educação.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Pois não.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Em cima do que ela falou, eu poderia...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Bem rapidinho, Deputado.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO. Para interpelar.) - É rapidinho.

Eu achei interessante o que ela falou, porque aproximadamente 90% das vagas nos últimos dez anos foram abertas no setor privado com incentivo, primeiro, da Lei do Mais Médicos. Agora, graças à lei, a ações judiciais, 6 vagas foram abertas nos últimos 5 anos, inclusive com o veto, segundo o próprio MEC. Há pelo menos 225 pedidos tramitando na Justiça para abrir cursos, o que representaria 20 mil vagas.

A SRA. GISELE VIANA PIRES (*Fora do microfone.*) - Temos hoje mais de 20 solicitações.

O SR. DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO - GO) - Mais 20 ainda hoje.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito bem, para irmos para a finalização, convido o Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Nésio Fernandes.

O SR. NÉSIO FERNANDES (Para expor.) - Muito obrigado, Deputado.

Ouvi atentamente todas as falas, anotei aqui no celular item a item as colocações de todos os Deputados e Senadores. Eu não vou conseguir responder todos os temas, todos os itens, então vou tentar dar algumas pinceladas principais sobre alguns temas.

Primeiro gostaria de dizer ao Senador Alan Rick que existe um alto grau de civilidade e convergência entre as questões que o senhor colocou e as posições do Ministério da Saúde.

Nós acreditamos que não compete ao Governo Federal, ao Poder Executivo, ao Ministério da Saúde ou ao Ministério da Educação estigmatizar e menosprezar o sonho de jovens brasileiros que buscaram no exterior a possibilidade de serem médicos. Nós estamos dedicados e colocamos muitos recursos financeiros dentro da medida provisória do Programa Mais Médicos para poder garantir e valorizar o espaço e a oportunidade de formação médica para todos aqueles que são médicos e estão no Brasil.

Nós vamos colocar de R\$1 milhão a R\$1,3 milhão por ciclo de formação para cada profissional de saúde. Qual outra categoria profissional no Brasil tem um investimento dessa magnitude como política de Estado? A medida provisória, sendo aprovada por vocês, estabelecerá isso como despesa permanente, continuada, porque é uma estratégia nacional. Assim como em outro momento tivemos o Programa Saúde da Família virando Estratégia Saúde da Família, nós temos aqui a institucionalização de uma política de Estado. E o Mais Médicos, Senador, nesses últimos dez anos, demonstrou isso.

Durante os últimos quatro anos foram acumulados mais de 40 mil registros de profissionais não revalidados para atuarem no Brasil dentro do Programa Mais Médicos - nos últimos quatro anos, no último ciclo de governo. Quando foram constituídas estratégias substitutivas ao Mais Médicos...

(Soa a campanha.)

O SR. NÉSIO FERNANDES - ... em relação ao Médicos pelo Brasil por exemplo, não foi revogada ou questionada a possibilidade de atuação no Brasil de profissionais não revalidados.

As vagas serão oferecidas em editais únicos para os médicos que estão no Brasil, com a prioridade primeira e total daqueles que já têm registro. Por quê? O foco do programa é estimular a titulação e a especialização para que o Brasil, daqui a cinco ou seis anos, possa ter na atenção primária como pré-requisito somente médicos titulados ou médicos em formação.

Nós estamos com a seguinte situação, e aí eu faço uma consideração ao colega da AMB, Antonio: Antonio, a lei de ciência e tecnologia e inovação nos ensinou que utilizar o poder de compra e do gasto de custeio do Estado pode ser um instrumento para o desenvolvimento tecnológico e para a formação. Hoje nós estamos gastando recursos dos Prefeitos municipais, das prefeituras, para pagar o teto do Executivo municipal, que paga em média no interior R\$8 mil, R\$9 mil, R\$10 mil - por R\$10 mil a gente não consegue contratar um médico para ficar cinco dias por semana na atenção básica. O que acontece? Ele paga 9, 10, e ele fica dois, três dias por semana lá. Aí ele tem que contratar dois, gasta 18. Nós estamos falando de otimizar esse gasto para ofertar aquela vaga para que, durante quatro anos, em vez de a cada seis meses trocar um médico daquela equipe, nós aproveitamos esse recurso de custeio do SUS, que é sagrado, e o transformamos em generosidade do Estado em formar especialistas, para que nós consigamos então pegar o Mais Médicos, ofertar aquela vaga que o município ofereceu dentro do programa, porque ele adere e confirma, para que um profissional formado no Brasil faça uma atuação em serviço com tutoria de universidades públicas brasileiras, com tutoria de médicos titulados, com atividades semanais síncronas de pelo menos quatro horas de discussão de caso clínico e de educação para o perfil de competências esperado de um médico que atua na atenção primária e, além disso, um mestrado profissional de dois anos. Imagine, Antonio, daqui a quatro anos, termos 28 mil projetos de mestrado revelando com método científico a realidade do Brasil profundo, da atenção básica, dos territórios de vulnerabilidade deste país. Nós estamos revelando o país. Nós estamos pegando um gasto de custeio que era mal aplicado em contratos precários, com seis meses de vínculo, para apostar numa estratégia relacionada à formação de especialistas em gente, que é o que nós queremos.

