



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
26/10/2017 - 54ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Havendo número regimental, declaro aberta a 54ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado Federal.

Antes de iniciar os nossos trabalhos, proponho a dispensa da leitura e a aprovação da ata da reunião anterior.

As Srªs e os Srs. Senadores que a aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovada.

A presente reunião destina-se à realização da segunda audiência pública destinada a instruir a avaliação da Política Pública: Programa Mais Médicos, conforme art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal, e em atendimento ao Requerimento nº 131, de 2017, CAS, de minha autoria, como Relatora do programa.

Convido a compor a Mesa os ilustres oradores Felipe Proença de Oliveira, Professor Assistente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); o Sr. Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, Professor Assistente da Universidade de Brasília (UnB); o Sr. Lincoln Lopes Ferreira, 2º Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB) - se não me engano ele está chegando; o Sr. Alceu José Peixoto Pimentel, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina (CFM), e o Sr. Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O Sr. Alceu também está chegando, já esteve aqui, já deu presença e precisou sair rapidamente.

Eu explico aos senhores convidados se tratar da segunda audiência pública para que nós possamos instruir o relatório desta Comissão de avaliação do Programa Mais Médicos.

Na semana passada, nós já recebemos os representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Secretários Estaduais.

Além disso, tivemos também a presença do Deputado Jorge Solla, que foi Secretário de Saúde do Estado da Bahia durante sete anos e antes Secretário-Executivo do Ministério da Saúde quando da implantação do Programa Mais Médicos, que fez também a sua apresentação.

Portanto, trata-se de dar continuidade a esse processo de oitiva de personalidades e instituições a respeito do Programa Mais Médicos.

Por sugestão do Senador Moka, foram acrescentadas as personalidades que foram ouvidas na semana passada, também aqui as representações das associações médicas e do Conselho Federal de Medicina.

Nós estamos com a presença do Conselheiro Federal do Conselho Federal de Medicina, o Doutor Alceu José Peixoto Pimentel, e continuamos no aguardo do Sr. Lincoln Lopes Ferreira, representante da Associação Médica brasileira.

Então, como na reunião anterior, concederei a palavra a cada um dos senhores por dez minutos. Vou chamar na ordem dos que chamei para a mesa, para que a gente tenha apenas algum rito de início.

Então, se não houver nenhum posicionamento em contrário, eu chamaria para falar o Sr. Felipe Proença de Oliveira.

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Ah, é verdade. O Secretário da Mesa está me lembrando aqui que, na outra, eu fiz uma série de questões que serviam como referência até para além das apresentações que já haviam sido preparadas. Os expositores introduziram um pouco do conteúdo do que eu perguntei, do que eu formulei.

Então, como o foco de nossa audiência hoje é a atuação profissional e o papel dos médicos para a atenção básica, sendo que o programa, quando foi criado, foi pensado em três eixos - o provimento, a formação e a estrutura -, eu queria perguntar, primeiro: os três foram importantes para dar suporte à atenção básica? Primeira questão.

A segunda: uma vez que são mais de 14 mil profissionais neste caso, o Programa Mais Médicos, houve relatos ou denúncias significativas de erros profissionais? Lembrando que os editais são claros na prioridade aos médicos brasileiros, pergunto: os profissionais "estrangeiros", entre aspas, tiraram alguma vaga dos brasileiros?

Terceira pergunta: quais os principais aspectos da formação médica do programa?

São três questões que servirão para a nossa sustentação e desenvolvimento de raciocínio. Como, em particular, nesta audiência pública nós vamos poder analisar mais a questão da atuação profissional e o papel dos médicos no programa, eu sugiro que, se vocês puderem, também respondam a essa questão, que muitas vezes já está introduzida na própria avaliação.

Portanto, com a palavra o Dr. Felipe pelo tempo de dez minutos. Claro que, se houver uma necessidade, nós o estenderemos um pouco mais.

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Bom dia a todas e a todos. Queria cumprimentar a Senadora Lídice da Mata e agradecer pelo convite para participar desta audiência.

Pensei hoje, neste tempo para a primeira rodada de discussões, e contemplando também as perguntas da Senadora, que acho extremamente pertinentes, em falar rapidamente sobre o contexto global de escassez de médicos, sinalizar que isso não é um problema só no Brasil, trazer alguns dados do contexto do Brasil, por mais que, na audiência de terça-feira, isso tenha sido tratado com bastante relevância.

Então, vou passar rapidamente por isso e falar sobre o programa, principalmente para responder a essa questão dos três eixos, das dimensões que constam no programa, e, principalmente, minha fala vai centrar-se no que a gente tem de estudos que têm sido elaborados, que têm sido publicados, o que a gente tem do ponto de vista científico de resultados do Programa Mais Médicos.

Então, vou trazer para vocês tudo o que já está em revistas, em periódicos, reconhecidos nacional e internacionalmente, de resultados do programa. Acho que são dados importantes nesse sentido para, no final da minha fala, brevemente colocar questões quanto às perspectivas do programa, o que, do ponto de vista das universidades, de quem tem acompanhado e analisado o programa, a gente tem analisado de possíveis próximos passos.

Então, os dados da escassez de médicos são internacionais. A Organização Mundial da Saúde, por exemplo, ao mesmo tempo que sabe que 25% somente da força de trabalho na área de saúde se encontram em áreas rurais, ela estima que 50% da população mundial vivem nessas áreas. Então, isso já demonstra a lacuna da presença de profissionais nas localidades geralmente de maior necessidade, e é por isso que muitos países têm buscado alternativas, têm feito políticas públicas, no sentido de ampliar a cobertura, principalmente da atenção primária, pois nós sabemos da sua resolutividade e da sua importância, inclusive na equidade de melhores resultados de saúde da população.

E essa é uma referência fundamental para nós pensarmos políticas públicas nessa área, que são as recomendações da Organização Mundial de Saúde para atrair e manter profissionais em áreas remotas. Então, o que é dito pela Organização Mundial de Saúde? Que não existe uma iniciativa só que vai dar conta dessa problemática, que é complexa, e que ela estimula ações em pelo menos quatro áreas: ações educacionais - e aí vou deixar mais para o Prof. Vinícius falar sobre essa área, mas é uma preocupação importante do programa; ações regulatórias, que preveem inclusive a ideia do trabalho multiprofissional e o compartilhamento de tarefas, além do reembolso de empréstimo estudantil, como vem sendo praticado aqui no Brasil desde 2012 - o estudante beneficiado pelo Fies que vai trabalhar em área vulnerável, na atenção básica, tem o abatimento da dívida; incentivos financeiros - então você vê, por exemplo, que no Mais Médicos o valor da remuneração é acima da média nacional de remuneração na Saúde da Família; e suporte profissional e pessoal - condições de vida no interior ou mesmo redes entre profissionais, para que eles não possam se sentir isolados, mas apoiados. E o Vinícius vai falar também da questão da supervisão acadêmica, que eu acho uma parte fundamental do projeto.

Internacionalmente, as críticas são veementes à formação médica. Diversos países não estão contentes com a situação em está a sua formação médica.

Esse é um relatório publicado numa revista de renome internacional, em 2010, por uma comissão de especialistas, mostrando que os currículos de Medicina estão fragmentados, desatualizados e estáticos, e não respondem às necessidades

de saúde dos sistemas de saúde, das populações, e, portanto, pensar em reformas educacionais é um tema fundamental, bem como pensar questões regulatórias.

Então, vejam que uma série de países trabalha com a ideia de regulação da graduação e da formação de especialistas. O que isso significa? Ter políticas públicas e ações estatais, para pensar a distribuição dos profissionais, o tipo de formação que eles devem ter e, principalmente, qual é a necessidade pública e qual é a necessidade do sistema de saúde.

Esses países também nos ajudaram a analisar e a pensar o Programa Mais Médicos. Então, vejam que países como Bélgica, Canadá, Dinamarca, França, Coreia do Sul, Holanda, Polônia, Portugal, Eslovênia e Espanha - essa coluna - são países que pensam, então, onde é que os médicos devem estar; a residência é obrigatória para o exercício profissional? Então, somente se tiver essa formação especializada, o profissional pode estar atuando.

E, a partir do momento em que essa formação é disponibilizada pelo Estado, ele também regula qual é a necessidade de especialistas nesses países. Então, eu acho que são exemplos importantes.

Vindo para a realidade do Brasil, em 2013, foi feito um diagnóstico bastante aprofundado e abrangente da situação do mercado de trabalho médico, e penso que pelo menos três evidências foram fundamentais num País de uma conjuntura, na época, ainda de regulação incipiente, por mais que a lei que regulamenta a Constituição, as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde falem que o SUS é ordenador da formação de recursos humanos. Então, há esse papel de planejamento e regulação de recursos humanos.

Mas vejam que o contexto, na época do lançamento do programa, é de pleno emprego na Medicina, com uma série de postos de trabalho não preenchidos e melhor remuneração e proteção social, quando comparado com outras profissões de carreira universitária. Número de médicos por habitante abaixo da média da OCDE. Então, é uma comparação com países vizinhos, com países com sistemas públicos - o que já foi trabalhado na terça-feira -, e na época um período de expansão de serviços públicos de saúde.

Então, à medida que aumentavam os serviços de atenção básica, por exemplo, havia a necessidade de mais profissionais num contexto de uma desigualdade importante: 22 Estados no País com menos que a média nacional, que já era insuficiente na época, de 1,8 médicos a cada mil habitantes.

Esse gráfico demonstra que se criavam postos de trabalho, e, na comparação da linha azul, que são os postos de trabalho, com a linha vermelha, que são os egressos dos cursos de Medicina, demonstrava insuficiência, realmente, então, de egressos dos cursos para preencher esses postos de trabalho. E isso penalizava, principalmente, as regiões mais vulneráveis, com maior parte da população em situação de extrema pobreza.

Esse é um índice da Universidade Federal de Minas Gerais, que demonstra Municípios que não conseguiam ter médico de segunda-feira a sexta-feira. Não estamos falando no quantitativo total, não estamos falando em ter médico no fim de semana, eles não conseguiam ter médico de segunda-feira a sexta-feira. E é um dado que demonstra as localidades como um todo, mas se a gente for olhar, por exemplo, para a periferia das grandes cidades, esse índice de escassez fica ainda mais evidente.

Então, é nesse sentido que é importante essa conjunção de três eixos do Programa Mais Médicos: ampliação, melhoria da infraestrutura e formação para o SUS. Então, eixos de longo prazo, eixos que conseguem vislumbrar um cenário de sustentabilidade, de a gente ter a quantidade e a formação necessária de médicos aqui no País. Mas, ao mesmo tempo, uma situação emergencial de grande escassez, e, portanto, de necessidade de, emergencialmente, atrair médicos.

E foi dessa forma que o Programa Mais Médicos atraiu 18.240 médicos em 4.058 Municípios e 34 distritos indígenas. Pela primeira vez, os distritos indígenas puderam contar com a quantidade mínima de profissionais atuando nessas localidades. E 63 milhões de brasileiros beneficiados.

Esse mapa é interessante porque, se vocês olharem, esses Municípios que estão no marrom mais escuro são Municípios em que todos os médicos da atenção básica são médicos do Programa. Ou seja, evidentemente Municípios que não tinham profissionais nessa área e que passaram a contar, através do Programa. Então, vejam importantes regiões de vulnerabilidade no Norte, no Sertão do Nordeste.

É inclusive por isso que o programa tem resultados tão interessantes, por ter tido um critério fundamental de equidade na distribuição dos médicos. Os médicos foram para áreas bastante vulneráveis: Municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza; periferias de capitais; Municípios do G100; Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano baixo ou muito baixo, e uma série de critérios de equidade, de vulnerabilidade para onde esses profissionais foram. E profissionais de diversos países. O programa atraiu profissionais de 49 nacionalidades. Claro que contando com a presença maior - em alguns momentos chegou a ser de 70% - de profissionais cubanos, mas atraiu profissionais também de outros países. Esse mapa é interessante para visualizar isso.

