



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

REUNIÃO

17/05/2023 - 3ª - Comissão Mista da Medida Provisória nº 1165, de 2023

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP. Fala da Presidência.) - Boa tarde.

Havendo número regimental, declaro aberta a 3ª Reunião da Comissão Mista destinada a emitir parecer sobre a Medida Provisória nº 1.165, de 2023.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública para debater a matéria.

Para início da nossa segunda audiência, nós convidamos para ter assento à mesa o Sr. Julio Cesar Vieira, Conselheiro Federal do Conselho Federal de Medicina (CFM). *(Pausa.)*

Sr. Julio, bem-vindo.

Convidamos para compor a mesa o Sr. Hêider Aurélio Pinto, Docente da Universidade Federal da Bahia. *(Pausa.)*

Convidamos para compor também esse dispositivo o Sr. Sandro...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Sandro Schreiber de Oliveira, Diretor Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica. Então, Dr. Sandro Schreiber de Oliveira está compondo pela Presidência da Associação Brasileira de Educação Médica.

E convidamos também o Sr. Felipe Proenço, Diretor de Programa da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde. E, de forma remota, temos também uma convidada e já damos boas-vindas à Sra. Maria Cristina Sette de Lima, Consultora do Conasems, que fará a apresentação de forma remota, como já relatei aqui.

Muito obrigado pela presença. Informo também a todos os presentes, às pessoas que farão parte das próximas audiências também dessa possibilidade de termos também a metodologia remota para que a gente possa ter o mais amplo debate. E é dessa forma que a gente está primando pela metodologia desta Comissão.

Quero iniciar também apresentando algumas perguntas do e-Cidadania, que são perguntas dos internautas que estão acompanhando esta medida provisória, essas audiências. Ontem, durante a nossa reunião e a nossa audiência, nós tivemos a participação de muitos estudantes de fora do país, médicos que também estão no país logicamente e que foram formados em outras regiões, com muita audiência.

Então, quero agradecer a presença das pessoas aqui e também daqueles que estão acompanhando de maneira *online*.

A primeira pergunta - e eu queria compartilhar as perguntas para que ficassem no radar dos nossos convidados e dos próprios Parlamentares - vem do Christian Aguirre, de Santa Catarina. Ele diz o seguinte: "Sou médico estrangeiro (mexicano) e já trabalhei seis anos no Programa Mais Médicos. Como será a prioridade para escolha de vagas?"

Então, o Christian, médico mexicano que reside no Brasil, faz essa pergunta. Depois eu posso compartilhar. Queria pedir à nossa Secretaria que pudesse compartilhar as perguntas para os nossos convidados.

Nathaly da Silva, de Pernambuco: "Quais mecanismos a MP 1.165/2023 prevê para fiscalizar e garantir a transparência do Programa Mais Médicos?"

O Cláudio Neto, do Piauí, diz o seguinte: "A Portaria nº 300, de 5 de outubro de 2017, que define o valor do auxílio-moradia e auxílio-alimentação, não estaria defasada?"

A Celine Milard, de São Paulo, faz a seguinte pergunta: "O programa ajuda a identificar áreas com maior vulnerabilidade ao ponto de prover uma estação de atendimento fixa na região?" Então, também uma pergunta, lá de São Paulo.

Temos mais algumas aqui, vou terminar rapidinho para que todos tenham conhecimento do que os internautas perguntam.

Nathaly da Silva, também de Pernambuco, faz o seguinte questionamento: "Como o Programa Mais Médicos, proposto pela Medida nº 1.165, planeja incentivar a permanência dos médicos nas regiões mais remotas e carentes?"

E também, para finalizar, o Sr. Juliano Borges, do Mato Grosso: "Sou médico brasileiro formado no exterior e nunca obtive oportunidade de participar do programa. Oportunidades aos novos médicos, por favor!" Essa é a exclamação do nosso cidadão Juliano, médico brasileiro, lá do Mato Grosso.

De acordo com as normas regimentais, cada convidado fará a sua exposição por dez minutos e, em seguida, abriremos a fase de interpelação pelos Parlamentares inscritos.

Bem, para dar início a esta audiência, convido para o uso da palavra o Sr. Julio Cesar Vieira, Conselheiro Federal do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Só para esclarecer que nós estamos fazendo uma inversão. Na 1ª audiência, nós tivemos o início pelo Governo Federal e agora estamos invertendo dando a oportunidade de começar à sociedade civil.

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS. Pela ordem.) - Sr. Presidente, como vamos fazer? Os quatro expositores expõem depois vão... Os cinco, não quatro, porque tem a remota. Aí depois nós vamos à fase de perguntas?

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Isso. A ideia da metodologia do plano de trabalho é essa para que a gente possa...

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - O.k.

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

O SR. JULIO CESAR VIEIRA (Para expor.) - Boa tarde a todos. Agradeço o convite e a honra de estar presente aqui nesta Casa e, por isso, vou direto ao assunto, até por uma questão de tempo.

Temos aqui a análise desta medida provisória e a gente vai fazer a interpretação de como ela está sendo vista pelo Conselho Federal de Medicina.

Eu sou Coordenador da Comissão de Ensino Médico do CFM. Temos discutido temas relacionados ao ensino médico, mas também vamos falar sobre outras questões de interesse da comunidade médica brasileira. Somos 550 mil médicos, no Brasil, e precisamos ser ouvidos em nossas diferentes visões sobre o que vai ser apresentado aqui.

A medida provisória já foi submetida a uma análise inicial, no dia de ontem, e eu, com toda a humildade, vou aqui mostrar a visão dos médicos brasileiros, do Conselho Federal de Medicina, de seus representantes eleitos. São 550 mil médicos que votam nos seus representantes, no Conselho Federal, e eu gostaria que levassem em conta isso.

Houve uma modificação na apresentação, já que ontem foi feita uma apresentação inicial. Então, vou aproveitar já que foi aberta a discussão com alguns dados, e sobre alguns deles a gente vai fazer aqui a análise pela nossa visão. Como em um grupo de cegos que vê um elefante, um pega na pata e pode achar que é um coqueiro, o outro pega na orelha e pode achar que é uma folha de bananeira, nós vamos dar nossa visão de médicos e seus representantes no CFM.

Então, a gente vai iniciar vendo imagens que os senhores viram ontem na apresentação pela Saps. E eu vou fazer a interpretação, sob a visão desse apresentador, o que é um contraponto ao que foi apresentado ontem.

Bom, então isso aqui é o que foi descrito ontem e a realidade em nossa visão, claro.

Então, o cenário do Mais Médicos... Ontem, como justificativa para o Mais Médicos - e vocês vão ver lá embaixo, isso em 2013 -, para a criação do programa, citava-se que havia um número de médicos por habitante abaixo da média da OCDE, que é uma organização de países mais ricos, e menos médicos do que em países vizinhos e países com sistemas universais de saúde. O que a gente enxerga? Que o número de médicos por habitante, já naquela época, era maior do que o de países com condição econômica similar e maior do que a média mundial, lá em 2013; a mesma quantidade que a de um país com sistema de saúde universal, como o Canadá. Na verdade, o Brasil tinha 1.8 e o Canadá 2, praticamente a mesma quantidade de médicos. O Brasil tinha, em contrapartida, o menor investimento público entre os países com o sistema universal. O percentual do investimento público era muito baixo, e isso, talvez, reflita mais na qualidade do sistema de saúde do que na quantidade de médicos, que, como eu citei, era similar à do Canadá, um país rico.

Muito bem. Aqui, as estatísticas da OMS, dados oficiais, que mostram, nessa primeira coluna, onde vocês veem, na primeira linha, *physicians*, médicos: 17,6 por 10 mil, no Brasil; lá, nos países com condição econômica similar, 17,8; e o global, 13,9. Então, já naquela época, o Brasil tinha uma quantidade de médicos similar e a quantidade de médicos acima da média mundial. Similar à de países na mesma condição econômica e acima da média mundial, e com menos leitos hospitalares, menos leitos psiquiátricos, menos gasto em saúde. Então, a opção por aumentar a quantidade de médicos não veio acompanhada por aumento de investimentos em saúde e nesses recursos que a gente está vendo. Então, houve uma preferência de investimento em mais médicos do que nas outras questões de saúde pública.

Independentemente da quantidade - e vamos voltar aqui para a apresentação de ontem -, temos a questão da heterogeneidade na distribuição de médicos pelo Brasil. Isso, na realidade, a gente vê ali à direita, é a mesma diferença, aqui nesse mapa do Brasil, que a gente vê nos serviços de saúde, que também são distribuídos heterogeneamente. Não tem hospital no interior, não tem hospital em área remota, não tem unidades de saúde, o que também precisa aumentar. Então, os investimentos precisam ser direcionados também para essas áreas remotas, não só a quantidade de médicos e de dentistas, que é a mesma coisa, como se vê ali no gráfico inferior à direita, na imagem. Assim, enfermeiras, fisioterapeutas e aí vai para outras profissões; delegados... Então, tudo é mais raro em locais remotos. Então, como o sistema de saúde é universal, precisa o estado investir em levá-los para esses locais remotos, mas principalmente fixá-los.

Essa é uma dificuldade que não é somente dos profissionais de saúde do Brasil. A distribuição, também em outros países - e eu vou citar aqui o exemplo de um país, o Canadá, que tem assistência universal e pública de saúde -, aqui, nesse gráfico, como vocês podem ver na linha de cor verde clara, é parecida com a do Brasil; a verde mais na cor militar é parecida com a do Brasil; e, nas outras, em vermelho, ali não tem nada; nas áreas ali, com um verde mais escuro, tem menos do que no Brasil. E isso naquela época, lá em 2013. Então, essa é uma realidade de países de grandes dimensões, a distribuição heterogênea. E cabe a cada país ver a forma de levar assistência a esses locais mais remotos.

No Programa Mais Médicos, uma das estratégias - e aqui vocês veem, ao lado esquerdo, o que foi apresentado ontem - era interiorização dos cursos de graduação e residências médicas que se constituem medidas estruturantes para a fixação do profissional. E aí a gente questiona, fixação por quê? Ele vai formar naquela região, mas existe aí um risco nesse investimento, porque os estudantes não vão encontrar a estrutura de saúde e campos de estágio em locais muito remotos. E não é só formar por formar, não é o que a gente quer, precisa ter qualidade, precisa ter campo de estágio. Botar num lugar muito remoto um curso não se garante que terá a estrutura de saúde necessária. É difícil, se já não tem médico, você vai encontrar corpo docente para ensinar nesses locais? É outro problema. Não garantem a qualidade do curso, por conta dessas dificuldades e principalmente não garantem a fixação dos egressos.

Você pode botar o curso no local mais remoto, que acontece a migração médica. Isso aqui é entre estados, migração entre estados, não é nem entre municípios. Este foi um levantamento do CFM, de 2018 a 2020, 23% dos médicos formados nos diversos estados não chegam nem a ser registrados no estado, ele já se registra em outro estado; 6% são registrados antes de completar um ano. Então, 30% já sai no primeiro ano para outro estado, quem dirá em relação ao município. Em município remoto, ele se forma e vai trabalhar em um lugar onde tem mais condições.

Por exemplo, São Paulo formou, nesse período, 12 mil médicos e recebeu 16 mil inscritos. São Paulo não tem necessidade, do ponto de vista numérico, de mais médicos e vão para lá mais de 4 mil médicos a mais do que formados. Então o que é importante é questionar o seguinte: o que foi feito para atrair médicos e fixar em locais remotos? Não é só formar, não é só trazer, é fixar. E o que foi feito também para implantar serviços de saúde nos vazios assistenciais para garantir campo de estágio, para garantir assistência ao paciente naquele local?

Nos hospitais em locais remotos, as taxas de ocupação que a gente vê, hospitais do SUS sempre cheios, mas chega a 25%, 75% de leitos vazios, porque não tem resolutividade. Outro ponto essencial para interiorizar assistência é o serviço de saúde.

Aqui um outro aspecto que foi abordado ontem é a questão da comparação entre número de egressos dos cursos de saúde; então, aqui 32 mil vagas foram autorizadas, em 2022, e o número de residência médica permaneceu mais ou menos estável. E aí vem a questão: está faltando vaga de residência médica? A gente vai ver aqui no canto inferior direito uma afirmação que foi dita na apresentação de ontem...

(Soa a campanha.)

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - ... dois personagens centrais que devem ser reconhecidos e valorizados: os jovens médicos que desejam atuar na atenção primária do SUS.

É verdade, muitos jovens médicos querem atuar na atenção primária do SUS, mas aqui, em contrapartida, os programas de residência médica em medicina da família têm 65% de vagas ociosas. Imaginem dois terços das vagas não são ocupadas e é porque o médico não quer fazer a residência? Por que ele não quer? Porque não tem uma carreira, não tem uma

perspectiva de trabalhar a longo prazo naquela carreira; então, a maioria das vagas está ociosa, embora tenha aumentado muito o número de médicos, ainda continua sobrando vaga, porque a maioria dos médicos não quer fazer uma carreira, investir em uma carreira que não tem futuro.

(Soa a campanha.)

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - E aqui vocês veem, no ano passado, foram 7 mil vagas autorizadas, e ocupadas apenas 2,5 mil, o que reflete a dificuldade de atrair para essa situação.

Existe a narrativa - ontem foi descrita - de que mais de 6 mil equipes não têm médicos na atenção básica, e é verdade. Entretanto, havia 15 mil médicos aprovados no Médicos pelo Brasil com CRM, brasileiros, aprovados e querendo trabalhar, que não foram chamados. Essa realidade precisa ser dita: existem médicos querendo trabalhar, mas num programa que tenha carreira, que tenha futuro. A pessoa se mudar para um local remoto - mudar a família, fazer investimento, comprar casa - com uma perspectiva de no máximo três anos, quatro anos de duração?! Isso não parece justo com qualquer trabalhador que vá para um local remoto mudando o seu estilo de vida.

Por fim, aqui a gente vê a formação também com tutores médicos contratados. O Médicos pelo Brasil tinha tutores médicos contratados, mais de 500 já concursados. E é uma carreira de longo prazo, com possibilidade, inclusive, de migração, depois, como a de um juiz, que vai para um lugar remoto e depois migra para uma cidade maior, mantendo aquela carreira e todo aquele investimento para que ele tenha futuro.

E aqui quero exemplificar um dado: a questão do que ocorreu com o Programa Mais Médicos entre 2018 e 2019. Aqui, em azul, eram os cooperados da Opas - cubanos na maioria - que saíram em 2018. Se vocês forem ver, foram substituídos por médicos, em verde, que são médicos com CRM brasileiro. Então, não fizeram falta naquele momento. E, em 2022, quando caiu ali o número de médicos, foi porque foram substituídos por médicos com a carreira mais estável, que é a do Médicos pelo Brasil. Aqueles 12 mil não significam a falta de médicos; é a substituição da forma de contratação, porque preferiram fazer através do Médicos pelo Brasil.

Só para finalizar - já mostrei esse dado aí -, quanto à taxa de desistência, é claro, o médico com CRM do Brasil desiste mais, porque ele tem oportunidades outras, e é um emprego temporário o do Mais Médicos, e, então, eles acabam mudando. Os cooperados e os intercambistas não podem trabalhar no Brasil sem CRM e, por isso, não desistem de trabalhar no Mais Médicos.

E, por fim, aqui, há a questão da realidade do novo Mais Médicos. Aqui, a gente viu questões que a gente considera absurdas. Por exemplo, passam de três para quatro anos: continua sendo temporário. O estímulo à prova de títulos: como é que você vai fazer uma prova de títulos, e o supervisor será profissional da área da saúde, não médico? Vai ser supervisionado por outros profissionais? A gente precisa modificar isso na medida provisória; o supervisor tem que ser médico. Ele vai fazer uma pós-graduação com a supervisão de não médicos? Então, isso é essencial. A questão de dizer que um descanso remunerado é um incentivo: seria até imoral dizer que não vai dar descanso remunerado para as pessoas que estão fazendo isso. E a média da remuneração é outro aspecto que se precisa modificar na medida provisória: a média da remuneração pode chegar a R\$15 mil com indenização para áreas de difícil provimento. Agora, o que é que consta na medida provisória? O número de vagas e o valor da indenização serão estabelecidos em ato do Ministro da Saúde. Então, não há remuneração garantida. O Ministro da Saúde vai botar no orçamento ou não. Ele pode dizer: "Ah, este ano, só vamos ter para cinco pessoas, em 5 mil".

E, para finalizar, aqui, há a avaliação de egressos e formados no exterior. Este é um ponto crucial para o Conselho Federal de Medicina: o médico com CRM, o médico que tenha a avaliação de sua qualidade. E aqui a gente mostra para os senhores, que são representantes do povo, o que é que existe, como é que pensa o cidadão. O CFM fez essas pesquisas com o Datafolha, e 91% dos entrevistados dizem que o estudante de Medicina brasileiro deve fazer uma prova antes de ser habilitado. Então, o exame de egressos é uma vontade do povo brasileiro - 91%. E, quanto aos formados no exterior, coincidentemente, é o mesmo número: 91%. Então, não é nada contra essas pessoas formadas no exterior, mas é a vontade do cidadão brasileiro que sejam avaliados aqueles formados no Brasil e também aqueles formados no exterior. Então, a nosso ver, não cabe a contratação de médicos sem revalidação do diploma.

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

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - E, quanto ao ensino médico, é só para chamar a atenção - e aí fico à disposição para questões - o que está lá no art. 2º: "estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no [...] [Brasil]".

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Doutor, precisamos concluir.

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - E a gente espera que isso seja também discutido, porque a gente precisa de critérios objetivos para a formação médica no Brasil, porque é possível... Com as regras atuais do Ministério da Saúde, sem o chamamento da lei do Mais Médicos, praticamente todos os cursos têm sido aprovados, porque as vagas são autorizadas sem um instrumento objetivo. Diz-se assim: "corpo docente adequado". O que é adequado? Precisa ter pós-graduação, precisa ter especialização? Não é dito. Precisa ter "campo de estágio adequado". O que é campo de estágio adequado? Não está - e precisa estar - na medida provisória a quantidade. Quantos leitos precisa um estudante de Medicina atender? Quantos pacientes ele precisa atender? Isso precisa estar, de alguma forma, estabelecido na medida provisória, porque a gente tem visto abrirem-se cursos em locais remotos, e o estudante, infelizmente, não tem pacientes para atender, tem de viajar centenas de quilômetros - no interior da Bahia, que é o meu estado, eu vejo -, 300km, 400km para fazer estágio em locais onde há estrutura de saúde.