Se essas vagas não forem todas preenchidas por profissionais com registro no Brasil, elas serão sim oferecidas como um gesto, uma oportunidade de formação complementar, àqueles jovens brasileiros que foram estudar no exterior, aos quais nós, como Ministério da Saúde, defendemos que o exercício livre e aberto, amplo da medicina no Brasil, se dê a partir de revalidação de diploma. Mas aí ele não precisa só estudar, Zacharias, ele não precisa só estudar muito, ele precisa ter R\$5 mil a cada seis meses, ele tem que ter a sorte de ter dinheiro para pagar a passagem e de encontrar uma prova que não tenha 24 erros de correção. O processo de revalidação no Brasil precisa passar por modelagem, para que seja um processo justo que garanta de fato um processo de avaliação do perfil desses profissionais, para que eles atuem no Brasil de maneira ampla e irrestrita.

No entanto...

O SR. DR. HIRAN (PP - RR. Para interpelar.) - Nésio, se você me permite te interromper só um pouquinho, senão eu perco aqui, depois da covid eu fiquei meio esquecido, se você continuar falando eu esqueço o que vou te perguntar. Quantas equipes de saúde da família estão sem médico no Brasil?

O SR. NÉSIO FERNANDES - Seis mil.

O SR. DR. HIRAN (PP - RR. Para interpelar.) - Seis mil. Nós temos 16 mil médicos que passaram no processo seletivo do Médicos pelo Brasil. Por que esses médicos não são chamados para ocupar essas equipes? Desculpa por te interromper, senão eu iria esquecer.

O SR. NÉSIO FERNANDES - Está dentro da resposta. Eu estava falando então que vamos ter mestrado, que vamos ter um estímulo à especialização e o foco. No entanto, se esses profissionais que tiveram a sorte de ter R\$5 mil a cada seis meses para se matricular na revalidação, se esses profissionais tiverem a sorte de não encontrar uma prova com 24 erros de revisão, eles vão poder revalidar.

Só que lá no Acre, quando iniciou o Programa Mais Médicos, nós tivemos muitos profissionais cubanos atuando lá. Hoje o Brasil não precisa mais de nenhum termo de cooperação com o Governo cubano porque existem brasileiros que sonharam em ser médicos lá do Acre e, se nenhum profissional com registro no Brasil quiser atuar lá no Acre, eles, que são de lá do Acre mesmo, vão poder ter essa oportunidade.

E durante os quatro anos, se eles revalidarem, eles vão ter a oportunidade de que esse período de quatro anos seja reconhecido como efetivo exercício da profissão deles. Porque o Estado brasileiro investiu R\$1 milhão em quatro anos neles para que eles possam ser titulados.

Então, nós entendemos que o programa cumpre um escopo, uma estratégia nacional robusta e muito ousada para, daqui a cinco ou seis anos, termos a oportunidade de criar carreiras em estados para médicos titulados.

O Médicos pelo Brasil está sendo preservado pelo Governo Federal. Nós estamos preservando todas as vagas. Eu autorizei a contratação de vários profissionais no mês de janeiro e fevereiro. Nós vamos unificar, ao longo do tempo, possivelmente, uma concepção única de uma estratégia nacional de formação e fixação de profissionais e de especialistas em medicina da família e comunidade.

No entanto, eu também presido o Conselho Deliberativo da Adaps e nós identificamos um conjunto muito grande de potenciais vícios em conformidades na gestão do programa, no desenho do programa e que impediam segurança jurídica, institucional e até econômica e jurídica na expansão imediata do programa.

De maneira cautelar, nós estamos congelando a expansão do Programa Médicos pelo Brasil até que as questões que envolvem a agência sejam todas dirimidas, Senador, e que a gente consiga ter segurança jurídica e institucional para a continuidade do programa.

No entanto, os dois programas não se anulam. Os dois programas não competem. Os dois programas possuem focos diferenciados. Por quê?

O próprio Médicos pelo Brasil teve 686 municípios com vagas disponíveis e não foram preenchidas. Nós tivemos 34 de seis, em todas as chamadas que tivemos no ano passado, somente 25 foram preenchidas pelos profissionais do Programa Médicos pelo Brasil. Ele ainda, mesmo com todos os benefícios, não conseguiu superar a linha que limita o provimento profissional para diversos tipos de municípios e realidades do Brasil.

Então, é necessário um aperfeiçoamento das duas estratégias e que a gente não estabeleça falsos antagonismos ou competições entre os dois desenhos porque a decisão do Governo é trabalhar com uma estratégia nacional que vai valorizar e aperfeiçoar ambos os desenhos.