E aí concentrando nessa parte final, trazendo os resultados do programa e tudo...

(Soa a campanha.)

O SR. FELIPE PROENÇA DE OLIVEIRA - ... o que já foi publicado com relação aos efeitos dele.

Expansão da cobertura da atenção básica da saúde da família; ampliação do acesso da oferta das ações de saúde do escopo de práticas e resultados já na melhoria da saúde da população, por mais que a gente saiba que quatro anos ainda é um período curto para a gente conseguir avaliar do ponto de vista das ações universitárias como que o programa tem sido efetivo.

Um dos dados interessantes é esse. Com o programa, houve um aumento importante do percentual de médicos em todos os Estados. Esse aqui é o resultado da intervenção.

Se o programa não tivesse ocorrido, seria esse mapa mais à direita, onde a gente vê Estados pintados de vermelho, laranja e amarelo. O que isso significa? No período entre 2013 e 2015, se não houvesse o programa, alguns Estados teriam diminuindo a quantidade de médicos - no mapa, os exemplos mais destacados são Roraima e Acre. E com o programa esses Estados chegaram a ter incremento, por exemplo, de até 14% no seu número de médicos.

Outro efeito. Onde aumentou mais o número de médicos por mil habitantes? Aumentou mais nos Municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza.

Esse é um estudo publicado também em uma revista nacional, demonstrando que nessas cidades aumentou 0,17 médicos a cada mil habitantes. Essa é uma média, mas imaginem o efeito disso em cidades de 5, 10, 15 mil habitantes. Então, a presença do médico do programa nessa cidade foi fundamental.

Em que região houve maior aumento de médicos por mil habitantes com o programa? Nas Regiões Norte e Nordeste. Norte, na ordem de 0,12, e Nordeste, na ordem de 0,11 médicos a cada mil habitantes, para uma média no Brasil de 0,09.

Então, esses componentes de equidade, de pensar onde havia a maior necessidade e o efeito da distribuição dos médicos são cada vez mais evidentes nesses dados.

Vejam que, com relação à carga horária, o tempo trabalhado e vinculado de médicos nos estabelecimentos da atenção básica, também houve um aumento no Brasil inteiro em virtude da presença de profissionais do programa. Nos Municípios não aderidos, que são a linha vermelha, chegou a haver variações, em alguns momentos até, de perdas de médicos em Municípios não aderidos. Mas nos Municípios aderidos é chamativo como aumentou o número de médicos nessas localidades, nesse gráfico, da ordem de 14%. E isso no período entre 2012 e 2015, quando houve a chegada de médicos.

Isso fez a cobertura de atenção básica em algumas regiões do País, como por exemplo no Norte, aumentar de 66% para quase 80%. Então, havia uma dificuldade de contar com o profissional médico na atenção básica. Não se criavam novas equipes em virtude disso e com a presença do profissional do programa passaram a ser criadas novas equipes e se expandiu a cobertura. E, portanto, o atendimento da população.

Esse é o dado geral também da cobertura de atenção básica nessas localidades, um aumento, em virtude do programa, de 31%. Então, é evidente que a presença dos médicos fez aumentar a cobertura e, portanto, o acesso da população.

E digo acesso porque essa é uma comparação - também uma publicação do pessoal do Estado do Amazonas - em que se demonstrou que a quantidade de consultas nas unidades atendidas por profissionais do programa é maior do que a quantidade de consultas nas unidades que não têm profissionais do programa.

Então, esses gráficos acima são todos de Municípios aderidos ao programa e esses gráficos que ficam abaixo são de Municípios não aderidos. O que tem de comum entre os dois são as quedas no mês de dezembro, em que realmente os profissionais estão de recesso, férias. Então, cai o número de consultas, mas em ambos os gráficos aumenta o número de consultas com o programa.

Taxa de internações. A presença do profissional do Programa Mais Médicos fez evitar aquela internação que a atenção básica pode resolver. Então, aquele diabético que tinha um problema de descompensação da sua doença e internava por causa disso, a partir do momento em que foi manejada a sua situação na atenção básica, ele deixou de internar.

Outro exemplo: Região Nordeste. Um estudo feito pela Universidade Federal de Pernambuco. Em virtude disso, o número de crianças com diarreia, que internavam muito, caiu em 35%. Ou seja, foram atendidas no posto de saúde e tiveram seu problema resolvido no posto de saúde.

E sobre as pesquisas de satisfação o Ronald vai falar também. Acho que são muito significativas. Vejam essa com mais de 14 mil pessoas atendidas do Sistema Único de Saúde. Agora há atendimento médico todos os dias. Médicos atenciosos, médicos capacitados e competentes. E 55% das pessoas atendidas deram a nota 10 para os profissionais, sendo que a média foi nove no geral.

Vejam esse estudo da Universidade de Brasília, que palavras aparecem, quando perguntam para as pessoas atendidas pelos médicos do Programa: bem atendido, presença do médico, atenção...

(Soa a campainha.)

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Enfim, para finalizar, esse estudo, que é um estudo do Boletim da Organização Mundial de Saúde, que foi publicado, da Universidade de Brasília, que também demonstrou, entre aqueles Municípios que estavam em laranja e em vermelho pela escassez de médicos, com a presença do Programa, boa parte deles teve uma mudança significativa.

O último eslaide, em virtude do tempo, para finalizar e terminar de dialogar com as perguntas da Senadora, demonstra que a presença de um número significativo do programa teve uma satisfação importante.

Então, me parece que, frente a isso, relatos de erros, por exemplo, foram mais pontuais, mais localizados e acompanhados pelo programa, pela própria supervisão acadêmica, que tem o papel de acompanhar os profissionais.

As vagas foram ofertadas primeiro para brasileiros. Então, todas as vagas que foram preenchidas por profissionais estrangeiros o foram porque os profissionais brasileiros não quiseram ocupá-las. Então, acho que isso é um dado importante.

Finalmente, é importante o programa continuar, para manter e ampliar esses resultados na atenção. Os estudos agora estão se debruçando, por exemplo, sobre a queda da mortalidade infantil, sobre a queda da mortalidade geral - que o programa tem possibilitado. Então, são estudos que precisam de mais tempo, mas mesmo assim o programa tem conseguido isso.

Segue sendo importante a presença de médicos cubanos nos Municípios mais vulneráveis. São localidades em que, sem a presença desse profissional... Nos editais, o que a gente tem conseguido pesquisar pelas universidades, com as informações fornecidas, é que se segue, não havendo procura de brasileiros ou que, quando os brasileiros procuram, vão lá e ficam pouco tempo, então não suprem a necessidade da população de atenção continuada.

Houve recentemente a publicação de uma nova Política Nacional de Atenção Básica, e a avaliação que as universidades têm feito é a de que ela enfraquece possibilidades como o Programa Mais Médicos, que fortalece a atenção básica e o Sistema Único de Saúde.

Então, acho que há pontos importantes nessa política que precisam ser revistos, para o programa continuar tendo esses resultados importantes.

E um ponto que também gostaria de deixar para debate, acho que até para o Prof. Vinícius falar também: a falta de apoio para a dimensão educacional. Se não se seguir com a expansão de vagas de graduação e de residência médica que foram previstas no início do programa e cujas metas terminam neste ano de 2017, esta questão de o provimento ser emergencial, então, de a necessidade de médicos estrangeiros ser durante um período e ser emergencial, vai ficar cada vez mais duradoura, se não houver a quantidade necessária de médicos formados no Brasil, no interior, próximo das comunidades que têm mais necessidade.

Então, não há como discutir essa questão do provimento, sem discutir também as outras dimensões do programa.

Para um primeiro momento era isso, e sigo à disposição para o debate.

Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Passo adiante, até para informar ao Senador Moka, que é um Senador muito participativo nesta Comissão, que ontem, pelo testemunho também dos outros debatedores, ficou colocado que, quanto à liberação de cursos particulares de médicos em universidades particulares, o segundo edital ainda está paralisado no MEC. E se tirou a necessidade de uma ida da Comissão, do Ministério de Educação, para ver se nós conseguiríamos adiantar isso através da Presidente da Comissão encaminhando.

Dando continuidade e já registrando a presença aqui entre nós do Sr. Lincoln Lopes Ferreira, que é o 2º Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), eu passo a palavra ao Sr. Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, Professor Assistente da Universidade de Brasília.

O SR. VINÍCIUS XIMENES MURICY DA ROCHA - Primeiramente, bom dia para todos, para todas. Sou Vinícius Ximenes, sou médico de família e comunidades, sanitarista, sou professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

Eu tentei organizar, diante do tempo, com o Felipe, um pouco das nossas falas de forma complementar, e de certa forma nós vamos conseguir também aqui dialogar, pelo menos com os pontos 1 e 3 que foram trazidos pela Senadora Lídice da Mata, do ponto de vista de o meu enfoque da apresentação ser muito focado na discussão sobre as mudanças na formação médica, que na verdade toma a maior parte do espaço da redação da Lei 12.871, de 2013, que é a Lei do Mais Médicos.

A Lei do Mais Médicos tem uma organização em quatro capítulos. Praticamente três desses capítulos têm um enfoque bastante proeminente na discussão sobre mudanças na formação médica no Brasil, apesar de que um desses capítulos, no caso o que fala das ações de provimento emergencial, talvez elas que tenham um maior destaque, porque obviamente elas também trazem resultados um pouco mais imediatos.

É muito importante entender que o Mais Médicos também dialoga com uma questão que dentro das políticas públicas é bastante cabal. O tempo das necessidades de saúde e o tempo das políticas de formação, elas têm tempos diferentes. A formação é uma coisa que você planta hoje. Você vai plantar, por exemplo, na formação de um médico, e daqui a 6, 8, 10 anos, que é o tempo que você demora do ponto de vista de formar um médico, especializar um médico, e ele estar plenamente qualificado dentro do mercado de trabalho.

O tempo da escassez de médicos, como o Felipe trouxe muito bem para a gente, é um tempo para já, para agora.

Então obviamente alguns estudos têm conseguido mostrar um melhor impacto em torno de quatro anos de execução do Programa Mais Médicos, porque obviamente havia necessidades muito urgentes, muito proeminentes, e elas têm conseguido ter uma resposta, digamos assim, no melhor dos seus aspectos.

Nesse sentido, eu queria mostrar um pouco para vocês - o Felipe trouxe um artigo - desse grupo hoje de especialistas na área de educação médica, talvez seja um dos grupos mais qualificados do mundo hoje. É um grupo multicêntrico, coordenado pelo Prof. Julio Frenk, de Harvard, que tem discutido novas diretrizes para a formação médica no mundo.

Então, o mundo todo hoje tem se debruçado do ponto de vista da necessidade de mudanças no perfil de formação dos médicos. Desde o final da Segunda Guerra Mundial, a gente começou um momento, nas escolas médicas em nível mundial, de muita mudança do ponto de vista de metodologias ativas na formação de médicos. Desde os anos 50 e 60, vem-se rediscutindo que esse modelo de formar médico meramente de uma forma teórica, dentro da sala de aula, de forma vertical, do ponto de vista do ensino, isso não é suficiente para formar médicos de qualidade. Vários lugares do mundo têm feito mudanças expressivas desde os anos 60.

O Brasil pegou essa onda um pouco depois, digamos que no final dos anos 90 que a gente conseguiu acompanhar esse movimento mundial que outros países do mundo começaram lá nos anos 60.

Mas hoje o mundo todo tem um consenso em relação à mudança da formação de médicos, em que não adianta só haver metodologias ativas de ensino.

