



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
21/02/2018 - 2ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Declaro aberta a 2ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado Federal.

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

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

Aprovada.

A presente reunião vai ser dividida em duas partes. Uma parte agora, que vai ser deliberativa. Nós temos um item não terminativo, de autoria do Deputado Luiz Carlos Heinze; Relatora, Senadora Vanessa. Há o voto em separado do Senador Cidinho.

Então, pediria aos dois Senadores para estarem presentes para que possamos fazer esse primeiro item. Os 11 itens seguintes são terminativos.

Na segunda parte vamos ter a discussão e votação do Relatório de Avaliação da Política Pública "Programa Mais Médicos". É um relatório elaborado durante o ano todo pela Senadora Lídice da Mata.

Há expediente sobre a mesa. Lerei os expedientes sobre a mesa e começaremos aguardando os dois primeiros itens da pauta.

Esta Presidência comunica o recebimento das seguintes manifestações:

1. Moção de Apelo nº 282, da Câmara Municipal de Campinas, São Paulo, para que sejam tomadas as devidas providências para regularizar a distribuição, na farmácia de alto custo do Hospital das Clínicas da Unicamp, dos imunossuppressores Tacrolimo e Micofenolato de Sódio para tratamento de pacientes transplantados. Vamos enviar ao Ministério da Saúde isso hoje.
2. Ofício nº 3, da Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, com Manifesto de Indignação com o que os 34 Municípios integrantes da associação consideram a desconstrução, em âmbito federal e estadual, das políticas públicas na área social.
3. Ofício nº 1.853, da Câmara Municipal de Santo Anastácio, São Paulo, que encaminha a Moção de Repúdio nº 7, de 2017, à portaria que dispôs sobre os conceitos de trabalho forçado, jornada exaustiva e condições análogas à de trabalho escravo para fins de concessão de seguro-desemprego ao trabalhador resgatado em ações de fiscalização do Ministério do Trabalho. Isso já foi corrigido pelo Governo.
4. Ofício nº 12, da Secretaria Nacional de Juventude da Presidência da República, solicitando a criação da Frente Parlamentar Mista da Juventude, com o objetivo de atentar para as demandas dos jovens e promover sua participação nos trabalhos do Congresso Nacional.
5. Ofício nº 2.201, de 2017, do Conselho Federal de Enfermagem, que encaminha declaração da Federação Panamericana de Profissionais de Enfermagem de apoio à proibição, no Brasil, de oferecimento de cursos de graduação na área de saúde, especificamente no campo da enfermagem, na modalidade a distância. Manifesta apoio também ao direito e competência do profissional de enfermagem na prescrição de medicamentos e exames em programas de saúde de atenção básica no âmbito do Sistema de Saúde.

Os referidos documentos estão aqui à disposição das Sr^{as} e dos Srs. Senadores na Secretaria desta Comissão para as consultas que se fizerem necessárias.

ITEM 2

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 53, de 2012

- Terminativo -

Dispõe sobre a obrigatoriedade de os laboratórios farmacêuticos inserirem diferenciador tátil nos recipientes dos medicamentos injetáveis com potencial de letalidade.

Autoria: Deputada Sandra Rosado

Relatoria: Senador Otto Alencar

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- *Votação nominal.*

A matéria está sendo retirada de pauta a pedido do Relator para reexame.

Estamos aguardando a Senadora Lídice ou a Senadora Vanessa. *(Pausa.)*

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Sr^a Presidente, enquanto aguardamos o quórum, se V. Ex^a permitir, eu queria fazer um breve relato da Subcomissão de Doenças Raras, até porque ontem eu estive com o Senador Ronaldo Caiado, que ainda deve vir aqui, e perguntei a ele... Estou marcando uma reunião. Já nesta semana, ele acaba de aprontar uma minuta, mas é o projeto inteiro, que vamos submeter, evidentemente, às entidades e também distribuir aqui no plenário para que os nossos pares possam...

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É um relatório para a Comissão ou é uma sugestão de projeto? O que é?

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - O relatório dele é uma sugestão de um projeto de políticas públicas que visa...

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Interessante.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Nós queremos concluir o trabalho, depois de ouvirmos todas as entidades, com um projeto que vise... Nas políticas públicas para doenças raras, há muita coisa que é normatizada por decreto, mas que não é fixada em lei. Então, esse é o objetivo.

Esse projeto nasceu - V. Ex^a dele participou - de uma ampla discussão.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Olha, realmente, é um projeto elaborado por muitas mãos, com muito esforço, com muitas audiências, conversando com muita gente. Acho que é um resultado extremamente positivo do trabalho. Estamos todos aguardando, porque vai ser muito importante.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - E ele me disse que, na semana próxima, ele estaria... Ele está exatamente nesta semana por conta... No início, eu até brincava com o Ronaldo que, para um cara com aquelas pernas compridas cair de uma mula, tem de ser muito ruim de cavalo. Depois, fiquei sabendo que, além da fratura do ombro, ele teve também um problema de edema subdural que complicou, ficando afastado do Senado nesse período. Mas a assessoria do Senador e a Consultoria do Senado... E eu fiz questão de assumir um pouco esse papel também de promover.

Fiz várias reuniões no meu gabinete com gente escolhida pela representação das próprias entidades. Chamamos membros da Anvisa, do Ministério da Saúde, e aí era uma conversa do que tinha que mudar e o que não tinha.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Foi importante.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Então, essas coisas todas são colocadas nesse relatório, que, no final, será um projeto apresentado como um projeto da Comissão de Assuntos Sociais

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É, eu acho que foi uma iniciativa que V. Ex^a teve que fez diferença, porque muitas vezes fazemos subcomissões, e muitos Senadores são contra subcomissão...

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Sim.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - ... porque acaba fazendo mais um encontro que não rende muita coisa, e dessa vez foi muito frutífero.

Como chegou agora a Senadora Lídice da Mata, relatora da segunda parte da nossa Comissão, que é a discussão do Mais Médicos, nós vamos fazer a leitura. Pelo menos nós já adiantamos e, se chegar a Senadora Vanessa e o Senador Cidinho, fazemos o primeiro item.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Pela ordem.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Pois não.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS. Pela ordem.) - Eu também proporia, mesmo que não tenhamos quórum para as matérias terminativas - eu sou relatora de uma delas, o item 5 -, que pudéssemos, então, na hora oportuna, conforme a conveniência de V. Exª e do Plenário, fazer a leitura e esperarmos o quórum para votação.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É isso, não há nenhum problema, faremos assim.

Então, a Senadora Lídice vai ler seu relatório sobre o Mais Médicos.

Avaliação de Política Pública do Poder Executivo em 2017 (artigo 96-B do Regimento Interno do Senado Federal).

Requerimento da Comissão de Assuntos Sociais nº 19, de 2017.

A Relatoria é da Senadora Lídice da Mata.

A política pública escolhida pela Comissão é o Programa Mais Médicos.

No relatório, a Relatora apresenta as conclusões da avaliação realizada.

Em 04/10/2017, foi aprovado o Plano de Trabalho desta Comissão de Assuntos Sociais para avaliação da política pública Mais Médicos no ano de 2017, que agora vai ser apresentada.

Em 24/10/2017 e 26/10/2017, a Comissão de Assuntos Sociais realizou audiências públicas para instrução da matéria.

A Senadora vai se pronunciar, com seu relatório, e a votação será simbólica.

Pois não, Senadora, com a palavra.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA. Como Relatora.) - Bom dia, Presidente, bom dia a todos os Senadores e Senadoras presentes na Comissão e a todos aqueles que nos acompanham pelos meios de comunicação da Casa na realização desta audiência.

Como V. Exª destacou, nós realizamos algumas audiências públicas para a elaboração deste relatório, inclusive incorporando contribuições dos presentes e sugestões de Senadores desta Comissão, como o Senador Moka, e preparamos, após isso, um relatório, que contém mais de 140 páginas.

O que vou fazer neste momento é a leitura de um resumo do relatório, já que o relatório está à disposição de todos desde o final do ano passado. Nós não tivemos condição de realizar a leitura antes do Carnaval, portanto, coloco-me inteiramente à disposição para fazê-lo neste momento.

Iniciando a leitura, a Constituição Federal de 1988 prevê, em seu art. 49, inciso X, a competência exclusiva do Congresso Nacional para fiscalizar, diretamente ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da Administração indireta. Adicionalmente, o art. 58, §2º, inciso VI, estipula como competência das Comissões da Câmara dos Deputados e do Senado Federal a apreciação de programas de obras, planos nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento, conforme sua área de competência.

Nesse sentido, a incorporação, por meio da Resolução nº 44, de 17 de setembro de 2013, da atividade de avaliação de políticas públicas no âmbito das competências regimentais das comissões permanentes é uma importante medida que instrumentaliza o Senado Federal para o exercício da função fiscalizadora que a Constituição lhe atribui. Com essa atividade, busca-se contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas selecionadas.

Assim, em obediência ao art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) decidiu selecionar, nos termos do Requerimento nº 19, de 2017, da Senadora Marta Suplicy, a Política Pública do Poder Executivo "Programa Mais Médicos" para ser objeto de avaliação em 2017.

Para orientar a elaboração deste relatório de avaliação do Programa Mais Médicos, foi aprovado pela CAS o respectivo Plano de Trabalho, que estabeleceu os seguintes eixos temáticos norteadores do trabalho:

- i. antecedentes do Programa Mais Médicos;
- ii. financiamento e gastos do Programa;

- iii. distribuição dos médicos no âmbito do Programa;
- iv. cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas);
- v. ações de monitoramento e avaliação;
- vi. impacto na atenção básica em saúde e na rede assistencial;
- vii. aspectos e impactos educacionais do Programa;
- viii. percepção dos usuários e profissionais; e
- ix. análise dos dados de produção dos serviços e indicadores de saúde.

Como metodologia da avaliação a ser realizada, o Plano de Trabalho previu a coleta e análise de dados secundários, obtidos de fontes documentais e de estatísticas produzidas por órgãos governamentais executores do Programa e órgãos de fiscalização e controle, bem como por instituições internacionais e acadêmicas, além da realização de duas audiências públicas, com a participação de especialistas e gestores de saúde.

Cabe registrar que o plano proposto foi integralmente cumprido no período de junho a novembro do ano passado.

A primeira audiência pública foi realizada no dia 24 de outubro de 2017 e contou com a participação dos seguintes expositores:

- Deputado Federal Jorge Solla;
- Antônio Ferreira Lima Filho, Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento, do Ministério da Saúde;
- Wilames Freire Bezerra, Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Secretário Municipal de Saúde de Pacatuba do Estado do Ceará.

Para essa primeira audiência pública, também foi convidado o Sr. Renato Tasca, representante da Organização Pan-Americana da Saúde, para falar sobre a Cooperação Brasil-Opas, mas ele não compareceu à audiência.

A segunda audiência pública foi realizada no dia 26 de outubro de 2017 e contou com a participação dos seguintes expositores:

- Felipe Proenço de Oliveira, Professor Assistente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);
- Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, Professor Assistente da Universidade de Brasília (UnB);
- Lincoln Lopes Ferreira, Segundo Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB);
- Alceu José Peixoto Pimentel, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As informações a respeito da distribuição de médicos no País foram extraídas dos seguintes estudos e/ou relatórios: "Programa Mais Médicos: Avaliando a Implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015"; Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013; "Índice de Escassez de Médicos no Brasil: Estudo Exploratório no Âmbito da Atenção Primária"; "Demografia Médica no Brasil"; "O Programa Mais Médicos e o Fortalecimento da Atenção Básica"; "Mais Médicos: um Programa Brasileiro em Perspectiva Internacional"; Rede Observatório Programa; Programa Mais Médicos; e "Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014", entre outros.

Em seus 27 anos, o SUS possibilitou um importante aumento no acesso aos cuidados de saúde da população brasileira com uma cobertura de mais de 100 milhões de pessoas.

O déficit e a distribuição inadequada de serviços e profissionais de saúde, especialmente de médicos, são problemas que ocorrem em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Quando se trata de regiões remotas, pobres e periféricas a situação é ainda mais grave.

As estratégias implementadas até recentemente para enfrentar o déficit e a má distribuição de médicos não foram suficientes para dar solução efetiva para esses problemas. Diversas iniciativas foram tentadas, como:

- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), 1976;
- Programa de Interiorização do SUS (PISUS), 1993;
- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), 2001; e
- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), 2011.

De acordo com o Deputado Jorge Solla, que foi Secretário Executivo do Ministério da Saúde, e Felipe Proenço de Oliveira, da Universidade Federal da Paraíba, em audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal, em outubro de 2017, constituem evidências da necessidade de mais médicos no Brasil: o contexto da Medicina brasileira,

caracterizado por pleno emprego, com postos de trabalho não preenchidos, boa remuneração e proteção social; a conjuntura de regulação incipiente do Estado brasileiro; o número de médicos por habitante no Brasil, que está abaixo da média da OCDE, de países vizinhos e de países com sistemas universais de saúde, como o nosso; a expansão do número de serviços públicos de saúde, não acompanhada pelo aumento do número de médicos. De 2003 a 2012, o mercado de trabalho abriu 143 mil novas vagas de emprego médico formal, mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos. Foi constatado déficit de 50 mil médicos no período de dez anos.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi, portanto, a primeira estratégia de grande magnitude e com uma dimensão capaz de atender a demanda dos Municípios, mediante o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis e desassistidas, e com mudanças estruturais no campo da formação médica, com vistas a formar mais médicos e com um perfil profissional mais adequado e voltado para a atenção primária.

O Programa é constituído por três dimensões de atuação:

- i. provisão emergencial de médicos em regiões prioritárias para o SUS;
- ii. expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do País, com implantação de novo currículo, com foco na qualificação da formação e valorização da Atenção Básica; e
- iii. ações voltadas para a melhoria da estrutura física das unidades básicas de saúde (UBS): construção, reforma e ampliação.