Com o Mais Médicos, nós identificamos insuficiências. Nós identificamos oportunidades de melhorias. E estamos apresentando e debatendo aqui hoje uma decisão do Presidente Lula de publicar a medida provisória que garante esses aperfeiçoamentos ao Programa Mais Médicos. E o mesmo, não tenha dúvida, Senador Hiran, irá acontecer com o Médicos pelo Brasil. Nós vamos reconhecer insuficiências, corrigi-las, aperfeiçoar e valorizar tanto a agência quanto o programa.

E aí, eu só quero fazer uma correção. O programa não tem 5 mil celetistas. O programa tem menos de 500 contratos celetistas e os demais, os 4.700 demais profissionais são bolsistas. São bolsistas.

E existe um fato importante. A Comissão Nacional de Residência Médica emitiu um parecer não reconhecendo a equivalência dos dois anos à residência e instruindo um indicativo de que esses profissionais não estarão aptos a fazer a prova de título em dois anos. Estou falando que esse é um dos problemas de inconformidade do programa. Nós, quando fizemos a intervenção e a medida cautelar na Adaps, agora no início deste ano, nós tínhamos 2 mil médicos do programa sem tutor. Nós tínhamos 900 médicos do programa sem matrícula na especialização. Nós identificamos que muitos profissionais que começaram no programa, no início do ano passado, foram ter matrícula na especialização meses depois.

Então, Senador, eu quero deixar claro que o Governo do Presidente Lula, que o ministério liderado pela Ministra Nísia vai proteger todos os médicos que estão no programa Médicos pelo Brasil, reconhecer as insuficiências, corrigir qualquer

vício e inconformidade e valorizá-los. E as duas estratégias vão coexistir como coirmãs. Vão coexistir com aspectos que possam ser adotados para alguns territórios, para outros e com objetivos, em alguns momentos, semelhantes, em outros, diferentes. Então, para deixar claro que não existe polêmica e não existe divergência na estratégia do Governo Federal. Nós não estamos aqui para dividir e criar mais polarizações e estigmas. Estamos aqui para unir e reconstruir o Brasil.

Então eu agradeço muito o convite à Comissão. Amanhã teremos outros representantes do Ministério da Saúde participando aqui do novo encontro. E esperamos que esse debate permita que nós descontaminemos qualquer aspereza, qualquer acidez em torno dos temas que são trazidos sobre formação médica e provimento profissional.

Muito obrigado a todas e a todos. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Dr. Nésio.

O SR. DR. HIRAN (PP - RR. Pela ordem.) - Presidente Dorinaldo, eu só queria fazer uma pequena consideração, já que o Nésio fez uma resposta muito direcionada a mim.

Eu não tinha conhecimento dessas inconformidades. Inclusive já pedi para a minha assessoria entrar com um requerimento de informação para ter noção de todas as inconformidades, para dar ciência à nossa Frente Parlamentar da Medicina, da saúde aqui, para tomarmos providências também.

A gente não está defendendo aqui nada que não seja absolutamente legal e pertinente.

Parabéns a todos aí. Eu acho que aqui, aliás, aqui é mais tranquilo, não é, minha querida amiga? Lá na Câmara, era mais belicoso. Aqui é mais... (*Risos.*)

Aqui é mais suave, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - A Câmara está numa fase de lacração, não é? Estão numa fase de lacração alguns Parlamentares. Mas a gente vai superar isso.

O SR. ALAN RICK (UNIÃO - AC. *Fora do microfone.*) - Sr. Presidente, pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Senador.

O SR. ALAN RICK (UNIÃO - AC. Pela ordem.) - Questão de ordem, Sr. Presidente.

Apenas para parabenizar a Dra. Gisele Pires, do Sesu, do MEC. A importância da retomada do módulo de acolhimento e essa formação continuada, esse acompanhamento é fundamental para que o Mais Médicos continue sendo o sucesso que ele é no Brasil inteiro.

E quero dizer, Secretário Nésio, que há muito tempo, não ouvia uma fala tão segura, pertinente, adequada, honesta, séria a respeito do grave problema da atenção básica no Brasil. Queria parabenizá-lo por isso e dizer que conte com meu apoio nesta Comissão. E mande meu abraço à Ministra Nísia. Estamos juntos nessa luta pelo provimento médico.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Senador Alan Rick. Também faço suas palavras as desta Comissão.

Quero agradecer a todos os convidados, agradecer ao Ministério da Saúde, através do Secretário Nésio, pela importante declaração, esclarecedora. O sentimento desta Comissão é exatamente esse, é conseguir dirimir qualquer dúvida, para que a gente não vá por caminhos que não têm nenhum respeito com a medida provisória.

Então quero agradecer aqui, mais uma vez, a todos, à Associação Médica Brasileira, ao Ministério da Educação.

E amanhã teremos mais uma audiência. E a cada audiência, logicamente nós vamos esclarecendo todas as dúvidas dos Parlamentares.

Então, nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

(Iniciada às 14 horas e 22 minutos, a reunião é encerrada às 17 horas e 08 minutos.)