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

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Dr. Julio, pelo Conselho Federal de Medicina.

Quero novamente pedir aos nossos convidados que se atentem a esse tempo de dez minutos. A gente, logicamente, está dando um pouco mais de possibilidade. O CFM é muito importante ser ouvido.

Queria chamar, para fazer uso da palavra, o Sr. Hêider Aurélio Pinto, Docente da Universidade Federal da Bahia.

E, também antes - só um minutinho, por favor -, quero dizer que as inscrições dos nossos Parlamentares já podem ser feitas aqui. A nossa assessoria já pode coletar essas inscrições, por favor. Obrigado.

O SR. HÊIDER AURÉLIO PINTO (Para expor.) - Boa tarde a todos e a todas.

Queria cumprimentar todos e todas presentes na pessoa da nossa Senadora e do nosso Deputado, nossos anfitriões.

Quero comentar que sou da base aqui do nosso Presidente da Abem, da UFBA, da Bahia, junto com o Conselho Regional de Medicina da Bahia; e Felipe - prazer em revê-lo, Felipe.

São dez minutos. Então, vou poder falar só de dez pontos aqui para tentar me atentar ao tempo, olhando ali para frente.

Acho que a primeira questão que eu vejo...

Eu sou médico; sou Professor na Universidade Federal da Bahia, na área de Medicina Social; sou Professor também - estou saindo agora este mês - da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Professor em Medicina de Família e Comunidade; e o meu doutorado foi sobre o Programa Mais Médicos. Então, além de professor, eu sou pesquisador. O Solla sabe disso, não é, Solla? Já fizemos vários debates juntos, e a gente debate há muito tempo essa questão relacionada ao provimento e à fixação no país.

Eu acho que a primeira questão muito importante de a gente observar é que há uma retomada, nesta medida provisória, de alguns elementos, algumas dimensões do Programa Mais Médicos que foram abandonados nos últimos governos. O Programa Mais Médicos nasceu com três eixos, e a lei do Programa Mais Médicos é muito melhor do que a medida provisória - o Programa Mais Médicos de 2013. Então, teve um importante trabalho, nas duas Casas Legislativas, de qualificação da lei. E o programa, que saiu praticamente com um eixo só, no Congresso, ganhou mais dois eixos e passou a ter três. Esse é o primeiro elemento para o qual eu quero chamar a atenção.

Não está na medida provisória, mas um eixo importante é o eixo infraestrutura. Na lei de 2013, tinha um prazo de cinco anos para melhorar a infraestrutura das unidades básicas. Isso aqui não é só construção de novas unidades, como em um programa - não é, Solla? - importante que foi feito na Bahia e em vários outros estados, mas também é porque a gente precisa de salas para poder receber estudantes; a gente precisa ter uma unidade com equipamentos, para não obrigar a pessoa a ir para a UPA quando ela só precisa, por exemplo, tomar um soro na observação, quando ela precisa tirar um lipoma, tirar uma unha encravada. Isso pode ser feito na unidade básica de saúde. Não dá para fazer a pessoa ficar demorando cinco horas, seis horas, sete horas em uma UPA, porque todos os outros pacientes têm problemas mais graves do que esses problemas. Então, essa era a primeira coisa para a qual eu queria chamar a atenção.

Uma segunda é em relação ao eixo provimento. Eu acho que tinham várias críticas em relação ao eixo provimento, e de maneira interessante a medida provisória avança. Então, há a garantia dos direitos, mais claramente. O meu colega do Conselho Federal de Medicina apontou, reforçou a importância de garantir os direitos previstos, como o direito à licença-maternidade. Então, esses elementos são importantes. Uma coisa que se criticava bastante no Programa Mais Médicos era em relação à fixação dos profissionais. Diferentemente da primeira versão, nessa versão, tem incentivos à fixação. Nós tínhamos, mesmo antes do programa, problemas no Brasil em que a maior parte dos médicos ou 50% dos médicos ficavam menos de um ano na mesma equipe de saúde da família. Então, se a gente aponta para quatro anos, com possibilidade de

renovação por mais quatro anos, ainda que não seja um vínculo de fixação permanente, isso aumenta em muito a média observada no país. Então, acho que têm que ser aplaudidas as medidas para aumentar a fixação.

A outra questão que eu acho importante - e que é o cabeçalho, inclusive, da medida provisória - é essa articulação maior entre as ações de provimento com as ações de formação, seja a especialização *lato sensu*, seja a especialização *stricto sensu*. Nós lançamos junto com a Abem o ProfSaúde. O ProfSaúde foi importante. Na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, em Santo Antônio de Jesus, que foi uma universidade aberta após o Programa Mais Médicos, nós estamos agora tendo os primeiros professores que são egressos do curso. Eles não só foram para lá ou são da região. Então, é uma faculdade que forma pessoas, Deputado, que são da própria região. E a ideia é você formar as pessoas da região para elas se formarem como médicas e cuidarem da sua própria gente. Além de esses alunos e essas alunas lá da região estarem se formando agora, eles fizeram residência na própria Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, o que mostra que é um acerto combinar a residência médica com a graduação. Você fixa mais os profissionais, você garante futuramente campo de prática para os estudantes do internato. E, agora, esses primeiros estudantes formados lá já começam a ser os professores, fazendo mestrado, justamente para você ter um professor que não só é dedicado à formação, mas também à pesquisa. Então, quero também apontar que é um outro avanço na medida provisória quando há essa articulação do provimento do ensino-serviço com medidas de especialização.

Quero destacar que tem um dispositivo na lei original, de 2013, o qual é importante para se fazer o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil. Nós hoje temos muitos instrumentos que são importantes, e cada um tem sua explicação, mas eles são desarticulados. O MEC tem os dados da residência, o MEC tem os dados da graduação, o Conselho Federal de Medicina tem os dados de todos os médicos com registro no país, a AMB tem os dados dos especialistas com titulação, a Comissão Nacional de Residência Médica, de quem faz residência, mas esses dados não se conversam. Então, se eu quero saber a quantidade de oftalmologistas no Brasil, eu posso ter dados que variam de 5 mil a 20 mil. Não dá para fazer um planejamento de saúde no país se nós não temos dados confiáveis, que juntem as informações. Então, eu quero reforçar que isso é muito importante, até para fazer este debate. Qual o debate que nós vamos fazer sobre a quantidade de médicos que tem no Brasil, onde se precisa, onde não se precisa, tem excesso, onde não pode mais ter abertura, onde tem falta, com as medidas para garantir o acesso para poder haver a fixação, se nós não temos a junção dessas informações? Então, eu quero reforçar isso. Isso é um elemento fundamental, que é trazer a perspectiva novamente do Cadastro Nacional de Especialistas, para que a sociedade civil e o Estado consigam planejar a força de trabalho em médio e longo prazo.

Nós temos uma situação no país... Eu concordo que é muito importante que a gente entenda e analise: é verdade que o Brasil continua tendo menos médicos do que a média da OCDE e é verdade que é o Brasil tem mais médicos do que a Bolívia, mas menos médicos proporcionalmente do que o Uruguai e a Argentina. Qual é a quantidade de médicos de que o Brasil precisa? Então, acho que esse é um debate importante.

O que não pode é não ter a regulamentação para a abertura de escolas. Até 2016, foram abertas 7,5 mil, 8 mil pelo menos, de acordo com os dados com que eu trabalhei na minha tese em relação à quantidade de vagas de graduação. A meta era de 11,5 mil. O que aconteceu depois, quando, no Governo Temer, foi decretada a moratória, foi um processo brutal de judicialização, em que imperou a lógica de mercado. Escolas foram abertas onde tinha mercado para pagar vagas. Foi isso que aconteceu. Grande parte dessas vagas aconteceu em escolas que já existiam em capitais, e hoje nós temos um completo desgoverno, em que o que foi construído no Congresso de regulamentação para abertura de escolas foi burlado e desmontado nesse último período. O resultado é que, até 2016, antes da moratória, havia 7,5 mil novas vagas, e hoje nós temos números que chegam próximos de 20 mil vagas, além daquela quantidade de vagas que se tinha em 2013. Então, nós temos um descontrole, e isso é uma questão fundamental, que tem que estar sob a atenção do Congresso.

(Soa a campanha.)

O SR. HÊIDER AURÉLIO PINTO - Outro elemento importante é esse a que eu estava chamando a atenção: a residência, articular sempre a graduação com a residência, seja para poder dar atenção a essa questão que o meu colega do Conselho Federal de Medicina falou, da importância de a gente articular estratégias de fixação, porque isso fixa mais, seja para a gente poder melhorar a graduação, com mais qualidade. É muito diferente quando eu tenho um aluno do internato, os dois últimos anos do curso, e ele está numa unidade básica de saúde que não tem residência e quando ele está em uma unidade básica de saúde com residência. Eu posso dar o exemplo em duas unidades que estão, por exemplo, no Nordeste, em Amaralina, em Salvador, onde uma, a Sabino Silva, por exemplo, tem residência e é o lugar para onde os estudantes querem ir, porque lá tem vários residentes fazendo medicina de família e comunidade. Mesmo que eles não queiram fazer medicina de família, eles aprendem bastante e consideram uma das áreas, um dos momentos mais importantes da formação deles como médicos.

Por fim, querendo chamar a atenção para elementos fundamentais de qualidade, eu acho que nós temos que observar...

(*Soa a campanha.*)

O SR. HÊIDER AURÉLIO PINTO - A lei apontava para a perspectiva da universalização da residência médica. É muito importante que a gente tenha o número de vagas de residência que seja o número de vagas de egressos da graduação. É muito importante que a gente unifique os mecanismos para identificar qual é a quantidade de médicos especialistas que precisamos formar.

O debate não é só a quantidade de médicos no país, o debate é: qual é a quantidade de médicos, de qual especialidade, para qual região do país, formados para que tipo de necessidade? Para fazer isso, a gente precisa unificar esses dados e retomar o que foi tirado da legislação, no Governo Temer e no Governo Bolsonaro, com relação aos instrumentos para fazer cumprir a lei no que diz respeito às diretrizes curriculares, o Coapes (Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde), para poder ter o mínimo de isonomia e equidade nos campos de prática, por sinal, as escolas privadas acabam contratando os campos de prática. As universidades públicas têm que levar os estudantes para fora da cidade, ou para os municípios vizinhos.

E, como o meu tempo está terminando, a última questão, que eu quero chamar a atenção, é a seguinte. Eu acho que é muito importante que a gente avalie as escolas para ter qualidade e que a gente avalie também os estudantes. Agora, o que, desde a época em que eu era liderança no movimento estudantil, eu acho que é injusto é a gente fazer uma prova, no final do curso, e virar para aquela família e para aquela pessoa que estudou seis anos, e dizer para ela o seguinte: "Olha, eu - Estado - acabei de fazer uma avaliação com você, e agora você não vai poder exercer a Medicina. Infelizmente, pagando ou não pagando, você agora não tem mais uma faculdade, se vire, porque você é um profissional que não pode exercer a profissão". Isso não é justo com a população brasileira, que tem necessidade de cuidados em saúde, não é justo com essa pessoa e nem com a família.

Na lei anterior, foi retirado, nos Governos Temer e Bolsonaro, tinha uma avaliação seriada, que foi inspirada na avaliação da Associação Brasileira de Educação Médica, que avaliava o estudante no segundo ano, no quarto ano e no sexto ano, porque, se esse estudante, no segundo ano e no quarto ano tivesse problemas, a responsabilidade era da escola também, e a escola tinha que criar medidas de qualificação e de mitigação.

Então, penso que qualquer processo de avaliação que seja voltado para o estudante, precisa pensar, ao longo da formação, e a gente tem que trabalhar com medidas que não coloquem a responsabilidade no estudante, por uma função que o Estado tem, que é garantir escolas de qualidade, e nem penalize o usuário do Sistema Único de Saúde, que, mesmo depois de seis anos de investimento público na formação, vai ficar sem o médico para atender naquela região.

É isso.

Muito obrigado.

Estou aí para o debate na sequência.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado Dr. Hêider Aurélio Pinto, docente da Universidade Federal da Bahia.

Chamamos agora, para o uso da palavra, por dez minutos, o Sr. Sandro Schreiber de Oliveira, Diretor-Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica.

O SR. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA (Para expor.) - Muito boa tarde, Deputado Dorinaldo e Senadora Zenaide, nas pessoas de quem a Abem agradece o convite para estar aqui nesta audiência, que trata de temas muito importantes para a sociedade brasileira, de modo geral, e, obviamente, com o foco da Associação Brasileira de Educação Médica, que já é uma associação sexagenária, agora. A nossa fundação é datada de agosto de 1962 e a gente hoje reúne quase todas as escolas médicas brasileiras, quase trezentas... (*Pausa.*)

E essa pausa não é porque eu esqueço, é para salientar algo que já chamou a atenção com relação a vários outros dados. Também esse dado é difícil de saber: Afinal de contas, exatamente quantas escolas estão em funcionamento? Mas são 347, 365, ou quiçá, 388, que é o que o e-MEC nos traz.

Seja como for, 80% pelo menos dessas escolas são por nós representadas e vários milhares de docentes e discentes de Medicina que fazem parte da nossa associação ao longo dos anos. Isso para marcar um pouquinho a atuação histórica da Abem. A gente considerou importante ocupar dois minutos da fala, considerando que não somos, a maior parte de nós, médicos e provavelmente não conhecemos a Abem muito de perto, tivemos aí ao longo desses 60 anos uma atuação muito importante em diversos momentos históricos. Lá no projeto Cinaem, que fez, talvez, um primeiro grande movimento de avaliação de escolas médicas, culminou na publicação das primeiras diretrizes curriculares para Medicina. A Abem foi

uma das entidades protagonistas junto com o CFM e outras entidades, mas a Abem esteve muito à frente desse movimento da implantação das primeiras diretrizes curriculares, isso já no final do século passado.

O teste de progresso, que também desde o começo deste século a Abem realiza, também já foi citado e eu vou voltar a esse tema.

Importantes discussões com toda a comunidade em nossos congressos, que são anuais em todas as regiões do país e o congresso brasileiro.

E, mais recentemente, durante a pandemia de covid-19, quando todas as áreas obviamente da nossa sociedade, em especial o ensino médico e o ensino como um todo, foram muito afetadas, a Abem teve um papel muito importante na discussão e no balizamento de como manter minimamente a qualidade do ensino médico naqueles dois anos desastrosos em todos os campos da nossa sociedade, mas também no ensino médico.

E nos últimos seis ou quatro anos especialmente, integrando a Frente pela Vida, na perspectiva de preservar conquistas sociais e científicas da nossa sociedade.

Olhando, então, um pouco para o foco da medida provisória - o meu passador não passa bem. Será que eu devo apontar para lá? *(Pausa.)*

Não. *(Pausa.)*

Pelo menos não sou só eu, viu?

Agora, foi para trás. Está ruim, não é? Você passa para mim lá, então? *(Pausa.)*

Bom, então, o próximo, depois deste.

Então, o próximo.

Aí. Bom, então, olhando, então, especificamente para a questão da medida provisória, talvez a primeira questão a olhar é o mérito de modo geral do Programa Mais Médicos.

E a pergunta que me parece de base - todos voltam a esse tema - é: o Brasil precisa de mais médicos do que tem hoje? Eu sou epidemiologista de formação. Portanto, um sujeito que justamente lida com a pesquisa quantitativa e trabalha com números.

Números são ótimos, excelentes e indispensáveis para avaliação e para o cotidiano da nossa gestão. No entanto, números são números. E a gente pode... os epidemiologistas costumam falar muito isso: números são facilmente torturáveis e, portanto, dizem aquilo que o seu torturador desejar que eles digam.

Então, para além dos números a gente efetivamente... Todos os dados que foram ditos aqui são verdadeiros, ninguém disse um número falso aqui. A média de médicos no Brasil, a média de médicos nos países da OCDE, que temos um pouquinho mais do que o Canadá etc. Tudo isso são números verdadeiros, ninguém está aqui duvidando desses números, são esses mesmos. Agora, a grande questão é o Brasil? De quantos médicos o Brasil precisa? O Brasil tem o maior sistema universal de saúde do mundo. Não é comparável ao Canadá, tampouco à Inglaterra, do ponto de vista do seu tamanho, muito menos da sua riqueza.

Às vezes a gente compara: "comparado a países pobres, o Brasil tem mais médicos; comparado à Europa, o Brasil tem a metade". Aí eu me pergunto, e acho que temos todos, Srs. Parlamentares, que nos perguntar: os determinantes sociais não são impactantes do processo de adoecimento da população? Com isso, eu quero que a gente reflita sobre a seguinte pergunta: países pobres precisam de mais médicos proporcionalmente a países ricos, ou menos médicos?

Eu não tenho nenhuma dúvida de que países pobres precisam de muito mais médicos, proporcionalmente, do que países ricos, porque os determinantes sociais fazem, infelizmente, a população adoecer mais, e, portanto, precisa de mais gente que cuide delas. Eu também não sei a resposta de quantos médicos precisamos - se são três, se são quatro, se são cinco. Eu não sei. Tenho certeza de que ninguém nessa mesa sabe, nem mesmo o Hêider, que estudou profundamente o assunto. Temos dificuldade de dizer. Agora, temos a certeza de que precisamos considerar buscar esse número com base na nossa realidade. Não há sistema de saúde no mundo comparável ao SUS. Há também uma dualidade público/privado, que são suplementares, ou complementares, de acordo com a nossa Constituição, que faz precisarmos de médicos que atendem dois sistemas que sim, são um só, mas também são dois, sob alguns aspectos, e que muitas vezes se misturam, e, portanto, isso tem que ser pensado de maneira diferente e separada. A maior parte desses médicos trabalha no serviço privado, que atende só 30% das pessoas; a menor parte, no público, que atende 70% das pessoas. Precisamos olhar e destrinchar esses números.

A própria realidade - que não é brasileira, é mundial - da hiperespecialização da medicina nos traz uma série de avanços científicos, e ninguém aqui é contrário à especialização da medicina, mas há que se levar em conta que isso aumenta a

necessidade de médicos, porque eu tenho médicos cada vez mais especializados em pequenas partes do corpo, doenças muito específicas, situações muito específicas - e repito, isso é muito bom cientificamente, no entanto isso significa que precisamos de mais médicos. E sem contar as desigualdades, que foram muito marcadas aqui.