O estudo de Sheffer mostra que, em outubro de 2011, os conselhos de medicina registravam a existência de 371.788 médicos em atividade no Brasil. O número confirma uma tendência de crescimento exponencial da categoria, que perdura há 40 anos. Entre 1970, quando havia 58.994 médicos, até o momento do levantamento realizado pelo estudo dos conselhos, o número de médicos saltou 530%. O percentual é mais de cinco vezes maior que o do crescimento da população, que, em cinco décadas, aumentou apenas 104,8%.

A perspectiva atual é de manutenção dessa curva ascendente. Enquanto a taxa de crescimento populacional reduz sua velocidade, a abertura de escolas médicas e de vagas em cursos já existentes apresenta aceleração.

Uma das principais razões para o salto no número de médicos é a abertura de novas escolas médicas. O País tinha, em 2009, um total de 185 escolas médicas, com uma oferta de 16.876 vagas por ano. Dados de 2011 indicam que 45% dos cursos estavam no Sudeste. Do total de vagas disponíveis, 58,7% eram oferecidas por instituições privadas e 41,3% por escolas públicas.

É nas cidades de maior porte, especialmente nas capitais, que se concentra a maioria dos médicos brasileiros, o que aumenta a desigualdade no acesso ao atendimento médico.

Assim, o número de postos ocupados por médicos em estabelecimentos de saúde no Brasil chega a 636.017, enquanto o País tem 371.788 profissionais registrados nos conselhos regionais de medicina. O número de postos ocupados por médico é de 3,33 por mil habitantes.

Pesquisas indicam que os usuários do SUS contam com quatro vezes menos médicos que os usuários do setor privado para atender suas necessidades de assistência. Quando se considera a dimensão da população que depende exclusivamente do SUS (3,25 vezes maior que a dos planos privados de saúde), constata-se que a clientela da saúde privada conta com 3,9 vezes mais postos de trabalho médico disponíveis que os usuários da rede pública.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de medida provisória, convertida na Lei 12.871, pelo Congresso Nacional, em outubro do mesmo ano se incorporando a outras alternativas assumidas pelos Governo Federal, que trazia para si a tarefa repensar a política de Atenção Básica a Saúde, as Estratégias e Ações para mudança na realidades e na expansão dos serviços, bem como no oferecimento de mais profissionais com vistas à cobertura das necessidades demandadas por inúmeros segmentos sociais e entes federados. Ele tem como proposta básica formar recursos humanos para a área médica do SUS, com os seguintes objetivos:

- I. reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS;
- II. fortalecer a atenção básica em saúde;
- III. aprimorar a formação médica;
- IV. aprofundar a inserção dos médicos na realidade de saúde do País;
- V. fortalecer a integração ensino-serviço;
- VI. promover a troca de conhecimentos e experiências entre médicos formados no Brasil e no exterior;
- VII. ampliar a participação dos médicos nas políticas públicas de saúde e no funcionamento do SUS; e
- VIII. estimular a realização de pesquisas no âmbito do SUS.

Para a consecução desses objetivos, foram propostas três ações:

- I. reordenamento da oferta dos cursos de medicina e de vagas na residência, de forma a conferir prioridade às regiões com menor relação de vagas e médicos por habitante, desde que possuam condições de oferecer a estrutura correspondente;
- II. estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica;
- III. promoção do aperfeiçoamento dos médicos em regiões prioritárias do SUS, por meio da integração ensino-serviço, inclusive do intercâmbio internacional.

A lei determina que as vagas para participação no projeto podem ser ocupadas por médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País e por médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional, os quais são denominados de “intercambistas”. Todos os médicos que ingressam no Programa Mais Médicos brasileiro, na qualidade de alunos do curso de aperfeiçoamento, são considerados “participantes”.

A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade: em primeiro lugar, os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados; em seguida, os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e, por último, os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

O prazo de três anos é fixo, bem como a sua prorrogação, conforme decidiu o Supremo Tribunal Federal em 30 de novembro do ano passado, pela constitucionalidade do Programa Mais Médicos, por 6 votos a 2, considerando improcedente ação protocolada pela Associação Médica do Brasil para questionar a validade do programa no que diz respeito a validação dos Diplomas dos Médicos Intercambistas. A Corte entendeu que a Medida Provisória 621/2013, depois convertida na Lei 12.871/2013, é constitucional, inclusive nos artigos que permitiram a contratação de médicos estrangeiros sem revalidação do diploma e alterações nos cursos de medicina para enfatizar o atendimento na saúde básica.

Os médicos integrantes do PMMB percebem bolsas nas modalidades: bolsa-formação, bolsa-supervisão e bolsa-tutoria, cujos valores são definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios...

(Soa a campanha.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Por favor, a Relatora está tendo problema para ser escutada e está tendo que forçar a voz.

Peço à assessoria para ficar mais calma.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Peço um pouquinho de paciência...

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - E nós não temos a cópia do resumo que a Senadora está lendo.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Eu pedi para colocarem no nosso computador.

É o resumo, Senadora, para podermos acompanhar.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Já estava na Comissão, então pode ser acompanhado agora.

É um resumo, mas mesmo sendo resumo ele tem que ter um conteúdo que garanta o conteúdo essencial para que os Senadores acompanhem.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Nós só temos que ter aqui para podermos acompanhar, porque será mais fácil.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Eu só estou dizendo, Senadora Lídice, porque, sem ouvi-la e sem ter o relatório, fica difícil de acompanhar.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Claro, sem dúvida nenhuma, Senador.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - O resumo chegou agora. Já está sendo disponibilizado.

Com a palavra a Senadora para continuar, e a assessoria se acalmar. Vamos lá.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Repito: os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da Administração Pública direta e indireta...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Por favor! Por favor, eu estou pedindo. É difícil, são muitas páginas. Vamos fazer silêncio para facilitar o trabalho?

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - ... da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos, para executar as ações previstas na Lei nº 12.871, de 2013 (art. 23).

É com fundamento nesse artigo que o Ministério da Saúde firmou termo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a contratação de médicos cubanos, conforme se discutirá mais adiante.

Nas "Disposições Finais", o texto vigente determina que o quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos Conselhos Regionais de Medicina. Hoje, esse limite seria de aproximadamente 40 mil médicos.

Após a homologação do resultado da seleção, o médico inscrito no CRM segue diretamente para exercer suas atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi lotado. Já o médico intercambista passa por um módulo de acolhimento com duração de quatro semanas, executado na modalidade presencial e com carga horária mínima de 160 horas.

Após a chegada ao Município, o médico passa a executar suas atividades na unidade básica de saúde onde estiver lotado. São concedidas bolsas nas seguintes modalidades e valores: bolsa-formação aos médicos participantes no valor mensal de R\$11.520; bolsa-supervisão aos médicos supervisores no valor mensal de R\$4 mil; bolsa-tutoria aos tutores acadêmicos no valor mensal de R\$5 mil.

Cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

No cerne do PMMB, está a cooperação entre o Estado brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/ Organização Mundial de Saúde (OMS), para a participação de médicos cubanos no projeto Mais Médicos para o Brasil.

Análise dos requisitos de pactuação de acordos internacionais.

Um estudo de especialistas em Relações Internacionais da Consultoria Legislativa do Senado Federal (Nota Informativa nº 2871/13) considera que o 8º Termo de Cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e a Opas/OMS, ao prever a atuação direta de profissionais junto à população, exorbita o disposto em tratados internacionais que supostamente lhe proveem sustentação jurídica.

Os especialistas em relações internacionais entendem, portanto, que a legalidade da contratação de médicos cubanos via Opas/OMS não é uma questão pacificada dentro do Programa Mais Médicos, mas que, mediante decisão do STF, a matéria examinada e decidida por aquela Corte recoloca no âmbito da legalidade as relações dessa parceria.

2 Processos no TCU sobre o Programa

Existem no TCU três processos principais com o *status* de processos abertos, isto é, ainda não concluídos, que cuidam de avaliar e fiscalizar o Programa Mais Médicos sob diferentes perspectivas.

2.1 Auditoria operacional (Processo 005.391/2014-8)

Ainda se encontra aberta no TCU a Auditoria Operacional, realizada na forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), que se originou com o objetivo de avaliar a eficácia do Programa Mais Médicos, sobretudo quanto ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, e teve início em 14 de março de 2014.

2.1.1 Tutoria

O tutor acadêmico é o docente médico que será responsável pela orientação acadêmica no âmbito do PMMB. Os tutores farão jus a uma bolsa, no valor mensal de R\$5 mil. De acordo com relatório da UNA-SUS, o TCU apurou que existiam pelo menos 2.152 médicos com uma tutoria deficiente e seriam necessários mais 22 tutores para atingir a proporção preconizada pelo modelo (um tutor para cada dez supervisores e 100 médicos).

2.1.2 Módulo de acolhimento

A Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21 de janeiro de 2014, que dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos são concebidas bolsas nas seguintes modalidades...

Não, desculpem. Está sem número aqui.

A portaria sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil contém um capítulo específico sobre o módulo de acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas. A norma determina que o módulo seja executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 horas, e contemple conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente no que concerne à atenção básica em saúde e à língua portuguesa. Essa portaria foi publicada em janeiro de 2014. Dessa forma, só foram avaliadas as notas do módulo de acolhimento, que ocorreram após essa publicação.

O resultado geral apresentado pelos dados da Sesu/MEC pode ser considerado satisfatório, na medida em que, dos 12.517 médicos informados, apenas 401 entraram em recuperação (3,2%) e somente 42 foram reprovados (0,34%). Dos que entraram em recuperação, apenas oito foram reprovados após nova avaliação (2%), sendo que os 34 restantes sofreram reprovação direta, sem passar por recuperação.

2.1.3 Distribuição dos médicos entre os Municípios

A análise do TCU evidenciou falhas na distribuição de médicos de acordo com as diretrizes do PMMB, caracterizadas pelo não atendimento de Municípios carentes e por dificuldades para reter médicos integrantes das equipes de Saúde da Família (ESF). Conforme disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, o projeto tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS. Vale destacar que tais áreas são definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 2011, e devem se enquadrar em, pelo menos, uma das seguintes condições: ter o Município 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); estar entre os cem Municípios com mais de 80.000 habitantes com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios.

Após comparar a relação dos Municípios que receberam médicos do projeto até 12/05/2014 com aqueles relacionados pela Portaria SGTES/SAS nº 3, de 2013, a equipe do TCU constatou que 1.690 Municípios da lista foram atendidos pelo projeto e receberam 4.524 médicos (até 12/05/2014), o que representava 33% de todos os médicos do projeto. Quinhentos e noventa e dois Municípios listados nessa portaria não receberam nenhum médico do projeto. Destarte, verificou-se que 26% dos Municípios dessa relação não foram atendidos.

2.1.4 Ações de avaliação e monitoramento do Projeto

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, determina que compete à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil monitorar e avaliar as ações relacionadas a esse projeto. Deve ser avaliado o cumprimento do disposto no art. 11 da norma, em especial os seguintes pontos:

- i. obrigatoriedade de os Municípios não substituírem os médicos que já integram equipes de atenção básica pelos participantes do projeto;
- ii. dever de manter, durante a execução do projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do projeto;
- iii. compromisso de adesão ao Requalifica UBS, Unidade Básica de Saúde, em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do projeto.

Dos 2.143 Municípios que receberam profissionais do PMMB no ano de 2013, pelo menos 127 deles possuíam, em abril de 2014, menos equipes de atenção básica. Em determinados casos, a redução na quantidade de equipes pode ser justificada por contingências diversas, mas é imprescindível que o Ministério da Saúde monitore essa questão.

O Conselho Federal de Medicina apontou, em denúncias, que, pelo menos, oito médicos foram substituídos por profissionais do PMMB, nos Estados do Maranhão, de Tocantins, da Bahia, de Minas Gerais, de Mato Grosso, do Acre e de Sergipe. Por conta própria, o TCU identificou outros cinco casos de substituição indevida de médicos, que teriam ocorrido em Minas Gerais, no Rio Grande do Norte e em São Paulo. Diante desse cenário, parece-nos impossível dimensionar a extensão do problema até o presente momento.

A equipe do TCU comparou dados, fornecidos pelo Ministério da Saúde, relativos aos 1.174 Municípios que receberam profissionais do PMMB com a variação do quantitativo de médicos verificada entre agosto de 2013 e abril de 2014. O tribunal constatou que:

- i. em 70 Municípios (6% da amostra), foi impossível fazer essa análise pois as bases de dados encontravam-se incompletas;
- ii. em 239 Municípios (20% da amostra), não houve nem aumento nem redução da quantidade de médicos;

- iii. em 168 Municípios (14% da amostra), houve aumento na quantidade de médicos, mas esse incremento foi inferior ao número de profissionais recebidos por meio do PMMB;
- iv. em 268 Municípios (23% da amostra), o incremento de médicos foi exatamente igual à quantidade desses profissionais recebidos do projeto;
- v. em 268 Municípios (23% da amostra), houve um aumento do número de médicos superior à quantidade desses profissionais recebidos do projeto;
- vi. em 161 desses Municípios (14% da amostra), houve redução do número de médicos.

O Tribunal de Contas concluiu pela incapacidade de fornecer uma avaliação definitiva sobre esse tema. Não obstante isso, pôde constatar que as medidas implementadas no âmbito do programa tendem a apresentar efeitos positivos no médio e no longo prazos, considerando o tipo de atendimento oferecido, que inclui, além da abordagem curativa, a prevenção e a promoção da saúde.

Já o estudo coordenado por Pinto H. A. et al. (2017 op. cit.) afirma que:

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa, tais como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e, nos anos posteriores, a demanda dos gestores municipais para expandir e completar as existentes; alocar médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição; ampliar a cobertura da AB [ação básica] e da ESF num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores; ampliar o acesso da população às ações de AB; elevar o número de consultas e diversificar o escopo de procedimentos de AB; aumentar o ritmo de redução das internações sensíveis à AB; ser bem avaliado por usuários, médicos e gestores; e se constituir como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros.