Se a gente não tem um grau de exposição desses médicos de formação nos cenários concretos, do ponto de vista do mundo do trabalho, a gente não consegue impactar a mudança da formação médica. Então, muitas vezes, dentro da escola médica, mesmo com a metodologia ativa, a gente simula, simula, simula tudo aquilo que a gente quer trabalhar como competências para a formação, quando esses médicos vão para o cenário real de formação no mundo de trabalho, eles não conseguem lidar com esse mundo real da questão do trabalho. Então, eles têm dificuldade do ponto de vista atitudinal, eles têm dificuldades do ponto de vista de habilidades e, muitas vezes, eles têm um enfoque de conhecimento que não necessariamente acompanha aquelas necessidades de saúde que são mais prevalentes dentro da população.

Então, de certa forma, a Lei do Mais Médicos, a Lei 12.871, vem fazer um alinhamento do ensino médico brasileiro com o terceiro ciclo de reformas da educação médica mundial.

Dentro do que foi previsto da Lei do Mais Médicos, um aspecto importante dentro da lei foi o apontamento do ponto de vista de mudanças nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Medicina. As nossas diretrizes dos cursos de Medicina eram de 2001. De 2001 até 2014, quando foram implementadas as novas diretrizes curriculares nacionais, a partir de um bom debate, construído a partir do Conselho Nacional de Educação, baseado na Lei do Mais Médicos, muitas mudanças ocorreram do ponto de vista das políticas de saúde e de educação.

Do ponto de vista das políticas de saúde, toda uma organização de serviços de saúde, de ações de saúde, a partir de uma lógica de rede de atenção à saúde, de diversificação de serviços do ponto de vista da garantia do acesso às pessoas aconteceu. E, ao mesmo tempo, do ponto de vista da educação, nós tivemos um franco processo de acesso, inclusão e expansão do ensino superior, de mudanças na avaliação, principalmente a partir de 2004, mas os cursos de Medicina a partir de 2007, a partir do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior.

Então, nesse sentido, a Lei do Mais Médicos e as diretrizes curriculares que foram aprovadas em 2014 conseguiram fazer um realinhamento da formação médica com tudo que nós tivemos de mudança na política de saúde e na política de educação. Então, nesse sentido, a partir da Lei do Mais Médicos, os cursos de Medicina mantêm uma formação em seis anos, mas, dentro do seu período de estágio final, é fundamental uma carga horária mínima de 30% dessa formação no estágio final voltada para área de atenção básica em saúde, com enfoque principalmente na área de conhecimento da Medicina de família e comunidade e, ao mesmo tempo também, um enfoque importante para discussão das urgências e

emergências, que obviamente são dois importantes mercados de trabalho e cenários de atuação de médicos egressos das escolas de Medicina. Então, pelo menos 30% da formação do estágio final têm que ser voltados a essas áreas.

O estudante, terminando os seis anos de graduação, a formação médica brasileira, a partir do Mais Médicos, continua sendo terminativa, ou seja, eu termino o curso de Medicina, eu tenho o meu diploma e posso atuar onde eu quiser; eu tenho autonomia profissional. Mas, se você quiser entrar para o sistema de formação a partir de especialidades médicas, com o padrão ouro que é a residência médica, é necessário um pré-requisito de um a dois anos de estágio em programas de residência de medicina de família e comunidade.

A medicina de família e comunidade não é nada mais, não é diferente do que outros países do mundo chamam de clínica geral. Os ingleses chamam de *general practice*; os espanhóis chamam de medicina familiar; os portugueses, de medicina geral familiar; os cubanos, de medicina geral integral. Cada país do mundo tem uma denominação diferente para essa especialidade. Então, a formação desse pré-requisito... Do mesmo jeito que, se eu quero ser um cardiologista, eu tenho que fazer dois anos de pré-requisito em clínica médica para fazer cardiologia, para você fazer qualquer especialidade, há um pré-requisito zero, que seria a medicina de família e comunidade, para você poder seguir para outros troncos da formação de especialista, que também é um aspecto que a Lei do Mais Médicos inova, dizendo que não adianta só a gente mexer na graduação.

Se a gente mexe na graduação, mas descuida do ponto de vista da regulação e do perfil que a gente quer para a residência médica, obviamente a residência médica, inclusive, pode concorrer e competir com aquela tentativa de formação, de mudança de formação que nós fizemos na graduação. Então, é importante os dois sistemas - de graduação e de pós-graduação e residência médica - estarem integrados.

Nesse sentido, são importantes os parâmetros internacionais, que o Felipe trouxe muito bem para a gente. Vários países do mundo, a partir do período que seria equivalente ao que seria a graduação no Brasil, fazem momentos, digamos, intermediários para você ter a formação terminativa de especialistas. A maior parte desses países do mundo, vale a pena registrar, trabalha numa lógica de estágios compulsórios. Não é nem como o Mais Médicos. O Mais Médicos coloca assim: você se formou, você pode trabalhar; mas, se você quiser fazer a residência médica, existe uma série de pré-requisitos que precisam ser realizados. Em outros países do mundo é obrigatório - você termina o curso, você precisa estagiar dentro da clínica geral ou da medicina de família por um determinado período de tempo para depois concluir a formação de especialista.

Então, é muito importante esse debate, porque uma séria crítica que foi feita a essa mudança na formação de especialistas do Programa Mais Médicos é: num País onde já existe uma escassez, digamos, no provimento de médicos e, obviamente, a escassez de formação de várias especialidades é muito maior, nós estaríamos retardando o tempo de liberação desse médico especialista para atuação no mercado de trabalho. Na verdade, nós estamos mostrando que esse período de oito anos de formação para ter um especialista, que é o que alguns países aqui fazem, a partir do parâmetro que a gente trouxe, não é algo, digamos, fora de uma lógica razoável. Por exemplo, no Reino Unido, se eu quero ser um pediatra ou um psiquiatra, eu vou fazer cinco anos, que seria o equivalente à nossa graduação, mais dois anos, o que seria o treinamento no Foundation Programme, que vai ser uma formação em medicina de família, em clínica geral, e ainda vou fazer praticamente mais cinco anos de formação...

(Soa a campanha.)

O SR. VINÍCIUS XIMENES MURICY DA ROCHA - ... para ser um pediatra ou um psiquiatra. Então, não foge dos parâmetros internacionais, a gente está bem aquém disso do ponto de vista do que a gente propôs dentro da Lei do Mais Médicos.

É importante dizer que a Lei do Mais Médicos, também nessa lógica de mudar a formação de especialistas, coloca que para as chamadas áreas básicas é necessário somente um pré-requisito de um ano em medicina de família e comunidade; para outros programas de residência, dependeria de um a dois anos, a partir de uma definição da Comissão Nacional de Residência Médica; e em algumas especialidades novas, especialidades de muito baixa procura, não se teria esse pré-requisito da medicina de família e comunidade.

É importante - eu vou deixar essa apresentação disponível para a Comissão -, mas há uma série de competências em que a medicina de família e comunidade é capaz de dar uma maior capacidade clínica, uma maior humanização na formação e uma melhor perspectiva do ponto de vista da formação atitudinal dos médicos. Por isso esse pré-requisito nesses programas é bastante importante. Existe toda uma série de consensos internacionais hoje, do ponto de vista de responsabilidade social das escolas médicas, que colocam para a gente - vou só passar bem rapidamente esses trechos - que você dar um enfoque na atenção primária para a formação dos médicos tem um impacto fundamental do ponto de vista das mudanças da formação. Então, vou passar um pouquinho esses eslaides, mas estão disponíveis para a Comissão.

Esse consenso internacional é categórico ao falar da importância da atenção primária à saúde para a formação dos médicos. E aí houve uma série de estratégias que esse terceiro ciclo de reformas na educação médica no contexto brasileiro - que vem a partir da Lei do Mais Médicos - trouxe para a gente. De forma bem breve, eu só vou comentar em que estágio cada um desses aspectos da política se encontra hoje.

Como o Felipe colocou, é muito importante um vigor do ponto de vista do eixo educacional do programa. Por que, pessoal? Porque, se a gente não conseguir fazer esse investimento de forma qualificada na mudança da formação, o Brasil não será autossuficiente em quantidade e qualidade de garantir os médicos que precisa para movimentar o seu sistema de saúde e o mercado de trabalho.

Então, nesse sentido, desde 2014, nós temos diretrizes curriculares nacionais nos cursos de graduação em Medicina, que estão em implementação em diversas escolas médicas do País. Isso já está num certo estágio avançado na maior parte das escolas médicas. Nós temos uma comissão de especialistas em acompanhamento e avaliação das escolas médicas, que assessora esse processo de implantação de novas diretrizes curriculares, especialmente nos cursos e universidades federais. O trabalho dessa comissão de especialistas hoje se encontra paralisado. E esses especialistas são fundamentais do ponto de vista de conseguirmos fazer políticas de acompanhamento da implantação de novas escolas de Medicina no País. É importante colocar isso.

Existe uma lógica de um mestrado profissional em saúde da família que está em curso hoje do ponto de vista de a gente garantir uma maior quantidade de mestres do ponto de vista da docência médica, porque a docência médica hoje é um gargalo no nosso País. Há poucos mestres e doutores médicos para a demanda de expansão da educação médica que está sendo feita hoje no País. Então, esse mestrado profissional voltado para a área da saúde da família tem buscado responder a parte dessa demanda.

Nós temos a necessidade de uma mudança no sistema de formação de especialistas, que é aquela mudança dos pré-requisitos para o acesso às especialidades médicas. Esse processo hoje se encontra paralisado na Comissão Nacional de Residência Médica. Ou seja, a meta do programa colocava que, em 2018, era fundamental a universalização de residência médica no Brasil, para que façamos essa mudança no pré-requisito de acesso à formação de especialidades. Esse processo se encontra paralisado na Comissão Nacional de Residência Médica.

É importante uma expansão robusta de vagas de Medicina de família e comunidade porque, sem isso, a gente não consegue fazer a universalização de vagas de residência médica. O que é a universalização de vagas de residência médica? É para a cada egresso de um curso de graduação de Medicina, eu ter uma vaga de residência médica. Claro que a definição de quais áreas vão ter mais ou menos vagas depende das necessidades de saúde do País para que seja organizado. Mas essa universalização de vagas é importante.

Desde o ano passado, a gente não tem, por exemplo, no sistema das universidades federais, expansão de vagas de Medicina de família e comunidade. A queda do aumento de vagas foi bastante expressiva nos últimos dois anos. Ou seja, possivelmente em 2018, de acordo com o que está previsto na lei, nós não vamos alcançar a meta. E isso é uma questão bastante impactante e uma questão bastante preocupante, porque, como o Felipe colocou, quanto mais a gente não consegue avançar nas ações de formação, mais a gente fica dependente das ações de provimento.

Além disso, temos mudanças na avaliação. Nós já começamos um processo de implantação de uma avaliação bianual dos estudantes de Medicina no País. Isso vai ajudar a qualificar o acompanhamento da formação médica no cenário de expansão que está sendo feito. Nós temos uma lógica de mudança nos instrumentos de avaliação externa a partir dos sinais. Esse processo se encontra paralisado dentro do Inep. Ou seja, no Inep, havia um novo instrumento...

(Soa a campanha.)

O SR. VINÍCIUS XIMENES MURICY DA ROCHA - ... para a avaliação das escolas médicas. A partir das novas diretrizes curriculares, esse processo foi praticamente revogado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira, foi paralisado e foi revogado o instrumento de avaliação nas escolas, que é um importante mecanismo de indução e de implantação das novas diretrizes curriculares.

A Lei do Mais Médicos diz que, até o ano de 2018, tem que ser feita uma auditoria nos cursos de Medicina do País para ver se aquele mínimo de 30% na atenção básica do ponto de vista de cumprir ou não as novas diretrizes curriculares está sendo implementado nesse processo também, e não houve nenhuma viabilização. Além disso, a queda de financiamento para os Municípios do ponto de vista da política de saúde e da atenção básica trouxe um grande prejuízo do ponto de vista de garantia de cenários de prática para essa expansão da atenção básica.