E aqui esse gráfico, que é um desses que certamente vocês já viram muitas vezes, aponta para isso. Quando a gente olha em roxo ali nas capitais, a gente tem números bons, eu diria, *grosso modo*. Só que se a gente olha para o azulzinho claro, são as regiões metropolitanas. Aí são números horrorosos, números péssimos. Bom, mas então eu parto de um pressuposto meio óbvio: os médicos da região da capital são os mesmos que estão atendendo na região metropolitana. Então, se a gente fizer uma média muito simplista, somar e dividir por dois, fica ruim o número, mesmo os das capitais, se a gente somar com os das regiões metropolitanas. E se for do interior, não tem nenhum interior acima de dois, pelo menos só o do Sudeste e o do Sul, e mesmo assim, dois e um pouquinho.

Com isso, quero dizer que o programa se justifica. Sem entrar no mérito se temos que chegar a três, a quatro ou a cinco, ou se o número que está é bom, mas não há dúvida de que esse mérito o programa ataca. E é muito importante que ataque em diversas frentes: no provimento, na formação e na organização dos serviços.

(*Soa a campanha.*)

O SR. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA - Por favor, o próximo.

De modo geral, talvez esses sejam os principais avanços que a gente identifica com relação à lei original: uma ampliação na oferta formativa, e aí a questão da especialização na saúde da família é muito relevante. Também há a ideia de que esse programa possa e deva atuar na formação de docentes e preceptores.

E talvez essa possa ser uma ampliação ainda possível, já que não está fechado no programa a oferta de especialização em saúde da família e também em outros, de modo geral.

A manutenção da regulamentação de parâmetros de expansão e abertura de vagas, que é fundamental, que não modifica, mas nos dá a oportunidade de trazer à tona e voltar a discutir isso.

Aumenta o tempo de permanência e incrementa incentivos à interiorização. São importantes.

O próximo.

O único ponto que a gente aponta que gostaria de discutir um pouco melhor, o Julio já trouxe isso, é a supervisão exercida por profissional de saúde, não necessariamente pelo médico. Também gostaríamos de discutir um pouco mais isso. Ainda que compreendamos sob alguma ótica, a perspectiva da inclusão de outros profissionais, parece-nos que a supervisão médica é essencial para a manutenção da qualidade do programa.

O próximo.

Bom, eu vou falar um pouquinho do eixo de formação, que não é objeto, de grandes modificações por parte desta medida provisória, mas é a oportunidade de dizermos o que já disse, que isso foi esquecido nos últimos anos e que precisamos retomar fortemente isso.

Ainda ontem eu estava numa reunião no MEC e a notícia que eu tive ontem... A última notícia, anterior à reunião de ontem, que eu tinha, era de 120 processos. Ontem, me disseram que são 208, Julio. São 208 processos para a abertura de novos cursos de Medicina. Foi a informação, informal claro, que obtive ontem. Sejam cem ou sejam 200, mesmo que sejam apenas cem, isso é um número assustador.

E não é assustador... Eu não estou me contradizendo: "Não, só um pouquinho, Sandro, você acabou de dizer que o Brasil precisa de médicos?". Sem dúvida, mas precisamos de médicos com critérios adequados na sua formação. E, certamente, não é abrindo 206 cursos por medidas judiciais que a gente vai obter isso. Isso é muito importante.

Então, a apreciação dessas centenas de processos judiciais precisa ser feita com base em critérios muito robustos e adequados. Portanto, a rediscussão dos critérios de qualidade é urgente e que as escolas e os estudantes sejam avaliados de maneira efetiva.

Estou tentando de novo, mas não deu certo ainda.

Você passa o próximo para mim? Não funcionou de novo aqui. (*Pausa.*)

Bom, esses critérios, precisam ser discutidos amplamente com a sociedade e é preciso ampliar para outros cenários de prática. A gente insiste muito em hospital, em leitos... Sim, isso é muito importante; mas isso não é tudo, e eu diria que não é sequer o principal. Há muitos outros cenários de prática que precisam estar nesses critérios, que frequentemente não estão e que precisam ser discutidos.

E o papel, que para mim é indelegável, do Estado, nesse processo de avaliação. É o MEC, através do Inep, que precisa fazer a avaliação dos cursos de Medicina; não são outras entidades ou outros organismos que precisam fazer essa avaliação.

Outras entidades têm outros interesses, e é legítimo que os tenham, e não podem ser elas a avaliarem cursos de Medicina, com vistas à sua abertura, expansão ou retração, seja como for.

Próximo, por favor.

Como avaliar o estudante? O Hêider salientou isso. E aí vai um apelo nosso aos Srs. Parlamentares com relação à forma de avaliação. Não há dúvida de que o exame seriado é capaz de afetar a qualidade do ensino médico. Esse exame seriado precisa ser anterior à conclusão do curso. Exames após a conclusão não modificam a qualidade da formação. É muito simples a gente olhar para a experiência dos cursos de Direito no Brasil.

Será que o exame da OAB modificou a qualidade dos cursos de Direito no Brasil?

(Soa a campanha.)

O SR. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA - Modificou o ingresso de advogados no mercado de trabalho, mas não a qualidade da formação. E o nosso foco é qualidade de formação. Precisamos ter profissionais bem formados.

O próximo.

Então, está aí o teste de progresso, que a gente faz há muitos anos, e a gente tem duas experiências grandes. A gente o faz todos os anos, em experiências regionalizadas. Em 2015 e em 2021, fizemos duas experiências nacionais. Em 2015, avaliamos 50 mil estudantes, ou melhor, avaliamos 25 mil estudantes, e, em 2021, 50 mil estudantes.

O próximo, por favor.

Isso aqui é o resultado - o mais simples deles - dessa avaliação de 2015, portanto, já 8 anos atrás. Os estudantes do 1º ano começaram com um aproveitamento em torno dos 30%, 32% no curso de Medicina. Terminaram, especificamente em 2015, com 61%.

Às vezes, a gente pode ver lá "só 61%". A Holanda, a Inglaterra, a França, vários países do mundo têm iniciativas semelhantes, isso não é invenção brasileira. Os números são exatamente esses em todo o mundo, para que a gente não se assuste, pensando "é muito pouco". Esses são os números no mundo inteiro. Então, não são um problema esses números, eles estão de acordo com os números mundiais.

Em 2021 - o próximo, por favor -, vejam: 1º ano, 32,21%; 6º ano, 62,14%. Esses são praticamente os mesmos números, os de 2015 e os de 2021, em que já houve esse processo, e, com isso, eu quero apenas dizer - e é claro que esse é apenas um indicador de qualidade, ele não é definitivo, não é o mais importante, mas é um deles - que a gente não tem, aparentemente, a partir desta análise, uma queda de qualidade de 2015 para 2021.

Então, a gente também precisa ter um pouco de cuidado, isso sem, obviamente, desprezar que uma expansão desenfreada e sem critérios como a que a gente está na iminência de ter obviamente é danosa para o ensino médio e, portanto, para a sociedade como um todo.

Acho que só tenho mais um eslaide.

Bom, é o mesmo número, só que por áreas da medicina, mostrando a mesma evolução.

Eu posso passar, por favor, para ficar na última, a da síntese das medidas mais urgentes.

Na nossa perspectiva, não temos muita dúvida de que esta medida provisória precisa ser aprovada, na perspectiva de garantir os avanços que ela traz à sociedade do Brasil, mas, sobretudo, precisamos retomar com urgência - com a mesma urgência - a abertura de editais para expansão, seja de cursos novos, seja de vagas, a partir de perspectivas orientadas pelo Estado brasileiro.

Precisamos apreciar esses processos, esses 208 que estão abertos, com base em critérios robustos - e esses critérios precisam ser revistos.

Houve, em algum momento de 2013 até aqui, instrumentos bastante bons e específicos para a medicina, que foram derrubados, no meio do processo, num determinado momento, e passaram a instrumentos genéricos. Instrumentos genéricos não servem para avaliar cursos de Medicina. Precisamos de instrumentos específicos e isso precisa ser construído com urgência, e os processos que aí estão precisam ser avaliados sob essa ótica, sob pena de não atendermos os objetivos que temos todos, de cuidar da população brasileira.

Aplicar processos de avaliação que impactem na qualidade. E, daí, reitero o apelo de que precisamos de um exame seriado antes de entregar o diploma. Depois de entregar o diploma, o que temos é residência médica em áreas prioritárias e regulada, também, pelo Estado.

A ociosidade de vagas é determinada pelo desejo de cada médico, e também determinada pela incoerência dos números ou pela inconsistência dos números. Boa parte dos números de vagas de residência em medicina de família e comunidade

nem sequer é ofertada, portanto não dá bem para chamar de vaga ociosa. A minha universidade, por exemplo, tem 30 vagas autorizadas e só oferece 15 - e preenche as 15 -, o que significa que, talvez, se oferecesse as 30, preencheria as 30. Então, não são exatamente a mesma coisa vaga ociosa e as pessoas não estarem interessadas, ainda que, sim, em muitos locais, sobre vaga para medicina de família e comunidade, isso é bem verdade.

Mas, por fim, o que quero dizer é que precisamos regular isso melhor, é importante...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Para concluir, Presidente.

O SR. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA - ... que as vagas sejam universais na perspectiva de que o Estado possa, um pouco, influenciar. Que tipo de profissionais a gente precisa? É médico de família? É psiquiatra? É oftalmologista? O Estado precisa determinar e, para isso, claro, o Heider já chamou atenção, precisamos de dados precisos.

Acho que eram essas as considerações que pude fazer, talvez em 15 ou 16. Eu peço desculpas, então, mas agradeço, novamente. Estamos aí para contribuir em outros momentos.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Sandro Schreiber, Diretor-Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica.

Convidamos, para fazer uso da palavra, a Sra. Maria Cristina Sette de Lima, Consultora do Conasems, que participará de maneira remota.

A SRA. MARIA CRISTINA SETTE DE LIMA (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde a todos os senhores e as senhoras.

Uma pergunta clássica de remoto: Os senhores me ouvem? (*Pausa.*)

Sim. Então, muito obrigada. Eu quero agradecer a possibilidade da participação remota e, em nome do nosso Presidente do Conasems, Wilames Freire, da nossa Diretoria, e do nosso Secretário Executivo, Mauro Junqueira, a gente agradece a possibilidade e o convite para a gente conversar.

Também gostaria de cumprimentar o Presidente, o Deputado Dorinaldo Malafaia; a Senadora Zenaide Maia, que também, pelo que eu ouvi, já foi Secretária Municipal de Saúde; e o Deputado Federal Jorge Solla, um companheiro de Secretaria Municipal de Saúde e do Conasems há duas décadas.

Então, eu vou pedir que o grupo de apoio coloque a apresentação e também peço que vocês me avisem sobre a questão do tempo, para que eu não o ultrapasse.

Pode passar à segunda, que tem o mapa do Brasil pelo Google Earth.

A gente representa uma instituição, o Conasems, que é uma instituição muito complexa. Ela representa 5.570 municípios.

Próximo, por favor.

Nesses 5.570 municípios, nós temos uma diversidade gigantesca. A gente, na década de 1960, tinha 2.865 municípios. Em 2013, passamos a 5.570, com a maior diversidade possível: população, área territorial - tudo isso já foi colocado, tanto na reunião de ontem, como na de hoje -, densidade demográfica, taxa de urbanização, tipologia rural e urbana.

A gente tem municípios com diferentes hierarquias de influência: municípios que são metrópoles; São Paulo, que é a única cidade global do país; capitais regionais; centros sub-regionais, ou seja, uma diversidade imensa.

Do ponto de vista do SUS, a gente se organizou, ao longo de décadas, cumprindo o princípio da regionalização, em 457 Regiões de Saúde e 119 macrorregiões. Essa informação é importante porque tem uma regra para essa constituição, o Decreto 7.508, que coloca a possibilidade de resolutividade da Região de Saúde para que ela seja constituída como tal.

A gente também tem toda uma diversidade dos índices que são internacionalmente e nacionalmente usados - o IDH, o de vulnerabilidade social, prosperidade - e também do ponto de vista econômico e, fortemente, dos indicadores de educação e saúde.

Próximo, por favor.

Isso já foi falado. A gente tem uma diferença de IDH gigantesca. A gente olha muito para as Regiões Norte e Nordeste, mas, se a gente desagregar os dados nas Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste - porque aqui o mapa reflete a média da capital -, se a gente desagregar, a gente vai ver também que existe, nas grandes cidades, como São Paulo, que é uma cidade global, dificuldade de fixação de médico em algumas áreas da cidade, sim.

Próximo.

Já foi colocado também que a gente tem...

Acho que o próximo está passando para vocês, né? (*Pausa.*)

Acho que sim.

Por favor, eu quero falar só agora da localização e distribuição da população no país, que é esse mapa que está com esse azulzinho mais claro, verde claro e tal, que mostra a concentração da população, e esse a seguir...

O próximo, por favor.

Esse mostra essa grande marca em azul, que é a densidade demográfica, como já foi colocado por vários que se apresentaram.

Então, a densidade demográfica, quando a gente olha a população por território, traz reflexões importantes para esta reunião, porque nós temos municípios com mais de 100 mil quilômetros quadrados. Aí, você pensa da seguinte forma: a sede do município tem capacidade até de fixação de médico. E o restante daquele território? Maués, no Amazonas, tem mais de 50 mil quilômetros quadrados, aliás, mais de 90 mil, tem cinquenta e poucos mil habitantes, 15 mil na zona urbana e 35 mil na zona rural. Esses 35 mil habitantes da zona rural de Maués estão distribuídos em 116 comunidades ribeirinhas.

Então, tudo isso importa para a discussão de provimento e fixação profissional.

Próximo, por favor.

Esse aqui é bem lúdico. Por isso que eu estou bem atenta ao tempo. Isto aqui é um mapa do Google Earth também que mostra, noturnamente, como é a ocupação do território brasileiro.

Próximo.

E essa ocupação - eu estou repetindo o que muitos colocaram, mas com o olhar do Conasems -, a gente tem, e isto é muito importante na discussão do provimento e fixação, a diferença do porte da população e da capacidade de fixação e provimento.

Então, nós temos, no país, 4.389 municípios que tem menos... Perdão, são 4.388. Esqueci de corrigir. Acho que aí já está 4.388. São municípios com menos de 30 mil habitantes. Isso corresponde a 78% do número total de municípios, mas que concentram 22% da população brasileira. Os de médio porte - essa classificação é muito usada por muitos - são 856 municípios que têm entre 30 mil e 100 mil habitantes. São 15% dos municípios brasileiros e concentram 20% da população. E temos os municípios de grande porte, que são 326, 6% do total de municípios, arredondando, e são 123 milhões de habitantes, ou seja, 58% da população.

Próximo.

Isso a gente está fazendo na média dos municípios, porque, se a gente considerar as exceções ou as distâncias, porque eu nem fiz mediana, não cabia, ficaria muito extenso, a gente tem Serra da Saudade, Borá, Araguainha e Engenho Velho com menos de mil habitantes.

Com menos de 5 mil habitantes, dos 5.570, são 1.250 municípios no país, todos com base na estimativa de 2021.

E com mais de 500 mil habitantes, 48 municípios.

Próximo, por favor.

E, como já foi colocado por todos os que me antecederam, eu só quis fazer aqui, enquanto Conasems, mostrando o número de médicos ativos. Este dado é do CFM; a consulta foi em 2 de novembro do ano passado. Então, a gente tem, no Norte, uma população de 18,9 milhões de habitantes, 19 milhões de habitantes, 8% da população e 4,6% do total de médicos ativos. E assim vai.

As duas únicas regiões que têm, proporcionalmente, mais médicos ativos do que a proporção de população são as Regiões Sudeste e Sul.

Próximo, por favor.

E aí, colocado isso, é por isto que o Conasems apoia todas as medidas, programas e iniciativas de provimento que foram colocadas pelo Governo Federal ao longo dos anos. Então, a gente apoiou, em 2001, o Pits, o Programa de Interiorização do Trabalho; apoiamos o Provab, em 2011; em 2013, o Mais Médicos; em 2019, o Médicos pelo Brasil; e, agora em 2023, também apoiamos a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do Programa Mais Médicos. Nós não apoiamos um ou outro, nós apoiamos todos os programas que possam favorecer o acesso da população a serviços de Atenção Básica e ao Sistema Único de Saúde, isso é muito importante.

Próximo.

E aqui eu queria colocar algumas informações a mais, que são dos nossos painéis - eu já estou quase concluindo - e essas informações estão disponíveis aos senhores, basta colocar no Google "Conasems painéis". Nós desenvolvemos ao longo dos anos, nossa equipe técnica - muito obrigada ao Diogo Demarchi, aos estagiários e a toda a equipe de assessoria que nos ajudou nessa preparação... Então, aqui eu me refiro somente à equipe de Saúde da Família 40 horas. É por isso que tem alguma discrepância com os dados que foram apresentados pelo Ministério da Saúde, porque aqui estão só as equipes 40 horas. Dessas equipes 40 horas no país, porque hoje há cadastradas pelos municípios sem o cofinanciamento ou com o cofinanciamento do Ministério da Saúde, aqui são todas as equipes que nós municípios cadastraram no Cnes. Então, são 51.573 equipes, com 3.910 equipes destas sem médicos - equipes Saúde da Família 40 horas, não estou falando de todas as outras, tá? E aí, quando a gente olha o percentual de equipes que estão sem médicos, claramente é maior na Região Norte, depois na Região Sudeste, o que é uma coisa interessante de ser observada, porque essas informações são de ontem, depois Sul, Nordeste e Centro-Oeste. E aqui está a descrição por estado - óbvio que eu não vou ter tempo de me aprofundar, eu tenho mais um minuto e pouco, mas a apresentação vai ficar disponível.

Próximo, por favor.

E, além dessas equipes de Saúde da Família que nós citamos agora, nós temos também muitas outras equipes de Atenção Básica. Então, temos as equipes 40 horas, que eu já coloquei, as equipes de saúde bucal, que estão na estratégia Saúde da Família ou de Atenção Básica, mas também temos equipes de Atenção Primária, de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, da Atenção Domiciliar, Atenção Primária Prisional, as equipes que são especializadas em consultório de rua e de saúde indígena.

Próximo, por favor.

Então, tudo isso mostra a necessidade de a gente discutir provimento e fixação.

Os dois próximos eslaides são só um minuto de propaganda sobre os painéis de apoio, podem ser passados rapidamente. Pode ir para o último.