2.1.5 Fornecimento de alimentação e moradia aos médicos participantes

O art. 11 da Portaria Interministerial, MS/MEC nº 1.369, de 2013, estabelece que a participação dos Municípios e do Distrito Federal na execução do projeto será formalizada por intermédio da celebração de termo de adesão e compromisso. Ademais, o referido termo deverá conter, entre outras cláusulas, a obrigação de esses entes federados oferecerem moradia para o médico participante do projeto e garantirem alimentação adequada e água potável.

A auditoria realizada pelo TCU constatou, a partir de documentos fornecidos pelas secretarias municipais de saúde, de dados colhidos em entrevistas e por meio de observação direta, que muitos dos Municípios visitados não estavam cumprindo adequadamente suas obrigações em relação ao fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes do PMMB.

O art. 9º dessa norma dispõe que o ente federado deverá assegurar o fornecimento de alimentação ao médico participante, mediante a entrega de recursos pecuniários ou de alimentos *in natura*.

Se houver o repasse de dinheiro, o ente federativo deverá adotar, como parâmetros mínimo e máximo, os valores de R \$500 e R\$700, conforme disposto no art. 10 dessa norma.

O Distrito Federal e os Municípios devem adotar algumas das seguintes modalidades de fornecimento de moradia: cessão de imóvel, entrega de numerário ou acomodação em hotel ou pousada. Ainda segundo consta dessa norma, o ente federado pode adotar como referência para o pagamento de aluguel de imóvel os valores mínimo e máximo de R\$500 e R\$2.500.

Com efeito, o gestor distrital ou municipal pode adotar valores superiores a esse limite, que sejam adequados à realidade do mercado imobiliário local. Nessa hipótese, deverá haver a comprovação do custo da locação por meio de três cotações de custo no mercado imobiliário do Município ou do Distrito Federal.

2.2 Acompanhamento (Processo 027.492/2013-3)

Esse acompanhamento - que vem sendo realizado desde 27 de setembro de 2013 - tem como objetivo avaliar a legalidade e a legitimidade da criação e implementação do Programa Mais Médicos. O Acompanhamento originou o Acórdão nº 360, de 2017, que faz determinações ao Ministério de Saúde e ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para obrigar esses órgãos a sanar diversas pendências ou incorreções detectadas no Acordo de Cooperação com a Opas.

2.3 Representação (Processo 003.771/2014-8)

Também se encontra aberto no TCU, desde 19 de fevereiro de 2014, o processo de representação acima identificado, de iniciativa de Deputados Federais, de acesso restrito, conforme se pode conferir no endereço eletrônico abaixo da página do relatório, com solicitação de medida cautelar e de avaliação do Tribunal sobre possíveis irregularidades na execução do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmado entre o Governo Brasileiro e a Opas/OMS. No âmbito deste processo, ainda não houve acórdão exarado. 3 Distribuição dos médicos no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil

No Brasil, conforme já mencionado anteriormente, diversas experiências foram tentadas no sentido de resolver o problema do déficit e da má distribuição de médicos no Território nacional, mas nenhuma delas, no entanto, conseguiu a magnitude necessária para suprir a demanda dos Municípios.

Um dos eixos de ação do PMM foi a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis e desassistidas, denominado de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), primeira estratégia de grande magnitude com esse objetivo.

5.1 Critérios para a distribuição dos médicos do Projeto

O provimento emergencial foi viabilizado, dentro do PMMB, por meio de editais de chamamento nacional e internacional e por meio de cooperação internacional, após serem selecionados os Municípios considerados prioritários.

Consoante disposto no art. 4º, III, do referido normativo, tais regiões correspondem às áreas de difícil acesso ou provimento de médicos e àquelas que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições: 20% ou mais da população municipal estar vivendo em extrema pobreza; o Município estar entre os 100...

Presidente, essa informação repete aquilo que também já foi analisado aqui no relatório, portanto passo adiante.

De acordo com a Nota Técnica 23/2013, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Ministério da Saúde informou em sua página oficial que "todos os municípios poderão se inscrever e aqueles que possuam áreas em uma das situações elencadas acima, poderão participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso". Assim, os Municípios elegíveis não se restringiram aos considerados prioritários, o que ensejou a ampliação do rol de Municípios participantes do PMMB, com a inclusão de Municípios não prioritários.

5.2 Alocação dos médicos do PMMB

A análise sobre a alocação de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil se concentra no período que compreende os anos de 2013 a 2015 com base em estudos analíticos que foram apresentados em audiência pública nesta Comissão e em pesquisas feitas por nossas assessorias. Destacamos ainda que tivemos acesso a dados outros por meio de solicitação direta à SGTES, a alguns dados atuais do Ministério da Saúde, os quais...

Dados apresentados pelo Ministério da Saúde ao TCU relativos aos médicos que estavam em atividade em 12 de maio de 2014 mostram que São Paulo foi o Estado que mais recebeu médicos do projeto (2.059 médicos, que representam 14,9% do total desses profissionais). Em seguida, vieram os Estados da Bahia (1.276 médicos, 9,3% do total); de Minas Gerais (1.156, 8,4% do total); e do Rio Grande do Sul (1.062, 7,7% do total), na lista dos que foram mais contemplados.

O crescimento do número absoluto e proporcional de médicos no Brasil e em cada unidade da Federação em 2012, segundo aponta o estudo, registra que o Brasil tinha 388.015 médicos, e, no fim de 2015, esse número chegou a 429.559, um crescimento de 10,7%. Mas o mais importante é que, sem o Programa Mais Médicos, 12 Estados teriam apresentado crescimento menor que 10%, sendo que, em quatro deles, ou não teria havido crescimento, ou teria havido redução do número de médicos. Segundo o TCU, no período auditado - de 2013 a 2014 -, foram alocados 13.790 médicos participantes em 3.756 Municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados nas 27 unidades federadas.

Com o PMM, todos apresentaram crescimento, e somente em 5 Estados esse crescimento foi menor que 10%. Além disso, todos os Estados do Norte e do Nordeste, com exceção de Pernambuco, tiveram crescimento maior que 10%.

De acordo com Pinto et al., "no fim de 2015, 73% dos Municípios do Brasil, em todos os Estados, assim como o Distrito Federal, participavam do PMM". O programa estava em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do País, fazendo com que, pela primeira vez, todos contassem com médicos para atender sua população. A adesão ao programa é voluntária e a solicitação de médicos feita pelos Municípios é analisada segundo uma combinação de critérios: necessidade, oferta já disponível e infraestrutura.

Assim, até o fim de 2015, o PMM havia atendido 100% da demanda realizada pelos gestores municipais, reconhecida pelo programa conforme os parâmetros destacados anteriormente.

O estudo de Oliveira e colaboradores (2016), que analisou o provimento de médicos pelo PMMB, no período entre 2013 e 2014, a partir do banco de dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, verificou que a distribuição regional dos Municípios participantes foi realizada com base nos critérios de prioridade e vulnerabilidade definidos nos atos normativos que regulamentaram a implantação do programa, vigentes no período de estudo.

É preciso ser destacado que o estudo acima não considerou os 294 médicos alocados nos 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEI).

Segundo o estudo, no período considerado, houve o provimento de 14.168 médicos em 3.785 Municípios que aderiram ao projeto. Desses, 2.377 Municípios atendiam aos critérios de prioridade ou vulnerabilidade definidos pelo Ministério da Saúde, o que corresponde a 62,8% do total de Municípios participantes, e eles receberam 77,7% dos médicos.

No entanto, 1.408 municípios participantes do PMMB (37,2%), que receberam 22,3% dos médicos, não correspondiam às prioridades estabelecidas.

Apesar das distorções identificadas na alocação dos médicos do PMMB, os autores observam que os dados evidenciaram também a redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Nessas áreas, onde residem cerca de 36% da população brasileira, houve a alocação de 6.565 médicos, o que corresponde a 46,3% dos médicos do Projeto, indicando ter havido discriminação positiva.

A seleção dos médicos participantes foi realizada por meio de chamamento público, volto a dizer (editais publicados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) ou da celebração de instrumentos de cooperação com a Opas.

Continuando o estudo, segundo Oliveira, no período de 2013 a 2014, 68% dos municípios brasileiros aderiram ao PMMB (3.785 municípios); outros 44 municípios tiveram sua adesão cancelada, 376 desistiram e 1.365 não se inscreveram. É possível observar que, entre os municípios que aderiram ao PMMB, 2.377 (62,8%) atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade e 1.408 (37,2%) não atendiam a nenhum critério, por isso foram considerados como “demais municípios”.

A Região Nordeste foi a que apresentou o maior número de municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza que aderiram ao PMMB. Foi também a região com o maior número de municípios inscritos no PMMB, 1.318 (34,8%).

Perfil dos médicos do PMMB.

Entre 2013 e 2014, segundo Oliveira, o PMMB realizou o provimento de 14.168 médicos entre os municípios que aderiram ao programa.

A partir dos editais de chamamento para seleção dos médicos, foi estabelecida uma ordem de prioridade para a contratação e ocupação das vagas ofertadas: em primeiro lugar, o médico com registro no CRM; em seguida, o médico intercambista individual; e, por último, o intercambista cooperante.

Observe-se que os cooperantes não puderam escolher o município de atuação, o próprio Ministério da Saúde definiu a alocação dos médicos provenientes do acordo com a Opas.

Do total de médicos contratados pelo PMMB, 11.150 foram cooperantes - oriundos do acordo firmado entre o Governo brasileiro e Opas -, representando cerca de 80% do total. Quase 13% foram médicos com registro no CRM (1.834) e menos de 10%, intercambistas individuais (1.184), que abrangem médicos de 47 diferentes nacionalidades.

A Região Nordeste foi a que mais recebeu médicos cooperantes, seguida pela Sudeste e Sul. Em todas as regiões do País, os médicos intercambistas cooperantes representaram o maior número de médicos alocados pelo PMMB. Também o Nordeste foi a região que recebeu a maior quantidade de médicos com registro no CRM (965). Quanto ao intercambista individual, as regiões Sul e Sudeste foram as que receberam o maior número desses médicos, 418 e 346, respectivamente (Tabela 2).

Dados atuais.

Segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, atualmente, 1.920 municípios prioritários participam do PMMB, incluindo as áreas indígenas (34 DSEI). De acordo com os dados recebidos, há um total de 17.898 vagas para médicos dentro do PMMB, que estão ocupadas da seguinte forma:

- 8.247 médicos intercambistas cooperantes;
- 5.322 médicos com CRM Brasil;
- 10 médicos com CRM Provab;
- 3.257 médicos intercambistas individuais;
- 1.062 postos desocupados.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE. *Fora do microfone.*) - Quantos cubanos?

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Aqui, não está discriminando os cubanos não. Depois, vai constar.

Então, quanto aos intercambistas individuais, há 3.257 médicos. E há os intercambistas cooperantes...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Lídice, qual é a diferença entre médico cooperante e médico Provab? Está sendo citado o médico individual. Qual é a diferença entre o individual e o cooperante? Há muito mais cooperantes do que individuais. E há dez médicos com CRM Provab. O que é Provab?

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Veja: o intercambista é o que faz parte, provavelmente, desse...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Do intercâmbio.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - ...convênio do Brasil com a Opas e com o governo cubano.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - E o cooperante?

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Cooperante?

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É. Há um aqui.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Cooperante é a mesma coisa.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Há 8.247 intercambistas cooperantes. Qual é a diferença?

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Os intercambistas individuais abrangem diferentes nacionalidades.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Não vêm pela Opas. Deve ser isso.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Não vêm pela Opas.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Exato. Entendi.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - O Provab é o seguinte: o Provab é um programa do Ministério da Saúde que procura também colocar profissionais médicos em regiões distantes do Brasil. E, anteriormente, ser médico do Provab dava um diferencial caso ele quisesse depois fazer residência médica. Isso dava uma pontuação diferenciada. Esse é um dos temas que a gente vai ter de discutir, porque o Governo atual retirou esse diferencial para quem faz o Provab. Então, o Provab terminou sendo um programa para tentar alocar provisoriamente profissionais e para, ao mesmo tempo, eles serem treinados.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Entendi. Foi muito boa a explicação. Pois não, Senadora.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Então, eu estava exatamente discriminando o número de cada uma dessas categorias.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Estava no seguinte ponto: "Estão alocados em 34 distritos sanitários indígenas [...]."

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Em todos.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Sim! Que bom!

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Estão alocados em 34 distritos sanitários indígenas 342 médicos participantes do PMMB, distribuídos da seguinte forma: 292 são médicos cooperantes, ou seja, através da Opas; 28 intercambistas individuais e 14 com CRM, ou seja, médicos brasileiros.

Comparando-se os números atuais, apresentados na audiência da pública da CAS, com os dados de 2013-2014, observa-se alteração no perfil dos médicos participantes, com o aumento da participação de médicos com CRM, que passaram de 13% para quase 32% do total, ou seja, quase triplicou a participação de médicos com registro no CRM, ou seja, de médicos brasileiros.

Por outro lado, os médicos intercambistas cooperantes, que em 2013-2014 representavam quase 80% dos participantes do PMMB, sofreram redução expressiva dentro do Programa, tanto em termos absolutos quanto relativos, passando a representar 50,8% deles.

No entanto, nas áreas indígenas, conforme os dados obtidos diretamente do Ministério da Saúde, a participação de médicos intercambistas cooperantes, ou seja, do acordo com a Opas, é muito expressiva, 87%, enquanto apenas 4,1% dos médicos

com CRM e 8,2% dos intercambistas individuais encontram-se nessas áreas - é, portanto, quase que totalmente coberto por médicos da Opas.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Vão para área indígena?

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Exato, na área indígena.

Indicadores de impacto na distribuição de médicos.

Para aferir o impacto do PMMB na distribuição de médicos no País, Girardi *et al* (2016) utilizaram o Índice de Escassez de Médicos em atenção primária de saúde (APS) em dois momentos: março de 2013 e setembro de 2015, ou seja, antes e depois da implantação do programa.