Dentro da lei do Mais Médicos está prevista uma lógica do que se chamam Contratos Organizativos de Ação Pública em Ensino Saúde. O que é essa lógica? É organizar, em todo o País, sistemas de saúde/escola baseados no SUS do ponto de

vista de garantia de cenário de formação. E esse processo, obviamente, por essa certa paralisação da expansão da atenção primária e da qualificação que a gente tem enfrentando a partir de 2016 tem trazido alguns prejuízos com a implantação de novos cursos de Medicina.

Nesse contexto, a crítica que foi feita - Senadora, só preciso de mais dois minutinhos para poder concluir a minha fala, se possível -, um certo debate do ponto de vista de que a gente vai ter um estouro de formação de médicos no País, o que, obviamente, vai trazer um inchaço no mercado de trabalho, não procede. As necessidades de saúde são crescentes num País com envelhecimento da população, com crescimento de doenças crônicas.

O Brasil, na época do Mais Médicos, no início do Mais Médicos, estava numa lógica de 1,8 médicos para mil habitantes do ponto de vista de seu contexto de demografia médica. Em 2026, com todo esse esforço de implantação de novos cursos, ele chegaria a 2,6 médicos para mil habitantes. Já em 2013, a média dos países da OCDE de demografia médica é de 3,2 médicos por mil habitantes, ou seja, todo esse esforço de criar 11.447 vagas a partir do Programa Mais Médicos para formação ainda vai trazer para a gente parâmetros do que seriam parâmetros internacionais satisfatórios de demografia médica. Ao mesmo tempo, a média internacional de egressos de cursos de Medicina para cada cem mil habitantes - também são dados da OCDE em 2013 - era de 10,6 médicos para cada cem mil habitantes. O Brasil tinha sete médicos para cada cem mil habitantes, e nós chegaríamos perto do parâmetro da OCDE em 2026.

É importante destacar que o Brasil, apesar de ter uma grande quantidade de escolas médicas optou, desde os anos 70, por um modelo que é um modelo caro e que concentra cursos de Medicina nas áreas mais ricas do País, ou seja, nós criamos uma lógica de cursos de Medicina com poucas vagas de oferta por escola médica. Se se pegar os ingleses, eles têm em torno de 30 cursos de Medicina mais uma relação de egressos para cada cem mil habitantes muito melhor do que a nossa. Então, é importante colocar que esses dados comparando o Brasil com a Índia, com a China em relação ao número de escolas médicas não é o melhor indicador para se poder avaliar se temos uma quantidade adequada de vagas em escolas de Medicina ou não. Nós temos muitas escolas de Medicina no Brasil, mas com poucas vagas por escola.

Nesse sentido, o Mais Médicos melhorou a distribuição de vagas em cursos de Medicina nas diversas regiões do País, e, ao mesmo tempo, a gente teve uma lógica de implantar cursos de Medicina em universidades federais que seriam, casos índices, *cases* nossos de se poder implementar plenamente outra lógica de formação. Alguns desses cursos: em Caicó, no Rio Grande do Norte, mais de 60% dos estudantes desse curso de Medicina são oriundos de escola pública e da própria região do Semiárido nordestino numa lógica de argumentos de inclusão regional, que é uma política complementar às cotas de se incluírem estudantes da própria região em curso de Medicina; em Caruaru, que também goza de uma política semelhante lá no Agreste pernambucano; na Universidade Federal do Sul da Bahia, em Teixeira de Freitas, mais de 80% dos estudantes do curso de Medicina em Teixeira de Freitas são pobres e da própria região do Sul da Bahia. Ou seja, a lógica desses novos cursos de Medicina é baseada na evidência internacional em que, se se abre um curso de Medicina em áreas com importante vulnerabilidade social do ponto de vista da questão da saúde e provenho que pessoas da própria região possam entrar nesses cursos de Medicina e se especializar nessa própria região, a capacidade de se induzir a fixação desse profissional na região se torna bastante importante, bastante alta.

Vi vários outros cursos em Barreiras, na Bahia; Paulo Afonso, Santo Antônio de Jesus, Jataí, Imperatriz, Pinheiro, Alfenas, Diamantina, Teófilo Otoni, Lavras, São João del-Rei, Três Lagoas, Rondonópolis, Sinop, Parnaíba, Foz do Iguaçu, Passo Fundo, Arapiraca, Chapecó, Araguaína, e vários outros cursos que foram criados.

Esses cursos têm sofrido uma grande dificuldade, porque, na política de cortes que foi feita, havia todo um pacote que se tinha pactuado dentro do MEC, que era um enxoval para esses novos cursos: matriz específica de recursos, matriz específica de docentes e técnicos administrativos. Esses cursos têm passado várias dificuldades do ponto de vista de uma despriorização da política de educação superior em relação a esses cursos.

(Soa a campanha.)

O SR. VINÍCIUS XIMENES MURICY DA ROCHA - Nesse sentido - é meu último eslaide -, toda a lógica de expansão de vagas e residência de família e comunidade, pensando na parte de portes populacionais, o que é possível na criação dessas vagas, que são mais de 16 mil vagas em programa de residência e Medicina de Família. E posso falar que alcançamos, em 2017, em torno somente de 30% a 40% da meta de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade.

É fundamental uma rediscussão do ponto de vista do Poder Público de o que será feito para se garantir um elemento tão importante para o desenvolvimento da política de saúde no País, que é uma mudança da qualidade da formação dos seus especialistas.

Era isso o que tinha para trazer. Obviamente, a gente fica à disposição para eventuais perguntas e questionamentos.

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Muito obrigada.

Dando continuidade, só para informar que nossa audiência pública é interativa, através do portal e-Cidadania do Senado Federal, e nós recebemos aqui já comentários:

Omar Ramos, de Pernambuco, reproduz o art. 5º da Constituição: "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade."

Outro, Ricardo José, que fala que o convênio deveria ser também com outros países. Certamente, isso pode ser abordado por vocês.

E Artur Cury diz: "Programas interessantes que melhoraram os atendimentos do SUS devem ser mantidos e ampliados.

Novamente, um outro comentário de Márcia Carvalho, que vai na mesma direção dos demais.

Não vou comentar todos, mas, se forem chegando comentários, vamos registrando pelo menos o nome das pessoas.

Vou passar a palavra agora ao Dr. Lincoln Lopes Ferreira.

Nós estamos dando continuidade à lista de presença inicial.

O SR. LINCOLN LOPES FERREIRA - Senadora, bom dia.

Cumprimentando o Senador Moka, eu gostaria de agradecer em nome da Associação Médica Brasileira a oportunidade de nos expressar.

Não tenho uma apresentação específica, mas já trago com uma razoável clareza a nossa visão da questão do Programa Mais Médicos.

A população brasileira foi às ruas juntamente com as entidades médicas desde a criação do SUS, em 1988. As primeiras manifestações remontam acerca de 1990 em termos de um financiamento adequado e do estabelecimento das carreiras profissionais. Isso vem ocorrendo ao longo dos anos. Era perfeitamente possível que a chamada Emenda 29, que preconizava 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde... Ela foi discutida ao longo do tempo, ficou pronta para ser sancionada, e foi efetivamente sancionada em dezembro de 2011, vetando essa questão que implicaria, naquele momento, algo entre R\$36 bilhões e R\$40 bilhões, o que nos possibilitaria, hoje, ao final de cinco anos, estarmos completando o ciclo virtuoso da saúde pública. A saúde pública, obviamente, tem intrinsecamente uma questão de financiamento e, na sequência, outros problemas como o de gerenciamento, de gestão, de inadequação de alocação de recursos. Mas não podemos fugir nunca do eixo principal que é a questão da falta do financiamento inadequado.

Os dados do Ministério da Saúde de 2015 mostram que a saúde pública recebeu financiamento federal da ordem de R\$111 bilhões, o que, numa somatória, dá cerca de 43% do financiamento global da saúde. Se somarmos Estados e Municípios, chegaremos a algo em torno de R\$246 milhões, mas o Governo Federal, enquanto maior ente arrecadador de impostos, contribuiu com R\$111 bilhões.

A saúde privada, que está em torno de 25% dos brasileiros, em números aproximados, tem um financiamento de R\$119 bilhões. É como se, para nos sentarmos em uma determinada cadeira, tivéssemos de colocar três pessoas, três brasileiros. Já citada aqui a Constituição, somos todos iguais e todos temos direitos, independentemente de onde habitemos, nesses 5,7 mil Municípios, nos 8,547 mil quilômetros quadrados. Consequentemente, algo está errado.

A população brasileira foi às ruas clamando por seu direito constitucional, pelo direito a uma saúde decente e cidadã. E nós tivemos como resposta essa lei do Mais Médicos. A lei do Mais Médicos traz, em si, muitas implicações, que aqui foram colocadas. Eu vou entrar no eixo das perguntas, mas a principal implicação dela foi a de que, pela primeira vez, no Brasil - e que me conste em nenhum outro país -, permitiu-se ou autorizou-se que pessoas reputadas como médicos, sem a validação dos seus diplomas, pudessem atuar na qualidade de treinandos, como se fossem fazer um curso de aperfeiçoamento.

O TCU, em um relatório de 2014, ao final, avalia que foram gastos cerca de até então R\$10 bilhões, e que certamente esse dinheiro seria mais bem empregado - palavras do TCU - em aperfeiçoamento de profissionais brasileiros, já que a maioria foi para profissionais estrangeiros por intermédio de um convênio com a Opas, chamados de intercambistas.

Essa situação gerou algo inusitado. Primeiro, as entidades sendo acusadas de xenofobia, e não há absolutamente nenhuma xenofobia. A nossa questão é em relação, especificamente, ao diploma, porque, na primeira pergunta: uma vez que são cerca de 14 mil profissionais, houve relato de denúncias? Existem alguns desses profissionais que estão inscritos nos conselhos aonde chegam as denúncias. A maioria nem sequer está inscrita. Não existe controle em relação a isso. E, sim, nós que somos da área temos relatos de inúmeras denúncias, inúmeros descumprimentos à legislação brasileira, como, por

exemplo, ofertar bebida alcoólica a menor de idade. Nós médicos sabemos que o álcool é um sedativo da tosse e que, de fato, pequenas doses de conhaque podem sedar a tosse. Isso é prática existente em outros países, mas é proibido no Brasil. Nós temos relatos de agressões a esses médicos por parte da população. Cito a cidade de Ibiá, no Alto Paranaíba, no meu Estado, que tiveram de remover, ante a falta completa de capacidade de atender às demandas da população. As receitas, os pedidos abundam na internet, gerando, inclusive, um termo jocoso, "cubanas", porque o pessoal prescrevia nome de laboratório, pedia exames de maneira absolutamente inadequada, doses inadequadas, mostrando que uma grande parte dessas pessoas seguramente tinha algum tipo de treinamento voltado para os cuidados primários, mas, aparentemente, nenhum tipo de treinamento voltado para terapia e voltado para as necessidades de uma população de 207 milhões de pessoas, que envelhece rapidamente e que tem suas necessidades próprias por causa da nosologia prevalente no nosso País. A Associação Médica Brasileira é uma entidade de classe de característica civil. Nós não recebemos denúncias para médicos, mas isso é exposto amplamente na internet, isso é exposto amplamente nas mídias sociais, e, seguramente, alguns casos tiveram outros tipos de conotação além desses que eu estou citando.

São 14 mil profissionais. Existe prioridade, teoricamente, para os médicos brasileiros. Há aqui um grupo, hoje, enorme de médicos que questiona, que há 15 mil médicos brasileiros, nesse momento, inscritos para atuar no Programa Mais Médicos, esperando uma vaga. São 15 mil jovens profissionais, ou seja, essa questão de dizer que não existe mais a demanda por parte dos médicos brasileiros já não é mais real, não mais faz parte de um contexto real.