E, com ele, eu peço licença para voltar à apresentação... para interromper a apresentação. Acho que já está na última, não é isso? E me permitam fazer um comentário só, para finalizar. Como membro da Comissão Nacional de Residência Médica, representando o Conasems, eu convivo todo mês, há alguns anos - e sou muito grata ao Conasems por essa oportunidade, já que eu também, além de consultora, sou médica sanitária e professora da Universidade de Pernambuco, na área de saúde coletiva; sou professora já há alguns anos, tenho 35 anos de formada... Então me permita, Dr. Julio, observar o seguinte. Fala-se na relação médicos por habitante. Essa relação é muito importante, mas ela tem que ser articulada com o perfil dos indicadores, como o Dr. Sandro falou, e também com o perfil e a oferta que faz o sistema de saúde. Se a gente tiver um sistema de saúde universal, é lógico que a necessidade de médicos é maior, como é o caso brasileiro. E também, se a gente tiver um perfil muito complexo, como o nosso... Nós temos crianças que ainda morrem de tétano, nós temos crianças que estão sujeitas ao risco da volta da poliomielite. Essa necessidade o Japão não tem, já superou; um município do Reino Unido não precisa de um médico para isso, mas no Brasil a gente precisa. O nosso perfil é muito complexo, é um dos mais complexos do mundo do ponto de vista da carga de doenças associadas. Isso significa que a discussão só baseada na relação médico por habitantes não é suficiente para dar conta da necessidade de saúde do país.

Eu quero finalizar agradecendo enquanto Conasems e convidando os senhores e as senhoras novamente para que, se possível, estejam conosco no nosso congresso - nós realizamos um congresso anual -, no nosso 13º Congresso, que vai ser de 16 a 19 de julho no Município de Goiânia. O congresso passado foi em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e nós reunimos cerca de 7 mil participantes. A expectativa para este é 12 mil, e uma das nossas grandes discussões vai ser a questão do provimento e fixação também nesse mundo complexo que envolve MEC, SUS, entidades médicas, os 156 milhões de eleitores brasileiros e os 213 milhões de habitantes do país.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Dra. Maria Cristina, representando o Conasems. Parabéns pela apresentação.

Dando continuidade, chamamos o último palestrante, o Diretor de Programa da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Felipe Proença.

O SR. FELIPE PROENÇA (Para expor.) - Muito boa tarde a todas e a todos!

Cumprimento o Presidente da Comissão, Deputado Dorinaldo, a Senadora Zenaide e todas as Deputadas e Deputados e Senadores presentes, bem como todos os colegas que estão participando desta audiência.

Na condição não só de gestor da atenção primária à saúde, mas também de médico de família e comunidade e professor do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, queria apresentar a discussão dessa medida provisória enquanto uma grande estratégia nacional de formação de especialistas.

A gente pode fazer um balanço, e acho que esta mesa já conseguiu trazer dados bem importantes do papel do Mais Médicos. O que o que essa medida provisória agora agrega é exatamente essa perspectiva de formação de especialistas. É por isso que a gente precisa sempre estar olhando do ponto de vista das evidências científicas.

Estamos de acordo que há uma má distribuição de profissionais. Isso não é só no Brasil, é em todos os países do mundo. Entendemos que precisamos discutir qual é a necessidade de médicos, mas, de fato, pela Organização Mundial de Saúde, não há um parâmetro de médicos por mil habitantes que precisa ser seguido. No entanto, quando a gente olha as recomendações da Organização Mundial de Saúde, principalmente o que é colocado do ponto de vista de provimento e fixação de profissionais para as áreas remotas?

Primeira questão: essas políticas públicas têm que pensar na necessidade de saúde da população. Acho que esse tem que ser o balizador, acho que isso tem que orientar todas as ações e discussões que a gente está fazendo.

Segundo ponto que a Organização Mundial de Saúde coloca: a gente precisa pensar em estratégias variadas, tem que combinar a questão da formação, que é fundamental, mas tem que combinar ações regulatórias, como pensar quais são os critérios para curso de medicina, tem que combinar as questões de suporte pessoal e profissional, inclusive pensando em profissionais tidos como mais isolados, em áreas mais remotas, e tem que combinar incentivos. E é nesse sentido que eu gostaria de colocar a Medida Provisória nº 1.165 como uma grande iniciativa que dialoga com essas evidências científicas internacionais porque ela também olha para a situação de outros países. Então vejam, quando a gente olha o quantitativo de médicos formados no exterior, em diferentes países, eles são bem superiores aos do Brasil, e esses países também têm estratégias de atração, de avaliação, de formação e de inserção de médicos formados no exterior, a exemplo da Austrália, que tem o registro limitado para prática supervisionada, num modelo muito semelhante ao modelo do Programa Mais Médicos no Brasil; há o exemplo dos Estados Unidos, que têm isenção de requisitos de residência e incentivam médicos formados no exterior para áreas rurais; há o exemplo do Reino Unido, que tem 32% de médicos graduados no exterior; e há o exemplo do Canadá, que tem um grande incentivo para atuação desses profissionais nas áreas rurais. É nesse sentido que a gente dialoga com iniciativas que têm uma diversidade de ações, iniciativas que falam, por exemplo, da formação de especialistas para a atenção primária. Essa é uma característica que o Mais Médicos traz desde o seu início, quase nos seus dez anos de desenvolvimento, porque dialoga com provimento, uma necessidade emergencial da população, e a gente vai ver que, ao longo do tempo, o provimento caiu, e é por isso que a gente precisa voltar a falar em emergência de termos médicos nas equipes de Saúde da Família, mas dialoga fortemente com a formação.

É uma pena, como já foi colocado aqui pela mesa, que alguns dispositivos presentes na Lei 12.871 que dialogavam com a formação acabaram sendo descaracterizados, como um pleito histórico das diversas entidades, movimentos médicos, que diz respeito à universalização da residência médica, a possibilidade de ter uma vaga de residência para cada egresso, ou seja, a possibilidade de cada egresso de curso de Medicina ter uma estratégia de formação. O Mais Médicos, no seu início, teve uma estratégia bem importante de incentivo para estruturação das unidades básicas de saúde, que foi abandonada nos últimos anos. Nesse sentido a gente tem essa característica no Mais Médicos, entendendo que há uma prioridade fortemente para médicos brasileiros formados, que concluíram seu curso de graduação, que tenham o registro aqui no Brasil. Essa é uma característica desde a aprovação da lei que segue no programa, por isso que é importante ver os dados efetivos de como tem sido a participação desses profissionais e as etapas para diversificar, conforme a recomendação da Organização Mundial de Saúde de diversificar a possibilidade de inserção dos profissionais. É nessa diversidade que o programa atingiu em 2015 esse número tão expressivo.

Coloco esse mapa em que os municípios com a coloração mais escura são os municípios em que todos os médicos são do Programa Mais Médicos naquele período, para a gente entender em que momento está o provimento atual e entender que ter política pública que olha para a necessidade de saúde da população tem esse efeito, como, por exemplo, houve, de 2013 a 2015, quando a maior proporção de crescimento de médicos a cada mil habitantes foi em cidades com menos de 100 mil habitantes. É exatamente essa coluna laranja do gráfico, que demonstra que o incentivo da política pública consegue ter efeitos sobre a questão de distribuição de profissionais. À medida que os princípios dessa política pública não são mais efetivados, a gente passa a observar que volta a acontecer uma concentração, como a gente vê nos estudos mais recentes, a exemplo do Demografia Médica, de médicos, não só do Mais Médicos, mas de todos os profissionais do país.

Então, em termos do programa, o que a gente pode observar de resultados? Cai o número de internações, demonstrando a importância de reforçar a atenção primária, isso consegue fazer com que tenha uma resolutividade maior. Vejam que em alguns municípios caiu em até 12% o número de internações. Isso tem um impacto importante não só na vida das pessoas, que não precisam ser hospitalizadas, mas também do ponto de vista de uma economia para o sistema de saúde. E

dados fundamentais, que demonstram que o programa ao longo desses anos, com essa colocação, a inserção de diferentes profissionais, traz resultados. Vejam, em alguns municípios, o Mais Médicos chegou e a reduzir em 25% a taxa de mortalidade infantil. O que se observa em 2018 e 2019? Mortalidade infantil aumentou mais nos municípios que perderam esses profissionais. Daí a importância de termos essa medida provisória e voltarmos a reforçar programas como o Mais Médicos e seguirmos dialogando com todas as iniciativas de provimento, que são fundamentais.

Já se falou bastante da formação médica. Gostaria de destacar um dos dados que diz respeito a efeito do Programa Mais Médicos quando havia o mecanismo regulatório ao invés da moratória, que foi decretada em 2017. Em 2015, passou a ter mais vagas de cursos de Medicina no interior do país do que nas capitais. Isso é efeito de política pública. Isso precisa ser retomado enquanto estratégia de regulação.

Outra questão. O Mais Médicos chegou a aproximar o número de vagas de residência para quem quisesse ingressar com o número de vagas de egressos dos cursos de Medicina. O que a gente observa nos últimos anos? Um número muito pequeno, insuficiente, não chegou a ter ampliação de vagas de bolsas de residência no Ministério da Saúde no ano passado, por exemplo. E a distância entre egressos do curso de Medicina e vagas de ingresso direto na residência médica aumentou. E é por isso que a gente precisa aprofundar esse debate sobre a formação.

E aí, o colega Julio já poupou alguns eslaides, na medida em que ele utilizou a apresentação da Saps. Eu só gostaria de reforçar o que significa esse eslaide. Em azul estão médicos participantes de programas de provimento, médicos do Mais Médicos e do Médicos pelo Brasil ao longo dos últimos dez anos e do Provab também.

Então, a coluna em azul é a participação de médicos com registro no Brasil. E houve um incentivo, ao longo de todas essas políticas públicas, para a participação desse profissional e novamente há, mas notem. Na coluna em vermelho, é o número de brasileiros formados no exterior. É um número que aumenta principalmente nos anos de 2019, 2020 e 2021.

Então, esse dispositivo de ingresso de profissionais com registro médico provisório e limitado àquele município onde ele vai atuar, porque a gente sabe que o exercício pleno da medicina pode levar de novo a uma concentração desses profissionais, é um dispositivo, é uma estratégia que foi utilizada ao longo de todo o programa.

E em verde, na coluna, é a participação de médicos estrangeiros. Então, o que cresce ao longo do tempo, somando os dois programas e com o efeito do Mais Médicos também, é a inserção de médicos com registro no Brasil, mas também de médicos brasileiros formados no exterior, como está previsto há quase dez anos na Lei 12.871.

Então, para finalizar, gostaria de trazer alguns dados também para que seja possível esse debate sobre as estratégias de provimento. Entendemos que todas são necessárias. Estratégias diversificadas são necessárias, mas precisamos avaliar também a repercussão do Programa Médicos pelo Brasil, que foi lançado em 2019, mas que só passou...

(Soa a campanha.)

O SR. FELIPE PROENÇO - ... a ter ingresso de médicos em 2022, quase três anos depois do lançamento do programa.

Talvez isso ajude a explicar por que, ao olharmos hoje o mapa do Médicos pelo Brasil, encontramos essa distribuição dos municípios brasileiros. E, ao olharmos o que ainda seguiu de provimento através do Programa Mais Médicos, a gente vê essa distribuição importante no Norte, Nordeste e nas fronteiras do Brasil, nas áreas de vulnerabilidade. Exatamente pelo Programa Mais Médicos dialogar com essa questão de diversidade de estratégias.

E aqui, deixe-me ver se volta um pouquinho o eslaide. Aqui é a nossa expectativa, a partir do momento em que tem uma confirmação de que 99% dos municípios têm interesse na retomada desse Programa Mais Médicos. Vejam como reforça em diversas localidades essas vagas que estão chegando, principalmente, no Norte e no Nordeste, mas também nas periferias de grandes cidades. Em todas as regiões do país onde há necessidade de profissionais, há a presença do Programa Mais Médicos.

E há preocupação também do ponto de vista do Programa Médicos pelo Brasil, porque há uma inserção de profissionais, há uma manifestação de interesse desses profissionais, mas os dados nos demonstram o que com relação ao programa? Que 686 municípios que se inscreveram, dos cerca de 1,9 mil municípios, não tiveram a totalidade de vagas completadas. Então, precisa haver esse casamento entre a participação de profissionais e a necessidade dos municípios, da população e das unidades básicas de saúde.

Então, 1.040 municípios tiveram vagas disponíveis e não foram ocupadas na sua totalidade, isso aconteceu também com os distritos indígenas, e a gente sabe da necessidade desses distritos com relação a provimento de profissionais, e, além disso, por mais que houvesse alguns profissionais interessados em determinadas vagas, tiveram vagas em mais de 230 municípios que foram devolvidas do Médicos pelo Brasil para o Ministério da Saúde para que ele pudesse ofertar no Programa Mais Médicos.

Isso demonstra que é importante seguir com a estratégia do Médicos pelo Brasil e temos todo o apoio para os profissionais que estão no programa, apesar de todas as observações que a gente fez com relação ao funcionamento da agência, que está sob supervisão, mas a gente precisa de diversas estratégias de provimento. E é nesse sentido que o Mais Médicos já tem uma comprovação científica dos seus resultados e tem essa possibilidade interessante, reforçada pela demanda colocada pelos municípios, de conseguir prover esses profissionais. Mas, mais que prover - e agora eu começo a chegar, de fato, no final da apresentação, considerando o tempo -, prover com o apoio, com a formação, com o olhar de um supervisor e de um tutor, com o apoio dos estados e dos municípios em Comissões de Coordenação Estadual que fazem a coordenação e a governança do programa e que conseguem, portanto, identificar quais são as necessidades de formação do médico para que ele passe a ser um especialista a ser submetido à prova de título e, com isso, ele reforce essa formação que é a pauta tão importante que estamos discutindo hoje.

Portanto, os incentivos presentes na Medida Provisória nº 1.165, que a gente traz para este debate, são exatamente tanto de fortalecer a formação, quanto de que os médicos possam ter um período maior de fixação, possam ter incentivos para isso e, no momento em que os médicos permanecem quatro anos nos municípios atuando na Atenção Primária à Saúde, que eles tenham a possibilidade de realizar a prova de títulos, como bem discutido ontem, com a presença da Associação Médica Brasileira, conforme o panorama apresentado pela associação e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Portanto, o Mais Médicos é esse grande programa de formação, e a medida provisória possibilita ampliar as formações, ter uma especialização, questões clínicas do ponto de vista da medicina de família e comunidade. Tenho mestrado, eu sou professor de programas de pós-graduação em saúde da família, e a gente sabe a importância que o mestrado traz, inclusive, na produção de projetos de intervenção para melhorar a atenção primária. Então, isso está dentro de um grande esforço para a melhoria da Atenção Primária à Saúde e, portanto, essa permanência, por mais tempo, do profissional também auxilia fortemente nesse caminho.

Então, para esse debate da ocupação de vagas da residência de medicina de família e comunidade, tem o incentivo para os médicos que cursarem a residência e que tiveram financiamento estudantil ao longo da graduação, exatamente para que tenham apoio para o abatimento da dívida. A gente entende que isso fortemente vai trazer um número maior de especialistas de medicina de família e comunidade. Vamos ampliar fortemente a estratégia nacional para a formação de preceptores, tanto para graduação quanto para residência. Esses exemplos que o professor Hêider trouxe de quem fez a formação num curso e foi trabalhar no interior, e alguém que fez o mestrado e que agora é docente de um curso de Medicina que foi aberto no interior certamente são exemplos que vão ser cada vez mais frequentes, caso seja aprovada essa medida provisória, e isso passa, portanto, no fortalecimento da governança.

Precisamos desse programa que traga estratégias diversificadas de atuação, que dialogue com as melhores evidências científicas, que mantenha as demais iniciativas, mas que incorpore não só os dispositivos mais diversificados do Mais Médicos, mas fortemente esse componente de formação que o programa traz.

Inicialmente, eu queria apresentar isso e me colocar à disposição para o debate.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado. Mais uma vez, agradeço ao Dr. Felipe Proença.

Informo que esta audiência é pública, está sendo transmitida ao vivo e é aberta à participação dos interessados por meio do Portal e-Cidadania na internet, no *site* senado.leg.br/ecidadania, ou pelo telefone da Ouvidoria: 0800 0612211.

Vamos dar continuidade agora com a palavra aos Parlamentares.

A primeira inscrita é a nossa Relatora, a Senadora Zenaide Maia.

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

Eu já quero, aqui, agradecer à minha colega Parlamentar, a Deputada Adriana Ventura - obrigada, Adriana -, e ao Deputado Geraldo Resende, pois nós temos uma história de quando... Ele é um grande defensor da saúde pública e do SUS. Quero agradecer ao Deputado Sidney Leite; ao Deputado Jorge Solla, colega também - a maioria aqui foram meus colegas Deputados Federais -; ao Deputado Dr. Francisco; ao colega também Dr. Hiran; ao Deputado Ismael Alexandrino... Eu falei (*Falha no áudio*)... agradeço ao Deputado Samuel Viana.

Passam para mim, gente, não é porque é um privilégio, é porque, como eu sou a Relatora, têm que me enriquecer para poder ter um relatório bastante interessante.

Eu queria aqui dizer o seguinte: o que a gente está fazendo aqui é dar visibilidade à população brasileira de que o Parlamento junto às instituições que aqui estão se preocupam, sim, com a saúde do seu povo.

Eu queria aqui já... Primeiro, o Conselheiro, Dr. Julio Cesar, com importantíssimas falas, que mostram para o povo brasileiro que realmente nós estamos preocupados com que esse SUS maravilhoso que salva vidas. Durante a pandemia, se mostrou a importância do Sistema Único de Saúde, como foi falado aqui.

O Hêider Aurélio, docente da Universidade Federal da Bahia, nos deu uma aula sobre a importância da academia, das universidades, junto ao Mais Médicos. Eu sempre disse: eu sou médica da universidade. Isso fez com que as universidades se aproximassem mais da população, porque todos que conhecem... Esse é um campo aberto para estágio, para ver o paciente...

Dr. Sandro Schreiber, eu lhe dizia que, quando eu estudei português, me diziam o seguinte: nomes próprios a gente pronuncia do jeito que está escrito. Então, eu tinha pacientes para cuja mãe eu dizia: "mixael" Jackson. Ela dizia: "Não, Dra. Zenaide, é Michael Jackson". Aí eu dizia: não, é "mixael" Jackson. E ela: "Se eu soubesse, não teria botado esse nome". *(Risos.)*

Sandro, você mostrou algo importantíssimo. Este país continental tem as diferenças básicas, e é importante a gente mostrar os outros países, mas a gente tem um diferencial grande, porque cada região - está aqui o Dr. Hiran - tem sua singularidade. E é necessário que se veja.