Esse indicador foi criado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (2010) e incorpora quatro dimensões, com os respectivos indicadores:

- i. oferta de médicos (nº de médicos/habitantes);
- ii. carência socioeconômica (proporção de domicílios em situação de pobreza);
- iii. altas necessidades de saúde (taxa de mortalidade infantil); e
- iv. barreiras de acesso a serviços de saúde (distância, em tempo, até a sede da região).

O número de municípios que apresentaram escassez de médicos em APS, segundo o indicador utilizado, em março de 2013, portanto antes do início do Programa Mais Médicos, foi quase o dobro do número observado em setembro de 2015 - esse é um dado importante. Em 2013, foram identificados 1.200 municípios com algum grau de escassez de médicos em todo o Brasil - 80% deles com graus de escassez moderado e leve -, número que caiu para 777, em 2015, o que representou uma redução de 35% em dois anos.

Um problema diz respeito ao número de médicos solicitado pelos municípios participantes e o que foi atendido. Estudo de Pereira *et al.* (2016) mostrou que os municípios que aderiram entre agosto de 2013 e julho de 2014 solicitaram 15.460 médicos e o programa atendeu 93,5% dessa demanda.

É importante que todos os municípios prioritários para o SUS sejam atendidos pelo PMMB, para reduzir a carência de médicos, de modo a garantir à população o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, há que corrigir as distorções encontradas e estimular e prestar cooperação aos municípios prioritários para que eles participem.

6 Impacto na atenção básica em saúde e na rede assistencial

Diferentes fontes de estudos e pesquisas consultadas por esta Relatora permitem afirmar que há consistentes evidências do aumento da cobertura de atenção básica desde a implantação do Programa Mais Médicos. Para observar adequadamente esse fenômeno, é preciso levar em conta que as normativas do programa exigem que os médicos integrem o sistema ou outras equipes previstas na política de AB. As eSF, por sua vez, podem ser novas, podem ser equipes já existentes que estavam sem médicos, ou, ainda, equipes nas quais a presença desse profissional era insuficiente (alta rotatividade de profissionais ao longo do ano, cumprimento irregular da carga horária etc.).

O estudo Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015 já amplamente citado no presente relatório diz que é “necessário combinar indicadores que considerem tanto a expansão da Estratégia Saúde da Família quanto da Atenção Básica. Com efeito, selecionamos: aumento da quantidade de médicos (horas) na Atenção Básica do Brasil, aumento das coberturas tanto da Atenção Básica quanto nas equipes de Saúde da Família, ampliação no número de equipes de Saúde da Família e no número de municípios com equipes de Saúde da Família.

6.1 Ampliação do acesso da população à Atenção Básica

A ampliação do acesso da população à Atenção Básica, além da ampliação da cobertura apontada na sessão anterior, pode ser percebida tanto nos aumentos significativos do número de consultas nos municípios participantes do programa quanto nas pesquisas realizadas com gestores e usuários.

Com a criação da Rede Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM) em maio de 2015, composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do país no formato de estudos multicêntricos integrados, foi possível produzir mais dados sobre o programa. O relatório da primeira desse Observatório identifica três achados que apontam para a ampliação e qualificação do acesso: o aumento do escopo de práticas (variedade de ações e serviços oferecidos) desenvolvido nas equipes e Unidades Básicas de Saúde com médicos do programa; aumento da oferta de procedimentos coletivos e de visitas domiciliares, e a estabilização de consultas programadas a grupos específicos; e o aumento do número de consultas no Brasil, em especial, nos municípios participantes do programa.

Com relação ao número total de consultas nas equipes de Saúde da Família, a pesquisa apresentada neste relatório identificou um aumento de 29% no número de consultas médicas quando comparados os meses de janeiro de 2013 e

janeiro de 2015. Nos municípios participantes do PMM, esse crescimento foi de 33% e, nos demais, de apenas 15%. O aumento foi atribuído: à implantação de novas equipes de Saúde da Família, ao fato de diversas equipes que já existiam terem passado a contar com médicos atendendo regularmente, e à constatação de que as equipes dos programas Saúde da Família e Mais Médicos ofereciam à população mais consultas médicas num mesmo dia de atuação.

Outra pesquisa que reforça os mesmos achados foi realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco, citada no documento de Avaliação de 2 anos do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde, que entrevistou usuários, gestores e médicos participantes do programa. Foram visitados 699 Municípios. As amostras para entrevistas somaram 14.179 usuários, 391 médicos e 227 gestores - estes últimos não podiam, necessariamente, ser mais de um de cada Município.

Com relação a esses gestores, foi identificado que, entre os cinco principais fatores relacionados à avaliação positiva que os mesmos fazem do impacto do programa, três estão relacionados à ampliação do acesso. São eles: ter sempre médicos nas Unidades Básicas de Saúde e cumprindo efetivamente a carga horária definida; a ampliação do acesso à população; e o aumento da oferta de consultas.

6.1 Produtividade assistencial na atenção básica

O número absoluto de consultas médicas mensais produzidas por médicos participantes do PMMB, em 2014, foi de 46.128, que são consultas que, caso não houvesse a alocação do médico pelo projeto, provavelmente não teriam sido realizadas. Isso por si só já representa um ganho advindo do Programa Mais Médicos.

6.2 Indicadores de efetividade

Um dos indicadores utilizados para avaliar a efetividade da Atenção Primária em Saúde é a taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP). O pressuposto é que a efetiva ação da atenção primária, voltada para a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoces de determinadas patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas, é capaz de diminuir o risco de internações devido a CSAP.

No âmbito do Programa Mais Médicos, um indicador foi utilizado por Gonçalves e colaboradores (2016) para aferir a efetividade do incremento de médicos propiciado pelo Projeto na Região Nordeste, no período de setembro de 2012 a agosto de 2015. Além de avaliarem a taxa geral de internação por CSAP, os autores também procederam à avaliação de uma condição específica - a diarreia e gastroenterite de origem presumivelmente infecciosa. A seleção dessa condição ocorreu por ela ter atendido aos seguintes critérios: elevada frequência no período, simplicidade de intervenção e pela ocorrência histórica no Nordeste.

Os resultados desse estudo mostraram que, exceto o Maranhão, todos os demais Estados do Nordeste apresentaram diminuição das taxas de internação por CSAP. Alagoas foi o Estado que apresentou a maior queda dessas internações, com redução de 44,2%.

Em relação às internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, os autores reportaram a ocorrência de um total de 181.152 casos em 1.242 municípios que participavam do Programa Mais Médicos no período investigado (69,2% dos municípios do Nordeste). As médias de internação passaram de 6.092, no primeiro ano, para 5.040, no segundo, e 3.962, no terceiro ano. A redução do primeiro para o terceiro ano correspondeu a 35%. O estudo concluiu que o Programa Mais Médicos influenciou na redução das internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa.

7 Percepção e avaliação dos usuários, profissionais e gestores

A Pesquisa da UFMG/IPESPE identificou que 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM. Entre as razões dessa avaliação extremamente positiva, 85% afirmaram que a qualidade do atendimento melhorou; 87% que o médico é mais atencioso, e 82% que a consulta agora resolve melhor seus problemas de saúde. A nota média que os usuários deram ao Programa Mais Médicos foi de nove para um máximo de dez.

Quando indagados sobre dificuldades de comunicação, 87% responderam que não tiveram nenhuma dificuldade, e só para 3% ela foi importante. Esses números comparados na mesma pesquisa com médicos brasileiros não participantes do programa, grupo utilizado como controle, resultou em 95% e 2% respectivamente, o que quer dizer uma proximidade muito grande.

Já a pesquisa com gestores mostrou que, antes do...

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Há proximidade de avaliação entre o estrangeiro e o brasileiro.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Entre o estrangeiro e o brasileiro, foi isso o que quis dizer. O estrangeiro fica em 87% e o brasileiro... Aliás, 95% estavam satisfeitos no caso dos estrangeiros.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Brasileiros, 87?

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Noventa e cinco.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Noventa e cinco também?

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Noventa e cinco também.

Quando indagados sobre dificuldades de comunicação, 87% responderam que não tiveram nenhuma dificuldade.

Já a pesquisa com gestores mostrou que, antes do Programa Mais Médicos, eles davam a nota média de 6,6 para a atenção à saúde da população e, depois de implantado o Programa no município, deram a nota 8,7.

A mesma pesquisa entrevistou, ainda, médicos brasileiros e estrangeiros do Programa, e encontrou os seguintes resultados: 100% disseram que foram bem recebidos pela comunidade; 98% indicariam o Programa a um amigo; a nota média atribuída à relação com o restante das equipes de Saúde da Família foi 9,6; a nota dada à supervisão do programa foi de 9,0; e a avaliação do Programa como um todo recebeu nota média de 9,1 em um máximo de dez. Com relação à estrutura das Unidades Básicas de Saúde, de maneira geral, considerando estrutura física, equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e condições de trabalho, para 65% dos médicos - médicos aí entendidos estrangeiros e brasileiros -, a estrutura era boa ou ótima.

Pesquisas da Confederação Nacional dos Transportes (CNT) apontaram 49,7% de aprovação em julho de 2013, 73,9% em setembro e 84,3% em novembro do mesmo ano.

Os resultados mostraram que, em geral, a satisfação dos usuários foi elevada, especificamente no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, que obteve a aprovação da maioria dos usuários (98,1%). Mais de 95% dos participantes referiram ter recebido as informações necessárias; mais de 93% afirmaram ter recebido todas as informações necessárias sobre o tratamento e 87% afirmaram ter compreendido as orientações que deveriam seguir.

Esta avaliação positiva que os médicos participantes do Programa têm sobre o mesmo, a recomendação que fazem aos colegas, e o fato de terem incorporado, em 2015, o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab) e seus benefícios ajudam a explicar a significativa mudança na adesão dos médicos brasileiros ao Programa.

Ao fim de 2013, ano de criação do Programa, das 3.678 vagas preenchidas no mesmo, apenas 22% foram ocupadas por médicos com registro no Brasil. Contudo, o ano de 2015 experimentou recordes de inscrições de médicos brasileiros com registro no Brasil, em proporções que chegaram a mais de dez candidatos por vaga oferecida, e, nos três chamamentos realizados nesse ano, todas as vagas foram preenchidas por médicos brasileiros: o primeiro chamamento do ano necessitou chamar também médicos brasileiros com registro no exterior, e no segundo e terceiro, todas as vagas foram preenchidas com médicos com registro no Brasil. O percentual de médicos com registro no Brasil ao fim de 2015 chegou a 29% dos mais de 18 mil médicos, conforme os dados do Datasus.

Esse resultado é importante por diversos motivos, entre os quais destacamos quatro: reforça os achados que apontam para a importância da aprovação do Programa pelos médicos brasileiros que nele atuam e que o recomendam; mostra um interesse crescente em participar do Programa; aumenta significativamente o número de médicos no Brasil que desenvolvem uma atuação nas equipes de Saúde da Família e são formados para ela, fator importante para a qualidade da prática profissional, seja na Atenção Básica ou em outra área de atuação; e confere sustentabilidade ao Programa, que passa a ser menos dependente de profissionais estrangeiros.

Outros aspectos avaliados, em relação aos serviços, também apresentaram resultados satisfatórios, como:

- Tempo de espera: 75,7% dos usuários referiram que o tempo de espera no dia da consulta foi menor do que uma hora; 57,6% consideram que foi pouco tempo de espera; 33,2% consideraram que foi mais ou menos. Ao selecionar a carinha para mostrar a satisfação com o tempo de espera entre o momento que chegou à unidade e que foi atendido pelo médico, 78,7% dos usuários avaliaram como bom e muito bom.
- Tempo de duração da consulta: a maioria dos usuários (98,1%) informou que durou menos de meia hora, com relatos de variações de 2 a 60 minutos (média de 21 minutos).
- Privacidade na consulta: a maioria dos usuários (84,5%) teve a privacidade respeitada durante a consulta médica ou exames. Todavia, 15,5% dos usuários afirmaram que foram interrompidos com a entrada de outra pessoa durante o procedimento médico; destes, 69,6% afirmaram ter consentido com a entrada. A falta de privacidade foi relatada por 16% das pessoas que sabem ler e por 9% das pessoas que não sabem ler.
- Tempo de espera entre o dia em que o usuário solicitou a consulta e o dia de sua realização: esse tempo foi avaliado como muito bom e bom por 87,3% dos usuários, o que, segundo os autores do estudo, demonstra melhora do acesso à consulta após a implantação do Programa. Aqui, cabe lembrar o viés de seleção da pesquisa, ao incluir no estudo apenas

as pessoas que estavam para ser atendidas na unidade de saúde, deixando de fora aquelas pessoas que não conseguiram romper as barreiras para acessar os serviços de saúde.

- Visitas domiciliares de médico: 28,9% dos usuários informaram que receberam visita do médico em seu domicílio; a maioria deles (71,6%) avaliou essa visita satisfatoriamente. A população beneficiada pelas visitas foi majoritariamente: os idosos, os deficientes, as gestantes com complicações, as crianças com algum agravo agudo.

Estudo de Comes e colaboradores, realizado em 32 municípios pobres nas cinco regiões do Brasil, entrevistou 78 profissionais de saúde, não médicos, das equipes que receberam médicos do Programa, com o objetivo de descrever aspectos da integralidade nas práticas das equipes de saúde da família, a partir da incorporação de um médico do Programa Mais Médicos.

O Senhor Wilames Freire, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em audiência pública realizada pela CAS sobre o Programa, trouxe os seguintes posicionamentos dos gestores municipais a respeito do Programa Mais Médicos, que, segundo ele, são provenientes de um levantamento realizado no período de maio de 2013 a março de 2017, conforme descritos na revista do Conasems:

Ainda que o Programa Mais Médicos tenha enfrentado de modo corajoso a questão do provimento médico, o art. 27 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ainda que estratégico para o Sistema, segue esquecido e o SUS segue sem uma “política de recursos humanos formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”. [Grifos no original]

- O posicionamento dos gestores municipais de saúde frente ao Programa Mais Médicos revela a sua responsabilidade com a organização da Atenção Básica, assim como a percepção do apoio do atual Governo ao Programa Mais Médicos e do enfraquecimento da Atenção Básica.