Agora, existe uma diferença: o médico brasileiro está sujeito a uma legislação, ao Código Civil e Penal, que não mudou nesse período todo. Entrou a lei do Mais Médicos, modifica-se a formação, mas a nossa responsabilidade civil e criminal não muda. Consequentemente, um médico brasileiro com diploma validado, com CRM, ao ser colocado em um local onde não existe condição para que ele possa exercer dignamente as suas atividades e que possa, inclusive, ser acusado penal e civilmente por estar atuando como médico, como pessoa gabaritada legalmente, de fato, não fica. Não fica.

Assim, nós temos ali um grande problema. Os mapas foram brilhantemente demonstrados, e eu, particularmente, tive oportunidade de estar em São Gabriel da Cachoeira, lá na Cabeça do Cachorro, onde nós fomos estudar *in loco* as condições e as necessidades para o estabelecimento de uma carreira médica de Estado, esta, sim, do nosso ponto de vista, a solução para se colocar médico nos 5.700 Municípios brasileiros. Nós temos de tirar o médico dos humores políticos das prefeituras.

O que nós temos hoje, na grande maioria, são colegas que têm contratos precários. Os contratados das prefeituras normalmente têm salários baixíssimos. Basicamente, existem tentativas de contratos precários com pessoas jurídicas, essas pessoas têm pagamento irregular, e, quando muda o secretário de Saúde ou muda o prefeito, elas são simplesmente demitidas. Então, não há como fixar a maioria dos Municípios nessa condição.

Portanto, trazer profissionais cuja qualidade não conhecemos e tentar fixá-los mediante uma lei... Foi colocado aqui, muito claramente, que todo estrangeiro no Brasil, como membro da OIT, que tem contrato de trabalho aqui dentro tem direitos iguais. Alguns não têm, não recebem pelo que fazem, têm trajeto e relacionamento controlado, numa afronta à Constituição brasileira. Isso não nos parece solução adequada.

Formação de médicos. Dois terços das escolas são escolas particulares, voltadas para o lucro. Nós realmente não temos mestres nem doutores. Aquele número apresentado já mudou. O Brasil hoje forma 14,7%, neste momento, pelo número de escolas, de médicos por cem mil habitantes, o que é maior do que todos da OCDE; é inusitado no mundo e não se sabe o resultado disso, inclusive pela carência do ponto de vista ético e humanístico que essas pessoas trazem.

Considerando que o médico atua por cerca de 43 anos,...

(Soa a campanha.)

O SR. LINCOLN LOPES FERREIRA - ... o custo social, em termos de diagnósticos errados, tratamentos errados e consequências erradas a serem suportadas pela população brasileira, é enorme.

Portanto, nesse aspecto a Associação Médica Brasileira entende que é fundamental: uma moratória na abertura de novos cursos de Medicina. Nós não temos mais nem estrutura hospitalar ou estruturas de saúde para abrigar os nossos egressos; que nós temos de repensar o funcionamento das escolas atuais em termos de qualidade, em termos de conteúdo; e, finalmente, a instituição da carreira de médico de Estado, pois aí, sim, nós vamos ter uma solução permanente que vai propiciar o atendimento do citado art. 5º da Constituição brasileira.

Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Obrigada, inclusive, pela objetividade.

Passo a palavra ao representante do Conselho Federal de Medicina, Dr. Alceu José Peixoto Pimentel.

O SR. ALCEU JOSÉ PEIXOTO PIMENTEL (*Fora do microfone.*) - Eu podia falar em pé, Senadora?

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Claro. Pode fazer como o senhor quiser, com apresentação, em pé...

O SR. LINCOLN LOPES FERREIRA - Senadora, objetivado inclusive porque parece que a voz, como se está vendo, não está boa. Obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - De nada.

O SR. ALCEU JOSÉ PEIXOTO PIMENTEL - Bom dia a todos.

Cumprimento a Senadora Lídice e agradeço a ela. Cumprimento os colegas da Mesa. Agradeço ao Senador Moka o requerimento que nos proporcionou a participação nesta Mesa.

Colocarei alguns números que são um pouco diferentes dos que foram colocados aqui. Esta é a lei do Mais Médicos - o apontador estava funcionando, mas não está mais -, que introduziu regras que afetam... Nós já vimos isso aqui.

Mas uma coisa importante é o objetivo. O objetivo dessa lei era prover e fixar médicos, em sua maioria, intercambistas na área de atenção básica. O projeto aponta como prioritárias as regiões carentes (distantes, pobres, etc). Mas a gente vê, na distribuição inclusive desses médicos pelo Brasil, colocando no mapa, que existe uma forte presente desses médicos em capitais, em Municípios desenvolvidos e onde já existia um número importante de médicos. Aí eu vou falar um pouco sobre auditoria do TCU, que é de março de 2015, Lincoln. Dos 13.790 inscritos, quatro mil trezentos e poucos - 31% - não possuem supervisores indicados. Nós estamos falando de um programa que se diz um Programa de Educação Continuada, um programa de especialização, e vemos que 30% desses não tinham supervisores. Esses supervisores trabalhavam em limites acima dos parâmetros legais - 10% desses supervisores já acompanhavam mais de dez participantes, e outros dez tinham carga de atividade acima de 81 horas.

As referências de maior gravidade surgiram quando quase 20% desses médicos supervisionados, ao entrarem em contato com seus supervisores para dirimir dúvidas, admitiam que a falta de conhecimento de protocolo clínico conturbou diagnósticos e terapêuticas. Isso é falta de tutoria adequada. Então, o que nós temos é um programa de transferência de trabalho médico, e não um Programa de Educação Continuada e de especialização.

Respondendo a uma primeira pergunta sua, Senadora, num cenário como esse, os erros são totalmente possíveis; eles existem e são muitos, porque as denúncias não chegam à AMB, mas chegam aos Conselhos de Medicina. Nós podemos fornecer à senhora centenas de denúncias que chegam aos Conselhos de Medicina sobre os erros. Não estou nem culpando os colegas médicos cubanos que estão aqui, porque eles não conhecem os nossos protocolos e nem estão sendo orientados para isso. É preciso que se avalie. Os Conselhos de Medicina têm recebido essas denúncias e as têm encaminhado para o Ministério Público, porque nós não temos autonomia sobre esses médicos. Então, já respondendo a uma pergunta sua, ainda um pouco sobre a auditoria do TCU - e estes não são dados do Conselho Federal de Medicina; é bom deixar isso bem claro -, 34% dos supervisores afirmaram que os médicos formados no exterior enfrentaram obstáculos devido ao desconhecimento de protocolos. Disso eu já falei.

Destaco aqui que a auditoria mostra que, em metade dos primeiros locais atendidos pelo programa, ao receberem os bolsistas, ocorreu a dispensa de médicos contratados anteriormente. E, respondendo a uma segunda pergunta sua, Senadora, em agosto de 2013 - este não é um dado do CFM; é um dado do TCU -, nesses Municípios com redução da oferta de serviços médicos, havia 2.630 médicos, que, somados aos 262 profissionais que chegaram pelo Mais Médicos, totalizavam 2.892. Um ano depois, porém, contabilizaram-se, nesses Municípios, apenas 2.288 médicos. É fácil entender isso. Os Municípios estão com despesas enormes, ultrapassando os limites constitucionais. Se eu recebo médicos de graça, eu dispenso aqueles a quem estou pagando. Essa é uma lógica de administração, que, do ponto de vista administrativo, nós entendemos. Então, houve, sim, Senadora, dispensa dos médicos brasileiros que trabalhavam nesse programa nesses Municípios.

As novas diretrizes do Mais Médicos foram instituídas com uma publicação, no que diz respeito à questão das especialidades. Destaco que não houve debate para o aperfeiçoamento das regras curriculares - as regras foram impostas sem uma discussão democrática e ampla. O projeto de lei que foi apresentado e debatido nesta Casa não foi discutido com a comunidade acadêmica, não foi discutido com as entidades médicas; foi um programa imposto, copiado por um grupo de técnicos iluminados que não fizeram um debate com as pessoas que realmente entendem de educação médica neste País, que é a comunidade acadêmica deste País.

No que diz respeito à especialização, a lei do Mais Médicos... O primeiro decreto que foi apresentado para regular especialidades no Brasil destruiu o sistema que nós temos há décadas e que é considerado padrão-ouro, que é a questão da... Nós temos hoje especialização de médicos através de residência médica e através dos títulos que são fornecidos pela AMB.

Historicamente, esse programa criaria a possibilidade de especializações de 360 horas, 400 horas, o que não dá condições a um médico trabalhar como especialista, porque uma especialidade hoje tem, no mínimo, duas mil horas de estudo. E esses seriam especialistas para quê? Para que a gente mostrasse para a sociedade que nós temos bastantes especialistas, não importando a qualidade que nós ofereceríamos para aquela parte da população a quem a sociedade brasileira deve mais, do ponto de vista de dívida histórica.

E este Parlamento resgatou isso. O novo projeto do decreto presidencial não só mantém as coisas do jeito que estão como também ratifica que quem define especialidade médica no Brasil é a Comissão de Especialidade Médica do Conselho Federal de Medicina, que é composta pelo CFM, AMB e Comissão Nacional de Residência Médica.

Os números da população - e essa não é pesquisa do CFM; é pesquisa da CNT. Sobre o Programa Mais Médicos. Quando a gente pergunta se o programa está cumprindo os objetivos, 25% acham que cumpre, 25%, um quarto. Se você juntar os dois últimos números, setenta e tantos por cento, 75% acham que apenas parte ou consideram que o programa não está atingindo objetivo. Essa não é a fala dos técnicos, dos gestores; essa é a fala da população, que eu acho que a gente precisa escutar também.

Quando a gente pergunta para a população: Considera que o Programa Mais Médicos foi capaz de melhorar as condições de saúde para o Brasil? Quarenta por cento acham que melhorou, e 41% acreditam que não melhorou. Então, metade da população brasileira que está sendo atendida acha que o Mais Médicos não melhorou nada.

Mais ainda um pouco.

Expectativa para a situação do País para os próximos seis meses: A saúde vai melhorar? Um quarto da população acha que vai melhorar com o Mais Médicos. Se nós juntamos os que acham que vai ficar igual e os que acham que vai piorar, vão dar os outros três quartos da população.

Esses são números que são tirados da população, lá de quem está recebendo o serviço; não são números que estão sendo trazidos aqui pelo Conselho Federal de Medicina, pela AMB, nem pelos gestores. São números que estão sendo tirados da população.

E aí surgem outros problemas. Não são só os médicos que estão insatisfeitos com o Mais Médicos, não é só a população que está insatisfeita com o Mais Médicos. Aqui a população demonstra isso claramente, lá, de onde vêm os números maravilhosos do Mais Médicos, de Juiz de Fora, em Minas Gerais. A questão do atendimento continua do mesmo jeito. E por que isso continua? Porque o atendimento médico no SUS não passa exclusivamente por uma questão de se resolver problemas de recursos humanos, mas passa basicamente também por financiamento, por reestruturação do sistema. Só resolver problemas de recursos humanos pode até gerar um efeito político importante, mas para a população não chega lá o que deveria ser em termos de qualidade.

Não são só a população e os médicos que estão insatisfeitos com o programa. Os médicos cubanos, por exemplo, estão assim também. Eles estão trabalhando, estão reclamando de escravidão - aí está uma cópia do contrato que eles fazem em Cuba com a tal Sociedade Mercantil Cubana Comercializadora de Serviços. Eles são trazidos para o Brasil através da Opas e recebem 25% do que deveriam receber. Esses médicos trabalham no Brasil. Esses médicos deveriam estar sendo submetidos às leis brasileiras. Isso é uma quebra de soberania da legislação brasileira. Eles recebem 25%! Isso é uma vergonha que o Brasil vai ter que colocar em sua história; os médicos, não, porque nós sempre falamos contra.

E aí vem mais.