Maria Cristina Sette de Lima, não tinha dúvida, Maria Cristina, de que, como você representa os municípios... E é nos municípios onde as pessoas nascem, vivem e morrem. Aqui, para nós, pode ser um número, mas, no município, é aquele gestor ou aquele Parlamentar que está lá que... Quando a mãe chega, ela não quer saber de números, ela diz assim: "Doutor, por favor, salve a vida do meu filho". Então, é essa a diferença. Aqui, muitas vezes, no Parlamento brasileiro, a gente lida... É claro que estatística é importante, mas essa estatística tem que ter um olhar por trás, porque aquilo que a gente está discutindo aqui é vida.

Mílton Arruda Martins... Mílton não veio, não é?

Falando pelo que eu ouvi aqui, que é bastante enriquecedor, eu quero agradecer a cada um. Gente, vocês têm ideia do que é uma audiência pública com pessoas extremamente qualificadas e com um objetivo em comum?!

Tem algo aqui com que todos concordam: que se faz necessário, sim, a presença de médicos em cidades distantes deste país.

Outra coisa com que se concorda: a saúde primária é o que faz prevenção, é o que salva vidas. Esses países que foram mostrados aqui, como Canadá e Inglaterra, avaliam a qualidade da saúde do seu povo pelo menor número de pessoas que chegam à alta complexidade - todos que são colegas médicos aqui sabem. E essa saúde primária que está sendo proposta aqui... A gente sabe que é quem faz o pré-natal, evitando que quantidades imensas de crianças precisem de leito de UTI neonatal, o que a gente vê; é quem vacina, gente; é quem salva vida; é quem faz busca ativa de tuberculose... E essas equipes têm o privilégio de ter agente de endemia - e todos que são médicos sabem que uma parte da medicina que não é fácil é a epidemiologia - e de ter um agente comunitário de saúde. Então, com isso, a gente concorda.

Outra coisa é que precisamos, sim, de ter um olhar diferenciado para a formação dos médicos. A gente não vai questionar... Nós não estamos falando aqui que é médico de tal renda e médico que não é... O que nós estamos discutindo aí é ter médico ou não ter médico. Quem faz o Hiperdia? Porque todos os estados têm brasileiros e brasileiras implorando por uma amputação de um membro, pois não tiveram acesso, no seu município, pelo menos à prescrição para cuidar da sua hipertensão e da sua diabetes. Então, isso me orgulha, isso a gente tem em comum.

Foi dito, inclusive, por todos os conselhos aqui, por todos os que estão aqui, os colegas médicos: eles reconhecem a dificuldade de fixar os médicos nessas áreas que são vulneráveis, o que tem que ter incentivo. Aqui a gente já vê.

A gente está aqui para discutir. A gente tem um projeto de lei, mas estamos olhando todas as propostas dos colegas. Por isso, eu digo: pense num prazer, vocês me enriqueceram e me lembraram de quando eu era médica. Eu sou infectologista, como ele, e da universidade.

Digo o seguinte: precisamos, sim, ampliar a assistência primária para ver se, a curto, médio e longo prazos, nós não vamos ter tantos bebês... Uma coisa para a qual eu queria chamar a atenção é para o pré-natal. Estou com uma informação aqui de um professor de infectologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ele disse que, só em 2021, nós tivemos mais de 27 mil casos de sífilis congênita, diagnosticados já num processo avançado. Só no Rio de Janeiro, nesse mesmo ano, tivemos 188 bebês que morreram de sífilis congênita. Isso só prova que precisamos, sim, ter um olhar diferenciado para a saúde de homens e mulheres.

Eu digo aqui ao Brasil que está nos assistindo: este Congresso e eles que representam as instituições deste país se preocupam, sim, com a saúde do seu povo e sabem que isso é responsabilidade do Estado brasileiro. É por isso que eu digo: nós vamos lutar por mais recursos para a saúde. Sem recursos, a gente não melhora as condições de trabalho

dos nossos médicos e de todos os profissionais; sem recursos, a gente não tem como melhorar e aumentar o número de supervisores, de preceptores... Então, não tem aqui nenhum de vocês convidados e nenhum Parlamentar que não estejam, sim, preocupados com a saúde primária e com toda a saúde. Vamos fazer este alicerce que é a primária e vamos ver se a gente chega com menos gente precisando, sem crianças morrendo de sífilis, com o perigo do retorno das doenças que a gente já não tinha mais.

Muita obrigada, mais uma vez.

Eu só ia fazer uma pergunta, mas foram todos tão esclarecedores... Eu queria dizer assim... Quais são os principais desafios das universidades, que as universidades enfrentam, para oferecer uma formação médica de qualidade, especialmente considerando a necessidade de preparar médicos para atender em áreas de difícil acesso e com alta demanda por serviços de saúde? E dois: como as universidades e instituições de ensino estão se adaptando para oferecer uma formação médica que esteja alinhada com as necessidades atuais da saúde pública do Brasil, incluindo a preparação de médicos para o Programa Mais Médicos?

Vocês estão me ajudando muito, colegas.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Agradeço, mais uma vez, à nossa Relatora, a Senadora Zenaide.

Vamos aqui para uma lista de intervenções dos Parlamentares.

Estão inscritos o Deputado Jorge Solla, que é nosso Relator Revisor, e, em seguida, o Deputado Geraldo Resende.

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA) - Obrigado...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Vamos estabelecer... Vou passar a lista para todo mundo aqui logo. Depois, são o Deputado Ismael Alexandrino, a Deputada Ana Pimentel e o Deputado Samuel Viana, que estão inscritos até agora.

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA) - Obrigado, Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - O.k. Vamos garantir, Deputado Solla, cinco minutos...

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA) - Está ótimo.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - ... como teto?

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA) - Está ótimo. Tranquilo.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Está bom? Muito obrigado.

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA. Para interpelar.) - Eu vou parabenizar todos os participantes. Alguns são companheiros, amigos de longa data, não só os baianos, mas também a nossa amiga Cristina Sette e o Felipe. Só o Sandro que tive o prazer de conhecê-lo agora aqui. São profissionais que já têm um acúmulo, uma trajetória de dedicação e que, com certeza, contribuíram bastante para o nosso debate aqui.

Eu queria trazer alguns pontos até para polemizar um pouquinho, aproveitar mais a contribuição de vocês.

Um primeiro debate que eu acho que é interessante é sobre essa questão de qual é o vetor mais importante para a fixação, a atração do profissional. Eu acho que não é a graduação mesmo. Eu acho que é a residência. É na residência que os profissionais não só já vão se direcionar para determinada área de atuação, como vão interagir com os colegas nos serviços, vão interagir com os profissionais mais experientes, sendo eles preceptores ou não. E isso termina... Então, nós não podemos tratar a questão da residência médica como algo secundário. Muito pelo contrário.

E, para minha surpresa... Eu tive algumas surpresas desde ontem, porque alguns números, Relatora companheira Zenaide, nossa colega, com quem tive o prazer de compartilhar aqui a Câmara, por quatro anos, com sua brilhante atuação, e que agora está aqui no Senado, nós tentamos, nos últimos anos, receber do MEC, Sandro, e eles não eram fornecidos. Vários dos números que vimos ontem aqui, apresentados pelo Ministério da Saúde e pelo MEC, estavam engavetados nos últimos quatro anos especialmente. A gente não tinha acesso a essas informações. Então, por exemplo, em 2016, o Ofício Circular nº 16, praticamente, definiu que não seriam financiadas novas bolsas de residência médica nas universidades federais. Você sabia disso, Zenaide? Desde 2016, foi feita uma política de se congelarem as vagas de graduação médica nas universidades federais e de não se financiarem novas bolsas de residência médica. Não é por acaso que os números mostram isso. A gente vinha aproximando o número de vagas de residência do das vagas de graduação, e, depois, isso despencou. Não só não acompanhou o crescimento da graduação, como reduziram, em números absolutos, as vagas oferecidas. Então, esse é um aspecto também que a gente precisa... Pelo menos, talvez, seja interessante uma recomendação desse nosso

trabalho para o MEC para que seja revogada essa decisão, porque, pelo que me consta, até hoje, ela ainda está prosperando. Além disso, obviamente, há medidas que foram tomadas também nesses últimos anos para fechar residências, fechar vagas existentes anteriormente. Houve, em algumas especialidades, uma ação deliberada para tentar reduzir o número de vagas de residência médica em vários lugares, via descredenciamento na CNRM. Então, acho que esse é outro aspecto importante em que a gente precisa trabalhar.

Tem algumas coisas que ficaram muito claras, mais do que nunca. Vamos pegar essa questão da abertura de novos cursos. Aí, Julio, permita-me discordar uma coisa que você comentou. Cursos em locais remotos, abertura de cursos em locais remotos. Os locais que eu sei que foram abertos os cursos de Medicina pelos editais do Mais Médicos, nenhum deles é remoto. Barreiras é um polo regional do maior centro agropecuário da região. Matopiba inteira, não é? Eunápolis não é local remoto. Alagoinhas não é local remoto. Jequié, não, não entrou nessa...

(Soa a campanha.)

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA) - Itabuna... Nós temos... Eu não conheço nenhum local remoto que abriu curso de Medicina.

Agora, o problema... E eu queria ouvir a posição do CFM, porque eu não ouvi até hoje o CFM. Eu vi o CFM sempre criticar pesadamente os editais do Mais Médicos que estabeleciam que não podia abrir curso onde estivesse um a 100km, que estabeleciam o número de vagas. Na sua apresentação, você deixou bem claro isso. Você tem que ter uma relação entre o número de vagas e leitos hospitalares.

Os editais do Mais Médicos estabeleciam isso claramente e o CFM sempre criticou os editais do Mais Médicos de abertura de novos cursos. No entanto, foram abertas sete mil e poucas vagas pelos editais do Mais Médicos e depois, com a chamada moratória, que foi tão divulgada, com a moratória foram abertas 15 mil vagas. E sabe onde foram abertas essas 15 mil vagas? Nas grandes cidades que já tinham cursos, porque o setor privado não quer ir abrir num polo regional que esteja distante da capital, não. Eles querem e estão abrindo vagas nas...

(Soa a campanha.)

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA) - ... capitais e nos grandes polos regionais - na Bahia, Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista. É aí que o setor privado quer, porque eles querem ganhar dinheiro. Eles não querem oferecer...

Então lá não é porque lá tem mais hospitais ou tem mais professores, é porque eles querem ganhar dinheiro. Então, eles têm que botar onde tem mais interessados que possam pagar R\$10 mil por mês, R\$12 mil por mês, num curso privado.

Então, eu acho que - gostaria de fazer essa sugestão - nós precisamos também recomendar ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação que medidas urgentes - urgentes - sejam tomadas que não foram tomadas no Governo passado, muito pelo contrário, parece que houve um conluio claro entre o Ministério da Educação e o processo de judicialização para aberturas em larga escala de faculdades, em abertura em larga escala de vagas no setor privado.

Congelou nas públicas, não usou mais os critérios estabelecidos nos editais do Mais Médicos e com isso a judicialização levou a um processo completamente desqualificado.

Então, eu queria ouvir a opinião do CFM e também da Aben acerca dessa situação.

Eu só discordo de uma coisinha, Senador, eu acho que não precisa de uma avaliação criteriosa, acho que tinha que passar uma régua nisso aí. O Governo tinha que dar uma resposta para derrubar todos os processos judicializados, porque eles foram conquistados...

É uma coisa importante que eu já chequei: a moratória acabou, a lei do Mais Médico na parte de formação está vigente, nunca foi revogada. Então, nós podemos soltar o edital a qualquer momento. Nós podemos, usando dessa lei que está vigente, derrubar todos esses processos que foram judicializados. E, para isso, claro, vai ser importante o apoio do CFM junto ao MEC e ao Ministério da Saúde, numa ação coordenada. Construir editais na linha que foram construídos anteriormente eu acho que são aspectos importantes.

Já falei da ampliação de vaga de residência médica. A gente precisa também criar a possibilidade.

Bom, eu acho que esses eram os pontos... ah, só para concluir, infraestrutura.

O discurso infraestrutura não se sustenta mais. Foram 35 mil postos de saúde construídos no período em que vigorou o Programa Mais Médicos - 35 mil postos de saúde! Ainda precisa? Precisa. Mas quem construiu 35 pode construir mais 10, mais 15, mais 20, a hora é essa! É de se aproveitar o novo PAC que vai ter aí e sugerir também ao Ministério da Saúde que faça uma abertura orçamentária e uma nova linha para abrir unidades.

Eu fui recentemente, Zenaide - há coisas que a gente tem que divulgar -, no primeiro quilombo, na primeira área quilombola registrada no Brasil, no interior da Bahia. Fica a 60km da sede urbana do município, lá no oeste do estado. Quando cheguei lá vi: posto de saúde, todos os consultórios informatizados, médico, odontólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, consultório odontológico. Quer dizer, isso já mostra, o *upgrade* que a gente teve na rede. Claro que nós tivemos uma penalidade aí nos últimos anos. Desde 2016, depois do golpe, tudo desceu ladeira abaixo, mas eu acho que o investimento que foi feito foi importante, balizou um pouco a qualidade da rede. E é hora de a gente retomar também não só a abertura de novas vagas em residência médica, ampliação, estímulo à ampliação, mas também um programa de infraestrutura é importante.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Deputado Jorge Solla.

Deputado Geraldo Resende e, depois, o Deputado Ismael Alexandrino. Serão cinco minutinhos, vamos tentar ser precisos.

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS. Para discursar.) - Eu também acompanhei atentamente a exposição de todos e confesso que, na grande maioria, parece-me que o diagnóstico está estabelecido, falta a terapêutica adequada, o tratamento adequado.

Discordo de algumas colocações e aqui eu quero dizer ao Dr. Sandro que, quando ele disse que com a inserção de novos 208 cursos nós podemos ter um descalabro, eu acho que o descalabro já aconteceu com essa avalanche, com esse *boom* de abertura de escolas que aconteceu nos últimos 12 anos, quando nós tivemos mais abertura de escolas do que em todo o século passado e sem qualquer critério. Abriram-se escolas de Medicina em locais que não ofertavam condições, e a gente vê hoje as suas debilidades.

E, diante disso, eu gostaria de perguntar ao representante do CFM o que o CFM está fazendo para avaliar a qualidade dessas instituições de ensino no Brasil e qual é a forma, qual é a proposta dele para contribuir para a inserção de bons médicos no mercado e garantir um cuidado melhor à saúde do povo brasileiro.

E, ao mesmo tempo, quais são os parâmetros qualitativos e quantitativos definidos pelo CFM para a abertura de novos cursos ou aumento de vagas nos cursos já existentes? Ou seja, de que forma a gente pode penalizar, colocar sanções administrativas aos cursos em desconformidade ao adequado processo ensino/aprendizado em Medicina? Porque nós estamos assistindo a essa abertura desenfreada, a formação de médicos que vão atuar, já que uma grande parcela deles, já que não existem vagas suficientes para residência, pedem o concurso de residência, às vezes não passam, e vão atuar nas periferias, atuar nos prontos-socorros, e muitas vezes colocando em risco a vida dos pacientes.

Eu abordei aqui, e acho que esse é o momento, depois, a formação exagerada de médicos nos países vizinhos, a qualidade. O que nós podemos fazer com relação a essa abordagem também dos profissionais, e a maioria deles, 99%, são brasileiros que, ao não passarem nos exames vestibulares do nosso país, correm para os países vizinhos em que a mensalidade é muito menor do que as mensalidades que são cobradas nas universidades privadas do Brasil, formando uma profusão de milhares e milhares de médicos e médicas, com o objetivo único, às vezes, de satisfazer o desejo da família de ter um profissional médico em suas famílias? O que nós podemos fazer para a discussão desse processo?

De tal sorte que eu entendo que precisamos votar a medida provisória urgentemente, mas precisamos continuar a discussão. E o que eu vejo é que nós não vamos sair disso, porque aqui eu já estou no sexto mandato, já tivemos várias discussões, mas não discutimos a carreira de Estado para o médico no Brasil, similar ao que existe no Poder Judiciário ou no Ministério Público, onde o profissional vai para uma cidade distante e, depois, com o passar do tempo e com o seu aprimoramento, pode chegar até a capital, onde pode, inclusive, encerrar a sua passagem na Medicina.

Quero crer que... Discordo também do Dr. Sandro ao dizer que as universidades estão muito próximas das comunidades...

(Soa a campanha.)

O SR. GERALDO RESENDE (PSDB - MS) - Eu acho que estão muito distantes. A Senadora também colocou essa situação. Eu acho que tem muitas universidades que estão distantes, que se fecharam para as comunidades, inclusive periféricas.

Tenho um exemplo, é uma universidade que ajudei a criar, a Universidade Federal da Grande Dourados. Do lado da universidade, a 5km, tem a maior reserva indígena do país, com 25 mil indígenas. E o mapa ali mostrou que é maior do que quase 70% dos municípios brasileiros. Não tem nenhuma espécie de processo de aprendizado desses estudantes de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados dentro da reserva indígena, que está situada a pouco mais de 5km, o que eu acho um absurdo.

Inclusive, estou fazendo mediações, junto ao Ministério da Saúde, junto à universidade, que agora tem um novo reitor, uma nova gestão, para que a gente crie lá um centro de saúde, uma unidade de saúde que seja laboratório para o aprendizado, numa população tão carente como é a das aldeias de Jaguapiru e Bororó, na minha cidade.

Esses problemas nós precisamos enfrentá-los, porque existe também em outros estados, elas que se enclausuram, se fecham e não dialogam com a comunidade que, em última instância, é quem sustenta essas instituições.

Então, essa é a minha contribuição. Espero que a gente possa marchar com celeridade para a aprovação da medida provisória. E aqui a gente sabe muito bem que, felizmente, ainda não houve nenhuma discussão sobre algumas propostas que ficaram no ar.

E nós somos radicalmente contra abortar a questão do Revalida para os egressos de cursos de Medicina fora do país. Nós gostaríamos de manter essa posição clara, a de que não abriremos mão do Revalida para o ingresso nesse programa do Mais Médicos, para que os médicos que se formam fora possam, de fato, cuidar da saúde do povo brasileiro e não prejudicar a já combatida saúde que a maioria do povo brasileiro tem.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Deputado Geraldo Resende.

Com a palavra, o Deputado Ismael Alexandrino.