Segundo a opinião formulada por Felipe Proença e Vinícius Ximenes, na audiência pública da CAS, esse enfraquecimento fica bem evidenciado pela aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica, que retira o papel central do Programa Saúde da Família.

Sobre os avanços do Programa Mais Médicos, segundo avaliação do Deputado Jorge Solla, entre os resultados parciais obtidos antes da mudança de governo destacam-se a criação do Cadastro Nacional de Especialistas e a ampliação da oferta de vagas, com critério regional, na graduação e na residência médica: da meta original de criar 11,5 mil vagas de graduação até 2017 e 12 mil de residência até 2018 foram, de fato, originadas 6 mil vagas de graduação e 6,5 mil vagas de residência.

Ainda conforme a opinião do Deputado Solla, a mudança política no Governo Federal provocou retrocessos nesse eixo do Programa, com destaque para: i) atraso na meta de abertura de novas vagas de graduação; e ii) impossibilidade de acesso ao CNE, que está fora do ar em decorrência da pressão das entidades de regulação profissional e das sociedades médicas. Acerca desse tema, destaca-se a ocorrência de casos em que os cursos privados recém-abertos ofereceram uma única vaga para o Fies.

Dessa forma, sugere-se que, na discussão da citada MP nº 785, de 2017, seja estabelecido um percentual mínimo de vagas destinadas aos alunos beneficiários do Fies, de forma a aumentar o acesso de estudantes das camadas menos favorecidas aos novos cursos de Medicina abertos em faculdades privadas e de manter a ocupação das vagas abertas.

Uma página está em branco aqui, no relatório.

Já está esclarecido que não foi o Senador Otto quem...

(Intervenções fora do microfone.)

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Já vamos adiantar. Vamos adiantar.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É que gente foi votar, voltou. Está todo mundo interessado.

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Bom, continue, Relatora.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Em matéria veiculada em jornais de maior alcance no País em 17 de novembro do corrente ano, o Governo Federal informa que irá suspender a abertura de novos cursos de Medicina, comprometendo assim os objetivos de aprimoramento do Mais Médicos.

Até o fechamento do relatório, não tivemos acesso a documentos que mostrem a assinatura do decreto por parte da Presidência da República. Era, àquela época, uma matéria apenas de jornal.

8 Financiamento e Despesas do Programa

Dados atuais da execução financeira e orçamentária.

A Lei nº 12.871, de 2013, estabelece que as despesas decorrentes da execução do Programa Mais Médicos devem ser consignadas no orçamento da União em dotações destinadas aos Ministérios da Saúde, da Educação e da Defesa.

A despeito dessa diretriz, a extração de informações referentes ao programa do orçamento federal não é tarefa trivial. A peça orçamentária da União passou, nos últimos anos, por um processo de agregação de programações de tal monta que reduziu substancialmente a capacidade de a lei orçamentária servir como fonte de efetiva consulta a respeito do plano de atuação do governo federal. Com isso, torna-se mais complexo o acompanhamento da execução orçamentária e financeira e prejudica-se a fiscalização das políticas públicas por parte do Congresso Nacional e da sociedade.

No âmbito do Ministério da Saúde, essa realidade foi parcialmente alterada em 2016, quando passou a constar da lei orçamentária a ação “214U - Implantação do Programa Mais Médicos”, vinculada ao programa “2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde”. A referida ação abarca os gastos do Ministério com a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, com vistas ao alcance dos objetivos do Programa Mais Médicos.

Indo no mesmo sentido de dar mais transparência aos gastos com o Mais Médicos, o Projeto de Lei Orçamentária de 2018 (PLOA 2018), em tramitação no Congresso Nacional, prevê a criação de uma ação orçamentária específica para o programa no âmbito do Ministério da Educação. Trata-se da ação “00QC - Concessão de Bolsas do Programa Mais Médicos”, vinculada ao programa “2080 - Educação de qualidade para todos”, que albergará as despesas com concessão de bolsas e custeio de despesas operacionais a elas vinculadas no âmbito do programa.

Conforme dados, a previsão é de que, até o final de 2017, período que já cruzamos, tenham sido despendidos R\$12,96 bilhões com o Programa Mais Médicos. Desse montante, R\$ 12,01 bilhões (92,7%) terão corrido à conta do Ministério da Saúde, R\$ 901,37 milhões (7,0%) do Ministério da Educação e R\$ 48,07 milhões (0,4%) do Ministério da Defesa.

Para 2018, o projeto de lei orçamentária prevê despesas com o Programa Mais Médicos da ordem de R\$ 3,50 bilhões, dos quais R\$ 3,33 bilhões (95,2%) ficarão a cargo do Ministério da Saúde, R\$ 158,36 milhões (4,5%) do Ministério da Educação e R\$ 9,00 milhões (0,3%) do Ministério da Defesa. O montante total previsto reflete um aumento nominal de 1,02% em relação aos gastos com o programa no exercício corrente, percentual insuficiente, portanto, para repor a inflação esperada para 2017, na casa de 3,08%.

Conforme se denota, parte significativa dos recursos alocados ao programa foi transferida ao exterior. Entre 2013 e 2017, esse montante alcança R\$7,20 bilhões, que corresponde a 55,6% das despesas do programa no período. Tais transferências decorrem do 80º Termo de Cooperação Técnica celebrado entre a União, por intermédio do Ministério da Saúde, e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), com vistas ao provimento emergencial de médicos para suprir a carência nacional no atendimento da atenção básica em saúde.

Para 2018, estão previstos repasses para a Opas no valor de R\$1,70 bilhão, que representa 48,7% da dotação total do programa para o exercício. Vale notar que, em termos proporcionais, a parcela de recursos transferida ao exterior tem sido reduzida ao longo da vigência do programa. No ano de 2014, essa parcela correspondia a 61,5% das despesas do Mais Médicos. Passou a 48.

Gastos do programa.

Os gastos com o programa de bolsas atingiram aproximadamente R\$59 milhões até o final de 2014 para supervisores e R\$5 milhões para tutores. Considerando o prazo inicial sem prorrogação, deverão ser dispendidos até o final do projeto cerca de R\$198 milhões em bolsas-supervisão e R\$19 milhões em bolsas-tutoria.

Outro desembolso no âmbito do programa se refere à oferta do curso de especialização para os médicos participantes. De acordo com o Ministério da Saúde, foram celebrados convênios com dez instituições de ensino, no valor total de R\$101,8 milhões, prevendo a abertura de 23,4 mil vagas (entre R\$3 mil e R\$5 mil por matrícula).

Segundo Antônio Ferreira Lima Filho, Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, o custo da bolsa do médico participante do programa para o Ministério da Saúde, em 2014, foi de R\$12.579,51; e, em 2017, esse valor passou para R\$13.824,00.

Considerações finais - graças a Deus, Senador Otto! (*Risos.*)

Com base em materiais que fora disponibilizado a esta Relatora, nos estudos técnicos e/ou publicações listadas nas Referências, nas Audiências Públicas realizadas no âmbito dessa comissão. Podemos afirmar que:

- O PMM, em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa em itens como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e nos anos posteriores, atender a demanda dos gestores municipais para expandir as equipes da Saúde da Família e completar as existentes;

- Também alocou médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição;
- Ampliou a cobertura da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores;
- Ampliou o acesso da população às ações de Atenção Básica;
- Elevou o número de consultas e diversificou o escopo de procedimentos de Atenção Básica;
- Aumentou o ritmo de redução das internações sensíveis à Atenção Básica;
- Foi muito bem avaliado por usuários, médicos e gestores;
- Constituiu-se como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros a provisão emergencial de médicos do programa.

A implementação do PMMB é recente e seus efeitos ou impactos somente poderão ser melhor avaliados em médio e longo prazos.

Não obstante isso e com base em dados de auditorias do TCU e de algumas pesquisas esparsas aqui apresentadas demonstra-se:

- Redução importante do número de municípios com escassez de médicos, principalmente no Norte e Nordeste;
- Implantação predominantemente nos municípios com maior vulnerabilidade social;
- Impactos positivos em indicadores de produção e indicadores de internações sensíveis à atenção primária.
- Mais de 75% dos médicos foram destinados a municípios com indicadores gerais de alta vulnerabilidade social, conforme os perfis prioritários definidos pelo Governo.
- Não houve troca de profissionais brasileiros pelos estrangeiros, tendo em vista que os brasileiros inscritos sempre tiveram prioridade na contratação sobre os que vinham de outros países.

Os seguintes retrocessos foram identificados no ano de 2017, durante a atual gestão do Deputado Jorge Solla (Secretário Municipal de Vitória da Conquista de 1999 a 2002, Secretário de Saúde do Estado da Bahia de 2007 a 2014, e Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde de 2003 a 2005), na audiência realizada pela CAS:

- Diminuição do número de médicos e de municípios participantes do PMMB, deixando quase oito milhões de brasileiros sem assistência na atenção básica:

Mais Médicos chegou a ter 18.240 médicos, agora tem menos de 16 mil. Antes estava em 4.058 municípios, hoje, aproximadamente 200 desses municípios ficaram sem nenhum médico do Programa. Estima-se que 7,7 milhões de brasileiros que tinham um médico atendendo num posto de saúde perto de suas casas não podem mais contar com ele.

- O Cadastro Nacional de Especialistas encontra-se atualmente fora do ar, dificultando, assim, o acesso às informações.
- Em 2017, Portaria da Secretaria de Orçamento Federal transformou a despesa do Mais Médicos, alocada no Ministério da Saúde, de obrigatória para discricionária. Com isso, o Programa passou a sofrer risco de contingenciamento. Em 2018, foi elaborada emenda à LDO para que a referida despesa voltasse a ser não contingenciável.

Contudo, a emenda foi vetada pelo Poder Executivo, tendo sido o veto mantido pelo Congresso Nacional. Portanto, para 2018, a despesa associada ao Mais Médicos corre grave risco de ser contingenciada, com impactos sobre o acesso à saúde da população e para os municípios.

- A falta de sustentabilidade do PMMB, tendo em vista o contexto de subfinanciamento crônico do SUS agravado após a aprovação da PEC 95, que tornou instável o acréscimo de recursos da Saúde para os próximos 20 anos.

Conclusão.

Com base na decisão do STF, em novembro passado, podemos concluir que o PMMB é constitucional, portanto sem risco de ser extinto por decisão judicial. Transcrevo parte do voto do Ministro Alexandre de Moraes: "Pode não ter sido o melhor modelo, mas foi uma opção legítima da Presidência da República para a maior preocupação da sociedade, do povo brasileiro, que é a saúde".

Apesar do pouco tempo de implantação já é possível observar resultados positivos e alvissareiros oriundos da implantação do PMM conforme diagnosticados no corpo dessa avaliação.

Pesquisas de satisfação mostram como o programa tem sido seguidamente bem avaliado por aqueles que estão intimamente ligados ao mesmo, sejam usuários, sejam os profissionais. Uma das pesquisas feitas pela UFMG e relatadas em Audiência nessa Comissão, apontou que:

- 85% avaliou que houve melhora na qualidade do atendimento;

- 87% dos entrevistados avaliaram os médicos do programa como mais atenciosos;
- 82% avalia que melhorou a resolução de seus problemas na consulta;
- 55% deram nota máxima ao programa (10). E a média da nota conferida ao programa foi 9, numa escala de 0 a 10.

Segundo relato dos gestores municipais de saúde, o PMM solucionou uma questão emergencial acerca do provimento emergencial, inclusive com a União financiando esses profissionais.

Recomendamos ao Governo Federal que dê continuidade ao eixo de formação. Não promova a chamada “moratória” anunciada recentemente e que prejudicaria a criação de novos cursos e por consequência o aumento do número futuro de profissionais da área médica.

A despeito das críticas apontadas, considerando os resultados positivos observados, principalmente no tocante à redução das desigualdades entre os municípios, há que buscar superar os problemas identificados, especialmente os relacionados à sustentabilidade financeira e técnica do Programa, de forma a que se consiga uma reposta efetiva e duradoura para o problema da escassez e da má distribuição de médicos.

É preciso mudar a visão de boa parte dos médicos brasileiros que ainda escolhem e atuam num número de municípios bem menor em relação aos locais onde os brasileiros formados no exterior e, em especial, os estrangeiros se propõem a atuar. Tal postura prejudica essencialmente os distritos sanitários indígenas, quilombolas ou regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos. Como vimos, a maioria dos DSEI é composta basicamente por médicos intercambistas. Tal situação exige que o Governo brasileiro mantenha convênio com organismos internacionais por mais tempo para garantir o princípio de universalização da AB.

Por outro lado, precisamos envidar...

Eu estou aqui, Presidente, tentando impedir que o Senador puxe a última página! Já estou terminando, é só a última!

Precisamos envidar esforços para garantir que não haja diminuição em número de oferta de vagas aos alunos do curso de Medicina, conforme anunciado em 17 de novembro do ano passado. Precisamos ampliar a quantidade de médicos no Brasil e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade e a formação dos mesmos, com vistas a oferecer a universalização do atendimento.

Além de agregar medidas emergenciais de provisão de médicos para possibilitar o acesso à população até então desassistida, o programa busca modificar, em médio e longo prazos, a estrutura de formação desses profissionais no Brasil, de maneira a reforçar e estimular a atuação desses profissionais para a atenção básica, tornando-a o mais resolutiva possível.

O programa de saúde está orientado à universalização da residência médica, com ênfase na formação generalista em medicina da família e comunidade, na ampliação de vagas e mudança nas diretrizes curriculares nos cursos de Medicina.