Médicos cubanos entram na Justiça, estão insatisfeitos. Eu não estou falando só dos cubanos. Aqui estão mais manchetes de *O Globo*, da *Gazeta do Povo*, mostrando a insatisfação dos profissionais que estão vindo para cá, porque eles não têm o direito que nós temos de fazer esse debate que nós estamos fazendo aqui com respeito à autonomia, com respeito ao pensamento de cada um e de forma dialética.

(Soa a campanha.)

O SR. ALCEU JOSÉ PEIXOTO PIMENTEL - E aí vai. Eu vou passar mais depressa.

"Cubanos movem ações: 'cansa ser escravo.'" Médicos estão aqui e cadê as condições de trabalho?

Vou mostrar para os senhores aqui as condições de trabalho das emergências brasileiras. Isso aí é a realidade no Brasil inteiro. Não adianta a gente ficar discutindo aqui de forma superficial. A realidade em que os médicos trabalham é essa. Isso é emergência e obstetrícia.

Aí alguém vai me dizer: "Mas os médicos não trabalham aí." Não, mas eles trabalham aqui, na atenção básica. E os números no Brasil são os piores dos últimos anos. Se a gente for olhar, por exemplo, a questão de hanseníase, há uma

incidência de 30 a 35 novos casos. Onde é que resolve isso? Na atenção básica. Onde é que identifica, onde é que trata? Na atenção básica.

Em 2012, foram registrados 71 mil casos novos de tuberculose; 4,6 mil óbitos de trabalhadores, mulheres, jovens, pessoas produtivas, na sua imensa maioria. Dengue: o Brasil registrou 178 mais casos de dengue em 2015 do que em 2014, com 843 mortes de jovens, de homens trabalhadores, mulheres. Isso é o que a gente tem de ver. É aqui que os intercambistas trabalham, que os médicos do Programa Mais Médicos trabalham, na atenção básica. E os números são esses.

Para completar o absurdo, Senador Moka, estamos com uma epidemia de sífilis hoje no Brasil, e o neonatal, que é um absurdo. Por quê? Porque o pré-natal é de baixa qualidade, não há captação de pré-natal; porque as mulheres identificam sífilis em época muito tardia; porque não há VDRL para fazer o diagnóstico; porque não há Benzetacil; porque não há uma tecnologia que é de um valor irrisório, não há. Isso é na atenção básica.

Recursos humanos só resolvem? Não resolvem. Tem de se pensar o SUS de uma forma bem mais ampla do que isso. Não faltam médicos - estou já terminando, Senadora - no Brasil. Sempre discutimos essa tese de que não falta médico e quem provou isso para mim foi o Ministro, quando mostrou o 13º ciclo do Mais Médicos. Oitenta por cento das vagas foram ocupadas por brasileiros. Isso foi em uma reunião da Tripartite apresentada pelo Ministro, e eu fiz a foto. Então, 80% do Mais Médicos está ocupado hoje por médico com CRM. Não falta médico brasileiro para ocupar vaga do Mais Médicos.

O que houve, sim, nas primeiras fases de inscrição do Mais Médicos foi uma dificuldade, uma dificuldade, se é que essa palavra existe, proposital para que os médicos brasileiros não se inscrevessem, para que fossem privilegiados os médicos importados, os intercambistas. Hoje, a realidade não é mais essa. Os médicos brasileiros estão sendo priorizados e está se mostrando que os médicos brasileiros estão, sim, com vontade e dedicados para trabalhar no Sistema Único de Saúde. A verdade é essa.

Nunca houve preconceito com médico estrangeiro. Temos muitos colegas estrangeiros que renovaram seus diplomas e hoje são colegas que participam, inclusive, das entidades médicas. Eles são bem-vindos. O que nós defendemos é o Revalida, que é uma avaliação do Governo. Nenhum país do mundo que se preze aceita médico para trabalhar que não comprove minimamente que tem condições técnicas para atender a sua sociedade. Aqui nós aceitamos. Agora, não é a população que é atendida no Sírio-Libanês, não; é a população que é atendida no interior do meu Estado de Alagoas. Todos aqui devem conhecer a realidade do Nordeste.

O programa não rendeu, não há milagres. O CFM fez uma pesquisa com médicos que estavam no dia da inscrição aqui, 16.323 médicos. Se as condições fossem iguais, onde eles prefeririam trabalhar? No setor público. Isso mostra a vocação do médico de trabalhar no setor público, e o Lincoln já falou do envolvimento dos médicos na construção histórica, no processo de construção histórica do Sistema Único de Saúde.

Aqui é o substrato para uma carreira médica, Senador Moka, porque esses são vocacionados. E outra coisa: alguém disse que os médicos são perdulários. Olhe qual é o primeiro item que os médicos colocam, entendendo que nós somos obstáculo com mais relevância: condições de trabalho. O médico não coloca salário, remuneração como o primeiro item, para dizer "eu quero trabalhar aqui, dependendo da remuneração". Nós observamos principalmente as questões de condições de trabalho.

(Soa a campanha.)

O SR. ALCEU JOSÉ PEIXOTO PIMENTEL - Então, Senador Moka, finalizando, a proposta dos médicos é esta: uma carreira de Estado, porque a saúde no Brasil precisa ser tratada com seriedade; a saúde no Brasil precisa ter recursos humanos que sejam perenes. Não podemos tratar a saúde no Brasil com programas que são temporários, que têm tempo para vencer e que têm, no seu início, um cunho eleitoral fantástico. O Programa Mais Médicos no Brasil não pode ser considerado como um remédio definitivo para resolver o problema dos recursos humanos no SUS.

O que é uma carreira médica? Carreira de Estado para o médico do SUS é bom para a saúde e é bom para o Brasil. Você ter médicos com vínculo com o Estado e com ingresso por concurso público, com regime de dedicação exclusiva, com prevenção de ascensão funcional, com acesso a Programa de Educação Continuada e com remuneração digna para a função. Essa é a situação em que os médicos brasileiros querem trabalhar, porque os médicos brasileiros não trabalham sem ter condições, até porque eles vão responder para o Conselho Federal de Medicina, e eles não querem fazer isso.

Há poucos anos, quando o Ministro Temporão era Ministro da Saúde, foi gestada, dentro do Ministério da Saúde, uma carreira médica para enfermeiro, médico e dentista, para esses locais que são chamados locais de difícil provimento. Essa carreira foi barrada no Governo em função da questão financeira.

Agora, dinheiro para o Mais Médicos, que é um programa temporário, tem bastante? Essa é uma pergunta que eu faço, e assim eu termino, Senadora.

Obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Muito obrigada pela contribuição e presença.

Passo a palavra ao Sr. Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

O SR. RONALD FERREIRA DOS SANTOS - Bom dia, Senadora Lídice, Senador Moka. Bom dia Felipe, Vinícius, Alceu, Lincoln, todos os que estão aqui acompanhando. Para o Conselho Nacional de Saúde, neste momento, em particular neste dia, estar aqui, no Senado Federal, participando e trazendo alguma contribuição para a avaliação do Programa Mais Médicos reúne um conjunto de características especiais: o fato de que o Programa Mais Médicos surge - e eu vou apresentar aqui qual é o olhar do Conselho Nacional de Saúde sobre o Programa Mais Médicos - justamente no sentido de enfrentar um dos mais sérios problemas que o Sistema Único de Saúde teve ao longo dos seus 29 anos que foi a resolutividade, a estruturação e o fortalecimento da porta de entrada do Sistema Único de Saúde, que é a atenção básica.

Eu faço esse recorte porque hoje, 26 de outubro de 2017, neste mesmo momento em que o Senado Federal se reúne aqui, nesta Comissão, reúne-se para discutir o Mais Médicos, está reunida a Comissão Intergestores Tripartites, que reúne secretários estaduais, secretários municipais e o Ministério, que, em tese, iria discutir ou iria rediscutir - como o Ministro da Saúde se comprometeu - a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, que, no olhar da academia, do Conselho Nacional de Saúde, daqueles que produzem, daqueles que estudam, a nova Pnab, que inclusive aqui já foi apresentada, traz sérios retrocessos à estruturação do direito constitucional à saúde a partir da atenção básica, dentre eles, retirando a estratégia da família como central no processo de incentivo, retirando o papel dos outros demais profissionais, como é o caso dos agentes comunitários de saúde, como é o caso de não pactuar com os usuários trabalhadores.

Então, discutir o Mais Médicos, trazer o olhar do Conselho neste dia, neste momento, é muito importante, até porque nesta Casa, Senador e Senadora, o Senador Cássio Cunha Lima apresentou um projeto de decreto legislativo solicitando a suspensão dessa portaria, da mesma forma que, na Câmara dos Deputados, o Deputado Mandetta também apresentou, com mais de 20 lideranças partidárias, a retirada, a suspensão dessa portaria sem que enfrentasse esses problemas apontados pelo Conselho Nacional de Saúde, pelos próprios Parlamentares de diversas entidades. Então, estar aqui, trazendo esse olhar neste dia, neste momento, ganha um especial significado para o Conselho Nacional de Saúde.

É importante nós destacarmos de onde estamos falando, de que lugar o Conselho Nacional de Saúde está falando. O Conselho Nacional de Saúde é um órgão vinculado, composto por representantes de entidades, movimentos representativos de usuários e entidades representativas de trabalhadores, governos e prestadores, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho Nacional de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde está vinculado ao Ministério da Saúde, da mesma forma que o Tribunal de Contas da União está ligado ao Congresso Nacional, à Câmara dos Deputados. No entanto, é um espaço da conquista do povo brasileiro, da democracia participativa, com algumas prerrogativas que esta Casa, que o Legislativo brasileiro, na Constituição e na organização do Sistema Único de Saúde, deu a ele para cumprir algumas tarefas. O seu Presidente - no caso, este que vos fala aqui - é eleito em votação secreta entre os mais de 40 conselheiros nacionais que têm essa representação.

A Mesa Diretora, da mesma forma, é composta por representante da gestão, representante de usuários e representante de prestadores e gestores. Dispomos ainda, no Conselho Nacional de Saúde, de 18 comissões com a responsabilidade de discutir o conjunto das políticas, entre elas a de recursos humanos; a de saúde indígena, que nos dá base para discutir as questões de acesso; a de vigilância e saúde; a de saúde das mulheres... O Conselho Nacional de Saúde é estruturado no sentido de, ao analisar o conjunto das políticas, olhar para o sistema como um todo, e tem cumprido e avaliado, com esse olhar, além de produzido suas opiniões, não a opinião de uma entidade, mas a opinião de um órgão colegiado do Estado brasileiro, que expressa regimentalmente suas manifestações através de três instrumentos.

O Conselho Nacional de Saúde não tem outro instrumento senão as resoluções, as moções e as recomendações. É a forma pela qual é expressa a opinião do Conselho Nacional de Saúde. As diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde não estão vinculadas a uma opinião deste ou daquele. Ele é um órgão colegiado cujas manifestações são objeto de deliberação num espaço, num fórum democrático. Isso é importante a gente ter claro. Uma das principais tarefas colocadas é justamente ser um guardião da nossa Constituição e do principal contrato civilizatório que o povo brasileiro, que esta Casa ofereceu ao povo brasileiro, que é a Constituição, que elevou a saúde à condição de direito de todos e dever do Estado, esculpiu e escreveu na Constituição quais são esses princípios, organizou a forma como se deve estruturar isso e não colocou em qualquer lugar. Está na Constituição a prerrogativa desse espaço, do Conselho Nacional de Saúde de participar, opinar e intervir de forma democrática no que se decide a respeito da saúde. O art. 198 da Constituição orienta qual o formato deste nosso sistema de saúde, no qual a participação da comunidade é um dos elementos.