O SR. ISMAEL ALEXANDRINO (PSD - GO. Para discursar.) - Boa tarde, Presidente. Boa tarde, Sras. e Srs. colegas Parlamentares, chefes de instituições.

Quero cumprimentar o meu amigo... há quanto tempo, Hêider? Há quase 20 anos que não nos víamos. Somos egressos da mesma universidade, a Universidade de Pernambuco, universidade estadual de lá. Quero cumprimentar o Felipe também, leve o nosso abraço ao meu querido amigo Nésio Fernandes - fomos colegas de secretariado, colegas de Conass -; e os demais presentes à mesa.

Eu acho que é ponto pacífico a necessidade de descentralização médica, para diminuir essa heterogeneidade de distribuição. Acho que isso é ponto pacífico. Nós precisamos de adotar algumas medidas que sejam efetivas nessa descentralização, para que possamos garantir... A gente sabe que não é só com médico que se garante universalidade, integralidade e equidade, mas, sem dúvida, a figura do médico é importantíssima nesse cenário de garantir o tripé do Sistema Único de Saúde.

Mas é inegável, Dr. Felipe, que eu percebo uma evolução nos critérios de fixação que foram propostos nessa medida provisória, mas eu ainda os considero insuficientes. Nós tivemos, enquanto eu fui Secretário de Estado em Goiás, algumas iniciativas de estruturação da atenção secundária porque, no nordeste do estado e no norte do estado, era difícilimo, mesmo com uma boa remuneração, garantir que houvesse fixação. Obviamente, com pessoas que são mais novas, inicialmente na sua carreira, talvez tenhamos essa dificuldade.

O Geraldo tocou num ponto que eu acho que é importante: precisa ser trabalhada, sim, a possibilidade, com critérios muito específicos - viu, Sidney? - em relação à possibilidade da carreira médica ser uma carreira de Estado, em que se fixaria, durante "x" anos, numa determinada cidade longínqua, por cinco anos ou até mais - enfim, isso tem que ser objeto de discussão -, mas com a esperança de, nesse período em que se fixar, no ponto de vista de obrigatoriedade, que se constitua família ali também, e que aquela arquitetura social vá se formando, descentralizando assim a permanência do profissional, regionalizando o acesso ao cuidado.

Eu acho que é importante, talvez seja um instrumento - eu tenho a impressão inicial de que é - torná-la uma carreira de Estado, até para garantir a perspectiva de evolução, depois de cinco anos, depois de dez anos, caso o profissional médico assim o queira.

Acho que é importante, também, a questão da formação adequada, com avaliação - durante sim, Sandro -, mas o ponto de corte eu acho que a gente não pode excluir. Acho que o ponto de corte do exame, semelhante, sim, inclusive para a entrada no mercado, ao da Ordem dos Advogados Brasil. Acho que é importante porque, se não houve, de forma seriada, essa avaliação que a última medida seja aquela lá prestes a dar a caneta e o carimbo, para o médico prescrever, para o bem ou para o mal, para as nossas famílias. Eu acho que é importante essa reflexão, sim.

Algo que a gente precisa evoluir e incentivar, tanto nas nossas faculdades, como também iniciativas do próprio CFM, para não perdemos de vista que a atenção primária à saúde seja...

(Soa a campanha.)

O SR. ISMAEL ALEXANDRINO (PSD - GO) - ... absolutamente resolutiva, que ela não seja, simplesmente, encaminhadora, porque a gente sabe que uma atenção primária resolutiva resolve de 40% a 80% dos casos, ou até mais.

Então, nós precisamos, na formação, dar a garantia, o ensino adequado, a instrumentalização adequada, para o médico ter essa capacidade de realizar a anamnese, o diagnóstico e prescrever, muitas vezes, sem qualquer exame complementar. O nome já diz: complementar.

O que a gente vê, hoje, infelizmente, mostrando para alunos, eu digo isso, porque eu tenho informação, dentro da minha casa, de que colegas médicos, ali na APS, no seu estágio, prescreve, antes de conversar com o paciente, uma lista de 10, 20, 30 exames, tornando a medicina absolutamente cara, não resolutiva. Isso prejudica a sustentabilidade financeira do nosso sistema.

A estruturação da atenção secundária eu acho que é fundamental que seja discutida, Felipe. O Proenço sabe muito bem do que eu falo. Nós temos algumas iniciativas, na Bahia, com as policlínicas, gerenciadas por alguns consórcios. Temos em Goiás. Enquanto eu fui Secretário de Estado, houve a estruturação de seis policlínicas, nas macrorregiões de saúde. Temos em São Paulo também.

Mas é importante que o Ministério da Saúde absorva isso e se preocupe em estruturar a atenção secundária, para que o paciente que não seja resolvido na atenção primária não espere o interstício de complicação e só chegue no ambiente mais caro, mais insalubre, que é a atenção terciária.

Não podemos abrir mão, Geraldo, fecho com você nesse aspecto do Revalida. Da mesma forma que precisamos nos preocupar com a formação, permitir o ingresso de profissionais que não tenham a mínima prova de habilitação, que seria o seu diploma revalidado, acho que é, de forma equivalente, tão deletério quanto. Então, nesta medida provisória, eu acho que o Revalida, sim, precisa ser cláusula pétreia, para que não possamos abrir mão dele.

Gostaria de lançar uma reflexão para finalizar - o meu tempo já acabou: que nós, formadores de opinião, sobretudo na universidade, possamos ressuscitar a vocação do médico e não falar só sobre formação de médicos empreendedores. Aquela vocação do cuidado é fundamental! Falta Hipócrates e sobram outros tantos inspiradores empreendedores na faculdade. Sem qualquer desprestígio ao empreendedorismo, mas acho que a vocação médica, a arte de cuidar vem antes desse incentivo empreendedor.

Muito obrigado. Que Deus nos ilumine nesta discussão, que tem sido muito honesta intelectualmente. Eu gostaria de ressaltar a qualidade dos debatedores.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Deputado Ismael Alexandrino.

Agora, com a palavra, o Deputado Samuel Viana.

E finalizaremos com o Deputado Sidney Leite.

O SR. SAMUEL VIANA (PL - MG. Para discursar.) - Senadora Zenaide, é um prazer estar aqui com a senhora. Cumprimento o nosso Presidente e também todos os colegas.

Bom, eu sou Deputado de primeiro mandato, recém-chegado ao Congresso. Particularmente, é a primeira vez que falo como Deputado, aqui, do lado do Senado. Já estive aqui nos últimos anos porque sou filho e braço direito do Senador Carlos Viana, meu amado pai, que esteve aqui ontem e, inclusive, comentou sobre uma emenda, Senadora, que eu apresentei e que deu muita repercussão. Eu recebi pessoas de fora do Brasil, brasileiros estudantes de medicina, e também de familiares querendo saber um pouco mais.

Então, eu tomei a iniciativa de vir a esta audiência pública para que a gente possa, de fato, aumentar um pouco mais, dar mais publicidade a essa emenda que eu julgo ser uma medida de justiça, apesar de, em certo ponto, ela ser um pouco polêmica e de, provavelmente, existirem algumas divergências, mas aqui é o lugar em que a gente tem que, de fato, estar colocando na mesa para ser discutida.

Confesso que não sou da área da saúde, um especialista técnico, sou advogado, apaixonado pelo Direito, e, quando vim para cá, eu sempre vim pautado pela ponderação, pelo diálogo. Eu me afastei e me afasto dos extremismos e acredito que aqui, hoje, a gente percebeu o que tem de melhor na política: dados e evidências para a gente poder falar em como a política pública vai ser direcionada. E aí eu queria dar os parabéns a todos os representantes das instituições que aqui explanaram, nos apresentaram esses dados e nos pautam para que a gente possa tomar uma decisão mais assertiva, mesmo não sendo pessoas ligadas diretamente à área, como eu disse.

Mesmo não sendo da saúde, apresentei 12 emendas aqui. Numa delas, que eu vou priorizar, eu pedi prioridade para médicos brasileiros, para priorizar municípios que nós temos, Senadora, com o IDH menor... Particularmente, meu reduto eleitoral, vamos dizer assim, foi o norte de Minas, o Vale do Jequitinhonha, em sua maioria, onde eu tive Prefeitos que chegaram a mim e falaram "olha, aqui, se você quer ter o apoio da população, além da presença, desse diálogo, foca no Mais Médicos, porque aqui o povo precisa". Então, a gente que está ligado a essa base sabe da necessidade.

Agora, entrando aqui no mérito da emenda, nós temos, hoje, como foi citado, eu acredito, cerca de 65 mil estudantes de medicina fora do Brasil, e acredito que vai chegar a 15 mil formados. Esses dados estão sendo levantados pela minha assessoria, me foram passados aqui. E, com base nisso, estudando a medida provisória, Deputado Dorinaldo, a gente observou que existe uma possibilidade de o médico brasileiro formado fora do Brasil participar do programa, de nós

utilizarmos do serviço, do tempo de trabalho desse profissional, e, ao longo desse período, seja de 4 anos, 48 meses, ou o período de extensão, ele ainda assim não ser considerado um médico. Ora, a pessoa, de fato, teve uma formação em que tem que existir critérios para poder pegar a formação fora e a gente estabelecer aqui essa possibilidade, e o Revalida é um deles, mas, depois que a pessoa já é aceita num programa, que ela já trabalha esse tempo todo, ainda assim ficar essa dúvida de se ela pode ou não exercer a medicina, não me parece muito justo utilizar esses profissionais e não criar para eles, aqui, uma revalidação e autorização desse trabalho. Mas também a gente precisa ter critérios.

(Soa a campainha.)

O SR. SAMUEL VIANA (PL - MG) - E aí, eu pensei, e nessa emenda a gente estabeleceu que o profissional formado fora que venha trabalhar aqui no Mais Médicos, ele vai para algum lugar de extrema importância e o serviço que ele vai fazer, ele participa de algo que eu acho que tem muito valor hoje na medida provisória, que é essa formação e essa qualificação, e, ainda assim, ele, com uma aprovação de 80% - que foi um parâmetro que nós estabelecemos, existe aqui um outro formato de provar, de averiguar a capacidade técnica dele -, ora, se com quatro anos de trabalho, se teve a prática, se ainda fez uma formação em nível de mestrado ou de pós-graduação, e ainda assim, com 80% de aprovação, ele não está apto, então por que só iríamos para um lado de revalidação? Eu entendo que possam ser duas medidas que caminharíamos juntas e aproveitando essa oportunidade.

Então, sou a favor do Revalida, mas acredito que a prova em si - caminhando para o final da minha fala aqui, Senadora - é um dos formatos, dos meios que nós temos para poder, de fato, avaliar a capacidade técnica; mas nós não podemos dizer que é o único.

E aqui a gente tem uma oportunidade - com essa emenda sendo acatada - de fazer justiça a esses milhares de pessoas, de estudantes, de brasileiros formados fora que irão prestar esse serviço e ajudar o Brasil no déficit primário, e também aos familiares que aqui estão. Portanto, é o meu pedido hoje, aqui nesta audiência, particularmente junto à Senadora nossa Relatora, para que olhe com muito carinho pela medida, pela Emenda de nº 88, de minha autoria, para que a gente possa - como eu disse, por justiça - revalidar esses profissionais, que, dentro desse parâmetro, desse critério, forem bem avaliados e trabalharem no Mais Médicos.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Deputado Samuel Viana. A sua emenda está aqui contemplada, a gente está com a Senadora Relatora a analisando, é só para garantir realmente que nós estamos levando em consideração a pertinência da sua ponderação.

Vai falar agora o Deputado Sidney Leite.

O SR. SIDNEY LEITE (PSD - AM. Para discursar.) - Sr. Presidente, Deputado Dorinaldo, Senadora Zenaide, do meu partido, quero saudar a todos os convidados e colegas Deputados.

Primeiro, é importante destacar o seguinte: quase 85% da população está em área urbana, mas, veja bem o seguinte, nós temos um grande desafio, que é a desigualdade econômica. Se nós pegarmos a indústria, que é onde se gera uma mão de obra mais consolidada, que aquece o comércio, o serviço e o campo, mais de 75% do PIB está no Sul e Sudeste, ou, melhor dizendo, Sudeste e Sul - Sudeste com mais de 50%, e a diferença, quase 20%, está no Sul. Mas eu vejo aqui, Deputado Ismael, algo que não se ajusta.

Eu não sou médico, sou pai de um médico, mas, de um lado, nós temos o seguinte: que, nos últimos dez anos, mais do que dobrou o número de vagas nas faculdades para o curso de Medicina. Por outro lado, nós temos aqui uma discussão de aproveitar profissionais que se formaram no exterior, sem Revalida, como médico, certo? Então, há uma preocupação aqui, por parte de segmentos das instituições que apareceram aqui ontem e hoje, justamente com a questão da formação, inclusive com a especialização médica.

Eu entendo que esse programa - e eu comentava isso com o Ismael - é um programa transitório, porque, veja bem o seguinte, o mercado vai se adequar e é inevitável. Eu sou do estado que talvez tenha uma das maiores dificuldades, junto com o estado do Presidente deste país, no sentido de a gente conseguir alocar médico, que é a Amazônia; eu sou do Estado do Amazonas, 1,5 milhão de quilômetros quadrados.

Agora, veja bem o seguinte. Em função do Polo Industrial da Zona Franca de Manaus, Senadora Zenaide, nós temos uma anomalia do desenvolvimento geográfico, Deputado Jorge Solla. Manaus, com exceção de Brasília, é a única cidade que, num estado, concentra mais de 50% da população. É a maior cidade do Norte do Brasil, mas falta UBS em Manaus!

Então o problema não é só a questão de fixar o médico em grandes centros urbanos, porque esse é um desafio que a gente vê. O modelo que o estado adotou, Senadora Zenaide, é concentrar grande parte da média complexidade e 100% da alta

complexidade na cidade de Manaus. São quase 200 mil pessoas na fila do sistema de regulação na cidade de Manaus à espera de uma consulta com especialista, um exame e uma cirurgia. É um modelo que não prioriza aquilo que a senhora colocou, que é a descentralização, e o SUS muito bem desenha isso.

Então veja bem o seguinte. Eu entendo que esse programa é fundamental, inclusive eu dei um depoimento aqui de que pela vez primeira eu encontrei um médico morando, Felipe, no Distrito de Betânia, lá em Santo Antônio do Içá, no Alto Solimões, quase na fronteira com o Peru e a Colômbia. Mas não será sem critérios para a entrada de médicos no sistema brasileiro que nós vamos resolver isso. Muito pelo contrário, a gente pode é comprometer algo de que todos nos orgulhamos, que é o sistema público de saúde em nosso país.

(Soa a campanha.)

O SR. SIDNEY LEITE (PSD - AM) - Então o que eu entendo? Eu entendo que nós temos que fortalecer a educação, porque a discussão do Revalida só se concentra na medicina, enquanto a necessidade do Revalida, meu caro Samuel, é para qualquer área, ela não é só para medicina, mas também para quem se forma em arquitetura, em engenharia, também nesses casos há necessidade do Revalida. Só que... E aí a gente tem que ser muito sincero: o que o Ismael colocou aqui, e não se pode deixar de levar em consideração, Sr. Presidente, é a pressão econômica pelo mercado de trabalho. Isso faz parte, é natural.

Só para destacar aqui, Felipe: no meu estado, num município de médio porte, para você ter um cirurgião... Se você pagar menos de R\$100 mil, você não tem cirurgião no município. Mas é tudo isso? Pode não ser tudo isso para uma outra região, mas, para nós, é o que se enquadra naquele perfil. Então esse é um desafio que está posto para nós.

Agradeço a presença dos senhores e das senhoras e ressalto que entendo que nós precisamos aqui nos aprofundar no sentido de garantir, primeiro, a atenção básica e, segundo, acesso da população a atendimento de média complexidade. Por quê? Porque muitas vezes essa ausência lá na ponta faz com que a gente tenha essa fila que aumenta a cada dia. Por isso é que eu defendo, de forma organizada, estruturada, a telemedicina como complementação para que a gente possa avançar na resolutividade da deficiência de onde não se pode chegar na saúde pública brasileira.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Deputado Sidney Leite, da Amazônia, do Amazonas, meu colega de região.

Bem, vamos passar a palavra aos nossos palestrantes para finalizarem fazendo suas considerações finais, logicamente pedindo compreensão porque o tempo é bastante curto e para que a gente possa fazer uma síntese dessas perguntas. Não será possível na sua totalidade, mas eu gostaria de pedir a todos vocês essa compreensão. Nós teremos agora também uma agenda com o Ministro Padilha, provavelmente, e, por isso, vamos ter que dar uma certa celeridade.

Só queria fazer uma ponderação bem rápida, uma observação sobre um dado apresentado aqui. Nós, no Amapá, por exemplo, no primeiro Mais Médicos, Deputado Resende, na primeira versão, em 2013, o Amapá, com muita diferença regional, teve ocupação de 100%. As prefeituras solicitaram e tiveram os médicos em todas as regiões - em todas. No segundo processo do Programa Médicos pelo Brasil, nós tivemos uma queda, nós não tivemos a presença de médico, por exemplo, no Oiapoque, na região de fronteira com a Guiana Francesa. Por quais motivos? Os dados estão apresentados aqui.

Eu queria fazer esse comparativo exatamente para colocar a necessidade de pensar que há uma distribuição, mas houve esse processo todo de esvaziamento agora mesmo. Nós estamos carecendo dessa recomposição de médicos. Há estrutura em torno dos municípios, mas não há um profissional. Então, realmente, essa questão da fixação é sempre um ponto muito importante. Eu só queria mostrar isso, porque nem sempre há essa distribuição. Há essa concentração, como você está apresentando aqui: tem um número alto de médicos, mas logicamente essa redistribuição continua sendo muito desigual. Eu queria somente fazer esse relato para que a gente possa refletir mais e mais.

Nós teremos mais duas audiências na semana que vem para que a gente possa realmente ter um compilado, uma maturação dessas informações pelas autoridades aqui.

Muito bem, vamos passar a palavra aos convidados. Vamos fazer aqui uma metodologia reversa. Nós iniciamos com o Dr. Julio e finalizamos com o Felipe. Vamos fazer o inverso, Felipe. Eu gostaria, então, de pedir que você pudesse iniciar, respondendo a todas as perguntas, a todos os presentes.

O SR. FELIPE PROENÇO (Para expor.) - Obrigado, Deputado Dorinaldo.