Segundo a orientação da nossa Presidente Marta Suplicy em nossa primeira audiência pública, faz-se necessária a criação de uma comissão de Senadores e Senadoras para atuar junto ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde com vistas à garantia da continuidade do programa, bem como ao seu aprimoramento naquilo que se fizer necessário.

É importante também ressaltar a discussão, pelos diversos atores e gestores envolvidos na contratação de médicos, sobre uma carreira para esses profissionais. Essa discussão permitirá avançar em alguns pleitos oriundos das categorias, como a carreira única.

Para aprofundar esse debate, é interessante buscar experiências exitosas sobre o tema nos estados e municípios que já adotaram uma carreira de Estado para os profissionais médicos, como é o caso da Fundação Estatal da Bahia - e me perdoem puxar a brasa para a nossa sardinha.

Por fim, sugere-se que as atividades de avaliação de políticas públicas conduzidas pelo Senado Federal sejam realizadas de forma mais integrada, com um trabalho de fiscalização do Tribunal de Contas da União.

Foi esse o esforço de fazer um resumo. Como V. Ex^{as} sabem, o relatório é muito maior. É um relatório de 148 páginas, porque nós incorporamos detalhadamente o relatório do Tribunal de Contas da União.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Brilhante relatório!

A SR^a LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Queremos...

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Resumido, foram duas horas, Senadora. Olha que coisa!

A SR^a LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Queremos agradecer.

Eu iria fazer uma terceira síntese, mas acabou o ano, foi difícil. A nossa atividade de final de ano e de recesso é sempre muito vinculada à base, e não pude corrigir alguns dados do orçamento, o que, se for necessário, pode ser feito sem leitura.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Senadora, não se preocupe, porque foi tão importante a leitura do seu relatório, que vai ficar na pauta aqui um bom tempo. Nós vamos voltar.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Eu quero agradecer aos participantes das audiências públicas, que contribuíram muito com o relatório, agradecer a colaboração dos gabinetes dos Senadores Humberto Costa, Ronaldo Caiado e Moka. E insistentemente aqui o Senador Otto quer que eu agradeça a ele também, então eu quero agradecer também ao Senador Otto Alencar. O fato de ele ser baiano já me obriga a fazê-lo.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - A matéria foi lida, o relatório foi lido. Está em discussão.

Eu vou olhar a lista de inscritos. Primeiro, está o Senador Humberto Costa; depois, Senador Moka; depois, Senadora Regina, que se retirou, talvez volte; e o Senador Otto Alencar.

Eu gostaria de dizer algumas palavras.

Primeiro, Senadora, parabéns pelo trabalho hercúleo de V. Exª e sua equipe, com ajuda de todo mundo que participou. Fez um trabalho, eu diria, de muita cuidadosa pesquisa, e nós que não acompanhamos esse dia a dia ficamos até muito sensibilizados com como tem sido pesquisado, acompanhado por diferentes academias, por diferentes setores esse projeto.

Realmente é um projeto revolucionário; foi bastante ousado quando foi feito, extremamente criticado - aqui nós acompanhamos como foi -; e deu certo! Isto é das poucas coisas que a gente pode dizer: foi um projeto que deu certo. E foi um projeto bem estruturado, bem planejado, bem acompanhado pelo TCU, com críticas bastante pertinentes também feitas - que nós vamos ter que ver como ajudar a solucionar, acompanhar -, e eu não diria agora ameaçado, mas limitado, por alguns dos questionamentos que V. Exª colocou, no seu avanço. Isso realmente é muito preocupante, principalmente para uma Comissão como esta, que lida com as questões de saúde.

Então, a importância dos dados que V. Exª traz, com o cuidado com que foram feitas essas pesquisas apresentadas, e a seriedade do trabalho mostram, como eu dizia brincando, que essa é uma pauta de que nós vamos ter que correr atrás e ver como fazer para que consigamos não perder o êxito do que já foi feito.

O que me impressionou muito: é muito difícil haver um programa, qualquer programa que qualquer um de nós já tenha feito, seja onde for, que tenha uma avaliação desse porte, Senador Otto Alencar. Ora, 55% deram nota máxima ao programa, e a média foi 9! Que programa nós temos? Porque eu não conheço nenhum que tenha uma coisa desse tipo, da dimensão que é o Programa Mais Médicos. Quer dizer, só essa nota e - o que me impressionou - não só os pacientes extremamente satisfeitos, mas os participantes brasileiros, estrangeiros, os médicos avaliaram de forma extremamente boa o projeto. Inclusive, uma das preocupações que eu tinha era como eles iriam trabalhar a infraestrutura, e foi... Está na média entre bom e... Não teve nenhuma reclamação e não teve nota muito baixa; não teve êxito também de 10, mas teve uma avaliação boa, o que mostra que o programa foi levado muito a sério.

O que fica agora, e que nós vamos ter que... Senão nós vamos ficar numa coisa que não vai ter impacto para ajudar esse programa a continuar e a aumentar. Então, vamos ouvir agora todos os Senadores e, depois, no final, vamos ter que tomar uma atitude, definir o que nós vamos fazer com isso.

E é um momento bom, porque o Ministro da Saúde colocou que gostaria de vir aqui apresentar o que foi feito na gestão dele - ele vai ter que se retirar para se candidatar -, e essa é uma das questões que ele vai apresentar. Depois, vai ser aberto para debates, e nós podemos aproveitar e colocar a nossa posição como Comissão em relação ao Programa Mais Médicos, depois desse brilhante relatório da Senadora.

Com a palavra o Senador Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE. Para discutir.) - Srª Presidente, Srs. Senadores e Srªs Senadoras, eu queria, inicialmente, parabenizar a Presidente da Comissão, a Senadora Marta Suplicy, pela escolha da Relatora e pela prioridade que deu a esse tema, e, naturalmente, ressaltar aqui o trabalho bastante bem feito pela Senadora Lídice da Mata, um trabalho muito completo, que ela fez com todo o rigor necessário para o objetivo que nós tínhamos em fazer essa avaliação, que era, exatamente, de forma desapaixonada e sem qualquer tipo de interferência política, tratar desse tema.

E eu, pensando aqui, acho que a gente podia tentar fazer disso uma regra desta Comissão. E sabe por que eu digo isso? É lógico que hoje nós estamos vivendo um momento muito difícil. Há, hoje, quem queira limitar o SUS a ser uma coisa dirigida aos mais pobres, que é o desejo de quebrar a universalidade, enfim, etc, etc, etc. Mas, ainda que isso em algum

momento venha a ser colocado, dos grandes problemas que nós temos na saúde, hoje, o principal deles é a falta de legitimidade do SUS.

Eu ouvi a Senadora Marta Suplicy falar que esse talvez seja um dos poucos programas que tem uma avaliação assim. A coisa não é bem assim; pelo contrário. No SUS, nós temos programas que são considerados programas de excelência por várias instituições internacionais. Toda política de alta complexidade no Brasil é considerada exemplar, desde o acesso a medicamentos de alto custo, passando por programas que já têm décadas, como é o programa de enfrentamento à aids, toda a área de vigilância em saúde, toda a área...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É verdade, Senador; o de aids... Muita coisa! O genérico também, que foi bem aqui.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - ... toda a área da vigilância sanitária, de transplantes - o Brasil é o maior transplantador de órgãos em sistema público no mundo. No entanto, quando há cobertura da mídia, só se mostra o corredor da emergência, aquela coisa toda, e, aí, a ideia que se tem é que isso não presta. E quem acha que o sistema não presta não vai lutar para que ele possa melhorar e ter mais recursos. Então, eu acho que isso é uma coisa muito boa.

Mas, sem dúvida, esse programa tem, e outros mais... Acho que uma coisa que precisava ser avaliada, hoje, porque a gente sente uma queda da qualidade, é o Samu - o Samu é um dos programas mais bem avaliados. O Farmácia Popular... E há um programa que valeria a pena.

Eu queria até fazer a sugestão para que ele seja objeto de um trabalho como esse, que é o programa chamado Brasil Sorridente, que, num espaço de tempo curto, mudou a realidade epidemiológica da saúde bucal no Brasil. E valeria a pena a gente discutir isso aqui para que essas coisas se tornem políticas de Estado, e não políticas do governo A, B ou C, porque elas têm resultados importantes.

Mas eu queria comentar especificamente esse programa. Primeiro, felizmente o fantasma da inconstitucionalidade foi eliminado pelo Supremo Tribunal Federal. Segundo, todas essas informações, pesquisas, avaliações que foram feitas... Esse é um dos programas que mais bem avaliado foi até porque avaliar faz parte do espírito que esse programa tem. E a constatação de que é algo de excelência: é avaliação do gestor, é avaliação do usuário e é avaliação do profissional. Esse programa não é apenas de colocar mais médicos. Por exemplo, V. Exª falou de infraestrutura. No programa existe toda uma política em relação à infraestrutura das unidades básicas de saúde. Então, não é somente colocar o médico, mas é colocá-lo numa condição adequada para que o trabalho seja desenvolvido.

A avaliação dos gestores acabou em parte - ainda não acabou definitivamente - com o terror dos prefeitos no Brasil, principalmente das cidades pequenas, que era o seguinte: contratar um médico de saúde da família, recebendo uma fortuna, sem cumprir a carga horária e participando de um verdadeiro leilão. Uma prefeitura oferecia R\$200 a mais, a outra mais R\$1 mil, e não sei o quê. E esse quadro mudou também. Então, pergunte-se a um prefeito hoje se ele quer que acabe o Mais Médicos. A não ser que algum esteja desenvolvendo um surto psicótico, todos vão dizer que querem que o programa continue.

Os usuários também. Agora vocês vejam como é o problema do usuário de serviço público no Brasil. Foi dito aqui pela Senadora que aproximadamente sete milhões de usuários deixaram de ter acesso ao Mais Médicos por... A gente não vai entrar na avaliação, não sei se V. Exª chegou a destrinchar, mas a gente não ouviu a vocalização disso. Isso é uma coisa triste de a gente ver. Quer dizer, quem nunca teve um profissional recebeu um na sua comunidade, e o profissional vai embora, e parece que não aconteceu nada também. As pessoas não se sentem, no Brasil, donas do que é a prestação do serviço público, organizadas para reclamar, para reivindicar, para denunciar, principalmente as pessoas que são mais pobres.

O que realmente me surpreendeu, desde a primeira avaliação que foi feita, é o grau de satisfação do profissional e a efetividade também. Quando esse programa começou a ser discutido, uma das coisas que tínhamos era o quê? Nós ampliarmos a Atenção Básica nessa amplitude sem ter mexido no atendimento especializado, na estrutura hospitalar de baixa complexidade. Nós vamos transferir o problema de quem não vai para a Atenção Básica e que agora vai descobrir muita doença; ele vai ter que ir... Mas o programa tem resolutividade. O número de internações não aumentou; diminuiu. Quer dizer, é verdadeira aquela informação estatística de que na Atenção Básica você resolve uma quantidade enorme de problemas que...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Desculpe-me...

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Pois não.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - ... interromper, mas eu acho essa informação, essa percepção muito importante, Senador Humberto, porque todo mundo tinha essa ideia.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Sim.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Vai haver um médico de família - começou essa preocupação com o médico de família, lembra? -, vão descobrir todos os problemas, e o pessoal, agora, vai entupir os hospitais, vai ficar um desespero. E é o contrário: investe-se em saúde básica, e nós temos um resultado muito melhor.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Com certeza.

Então, esses tabus, essas opiniões, vamos dizer, precipitadas que todos nós da área de saúde tínhamos terminaram não acontecendo. Imagine se nós melhorarmos a capacidade de resolução dessas unidades de saúde, se esse médico tiver uma formação de uma complexidade maior, se você tiver mais acesso a exames, a equipamentos, etc. Isso pode ser um fator de resolução de muitos problemas.

Outra coisa importante é que eu participei da comissão que discutiu a medida provisória do Mais Médicos, e foram disputas pesadíssimas com as entidades da área da saúde. O tempo inteiro estava implícita, quando não explícita, a preocupação com a perspectiva de aviltamento salarial, de que haveria um excesso de profissionais no mercado de trabalho, profissionais incompetentes, enfim. E uma coisa fundamental, que mostra, inclusive, o quanto a população brasileira estava desatendida, desassistida na área da saúde: apesar de terem entrado 18 mil profissionais no Brasil inteiro, não houve qualquer interferência direta no mercado de trabalho profissional médico que já existia anteriormente. Ninguém pode dizer "eu perdi meu emprego porque chegou um cubano aí". Pelo contrário. E a lógica do programa sempre foi muito positiva nisso. O que está acontecendo é o contrário: são os brasileiros querendo ir para o programa. E, aí, você vai tirando os cubanos. E é essa a lógica que deve ser constituída, não é?

A outra coisa é que a qualidade do atendimento é influenciada por uma cultura diferente de atenção. A pessoa que vai para o médico que teve uma formação como é a formação dos cubanos e tal, em que ele examina tudo, ele ouve a história, ele conversa, blá-blá-blá; quando essa pessoa vai ao brasileiro, que não tem essa cultura, ela passa a cobrar. E o próprio profissional passa também a querer ter essa formação. Isso reforça a necessidade de uma formação dentro de uma outra lógica ideológica, cultural, dentro da faculdade, dentro da universidade.

Outra coisa: o fantasma dos riscos, não é? Quantas vezes diziam lá na Comissão: "Vai morrer muita gente!" "Vai haver muita gente em que o erro médico vai predominar." Sinceramente, eu conto nos dedos as situações em que eu ouvi alguém falar de possibilidade de erro médico e tal, o que não aconteceu. Assim como a comunicação, não é?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Havia até... Algumas entidades médicas botaram até umas propagandas nos jornais do Brasil inteiro: "*La garantía soy yo*", coisas assim, como dizendo que esses profissionais não iriam conseguir. Mas não sabiam que boa parte deles já trabalhou em países de língua portuguesa; não sabiam que boa parte desses profissionais tem acesso a uma formação em vários idiomas, que extrapola, inclusive, o próprio português e por aí vai.