E mais, nesse debate em particular, a Constituição também deixou bastante claras as atribuições do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito a esse debate, que é o debate a respeito da ordenação e da formação de recursos humanos. Referenciado nisso, o Conselho Nacional de Saúde tem tomado suas posições e tem exercido suas atividades e também se referenciado nas Leis 8.080 e 8.142, que organizaram esse sistema de saúde no Brasil e que também apontaram as responsabilidades, o desenho e os princípios gerenciais e organizacionais desse sistema cuja responsabilidade é do Conselho Nacional de Saúde. Ou seja, a estrutura do Sistema Único de Saúde delega a esse órgão, que não tem fugido a sua responsabilidade de analisar as mais diferentes políticas, inclusive a discussão do Mais Médicos.

O Programa Mais Médicos surgiu como política pública em resposta a fragilidades identificadas no processo de reformulação da Política Nacional de Atenção Básica. Por isso, essa preliminar que abro aqui em função da importância dessa data para o Conselho Nacional de Saúde trazer esse debate e posicionar o debate a respeito da avaliação do Mais Médicos com o processo que vive hoje o Sistema Único de Saúde. Aqui foi falado - e há um acordo, tenho certeza, entre todos os oradores aqui - do problema do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, crônico, permanente, e que já em 2011 também era um dos elementos que apontava a fragilidade da atenção básica, mas esse não é só da atenção básica. O subfinanciamento é um drama que sofre a estruturação, a garantia desse direito, desde o seu nascedouro - ou seja, os 11 anos que nós levamos, até 2000, para aprovar a Emenda nº 29; e os outros 11 anos que levamos até conseguirmos a Lei Complementar nº 141.

(Soa a campanha.)

O SR. RONALD FERREIRA DOS SANTOS - Junto com o CFM, junto com diversas entidades, colhemos dois milhões de assinaturas para apresentar aqui no Congresso Nacional o enfrentamento do problema do subfinanciamento. E, pelo contrário, esse debate ganha relevância hoje porque o esforço que todos fizeram em torno do financiamento está indo para o caminho contrário. Duas emendas constitucionais vão na direção oposta: a Emenda Constitucional 86 e a Emenda Constitucional 95. Mas, no debate do Programa Mais Médicos, com o olhar do Programa Mais Médicos, além da questão do financiamento, há também a necessidade de enfrentar os problemas concretos da atenção básica. Então, surge o Programa Mais Médicos. Havia alguns problemas identificados, como quantidade insuficiente de médicos, necessidade de ampliação do acesso a serviços de saúde, redução do tempo de espera, necessidade de melhoria da infraestrutura das unidades básicas, e necessidade de qualificação profissional para a atenção básica. Foi criado pela Medida Provisória 621, foi regulamentado pela Lei 12.871, no governo da Presidente Dilma, quando o Ministro Aloízio Mercadante estava à frente da Educação e o Ministro Alexandre Padilha à frente da Saúde. Três eixos centrais nos foram apresentados, nos quais o Conselho Nacional de Saúde se debruçou: contratação emergencial de médicos, levar médicos para regiões onde há escassez; expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do País; complementação de novo currículo, com foco na valorização da atenção básica por meio da qualificação e informação.

Ações voltadas para a infraestrutura das unidades básicas de saúde. Já foram apresentados os dados pelos oradores e qual era o cenário que se tinha, da escassez, e os programas que vinham sendo desenvolvidos. A distribuição também já foi bastante apresentada aqui, e não vou me deter.

Qual é o olhar, nesse processo, do Conselho Nacional de Saúde? Como eu falei, a forma de o Conselho Nacional de Saúde, como órgão, uma instituição do Estado brasileiro, se manifestar é através das suas possibilidades regimentais - resolução, recomendação ou moção -, que são submetidas ao Plenário. É em torno delas que nós estamos autorizados a apresentar às diversas instituições, sejam do Legislativo ou do Judiciário, o pensamento, o olhar do Conselho Nacional de Saúde.

Em 2003, o pleno do CNS publicou a Recomendação 15, de 7 de agosto de 2013, declarando apoio à política do Mais Médicos, tendo como consenso que o SUS necessita de urgentes mudanças que definitivamente fossem estruturantes para sua consolidação com o sistema público, universal e integral de qualidade. Recomendou que o Ministério enviasse todos os esforços junto ao Governo no Congresso para aprovação do projeto de lei de iniciativa popular, cuja coordenação - inclusive, tive a oportunidade de estar aqui algumas vezes com o Senador Moka - ficou sob a responsabilidade deste Conselheiro e do Conselho Nacional de Saúde, o Saúde+10, que redundou na PEC 01, aprovada por 400 votos a 1 na Câmara dos Deputados, em primeiro turno, mas lá parou, e há necessidade de se resgatar esse debate. Ainda: que o MS formulasse, implantasse e consolidasse um plano de cargos, salários e carreiras para todas as profissões da saúde como estratégia eficaz de provimento e fixação dos profissionais de saúde em todo o País, ou seja, nós estamos de acordo aqui com as entidades médicas, porque entendemos que é além das carreiras para os médicos, uma vez que o SUS necessita de uma carreira para os profissionais de saúde. Lá, nós já apontávamos como recomendação; que o MS exija que as diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de saúde sejam implementadas rigorosamente em todas as escolas de formação, tendo o SUS como referência da prática da formação não só dos profissionais médicos. Esse esforço está acontecendo. Neste ano, resultado desse esforço do Conselho Nacional de Saúde, foram já publicadas pelo Conselho

Nacional de Educação diretrizes nacionais para os cursos de Farmácia, para os cursos de Saúde Coletiva, para os cursos de Enfermagem, e vários outros estão indo nessa direção; que fosse desencadeado um processo de formação dos profissionais de saúde que incluísse a construção de estrutura necessária à ampliação de mais vagas na graduação em Medicina e em outras áreas da saúde, com centralidade nas instituições públicas, contemplando uma reforma curricular cujos objetivos estejam vinculados ao cumprimento dos princípios do SUS.

Ainda: que o MS ampliasse a participação das entidades dos profissionais nas negociações acerca da revalidação dos diplomas dos profissionais de saúde formados no exterior, dando transparência aos critérios adotados, de forma que permitam o atendimento das necessidades e urgências da população, mas que também garantam a qualidade e a segurança das pessoas; que o Ministério da Saúde garantisse a gestão...

(Soa a campanha.)

O SR. RONALD FERREIRA DOS SANTOS - ... pública da saúde no Brasil, promovendo o fortalecimento do setor público e, nesse sentido, recomendando que a EBSEERH - já que o Conselho Nacional de Saúde tem uma posição contrária à instituição dessa estrutura no Estado brasileiro - não fosse estruturante no Programa Mais Médicos; que o MS definisse a próxima década para resolver de forma definitiva todas as pendências relacionadas a recursos humanos do SUS, envidando esforços no sentido da manutenção dos vetos presidenciais à Lei do Ato Médico; que o MS garantisse o monitoramento da qualidade contínua do trabalho dos profissionais de saúde por meio de estratégias e metodologias diversificadas, como a utilização do Cartão SUS para identificação e registro das ações realizadas pelos serviços, auditorias, estudos por amostragem, entre outras; que o MS garantisse a participação dos Conselhos de Saúde no acompanhamento dos programas ministeriais, particularmente o Programa Mais Médicos.

E, ainda, agora, recentemente, em 2016, também o Conselho Nacional de Saúde se manifestou através da Moção de Apoio nº 10, que reconheceu que o Programa Mais Médicos para o Brasil possibilitou a democratização do acesso ao SUS, a ampliação da atenção básica, a superação gradativa dos vazios assistenciais e da concentração de médicos nas capitais e grandes cidades.

O CNS reconheceu que o Programa Mais Médicos levou profissionais médicos para as periferias das grandes cidades, comunidades rurais e indígenas, Municípios do interior do País, lugares que não conseguiam fixar médicos brasileiros.

O CNS respaldou e apoiou o Programa Mais Médicos por entendê-lo como uma medida importante para a consolidação e fortalecimento do SUS como sistema público, universal, integral e de qualidade, nos moldes constitucionais.

O CNS manifestou apoio e o mais profundo agradecimento aos mais de 11 mil médicos e médicas cubanas, que prestaram atendimento à saúde da população brasileira, nos mais longínquos lugares deste Brasil ainda tão desigual.

E, ainda, o CNS defende a presença de médicos cubanos no Programa Mais Médicos, dada a contribuição desses profissionais na assistência à saúde da população brasileira. Ele reforça a necessidade de estudo sobre o impacto e as mudanças qualitativas que estão ocorrendo com a presença dos médicos do Programa Mais Médicos nos Municípios; vê a necessidade de tornar mais transparente o processo de pontuação nos editais. Ainda há um descompasso entre o número de médicos formados no Brasil e a oferta de vagas em residências médicas.

Reforçar a expansão das vagas públicas para residência, e não só para residência, mas também para os cursos de graduação. Este é um compromisso do conselho, o reforço às vagas públicas, não para atender interesse de mercado da educação. Essa é uma posição do Conselho Nacional de Saúde. O Governo deve cumprir o plano de expansão de escolas e vagas públicas, democratizando de fato o acesso à fixação dos trabalhadores de saúde.

Para além das questões aqui apontadas, há uma agenda política que o Conselho Nacional de Saúde está colocando em curso e que tem algumas questões centrais que é importante compartilhar neste momento de reflexão. Uma, que é a principal, é a questão do financiamento. Nós podemos ter a mais bela política pública, a mais bela das intenções, mas, se não aportarmos recursos suficientes, vão ser meras intenções. E, com um volume de recursos que hoje o Estado brasileiro - sejam Estados, Municípios e União - disponibiliza para garantir o direito constitucional, Alceu, esqueça a carreira médica, esqueça o fortalecimento da atenção básica, porque, com esse volume de recursos, é impraticável qualquer política pública, até mesmo a própria continuidade do Programa Mais Médicos.

A discussão do modelo de atenção. O modelo de atenção contratado na Constituição tem na equipe, tem no território, tem na saúde os seus elementos centrais diferentemente do que vemos aceleradamente em curso no Brasil hoje, um enfrentamento e com declarações em que se entende que o mercado deve ser responsável por enfrentar o problema do subfinanciamento, passando a conta para o bolso das famílias, através de algumas propostas exóticas, como, por exemplo, os planos populares de saúde, em que a conta do subfinanciamento vai direto para o bolso das famílias.

E temos também a questão dos recursos humanos. Há a necessidade central de não apenas se debruçar sobre a profissão da Medicina, mas o conjunto das profissões que estejam no seu processo de formação, atendendo não às necessidades do mercado e, sim, às necessidades de saúde pública da população brasileira. Essa compõe a agenda política do Conselho Nacional de Saúde, que se materializa em um conjunto de ações.

Agora, mais proximamente, de 28 novembro a 1º de dezembro, vamos realizar...

(Soa a campanha.)

O SR. RONALD FERREIRA DOS SANTOS - ... depois de 30 anos, para concluir, a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. É fundamental neste momento oferecermos, apresentarmos o povo brasileiro, no ano em que o Sistema Único de Saúde completa 30 anos, com uma Política Nacional de Proteção, porque, ao longo desses últimos 30 anos, o centro da discussão sempre foi a questão da doença, da assistência, os elementos daquele velho ditado popular que a nossa avó já dizia de que é melhor prevenir do que remediar. Não houve da formulação da política do nosso País uma política que desse conta da proteção, da promoção à saúde. E é isso que queremos oferecer. São ações fundamentais para garantir que o objetivo do Programa Mais Médicos, que o objetivo do Sistema Único de Saúde dê conta de atender às necessidades da população.

Nós colocamos três elementos centrais nesse debate, oferecendo para o povo brasileiro... Já mais de 150 mil brasileiros participaram das etapas estaduais e municipais da Conferência de Vigilância em Saúde, tendo três palavras-chave como centro: a questão da democracia, a questão da proteção e a questão do território, principalmente num momento como o que estamos vivendo hoje, em que assistimos ao derretimento do Estado brasileiro.