Eu acho que a gente conseguiu avançar hoje, olhando para a audiência de ontem também, numa série de questões que dizem respeito à necessidade de estratégias diversificadas. Esse ponto era fundamental a gente retomar, nesse sentido, ou

seja, há necessidade do Programa Médicos pelo Brasil, há necessidade do Programa Mais Médicos, há necessidade de investir fortemente na residência médica. Concordo com o Deputado Solla em como a diminuição de vagas de residência nesse período, como esse abismo que se criou entre egressos de graduação e de residência traz sérias consequências. É por isso exatamente que o Programa Mais Médicos vem, através da Medida Provisória 1.156, reforçar inclusive a própria questão da formação através da residência. Quando a gente coloca incentivo para ocupação de vagas de residência, quando a gente coloca financiamento para essas áreas, isso é um forte sinal de que é importante reforçar a residência. Esse é o papel de termos caminhos que vão formar especialistas através da residência. A especialização de quatro anos, junto com o mestrado, possibilita que o médico faça a prova de título de Medicina de Família e Comunidade. Então, são caminhos importantes para formação de especialistas, olhando esse cenário de residência, olhando esse cenário da necessidade de ter o profissional.

Agora, precisamos, a partir daí, por exemplo, fazer uma análise desses cursos do interior. Ontem, um dos Deputados presentes citou o exemplo de um curso, se não me engano, em Rondônia, em que boa parte dos egressos do curso acabavam indo para outras localidades. E aí acho que essa mesa tem o acúmulo também de olhar para experiências muito interessantes, como, por exemplo, cursos que utilizaram critérios de inserção regional, de acesso regional para os estudantes, porque a residência é um dos pontos importantes para fixar, mas o combo residência mais graduação - e, principalmente, ter o estudante proveniente daquela região, para que ele possa, já identificado com aquela região, permanecer naquela região - é um ponto muito importante também. Então, essa estratégia de incentivo para fixação, esse olhar de qualificação da formação também é muito importante dentro do programa.

Acho que tem um debate que precisa ser olhado do ponto de vista histórico. Muitas vezes, a gente remete a questão do Revalida ao início do Programa Mais Médicos; hoje, o programa está perto de completar dez anos. O programa que vocês viram, ao longo do tempo, teve uma variação com momentos de maior parte de ingressos de estrangeiros, momentos em que teve maior ingresso de brasileiros formados no exterior, momentos em que teve o maior ingresso de médicos com registro no Brasil, e, olhando ao longo desse tempo todo, os resultados são muito importantes. Quando a gente fala em avaliação, a gente está falando de avaliação com repercussão no sistema de saúde também. Então, com essas diferentes modalidades, o programa conseguiu diminuir internação, o programa conseguiu diminuir mortalidade infantil.

Então, acho que esse é o olhar que a gente tem que ter do ponto de vista das diferentes formas de inserção. Por isso que ter a possibilidade de um exercício vinculado a uma localidade, vinculado ao reconhecimento do exercício no exterior e vinculado à aprovação não só no modo de acolhimento e avaliação que é presente no programa como também na avaliação periódica que é realizada ao longo do programa é fundamental. A gente precisa olhar dessa forma integral o que o programa possibilita - e isso quando a gente fala do ponto de vista do Revalida.

A gente tem estratégias que dialogam basicamente só com médicos com registros no Brasil, mas a gente precisa de estratégias diversificadas. É por isso que os dados de onde o programa tem maior ocupação e os dados de onde tem a maior presença de profissionais no programa dizem respeito a essas estratégias diversificadas. E é por isso que é importante ter a supervisão no programa e dialogar com essa questão, porque a medida provisória possibilita uma ampliação de participação de profissionais. Inclusive, quando a gente olha os gestores desse país, boa parte deles são profissionais de enfermagem. Quando a gente olha o que está tendo de formação nos diversos cursos da área da saúde, a gente tem diversas categorias profissionais.

Então, precisamos colocar aqui o que significa, do ponto de vista da medida provisória, a execução do programa: que segue a supervisão médica, inclusive na avaliação clínica dos profissionais, mas que possibilita, inclusive, esse diálogo com diversos atores que estão no cotidiano do SUS e que também têm contribuído muito para construção desse sistema. É nesse sentido que a gente tem colocado esse olhar de diferentes formas de supervisão, sem prejuízo à supervisão médica e, principalmente, à participação de médicos de família e comunidade nessas modalidades.

Finalizo colocando a importância de a gente dar sequência para a medida provisória e a representatividade que essa medida provisória traz, no momento em que ela possibilita esse provimento e esse acesso das pessoas ao sistema de saúde. E que a gente possa continuar amadurecendo o debate da formação, que também é importante.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Dra. Cristina, nos ouve bem?

A SRA. MARIA CRISTINA SETTE DE LIMA (Por videoconferência.) - Ouço, sim. É porque travou por um minuto.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Perfeito. Então, suas considerações.

A SRA. MARIA CRISTINA SETTE DE LIMA (Para expor. Por videoconferência.) - Eu gostaria de fazer algumas considerações e, ao final, agradeço.

Na fala, a gente fica preocupada com a questão do tempo. E eu comecei falando da Comissão Nacional de Residência Médica, mas não abordei uma situação que eu acho que é importante, que já foi comentada pelo Dr. Sandro também: a questão da ociosidade nas vagas de programas de residências.

Felizmente, agora, na reunião passada - e, como eu expliquei, eu faço parte da comissão -, houve uma iniciativa do MEC de fazer um ajuste no sistema de informação da Comissão Nacional de Residência Médica. O que acontecia? Muitos programas foram descredenciados, cancelados ou estavam em algum tipo de diligência, e suas vagas estavam ofertadas no sistema. E elas não poderiam estar, porque alguns programas nem existem mais.

Então, Dr. Julio, aquele indicador dos 65% de ociosidade em vagas de residência nos programas de medicina de família e comunidade está sendo atualizado, e o MEC nos forneceu a informação, na plenária passada, de que oscila em torno de 30%, o que já bate com o estudo que a gente fez ano passado enquanto Conasems e com muitos outros programas de residência médica que também têm 30% de ociosidade - não apenas de medicina de família.

Só que isso também é uma média nacional. Na Paraíba, por exemplo, os programas de residência de medicina de família e comunidade, inclusive à época coordenados pelo Dr. Felipe Proença, tinham 100% de ocupação. No meu Estado de Pernambuco, tem 100% de ocupação o programa de medicina de família e comunidade de Recife; o de Jaboatão, vizinho, tem 80% de ocupação das vagas.

Então, eu estou colocando esses dados porque eu acho que são importantes para discussão que o Parlamento está fazendo - que o nosso Congresso está fazendo - da questão da transparência. É muito importante que o MEC abra mais e que, por exemplo, o sistema de informação da Comissão Nacional de Residência Médica seja aberto e de acesso público universal, para que a gente possa ter estudos cada vez mais concretos e aprofundados.

E foi anunciado, na reunião de abril, pela Dra. Denise, da Secretaria de Ensino Superior, que isso será feito. Já houve uma abertura para o painel e vai ter uma abertura mais importante ainda. Eu acho que a Abem vai conseguir fazer outros estudos.

Eu quero rapidamente... A Dra. Zenaide perguntou para a gente sobre os desafios para a formação de médicos. Como eu sou Professora de uma faculdade, eu vou me permitir, Dra. Zenaide falar sobre o que a gente tem nas universidades. E aqui é um recorte que faço como Professora universitária, já que ensino nessa faculdade, na UPE, desde 1995.

Hêider foi estagiário da gente VER-SUS ainda quando eu era Secretária de Saúde de Camaragibe. Um abraço grande para você.

O que acontece? A gente tem a disputa dos modelos que estão no Brasil dentro das faculdades. Você tem nas faculdades professores que defendem a saúde como direito e tem nas faculdades professores que defendem a saúde como mercadoria. Essa disputa que está no mercado está no interior das nossas instituições de ensino superior e, com isso, você tem diferentes visões dos modelos de atenção à saúde que a gente tem. Isso é da literatura, da ciência - o Prof. Jairnilson Paim aborda isso bem, como outros professores também.

A gente tem o modelo proposto pelo SUS, que é o de a gente ter uma oferta universal de atenção básica para toda a população brasileira; mas disputa com esse modelo um modelo assistencial privatista, ou modelo de base hospitalar, em que você tem uma visão centrada na construção de hospitais. Isso aqui é um pouco polarizado na minha fala para eu poder explicar - e já estou concluindo, Sr. Presidente. E você tem um modelo em que isto não é o foco; o que é o foco é o lucro, o que é o foco é a construção de hospitais. E, com isso, você tem essa disputa dentro da faculdade.

Eu trabalho com estudantes de Medicina do 1º ao 4º período e, até lá, a gente consegue colocá-los juntos da atenção básica. Quando chega ao 5º, eu tenho um colega professor - e me perdoem a falta de modéstia - tão qualificado quanto eu, e esse professor diz aos meus alunos - e é colega meu de reunião de faculdade -: "Esqueçam tudo o que vocês aprenderam na atenção básica, porque o importante é o hospital e quem dá para medicina de família não dá para nada neste país". Então, vejam que visão esse professor dá para o estudante de Medicina que está todo sensibilizado e passou quatro períodos conversando sobre a importância do SUS e da atenção básica.

Então, a discussão não é uma discussão só da universidade, é uma discussão de mercado, de quem defende a saúde como direito e de quem defende a saúde como mercadoria.

Como eu estou no espaço do direito, que é o espaço da construção das regras entre a sociedade, eu peço que os Srs. Parlamentares percebam isso e percebam como é importante fortalecer todas as instâncias de gestão e de participação popular no SUS.

E por esse espaço tão privilegiado que o Conasems tem aqui a gente quer agradecer. E quero reforçar que estamos à disposição.

Eu só queria fazer um último comentário. O Deputado - eu vou errar e vou pedir desculpa, mas acho que foi o Deputado Sidney Leite - falou do Amazonas. Sr. Deputado, permita que eu faça um comentário também: nós apoiamos fortemente

iniciativas que aconteceram de cadastro de especialistas, exatamente para darmos conta dessa oferta desigual de acesso à média e alta complexidade no país.

Eu fiz um estudo para a Opas nos anos de 2014 e 2015, e nós estudamos todos os estados brasileiros e a concentração do teto MAC, que é o teto de média alta complexidade. À época, nós tínhamos um terço das 27 unidades da Federação com altíssima concentração do teto MAC na gestão estadual. Essa concentração... Desse terço, todos os estados da Região Norte tinham concentração de teto MAC nas mãos do estado, ou seja, centralizada na Secretaria Estadual de Saúde, na capital, descumprindo, inclusive, a Lei 8.080 - da obrigação de descentralização - assim como a Constituição.

Então, é preciso também - se me permitem, e já agradeço demais pelo espaço; falei como professora aqui; peço desculpas... - que o Congresso se debruce sobre o financiamento do SUS, desfinanciado nos últimos anos, subfinanciado ao longo do tempo, e que reveja a discussão e junte essa discussão da média e alta com a discussão do teto de gastos.

Muito obrigada aos senhores.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Mais uma vez, obrigado.

O próximo, pela ordem - deixe-me ver -, é o Prof. Sandro.

O SR. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA (Para expor.) - Deputado, vou talvez escolher - na verdade, eleger - duas ou três questões. Foram muitas perguntas e eu precisaria de mais meia hora aí para poder abordar todas elas.

Mas acho que talvez seja importante... A Senadora Zenaide perguntou sobre os desafios da universidade na formação de qualidade. O desenvolvimento docente e a captação de docentes são um problema aí. Então, precisamos trabalhar na linha de iniciativas de desenvolvimento docente em todas as universidades.

A captação de docentes para a medicina é um tema difícil de ser tratado, mas precisamos olhar para ele, porque diz respeito à carreira docente quando aplicada à medicina: as universidades públicas federais têm muita dificuldade de captar e fixar docentes por conta do nível salarial, que é certamente atrativo para praticamente todas as demais profissões, mas não é para a medicina. E aí, a gente não consegue concursar médicos docentes em universidades públicas. Como disse no começo, eu também não sei qual é a saída para isso, mas esse é um problema que precisa ser enfrentado, e nada melhor que este Parlamento para pensar sobre como superar esse desafio.

Há vários outros, mas vou ficar com estes dois: o desenvolvimento docente e a captação e fixação de docentes nas universidades públicas.

Como as instituições de ensino se adaptam para a formação? A chave disso está no cumprimento das diretrizes curriculares.

A gente tem falado já em nova reforma das diretrizes curriculares que foram implementadas ou revisadas em 2014. Na verdade, nós temos defendido muito que a gente recém está encerrando um ciclo dessas diretrizes de 2014, e o que nós precisamos, agora, é avaliar a efetiva implementação delas. Ainda há muitos cursos de Medicina que não implementaram as diretrizes de 2014. Parece-nos que ainda não é hora de revisar, ainda que ela tenha pontos, sim, que precisam de revisão. É hora de avaliar, profundamente, a implementação e de identificar, justamente, quais são as IESs que conseguiram avançar ou se aproximar de formar profissionais adequados às necessidades do SUS e quais as que não, de modo que a gente possa, aí, sim, num outro momento, pensar em diretrizes com uma base mais científica e não apenas nas opiniões de cada um de nós - e todos as temos, eu também as tenho. Acho que precisamos "cientificar" um pouco mais esse processo.

O Deputado Jorge Solla... Eu ia até fazer uma brincadeira dos gaúchos e dos baianos, mas agora eu acho que ele já foi para o Plenário. Eu queria dizer que o nosso Governador, algumas décadas atrás, talvez tivesse razão, foi quando a Ford foi para a Bahia. Parece-me que o nosso Governador Olívio Dutra tinha razão à época, mas acho que, agora, o baiano tem razão. Eu queria concordar com ele de que a gente pode, sim, derrubar todas esses cento e tantos pedidos que estão lá com base na lei do Mais Médicos. A gente tem defendido isso, mas, infelizmente - Julio tem sido um parceiro nesse momento -, não é isso o que a gente tem visto, não é esse o movimento que a gente tem presenciado. E precisamos discutir sobre isso, dentro do MEC, para ver como é mesmo que a gente faz isso. Não é isso que a gente está vendo. E a gente gostaria muito de que a ideia do Deputado Solla fosse implementada. É a nossa ideia também, não é, Julio? Eu acho que é isso. Eu concordo com que a gente já tem o mínimo amparo legal para fazer isso. Então, eu queria, com essa brincadeira, concordar com o Deputado Solla.

A última coisa que vou eleger - vários citaram isto - diz respeito ao Revalida e ao exame de ordem. Não são assuntos exatamente iguais, mas guardam alguma correlação.

(Soa a campanha.)

O SR. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA - Acho que um dos Deputados - agora não me lembro exatamente de qual - ainda citou que, se não temos a avaliação seriada, então, precisamos fazer a avaliação final. Eu, às vezes, também

brinco um pouco com isso, porque acho que a gente acaba buscando solucionar determinados problemas criando outros. Parece-me isso. Sim, a gente não tem uma avaliação seriada, mas não é a ausência dela que pode nos fazer implementar uma outra que vai nos levar a outros problemas. Claramente, a adoção de uma medida que cerceia o exercício profissional depois da formação parece-me ter dois grandíssimos problemas.

Um é que ela passa uma mensagem de que o Estado, o Parlamento ou nós mesmos estamos mais preocupados em preservar ou colocar em primeiro lugar a defesa do mercado, que está lá ganhando dinheiro com a formação. E tudo bem, pode ganhar o dinheiro que quiser. Vejam, vivemos em um país capitalista, e eu não tenho nenhum problema com isso, mas essa não pode ser a primeira preocupação do Estado brasileiro, e parece-me que também não deste Parlamento. Ao adotar uma medida que não interfere nisso, de alguma maneira, parece-me que a gente reforça que tudo bem que as pessoas ganhem dinheiro com isso e sequer entreguem à sociedade algo de que ela precisa. Se ganham dinheiro com isso e entregam à sociedade algo de que ela precisa, para mim está tudo bem, não tem nenhum problema com isso. Agora, ganhar dinheiro e nem sequer entregar e não ser penalizado por isso... É porque aí o único penalizado é o sujeito, o estudante e, agora, médico, que não vai poder exercer. É uma questão.

E o outro me parece também ser a perspectiva do próprio estudante ao se criar uma outra categoria de médicos que não vão exercer a Medicina e que vão fazer exatamente o quê? Aí nós estamos criando um outro problema econômico sobre o que essas pessoas vão fazer. Às vezes, a gente fala de uberização da Medicina sob outras óticas, e me parece que essa também é uma ótica em relação ao que mesmo vão fazer esses médicos formados. O Direito, mal ou bem, ainda guarda algumas outras ocupações, os bacharéis em Direito que não têm o registro da OAB conseguem exercer a profissão de diversas outras formas. Na Medicina, não me parece ser exatamente a mesma coisa. E, sobretudo, é disso que a sociedade precisa.

Ou a gente vai estar incentivando o mercado, que vai ganhar dinheiro sem entregar um produto, ou, talvez, ainda pior, a gente vai estar desperdiçando recurso público, porque também universidades públicas, eventualmente, têm qualidade ruim e terão lá egressos seus que não serão aprovados. Desperdício do dinheiro público: foram milhares de reais, quiçá alguns milhões de reais, investidos pelo público, pelo Estado, e o sujeito não vai exercer a Medicina, que é algo que, a gente já discutiu bastante, é necessário.

Sobre o Revalida, só para terminar, em 30 segundos, não há nenhuma dúvida de que o Revalida é uma excelente iniciativa e precisa ser preservado como autorização para médicos do exterior. No entanto, quero lembrar que esse programa, especificamente, tem dois mecanismos que me parecem ser adequados para se abrir essa exceção temporária para não se exigir o Revalida, que são a aprovação nos modos de acolhimento - participamos de vários deles ao longo desses últimos dez anos - e a supervisão contínua. Daí, inclusive, há aquele único ponto que a gente aponta da necessidade de que essa supervisão seja exercida por médico, porque essa supervisão exercida por médico poderá, inclusive, ao longo das situações - e isso aconteceu em algumas -, identificar que aquele médico que está lá, de fato, não tem condições de estar exercendo a profissão e pode ser desligado ao longo do programa, caso a supervisão identifique isso. Sem nenhuma dúvida, o Revalida é um mecanismo absolutamente importante e necessário.