A outra coisa - aqui me falou o Senador Moka - é que uma característica importante, que precisa ser objeto de uma avaliação, é que - eu tenho impressão disto - essa questão da Atenção Primária, da Atenção Básica precisa ter um grau de mobilidade do profissional; ou por essa ideia da carreira única, que eu não acredito que vá vingar por vários problemas que a gente tem, por razões constitucionais, por razões econômico-financeiras, por ser uma inversão da lógica do que é o SUS você ter médicos contratados pelo Governo Federal; mas é possível constituir carreira sem que seja nesse modelo do regime jurídico único. O caso da Bahia é um exemplo. E mais: imagine um Governo como este, em que a terceirização foi ampliada, você falar em ter uma carreira única, de regime jurídico único, para médico... Termina se tornando uma ilusão. Então, eu acho que essa mobilidade é necessária. Se for por uma carreira única, melhor; mas, se não for, existem vários mecanismos.

Por exemplo, o que é o Provac? Eu acho que este é um dos problemas que nós precisamos discutir com o Governo, e os Senadores do Governo aqui têm que ter um papel nisto aí. O Provac é um programa que estimula os jovens saídos da universidade como médicos a trabalharem nessas áreas, na área da Atenção Básica, da medicina geral...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Antes de fazer a residência ou depois?

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Antes de fazer a residência, trabalham nessa área da atividade de Atenção Básica. Para eles, isso é uma formação fundamental. O médico que sai de

uma faculdade direto para fazer uma residência muitas vezes está com o foco no grande problema. E, se ele tem uma formação também na clínica geral, ele vai ver o grande problema, mas ele vai ver o pequeno problema também. E isso promove essa visão integral que a gente deve ter do paciente, do usuário desse sistema.

Então, no Provac, a pessoa vai ali, tem um nível de acompanhamento, de formação e, depois, se ela quiser fazer uma especialização, ela tem um diferencial. O diferencial que havia era o quê? Eu fiz o Provac e vou disputar com o Moka - que não o fez - a residência médica de oftalmologia; pelo fato de eu ter feito o Provac, eu tenho um percentual na minha classificação melhor que o dele. Isso é uma coisa simples, elementar...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - V. Exª tem alguma observação, Senador?

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Eu vou esperar...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Está bem.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Eu acho que isso é uma coisa importante. E, lamentavelmente, o Governo atual retirou isso.

Quer dizer, o que era um estímulo para se fazer o Provac e botar o médico lá na comunidade e tal, de certa forma deixou de existir. E eu acho que é justo que se faça isso. É como se você tivesse feito uma espécie de trabalho comunitário; você fez uma prestação de serviço ao País, ao povo do seu País.

Há outras coisas que precisam ser discutidas. Esses resultados têm a ver com o rigor na questão das condições para se trabalhar. Eu vejo com preocupação, embora saiba que nós temos dificuldade no programa da família, algumas ideias, como a de flexibilizar a jornada de trabalho, a de permitir que a pessoa faça a, b, c ou d, outras ocupações, e não se cumpra a carga horária de maneira integral, a de que o profissional não seja alguém da comunidade. Ainda que ele esteja lá temporariamente, por um ano ou dois, é preciso que a coisa funcione dessa maneira. Eu acho que esse programa permite que isso aconteça.

Eu vou só terminar aqui. E queria, nesse fim, tratar de três assuntos. Esse programa não foi feito, como alguns diziam, para repassar dinheiro para Cuba, para a ditadura de Fidel Castro, etc. Ao contrário, isso foi para garantir um atendimento de imediato para uma população gigantesca desassistida. Mas o programa tinha uma preocupação estrutural que era criar a infraestrutura para o atendimento - unidades básicas de saúde -; melhorar os hospitais de referência; criar mais vagas para profissionais na área médica; tornar a especialização um direito universal do profissional médico. E isso é chave para dar certo o programa.

Não dá para fazer como o atual Ministro da Educação, que, cedendo aos interesses corporativos das entidades médicas, tomou a decisão de congelar a abertura de novas faculdades de Medicina - mas toda vez que inaugura uma, ele é o primeiro que está lá! Ontem, estava lá em Pernambuco inaugurando uma faculdade privada de Medicina na cidade de Jaboatão. Mas, sofrendo uma pressão daqueles que já são donos de faculdade e da categoria médica, resolveu congelar. Só que os critérios criados para a formação dessas novas faculdades - não sei se estão sendo aplicados - levam em consideração população, descentralização; levam em consideração a situação epidemiológica daquele Município, quais são as doenças mais frequentes, etc.; levam em consideração, inclusive, a possibilidade de que a maior parte das pessoas que estudarem naquela faculdade seja da própria região, para a pessoa ficar ali.

Então, está errada essa condução de congelar o número de vagas sob alegação de que se está formando gente incompetente. Ao contrário; a tarefa do MEC, no momento em que credencia um serviço como esse, é que ele atenda todos os pré-requisitos que estão colocados na legislação. Deve ter hospital para treinamento, equipamento, professor qualificado com Mestrado, com Doutorado. É isso. Não estão abrindo, no Brasil, faculdades para formar pessoas desqualificadas. Esse é um ponto que precisa ser discutido com o Governo. Não está correto fazer isso.

Outro ponto é a universalização no acesso à residência médica, à especialização. Deve crescer o número de vagas na residência médica para que todos os médicos que saiam da universidade possam fazer a especialização, a residência médica. Claro, nós defendemos que, antes disso ou como parte da residência, ele tenha uma parte inicial de medicina geral. É isso.

E por último - para acabar mesmo, porque eu acho que falei demais - cito o problema da discricionariedade do programa Mais Médicos. Se a gente quer um programa que realmente dê resultados, que atenda o interesse da população, a gente não pode entregar na mão de gestor a possibilidade de ele gastar aquele recurso em outra área, por mais importante que essa outra área seja. Então, nós temos que continuar brigando para que no Orçamento esses recursos sejam recursos não discricionários, que eles sejam de aplicação obrigatória.

Então, mais uma vez, parabéns à Senadora Lídice da Mata. Eu, pessoalmente, fico muito feliz com esse resultado, porque desde o primeiro dia, quando eu entrei no Ministério da Saúde, nós brigamos para tentar implantar esse programa. Infelizmente, o Ministro que teve apoio para enfrentar as pressões corporativas, que teve o apoio e a coragem para enfrentar as pressões corporativas foi o Ministro Alexandre Padilha, a quem eu quero também parabenizar, porque foi na sua gestão que esse programa foi lançado.

Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Já vieram me alertar de que era quase um relatório novo, mais de 20 minutos...

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Não, não. Eu achei que V. Exª, como ex-Ministro, tem uma competência de informações, de modo que foi muito boa a reflexão.

Agora, vamos ao Senador Moka.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS. Para discutir.) - Senadora Presidente, primeiro, quero dizer que o relatório da Senadora Lídice, do que eu pude acompanhar depois que foi colocado aqui, me pareceu um relatório imparcial.

Ela fez tantos elogios, mas também fez questão de colocar aquelas coisas que o próprio Tribunal de Contas critica. Então, eu acho que isso é fundamental em um relatório. É claro que esse relatório será acompanhado pelo próprio Tribunal de Contas da União, o que é o caminho natural.

Humberto sabe disto: eu era o Presidente da Comissão quando se discutiu aqui a implantação do Mais Médicos, e eu fiz questão de reunir no meu apartamento entidades médicas e os membros da comissão. Por quê? Porque aquilo era tão radicalizado que, eu me lembro até que, em determinado momento, tive que conter na época um presidente de uma associação médica, porque estava sendo deselegante com o Ministro Padilha, e não era essa a função. Quando você convida alguém para sua casa é para que... Mas o pessoal entendeu, e houve uma discussão que permitiu que o projeto fosse votado. Houve dos dois lados... Não é isso, Humberto? Um cedeu de um lado, outro cedeu de outro, e acabamos votando o projeto.

Eu sou médico e sou muito cobrado por isso. "O pessoal não atende bem." "O pessoal não tem formação." Mas aonde eu vou e onde há uma prefeitura que tem os médicos, a avaliação é boa. O pessoal fala: "Não; eu não tive problema nenhum com esses médicos." É claro que esse pessoal atua no que se chama de Atenção Básica, que é 80%. É a gastroenterite que diminuiu, porque um profissional foi lá e falou: "Olha, vocês têm que fazer isso. A criança não pode tomar essa água. Isso aqui está errado. Tem que vacinar." Quer dizer, você diminui isso. Isso é uma realidade. Agora, em se tratando de doenças mais complexas, eu tenho dúvidas sobre se conseguem estabelecer um diagnóstico mais complexo. De qualquer forma, isso acontece em qualquer centro de saúde, porque o paciente normalmente é encaminhado para um hospital ou alguma coisa com referência que possa estabelecer um diagnóstico, quando se encontra algo. Mas em 80% dos casos é esta a doença - eu sou médico, o Otto já saiu -, em 80% dos casos, como falamos, é o arroz com feijão; você trata ali e resolve ali.

Então, particularmente, eu acho que só há uma coisa em que a gente diverge aqui. Essa questão da residência, Presidente, é onde eu encontro a maior resistência. Porque os alunos saem da faculdade, e há alunos que ficam um ano atendendo no Provb. E esse aluno, quando disputa residência - vamos dizer que eu tirei 8 na prova, e o cara tirou 7 -, entra na frente do aluno que teve uma nota maior. Não sei se é porque eu dei aula muito tempo, mas eu acho que a disputa aí fica injusta, porque nem todo mundo tem vocação para fazer essa saúde básica.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Vamos conversar, então, porque acho que fica interessante. Só 10% vão para o Provb. É pequeno. Mas, fora isso - é uma reflexão que eu gostaria de fazer -, é muito além do que eu ter um, dois ou quatro pontos a mais; eles estão prestando um serviço em que nós não temos condição de ter médicos suficientes. Eles estão prestando um serviço que o outro, como V. Exª disse, por não ter vocação ou não gostar de ir para o fim do mundo ou para onde for com dificuldade ou porque não quer - todo mundo tem o direito de escolher... Então, ele faz um serviço. Não é fácil você ir trabalhar em uma comunidade indígena ou em um lugar muito difícil. É natural que ele tenha... Sabe o que me ocorreu quando V. Exª falava? Que é uma cota. É quase uma coisa de cota.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Senadora, desculpe, mas... Por exemplo, eu me formei. Depois de formado, você pode prestar, por exemplo, desde serviço médico militar, que na minha época era obrigatório... Você adia e, depois, servia como médico militar. E depois de ter, por exemplo, uma residência em clínica médica, se for em uma universidade pública, você poderia obrigar aquele médico que já fez a residência em clínica médica a ficar um ano. Eu acho que isso seria, na minha opinião, mais correto, e não você fazer com que a entrada na residência seja de forma desigual. Eu estou falando que você pode corrigir isso. Eu entendo, acho necessário. Acho até que quem se forma em uma universidade

pública, que é paga pelo contribuinte, deveria prestar algum tipo de serviço, porque, afinal de contas, ele estudou em uma universidade pública. Quem estuda hoje nas grandes universidades públicas é o aluno que pode pagar um cursinho caro de um a dois anos para entrar. Todos nós sabemos disso, e eu principalmente porque dei aula 15 anos nesse sistema.

Então, é a única questão. Mas eu acho que essa questão não vai modificar. Eu acho que é uma questão para deixar claro isso aqui, mas, de qualquer forma, eu aceito essa discussão com o Humberto, para discutirmos isso junto ao Governo - se isso é válido, se isso não é, se deve continuar, se não deve continuar -, porque acho que isso é democrático. Se é melhor fazer de um jeito...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - O sentido, Senador, é mais democrático, porque pegaria o contingente de uns que já estão fazendo residência, que estão sendo beneficiados pela residência e tal, mas...

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Não; eu estou falando com o Ministério da Saúde, o MEC. Eu estou falando disso.

A SRª MARTA SUPLICY (PMDB - SP) - Não; eu estou falando do Provab.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Eu estou falando do Provab, mas discutir o Provab nesse nível, não consultando... Os acadêmicos vão ser contrários. Eu sei disso. Eu quero saber se isso seria melhor do jeito que eu estou propondo ou do outro jeito.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É uma questão.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - É por isso que eu estou dizendo.

Agora, em relação ao relatório da Senadora Lídice, ela o leu e ele foi extenso, mas provou que ela... Lembro-me de audiência pública aqui em que eu sugeri presença das entidades médicas, e a Senadora concordou. Quer dizer, não foi uma audiência pública para discutir o Mais Médicos sem a presença das entidades médicas aqui. Acho que isso tudo dá ao relatório uma credibilidade muito grande.

E eu queria, ao finalizar, elogiar o trabalho do Senadora Lídice, que é uma Senadora correta, direita, uma pessoa que fala com convicção daquilo em que acredita. Às vezes a gente diverge porque temos pontos de vista diferente, mas, sem dúvida nenhuma, tenho de reconhecer que, sobretudo no interior, nas cidades pequenas houve um avanço, e a população se diz satisfeita com o atendimento desses médicos que foram contratados no Programa Mais Médicos.

Dessa forma, eu voto favoravelmente ao relatório, aliás um relatório com muitos detalhes e perfeito pela imparcialidade da Relatora.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Obrigada, Senador Moka.

Senador Otto Alencar com a palavra.

O SR. OTTO ALENCAR (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - BA. Para discutir.) - Obrigado, Senadora Marta Suplicy.

Quero agradecer e quero iniciar parabenizando a Senadora Lídice da Mata pelo trabalho que ela fez. Foi um trabalho muito bom, com um resumo espetacular a respeito do Programa Mais Médicos. Por duas horas ela leu o resumo aqui, e por uma hora falou o Senador Humberto Costa. Então, tivemos aqui quase que uma aula sobre o que aconteceu no Programa Mais Médicos, que é um programa exitoso.