Discutir território é discutir, sim, o saneamento que estamos propondo para a Conferência discutir. É discutir o saneamento, é discutir o zika, é discutir o agrotóxico, mas é discutir também o fato de a Nação brasileira estar com a sua estrutura, o seu território, o seu Estado nacional sendo derretido. Estamos oferecendo esta possibilidade para discutir a democracia, o território e a proteção, o que é preciso fazer para se desenvolver na proteção.

E mais: queria convidar cada militante, queria convidar o Senador Moka também, para reforçar, já que foi um grande entusiasta do Saúde+10.

Senador, nós continuamos aqui a nossa batalha, acreditando enfrentar o problema do subfinanciamento. E estamos lançando, agora, já desde o início do segundo semestre, um abaixo-assinado eletrônico. Nós queremos entregar ao STF, ao Supremo Tribunal Federal, um abaixo-assinado com mais de três milhões de assinaturas de amigos e amigas da causa da inconstitucionalidade da Emenda Constitucional nº 95. Ela confronta princípios pétreos da nossa Constituição, como aquele que garante que as garantias de direitos fundamentais não podem sofrer retrocesso. Essa é a questão principal.

Nós já estamos... Já está na rua. Convido a aqueles que estão também assistindo a acessar. É só colocar em qualquer busca "O SUS não pode morrer", que vai acessar a petição para a qual estamos colhendo assinaturas.

Mas, para encerrar mesmo, nesse caminho, hoje, 26 de outubro, o Supremo Tribunal Federal está - hoje, a partir das 14h, iniciou ontem - julgando também algo que nós consideramos fundamental na defesa do Sistema Único de Saúde, que é a inconstitucionalidade dos arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional nº 86, que reduziram os recursos que a União deveria aplicar, no ano de 2016, na saúde.

Em 2014 e 2015, a União aplicou 14,2% e 14,7% das receitas correntes líquidas em saúde. Em 2016, a emenda constitucional preconizava 13,2%, o que representa uma redução das garantias de direitos fundamentais.

O Ministro Ricardo Lewandowski já proferiu, já deferiu uma liminar, atendendo a uma demanda do Ministério Público Federal, e vai ser julgada no dia de hoje pelo STF essa cautelar.

Os números de subfinanciamento podem não representar muito, mas representarão R\$1,2 bilhão a mais no Orçamento da União, em 2017. E é importante porque os números de 2017 vão servir de referência para os próximos 19 anos.

Então, além dessa luta da Emenda nº 95, há a luta de hoje, 26/10, em que o Conselho Nacional de Saúde está presente, buscando, junto com o esforço teve o Programa Mais Médicos, enfrentar não só um problema, mas o conjunto dos problemas que a saúde do povo brasileiro enfrenta e que o Conselho Nacional de Saúde tem se dedicado a acompanhar, a debater, envolvendo usuários, gestores, trabalhadores e prestadores na resolução desses problemas.

Era isso.

Obrigado, Senadora.

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Muito obrigada pela presença de todos os convidados.

Eu vou passar agora a palavra ao Senador Moka para que ele possa fazer suas perguntas.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Sr^a Presidente, senhores convidados, eu fiz questão de que as entidades médicas pudessem estar aqui presentes porque senão fica um debate unilateral e eu acho que isso não contribui.

A Senadora Lídice da Mata é Relatora. Todo ano nós fazemos isto: pegamos uma política pública e fazemos uma série de audiências. No final, ela vai apresentar um relatório e vai colocar isso como contribuição. É a forma que o Senado tem de avaliar várias políticas públicas. Neste ano, foi escolhido o Programa Mais Médicos, que sempre foi um programa polêmico desde o seu nascedouro.

Quem me acompanha sabe que eu sou um convergente. Eu era o Presidente da CAS e fiz várias reuniões no meu apartamento com o Ministro - na época, Padilha - e com os outros ministros. Chamava representantes, tanto os que defendiam como os contrários. Fizemos várias. Por mais que a gente tentasse, conseguíamos um meio-termo, na época.

Eu sempre soube... Eu sou de uma geração de médicos que não tinha SUS, nessa época. Ou o sujeito tinha condição de pagar, ou ele tinha o antigo Inamps, ou ele era tratado como indigente, essa é a palavra. O Dr. Alceu deve ser meu contemporâneo. Indigente! Eles eram tratados num porão, normalmente eram colocados lá.

As pessoas não reclamam do atendimento do SUS, elas reclamam do acesso, porque, quando elas conseguem ter o tratamento de um médico, elas normalmente - não estou dizendo que isso é regra geral e nem estou defendendo um atendimento aqui que muitas vezes é precário - reclamam de estar em corredor, em maca esperando vaga. Mas, quando ele é atendido, ele sai de lá normalmente satisfeito. São coisas diferentes.

Agora, quanto a essa questão do Mais Médicos, depende do ponto de vista mesmo. Um grupo que não foi perguntado, ninguém falou dele aqui, é o dos estudantes de Medicina. Ora, você não pode pegar um estudante de Medicina e falar para ele: "Você terminou o seu curso médico e você vai fazer dois anos de atendimento básico." Não se pode fazer isso. Na Medicina, se ele concluiu o sexto ano, ele está apto a exercer a profissão. Agora, eu não conheço nenhum programa de residência em que, antes de fazer a sua especialidade, ele faça dois anos de Clínica Médica. Eles fazem dois anos de Clínica Médica para, depois, fazerem mais dois anos da sua especialização. Eu falo isso de cadeira, porque eu tenho uma filha que fez dois anos de Clínica Médica na Santa Casa de São Paulo e está fazendo dois anos da sua especialização em Nefrologia. Então, eu conheço isso. Na minha época, não. Você, no quinto ano, já era colocado lá. Não havia residência. No sexto ano, você já era o doutorando, você já operava, você já fazia tudo. Dali 60% da turma já saíam diretamente fazendo gesso, fazendo cesariana. Hoje, o cara termina o sexto ano e só vai realmente fazer algum tipo mais... Depois ele tem o R1, o R2, o R3 e o R4. Na verdade, hoje, um curso de Medicina dura dez anos no mínimo para quem quer fazer uma especialização.

Agora, eu acho que há gente que tem vocação para isso, e por isso eu defendo o plano de carreira, porque, no plano de carreira, aí, sim, nós vamos fazer... O médico vai começar lá no Município de difícil acesso, mas ele vai ter uma remuneração e saber que está numa carreira ascendente. Dali a dois anos, ele vai poder ter o espaço para fazer uma especialização; vai poder ir a uma cidade maior, se quiser, ou continuar na mesma cidade; e vai ter uma assistência ali. É verdade isso que nós estamos falando. Eu conheço cidades que saíram dessa situação criando fundações. Eles criam fundações que não são da prefeitura. A fundação contrata profissionais, especialistas, médicos, e a prefeitura repassa o dinheiro para aquela fundação, mas quem contrata e quem lida com isso é a fundação. É uma forma. Mas eu, particularmente, defendo a questão da carreira médica.

O Ronald sabe que eu fui um dos... Essa coisa de 10% aqui é antiga. O primeiro projeto disso aqui foi do hoje Governador do Acre, Tião Viana, irmão do Jorge Viana, que não conseguiu. Eu sempre lutei, Ronald. Eu sempre quis os 10% e disse que essa emenda que está aí tiraria dinheiro da saúde, como, de fato, tirou.

Acho que são pontos de vista diferentes, mas nós tínhamos de fazer o possível para unir o Conselho Nacional de Saúde, as pessoas que defendem isso, minha cara Presidente Lídice da Mata, e fazer uma reunião. Acredito muito mais nisso, porque reuniões públicas, abertas dificultam, às vezes, o entendimento. Tenho visto isso. Por exemplo: eu estou agora numa subcomissão tratando de doenças raras. Vocês sabem o que isso significa? Nós temos 13 milhões de brasileiros com doenças raras. Há gente que morre sem saber o diagnóstico, e isso é importante. Então eu fiz questão de trazer... Eu não tenho pergunta, não tenho crítica. Eu defendo sempre que é possível a gente trabalhar.

Agora, em uma coisa nós todos estamos de acordo: nós criamos um sistema universal de saúde e esquecemos que esse sistema universal de saúde ia precisar de muito mais recursos do que ele tem. Não é hoje, é de muito tempo, tanto que o Tião Viana, há oito, dez anos, já defendia esses 10%. Aqui nós tivemos duas ou três oportunidades de votar os 10%. Eu sempre votei a favor, mas, lamentavelmente, nós nunca conseguimos fazer passar os 10% para a saúde. Do que nós precisamos é um financiamento de saúde.

O fato de estar limitado o orçamento não significa que está limitado o orçamento da saúde. Está limitado o valor, mas nós podemos colocar mais recursos na saúde, porque há um equívoco. As pessoas dizem: "Agora vai faltar dinheiro para a saúde e para a educação." Não. É claro que você vai ter de fazer uma opção: para aumentar o dinheiro na saúde, alguém vai ter de ter menos dinheiro, mas será que há alguma coisa mais importante que a saúde? Talvez a educação ou as duas juntas. Mas isso é importante.

A Senadora Lídice da Mata ouviu os dois lados. Servirá para ela ter uma dimensão na hora de fazer o seu relatório, que será votado aqui no plenário. Eu fiz questão de trazer o Dr. Vinícius e o Dr. Felipe, os colegas também que representam a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, porque eu acho que isso iria enriquecer o nosso debate.

Muito obrigado a todos os senhores.

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Muito obrigada. Essa intervenção do nosso Senador Moka foi muito importante, até porque, como ele ressaltou, o que nós vamos fazer é um relatório de avaliação. Toda avaliação pressupõe pontos negativos e pontos positivos, porque não há nenhuma política perfeita.

Nosso relatório também, Senador, não se resumirá a essas oitivas. Nós também temos uma parte de pesquisa, ouvindo o Tribunal de Contas da União, e de pesquisa da própria Consultoria e de outros especialistas que estão enviando contribuições para o nosso debate, para o nosso relatório. E até mesmo a interatividade, porque muitos dos que interagem e que acompanham através dos meios de comunicação da Casa enviam suas contribuições próprias. Então, a ideia é de que a gente possa fazer uma avaliação e, se for o caso, também algumas sugestões.

Sem dúvida nenhuma, existem muitos médicos na Comissão de Assuntos Sociais, que abrange tanto a área de saúde como outras áreas, área trabalhista e outras áreas da atividade da sociedade brasileira. Talvez eu tenha sido escolhida justamente porque não sou médica, para que eu pudesse sair um pouco da área da passionalidade num debate que sempre foi tão polêmico entre os profissionais de saúde. Então, eu vou tentar, com uma visão não de profissional médico, mas com essa visão e com a visão que nós temos também como políticos, ao ter contato com a população e ouvir segmentos da população, estudantes de Medicina...

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Lídice da Mata. Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Pois é. O conselheiro também não é médico.

Também podemos dar uma contribuição. Espero que eu consiga fazer. Não tenho dúvida do esforço e da dedicação que teremos para com esse assunto.

Quero agradecer, portanto, a participação de vocês e dizer que a participação dos senhores não se encerra aqui. Se sentirem necessidade de enviar novos dados, podem enviar dados dentro dos próximos 15 dias para que possamos elaborar o nosso relatório antes do fim do ano, antes do encerramento dos trabalhos deste ano deste Plenário. Eu me coloco também à disposição.

Não havendo mais nada a ser tratado nesta audiência pública, eu quero dar por encerrada esta nossa reunião, agradecendo enormemente a participação dos que estão aqui e dos internautas que nos acompanharam através do Portal e-Cidadania, em especial o Senador Moka, que nos permitiu a presença e esse choque de ideias.

Muito obrigada.

(Iniciada às 9 horas e 18 minutos, a reunião é encerrada às 11 horas e 13 minutos.)