Acho que outras iniciativas, como o Deputado sugere, precisam ser discutidas. Sobre o próprio mecanismo de supervisão, eventualmente, poder, de alguma forma... Parece-me uma iniciativa em que há um espaço aí para discussão. É claro que essa supervisão, daí, vai precisar de critérios mais rigorosos, de uma organização mais padronizada, porque são muito diversas as situações, mas me parece uma proposta que, talvez, não seja possível já de ser encampada, mas uma proposta que possa ser pensada e aprofundada.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Obrigado, Dr. Sandro. Quero, mais uma vez, agradecer ao Diretor Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica, Dr. Sandro Schreiber.

Passo a palavra ao Dr. Héider Aurélio Pinto, docente da Universidade Federal da Bahia.

O SR. HÊIDER AURÉLIO PINTO (Para expor.) - Vamos tentar responder, rapidamente, às questões.

Estou achando curiosa esta mesa, porque nela está a minha professora na Universidade de Pernambuco, que é a Cristina, e está um colega aqui da universidade. Eu não associava você, Alexandrino, ou a pessoa ao nome. Agora é que eu estou ligando aqui. Eu vi você lá como Secretário de Goiás, lembrava-me do rosto e, agora, falei: "Ah!". É porque, quando eu estava saindo da faculdade, você estava entrando. Eu sou mais velho que você um pouco. A gente ficou ali uns dois anos, três anos, mais ou menos, na mesma faculdade, mas é muito bom reencontrá-lo e fazer essa associação.

Para o que eu queria chamar a atenção? Primeiro, eu concordo muito com a fala da Cristina, quando ela traz que é muito importante a gente melhorar essas informações, os termos. Felipe, você que está no Ministério da Saúde, acho que, nesse diálogo, agora com o MEC, seria importante... Dá muita confusão mesmo essa questão das vagas ociosas. Acho que

pelo menos tem que achar um nome... O Sandro explicou isto aqui. Existem as vagas disponíveis e não oferecidas, ou seja, elas estão aprovadas pela Comissão Nacional de Residência Médica, mas elas não são ofertadas. Por exemplo, na Fundação Estatal Saúde da Família, Julio, lá na Bahia, tem umas 60 vagas de medicina de família aprovadas pela Comissão Nacional, mas corriqueiramente eles oferecem 30 vagas, sendo que dessas 30 preenchem 25. Então, na verdade, das que eles oferecem tem essa quantidade. Então, não tem uma distinção nos dados do MEC entre vagas que estão autorizadas, mas não foram oferecidas, e vagas que foram oferecidas e não foram ocupadas. Para a gente que está tentando fazer análises de crescimento, onde é prioritário, onde não é prioritário, ter esse dado melhor é fundamental.

Mais uma vez, eu reforço - o Deputado Samuel Viana falou disto daqui quando ele disse da importância de a gente discutir políticas públicas com base em evidências, com base em informações - a questão de retomar, o que não tem a ver com a medida provisória agora, a iniciativa que está prevista na lei de 2013 do Cadastro Nacional de Especialistas, aquele verdadeiro observatório da força de trabalho no SUS, que não é só da Medicina, mas que inclui a Medicina, para a gente conseguir fazer um planejamento de curto, médio e longo prazos. O Dr. Julio falou a respeito do Canadá, por exemplo. O Canadá e a Austrália são conhecidos no mundo inteiro por fazer previsões que projetam o crescimento da força de trabalho de 15, 20, 25 anos. Isso é fundamental para a gente poder informar com evidências as decisões que a gente venha a tomar.

Uma outra questão que eu acho que é importante é justamente essa questão do exame de ordem. Olhando as experiências internacionais, eu concordo... E a gente da educação não tem como a gente colocar... Eu achei interessante a comparação que o Sandro fez com o direito do consumidor, pois é quase como se você enganasse, abro aspas, "o consumidor". Eu pego uma faculdade de Medicina, eu abro uma faculdade de Medicina, eu cobro R\$15 mil da faculdade de Medicina, eu estou dizendo para ele que eu o estou formando como médico, e ele descobre, depois que já consumiu o produto, que já pagou seis anos, que não é médico. Isso é um atentado ao direito do consumidor! Não dá para a responsabilidade ser de quem consome. Do ponto de vista da lógica mais liberal possível, não há igualdade de informações para a tomada informada de decisão por parte daquela pessoa que consome. Então, eu não estou nem fazendo um debate no âmbito público, você já fez isso, eu estou fazendo um debate pensando exclusivamente por princípios do mercado e liberais. Não dá para permitir uma questão dessas.

O que nós precisamos fazer é uma avaliação ao longo da formação desse profissional, inclusive com mecanismos de você - é o que a gente faz na faculdade - conseguir pegar essa pessoa...

(Soa a campanha.)

O SR. HÊIDER AURÉLIO PINTO - ... em tempo oportuno para você poder fazer a formação.

Concordo com a preocupação do meu colega em relação a não existir ponto de corte, mas o problema é uma questão de ponto de corte? Não. Precisamos ter esse ponto de corte, a gente precisa reter durante a formação. A discordância é com ele terminar a faculdade e fazer...

Segundo, as externalidades - para usar um termo das políticas públicas - e os efeitos colaterais seriam pavorosos. Imagine você que, se a gente diz que não pode abrir vaga a torto e a direito, é porque as pessoas não podem lucrar com a ilusão das outras pessoas e fazer uma formação de baixa qualidade, mas, se a gente tem um exame de ordem, se eu sou empresário de educação, eu falo o seguinte: "Não tem problema, não. Prestam o exame de ordem para poder atender as pessoas, e só vai atender as pessoas quem passar no exame de ordem. Deixa eu vender aqui o meu produto que está assegurado". Não há que se discutir a questão da formação com a qualidade, porque o exame de ordem asseguraria a qualidade. Então, nós temos um perigo nesse discurso, que seria o mundo maravilhoso do mercado privado que está querendo vender vagas e que não tem nenhuma preocupação com a qualidade.

A última questão que eu queria falar é que a legislação brasileira hoje prevê - concordo com o que o Sandro falou, o último comentário - formas diferentes, inclusive, de validação de diplomas, porque as universidades públicas podem fazer a validação.

Fazendo um paralelo com os dois assuntos, algumas universidades estaduais e algumas universidades federais, inclusive - eu também não gosto da lógica cartorial de validar diploma num momento único, só olhando o currículo -, fazem coisa parecida. Eu até aconselho você a dar uma olhada nisso, porque a proposta é interessante, pois elas, a exemplo dos Estados Unidos, a exemplo da Austrália, aceitam profissionais que vêm de fora, em especial brasileiros formados fora, e eles fazem estágios supervisionados em áreas em que eles estão próximos a outros profissionais, e, ao longo disso, você vai fazendo a adequação curricular e, aí sim, ao final desse processo, depois de uma avaliação que é uma avaliação formativa e é uma avaliação processual, você tem a concessão ou não da validação desse estudante. Então, é uma lógica também interessante em que você não pontua em um momento só de avaliação e você faz uma avaliação por competências, e não só uma avaliação, por exemplo, acessando os conhecimentos cognitivos.

(Soa a campanha.)

O SR. HÊIDER AURÉLIO PINTO - Eu queria agradecer.

Foi um prazer grande estar aqui, acho que foi um debate de altíssimo nível.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Dr. Hêider Aurélio. Quero agradecer pela sua disposição, pela sua experiência e só fazer um breve comentário: em relação ao Mais Médicos, eu também iniciei a dissertação de mestrado a esse respeito, depois tive que mudar de tema, fui para a vigilância em saúde, mas é só para dizer que acompanhei um pouco da sua produção.

Muito bem, vamos finalizar com o Dr. Julio Cesar Vieira, Conselheiro Federal do Conselho Federal de Medicina.

O SR. JULIO CESAR VIEIRA (Para expor.) - Obrigado, Deputado Dorinaldo.

Inicialmente, quero apresentar para quem não conhece: o CFM não é um órgão corporativo, é uma autarquia federal para defender a sociedade e defender a boa prática médica. Nós somos talvez o conselho que mais casse colegas de profissão, quando exercem a profissão de uma forma ilegal. Então, *a priori*, nós temos um interesse maior de defender a sociedade. E eu acho que todos aqui querem e entendem que a atenção básica é prioridade para os sistemas de saúde universais pelo menos. Então, é a forma ideal. Alguém aqui é contra? Eu acho que pode se manifestar, vai ter projeção nacional neste momento. Mas ninguém discute isso.

Agora, o que se precisa discutir é como fazer isso de uma forma melhor e mais duradoura, mais eficaz. E eu acho que o importante, quando você está fazendo uma festa, convidando as pessoas, é saber o que os convidados querem. Os convidados, aí eu digo, são a categoria médica. Precisa ser ouvida a categoria médica. O que esses convidados para a festa precisam saber que vai ter na festa para eles quererem estar presentes naquela festa? Então, para manter o médico na atenção básica, é preciso ter carreira, a principal coisa; é preciso ter condição de trabalho, a segunda coisa. Salário... Às vezes, é preciso ter salários altos para levar para alguns lugares, e, na maioria das vezes, é um salário alto, mas sem estabilidade, sem condição de trabalho. Se houver condição e estabilidade, o médico vai. Há a questão como foi demonstrada aí... Cristina Sette - não sei se foi ela exatamente - mostrou que em 600 municípios não foram preenchidas vagas do Médicos pelo Brasil. Ou foi o Felipe que mostrou... Foram 600 em cinco mil e tantos - são 10% ou um pouco mais.

Então, a gente tem um programa, outro programa... não estou querendo aqui também desmerecer o Mais Médicos. Cada um na sua situação. Um programa definitivo é o Médicos pelo Brasil. E, talvez, a queda de admissão de novos, recentemente, talvez seja até pelo medo, pelo receio, de que o Governo atual venha a cancelá-lo. Isso gera uma instabilidade. Então, acho que precisa ser demonstrado, claramente, e os próprios Deputados aqui, os Senadores, precisam dar uma posição firme, porque o Mais Médicos não vai encerrar esse outro programa, que é um programa estável.

A população quer o quê? E eu peço também aos Srs. Parlamentares que ouçam a população. A população quer médicos com estabilidade, para ir para aquela cidade, morar, desenvolver carreira, ganhar experiência, ou quer que fique um médico por quatro anos? A população quer o melhor para ela. E aí vai outra pergunta: a população quer médico com Revalida, ou médico sem Revalida? Quem aqui vai levar seu filho para escolher um bom profissional para atender? Vai pedir, claro, alguém com o Revalida. Então, não faz sentido defender médico sem Revalida para a população mais pobre e carente. Eu acho que a nossa meta é médicos com Revalida.

Em relação ao Deputado Samuel Viana, as questões de merecimento, existem, mas existe um problema grave. O médico da atenção básica, que vem de outros países, a gente não sabe se ele foi formado em Ginecologia e Obstetrícia, em Cirurgia... Ele recebe o CRM como se ele tivesse uma formação geral. Então, esse é o problema principal, que alguém que passou por atenção básica, quatro anos, vai receber um CRM para sair dali e fazer cirurgias... Ele ganha uma habilitação total. E é essa a principal resistência para esse tipo de aprovação automática.

Em relação à questão da discordância com a questão da avaliação dos egressos.

(Soa a campanha.)

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - Se for só por isso, eu estou aqui com o apoio de todo mundo aqui da Mesa, porque é o que ninguém defende, que a avaliação do egresso só seja castigo para o estudante. Tem que ser revertido em cima da universidade. Se for por isso, ninguém briga aqui.

Então, vamos fazer... Eu quero o apoio de todo mundo aqui, para fazer o exame de egresso, e aquela faculdade que não aprovar mais de 80%, fecha as vagas, não admite mais ninguém! Depois de um ano ou dois, não conseguiu atingir mais de 80% de aprovação, cancela as vagas, cancela o registro daquele curso. Isso é que devia acontecer com a OAB. Não é a gente ficar querendo fazer o ruim da OAB. Tem que fazer o lado bom. Então precisa saber. E o aluno, sabendo que aquela faculdade tem uma baixa taxa de aprovação, não vai procurar mais.

Agora, vocês acham justo uma faculdade usurária, que quer ganhar dinheiro, simplesmente sair vendendo diploma por aí, como a gente sabe que está acontecendo? Os alunos entram, passam seis anos, e são aprovados, sem nenhuma segurança para a sociedade? Isso é um absurdo. A gente precisa ter alguma forma de avaliar esses egressos, seja o exame no final, ou o exame seriado, que é o melhor. Mas que seja feita alguma coisa para garantir a segurança da sociedade.

(Soa a campanha.)

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - Hoje não existe, hoje o critério de aprovação em curso de Medicina é um critério cronológico. Entrou, seis anos depois, recebe o diploma - entrou e pagou, nas privadas, não é? Na pública, não precisa nem pagar, é só entrar, seis anos depois está aprovado.

Então, não é garantia para a sociedade de segurança. E aí os senhores, como Parlamentares, precisam ouvir a população. E 91% da população quer o exame de egressos; 91% da população quer o Revalida, sim. E por que ficar discutindo aqui ainda isso? Vamos admitir médico sem Revalida, quando a gente viu ali nos dados, que foram as vagas daqueles que vieram pelas formas de intercâmbio que foram suplementadas? E a prova do Revalida existe aí, a gente consegue ver, está disponível. Algumas faculdades, alguns países têm alta taxa de aprovação. Não é a prova que é difícil. Então, alguns países, médicos que querem vir para o Brasil têm uma alta taxa de aprovação.

E em relação à provocação do Deputado Solla em relação ao CFM e à abertura de cursos em locais remotos: sem condições! A gente tem exemplos gritantes, a maioria de cursos abertos com base em liminares judiciais. A Justiça do Brasil, infelizmente, tem algumas práticas que são deploráveis. Essa é uma delas, autorizar um curso de Medicina por causa da covid, 200 vagas, em locais às vezes sem condição, sem estrutura.

E aí eu vou dizer aos senhores, para finalizar - a Senadora falou, não sei se o assessor dela está aqui, até para passar esse recado... Os maiores desafios para o curso de Medicina, para curso satisfatório, o que eu vou dizer aqui é uma dificuldade intratável, por isso é que não aceito discutir a abertura de novos cursos sem fechamento de outros cursos. Não é possível.

O Brasil, hoje, se você o comparar com a OCDE na quantidade de leitos hospitalares - é só um indicador de campos de estágio, tem outros campos de estágio, -, mas, leitos hospitalares, vocês têm ideia de quantos leitos a mais um estudante na OCDE tem no Brasil? Está na minha apresentação, eu não consegui apresentar, mas deem uma olhada, foi um cálculo que eu fiz, buscando dados da OCDE do Brasil. Eles têm, na prática, mais de cinco leitos, cinco vezes mais leitos do que um estudante brasileiro. O estudante brasileiro, hoje, fica amontoado em locais disputando paciente, às vezes consegue ver um paciente numa manhã, quando, na verdade, era para ele estar vendo paciente fazendo procedimento, aprendendo a escrever, ajudando, e, na verdade, ele é um passante ali e vai receber o diploma sem experiência.

Absurdamente, já tem campos de estágio em que se proíbe o estudante de fazer procedimento - isso eu estou falando em uma grande capital, num hospital de referência. O estudante está proibido de fazer procedimento, porque quem tem que fazer o procedimento é o residente, porque o residente foi formado sem aprender e vai aprender na residência, e é isso que a gente não quer. A gente quer que o estudante saia formado.

Prometo ser a última colocação.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Por favor.

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - Em relação à questão de os egressos terem a necessidade de fazer residência. Eu acho que a residência deve ser oferecida, residência de qualidade, com salário adequado, porque o que não pode é a residência ser um castigo, ser serviço civil obrigatório, dizer assim: "Vai ser obrigado, para todo mundo, fazer residência"; o médico que passou seis anos em dedicação integral ter a obrigação de fazer residência.

A residência deve ser convencida, deve ser ofertada, e nós defendemos que todos façam residência, mas não pode ser encarada como serviço civil obrigatório, em que o indivíduo que passou ali seis anos, numa alta dedicação, vai ser obrigado a fazer mais dois anos de residência para pagar - sei lá - pecados de outra vida, sem poder trabalhar, sustentar sua família; com 26, 28 anos de idade, ter que passar mais dois anos trabalhando numa residência que, não sei se todos sabem, o valor ali vai ficar R\$3,5 mil líquidos para sustentar a família; um indivíduo já com essa idade depois de tanto investimento que teve.

Então, eu acho que a residência tem que ser oferecida, mas não pode ser obrigatória para todos.

Um pleito de todos os residentes é qualidade na formação e revisão desse valor da bolsa, que é para até 60 horas semanais. Isso chega a ser desumano.

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

O SR. JULIO CESAR VIEIRA - Vamos mudar essa realidade.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dorinaldo Malafaia. PDT - AP) - Muito obrigado, Dr. Julio, pela sua clareza de posição, e a todos os nossos convidados aqui eu quero agradecer.

Só quero dizer o seguinte: esta medida provisória, esta Comissão tem escutado toda a sociedade. Todos os Deputados e Senadores têm apresentado uma lista muito grande de convidados, e nós estamos tentando ao máximo ouvir, fazer essa escuta democrática de todas as posições.

E logicamente, dentro da opinião de cada pessoa aqui, tem uma série de informações novas, que, muitas delas, não estão na medida provisória. Essa questão da residência, por exemplo, não está na medida provisória, não é? O tema não está tratado nela, não é? E logicamente todos têm total liberdade de apresentar suas posições como entidades. Mas ela não está sendo tratada nessa medida provisória, como outros temas também.

Então eu queria só dizer que nós estamos tratando de focar nessa questão específica, para que nós não percamos... Aqui, para se ter uma ideia, no início, antes de a medida provisória ser discutida, tinha gente questionando recurso para Cuba. Não tem nada a ver. Não tratamos disso, não tratamos, por exemplo, de chamada de médicos estrangeiros. Essa medida provisória tem tratado de médicos brasileiros, formados no Brasil, tem tratado de médicos brasileiros formados no exterior. E se isso não for preenchido, logicamente se abre, para que tenha ocupação de vagas.

Bem, portanto, nada mais para que a gente possa discutir...

Perdão, temos a aprovação ainda de ata. Quero só pedir para os Parlamentares, antes do encerramento dos trabalhos...

Eu proponho a aprovação da ata da presente reunião e das anteriores.

Os Parlamentares que concordam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Nossos heroicos Parlamentares que ainda estão aqui concordam por unanimidade. Aprovadas.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

Muito obrigado.

(Iniciada às 14 horas e 30 minutos, a reunião é encerrada às 17 horas e 22 minutos.)