Eu gostaria de destacar que faz um programa desses só alguém que, tendo o poder na mão, tem a sensibilidade de entender o que é o Brasil e o povo brasileiro. E o povo brasileiro precisa de assistência médica no fundão do Brasil, nos sertões, nas caatingas, no interior deste País enorme que nós temos.

Eu tive um professor que dizia o seguinte: em Medicina 90% se resolve com Aspirina e boa vontade. A boa vontade do médico é fundamental para o exercício da profissão. E esse grupo de médicos que se dispuseram a trabalhar nesse programa, tantos os cubanos como os brasileiros, teve um desempenho espetacular. Vejam aqui que o índice de insatisfação é muito pequeno.

Eu volto lá para 1973. Formei-me em 1972 e fui daqueles que resolveram ser especialistas precocemente. Eu estudava muito, na Universidade Federal da Bahia, mas, no quinto ano de Medicina, eu disse: quero ser ortopedista. E comecei a estudar mais anatomia e ortopedia. Quando me formei, fui convocado pelo Exército Brasileiro. Mas convocado mesmo! Não havia saída para mim, eu tive de ir. E para onde foi que me designaram? Para o oeste da Bahia, para o Município de Barreiras. Mas para fazer o quê no Município de Barreiras? Estudar o cinturão de doença de Chagas no oeste da Bahia.

Eu já operava, no sexto ano de Medicina, na Bahia, com os professores; eu fazia uma fratura de fêmur em uma hora e meia. Eu operava uma... Não, não era residência, mas já tinha uma prática muito grande...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. OTTO ALENCAR (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - BA) - Nem residência! Mas eu tinha uma prática muito grande lá no pronto-socorro. Eu trabalhava em quase todos os prontos-socorros. Eu gostava mesmo de fazer aquilo. Então, eu fazia uma fratura do fêmur em uma hora e meia. Mas fui para lá para fazer clínica médica, para controlar doenças infectocontagiosas. Eu disse que não tinha muita experiência nisso. O primeiro ato que eu fiz: comprar o livro de Veronesi, que o Humberto conhece, de doenças infectocontagiosas. E fui ler o livro de Veronesi. Coloquei debaixo do braço, peguei ônibus, passei quase dois dias para chegar lá em Barreiras. E passei um ano em Barreiras, no Hospital Eurico Dutra, em clínica médica e trabalhando para identificar o cinturão de Chagas no oeste. A minha função, fardado de aspirante do Exército... Eu tinha do meu lado aqui do peito: "Asp. Of." Aspirante Otto Alencar. Então, colocaram aqui "Asp. Of.", que é o aspirante a oficial.

Aí eu pegava, de manhã, um jipão, aquele quatro por quatro, e saía nos Municípios - Santa Rita de Cássia, Riachão das Neves, Mansidão -, atolando o carro, de dia, para identificar as casas de taipa que havia na região, aquelas casinhas de taipa onde ficava o barbeiro. Quando começava o dia, eu pegava, com uma pilha, naquelas gretas, e capturava o barbeiro com uma luva, colocava num frasco, no vidro, e levava para o hospital, tirava as fezes, colocava no microscópio, para identificar onde havia aquele barbeiro que era portador do trypanosoma cruzi e que dava doença de Chagas ou leishmaniose.

Fizemos esse trabalho por um ano, remetemos para o Ministério da Saúde, e esse trabalho foi o que resultou praticamente no silêncio epidemiológico todo da doença de Chagas no oeste. Você não encontra mais um jovem que seja portador de doença de Chagas.

Então, esse é um trabalho cujo valor só quem passou por isso pode entender. E, quando começou o Mais Médicos... Eu quero aqui aplaudir a iniciativa do governo da época - se não me engano, era o governo da Presidente Dilma Rousseff -, do Ministro da época também, o Ministro Humberto Costa, do Eliseu Padilha, todos que fizeram isso, porque só faz isso...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. OTTO ALENCAR (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PSD - BA) - Eliseu... É Alexandre Padilha. Porque só faz isso quem tem compromisso social para estabelecer, dentro da área de saúde, um regime altamente socialista, porque o povo brasileiro não pode pagar a saúde cara dos planos de saúde, que são exorbitantes nos dias de hoje.

Então, quando eu ouvi isso, e apoiei desde o início - mas houve alguma reação em setores da classe médica -, eu posso dizer que foi um programa essencial para a redução das doenças infectocontagiosas, a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna.

Senadora Marta, de 1980 até 2010, no Nordeste brasileiro, houve uma redução da mortalidade infantil de 75% em média - em média, no Nordeste brasileiro! De 1980 a 2010, em média, reduziu-se a mortalidade infantil em 75%.

Eu fui secretário de saúde da Bahia em 1991, e eram 98 por mil nascidos, de crianças. Quando saí, deixei lá, em 1995, em torno de 45. Já veio para 23 em 2010. E, depois do Mais Médicos, reduziu-se quase à metade a mortalidade infantil no Nordeste. Só para se ter uma ideia do que significa isso.

A mortalidade materna... A educação em saúde que esses médicos que foram para o interior do Brasil trouxeram para as pessoas, de hábitos que se adotam para evitar doenças veiculadas pela água, pela alimentação, foi uma coisa fundamental. E a Senadora Lídice da Mata relatou isso aqui muito bem.

Portanto, esse é um programa que se deve destacar como um programa vitorioso do governo da Presidente Dilma, e como começou, e de todos os seus ministros de saúde.

Então, eu acho que isso deve continuar. Esse relatório deve ser encaminhado para o Ministério da Saúde, para os organismos internacionais, para que se tenha a consciência de que, em um país da dimensão do nosso, com um povo tão humilde e com pouca capacidade de recursos para ter acesso ao médico e de comprar ainda a medicação para seu uso... Isso deve ser relatado.

O Senador Humberto Costa falou muito bem. Eu trabalhei muitos anos no SUS, conheço isso de perto e posso dizer que não é só esse programa, não. Os programas que ele relatou, do Sistema Único de Saúde, são programas superimportantes e, inclusive, de alta complexidade: em oncologia; em hemodiálise, que hoje se faz pelo Brasil inteiro - praticamente se evitou a morte precoce de muitos e tantos pacientes -; do programa também de transplantes, que, pelo SUS, é um programa muito exitoso. Enfim, são vários programas, e o Sistema Único de Saúde foi um grande avanço para o Brasil. E, se não houvesse o Sistema Único de Saúde hoje, estaríamos numa situação bem mais adversa do que estamos vivendo hoje.

Portanto, há que se investir na saúde e investir muito na saúde, porque, no meu Estado, por exemplo, em que há 15 milhões de habitantes, 82% dependem do Sistema Único de Saúde, do serviço público; 18% têm seguro de saúde, incluindo-se aí o seguro de saúde do Estado, que é chamado de Planserv e que se transformou, depois da gestão do Governador Jacques Wagner e, agora, do Governador Rui Costa, em um dos melhores programas de saúde pública de seguros do Brasil, o Planserv. Então, estão incluídos nesses 18% os segurados do Estado da Bahia. E 82% dependem do Sistema Único de Saúde. Portanto, temos que trabalhar nisso.

A PEC 55, de alguma forma, limitou a aplicação e a expansão desses recursos, e nós precisamos trabalhar e, na área de saúde, resolver essa questão, até porque educação é fundamental para o Brasil se desenvolver, mas as pessoas não morrem porque faltou professor; morrem porque falta o médico. Portanto, saúde na minha opinião é fundamental.

Portanto, parabéns aqui à minha querida Lídice da Mata, que eu chamo sempre de Santa Bárbara da Bahia. Ou então, se quiser chamar de orixá, é Iansã da Bahia, essa guerreira que eu conheço há muito tempo - e está hoje com a roupa vermelha, que é a cor de Iansã. Parabéns!

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Veio à luta! Obrigada, Senador, pela reflexão.

O SR. AIRTON SANDOVAL (PMDB - SP) - Senadora Marta...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Pois não.

O SR. AIRTON SANDOVAL (PMDB - SP) - Eu gostaria de ter a palavra.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Eu gostei muito da palavra que o Senador Otto usou: é um programa vitorioso. É isso mesmo.

Agora, Senadora Lídice, eu vou pedir, se possível, se V. Exª puder... Sei que o resumo já foi um resumo, mas nós vamos ter a presença do Ministro aqui. Se pudéssemos ter alguma indicação... Não é um resumo do que foi feito, porque já vou enviar hoje para ele, porque acho que ele não pode vir aqui sem saber do que foi falado sobre isso, que é de extrema importância, e do quanto nós estamos preocupados com a ampliação do programa, com a manutenção do programa. Mas talvez alguns pontos para que nós possamos colocar para ele, a partir deste trabalho, que nós achamos que deveriam ser encaminhados em ações no Ministério da Saúde, porque aí nós focamos no encaminhamento concreto do que hoje V. Exª tão brilhantemente colocou.

Obrigada.

Com a palavra o Senador Airton Sandoval.

O SR. AIRTON SANDOVAL (PMDB - SP) - Eu pedi a palavra, em primeiro lugar, para pedir que seja retirado de pauta o PLS 43, de 2017, por uma razão muito simples: eu já havia chegado aqui com a intenção de ler o relatório e preparado para isso, mas ontem foi apresentada uma emenda pela Senadora Vanessa Grazziotin que tem um fundamento interessante e que eu gostaria de analisar com um pouco mais de tempo. Por isso, eu gostaria, requeiro a V. Exª que retire de pauta...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Eu o retiro de pauta, Senador. Na hora que V. Exª acreditar que ele possa retornar à pauta, é só avisar, que ele retorna.

O SR. AIRTON SANDOVAL (PMDB - SP) - Seguramente, eu vou tentar fazê-lo para a próxima reunião, Senadora.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Ótimo, então não precisa avisar; a gente coloca.

O SR. AIRTON SANDOVAL (PMDB - SP) - Ao mesmo tempo, eu não poderia também deixar de cumprimentar a nossa Senadora. Eu acompanhei com muita atenção o relatório, porque saúde é uma questão das mais importantes para o nosso País, talvez até mais importante do que segurança, porque ela fere diretamente o cidadão naquilo que é mais importante na sua existência, que é a própria vida, é a segurança da sua vida. Então, eu acompanhei o relatório e cumprimento-a pela eficiência de tê-lo realizado da forma como o fez.

Também fiquei impressionado, Senadora, com os debates que ocorreram posteriormente entre os nossos médicos aqui presentes, que, além de grandes Senadores, eu tenho certeza de que também são excelentes médicos; daqueles médicos que olham no cliente e, com cinco minutos de conversa, já sabem qual é o diagnóstico, e o remédio já é em seguida apresentado. E com segurança o seu objetivo vai ser alcançado, e a doença vai ser curada.

Então, eu quero cumprimentá-la, Senadora, pelo seu relatório, e também fiquei muito admirado com a discussão que se procedeu com os nossos Senadores médicos e companheiros.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Eu concordo. Acho que esta Comissão tem médicos, e ter Senadores médicos nos ajuda muito a ampliar a discussão, porque já tiveram a mão na massa - acho que um ou outro às vezes opera ainda. Eles têm extrema sensibilidade e nos ajudam muito aqui com suas contribuições.

Também concordo que foi uma discussão muito interessante.

A Senadora Lídice gostaria de falar?

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Só para acrescentar, Senadora Marta - na hora me faltou, e peço desculpas -, que quero agradecer também à consultoria do Senado. Duas consultoras trabalharam nessa área de saúde e ajudaram muitíssimo na formatação do relatório, e há um consultor também da área de orçamento que nos ajudou na organização desse relatório.

E, também, nessa dimensão que V. Exª falou de encaminhar o relatório, eu sugiro que a gente possa encaminhá-lo também àqueles que participaram das audiências públicas...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Pois não.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - ... e ao próprio TCU e à Opas também, para que a gente pudesse...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Faremos isso.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - E, finalmente, quero agradecer a V. Exª, que buscou, numa área, num programa em que nós sabemos que sempre houve, desde o início, como foi relatado pelo Senador Moka, muita paixão envolvida, escolher uma pessoa que não é da área da saúde. Isso me deu muita responsabilidade e tensão, embora esse seja um debate tão apaixonado, que contamina certamente todas as famílias.

Na minha casa, ele foi também razão de muitas e calorosas e apaixonadas discussões, no horário da refeição, porque todo mundo tem profissional de saúde na família, e, quando há um médico e outro tipo de profissional de saúde, sempre há essa discussão acalorada.

V. Exª também é parte desse debate, como uma profissional da área de saúde, não médica, assim caracterizada.

Eu, como nem da área de saúde sou, pude ter um olhar mais distanciado e procurei apresentar isso no próprio relatório. Espero que possa ser atacada pelos dois lados e elogiada pelos dois lados, porque...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Não vai ser atacada.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Como algo que envolve paixão, sempre haverá discordâncias, mas tentamos fazer o mais detalhado possível.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Acho que do relatório não vai haver discordâncias, nem V. Exª vai ser atacada, porque é um relatório, realmente, extremamente imparcial e benfeito.

Então, a escolha foi correta neste sentido da personalidade de V. Exª e de V. Exª não ser médica também. Acho que foi um relatório que não poderia ter sido melhor. Eu, como torcia para que se saísse muito bem, porque fui sempre muito empolgada pelo Programa Mais Médicos, pelo qual torcia muito, fiquei muito satisfeita com o resultado.

Vamos agora encaminhar as necessidades que vamos ter para o programa não só ser preservado, mas ampliado, porque o caminho está muito claro.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Sem dúvida!

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - É a Atenção Básica. E aí é o Programa Saúde da Família é o Mais Médicos, enquanto não há médicos em todos os lugares. É isso.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Sem dúvida.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Bem, encerrada a discussão.

Em votação o relatório.

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

Aprovado o relatório de avaliação de política pública, que passa a constituir parecer da Comissão de Assuntos Sociais sobre o Programa Mais Médicos.

Será comunicada a decisão da Comissão ao Presidente do Senado Federal, para ciência do Plenário e publicação no *Diário do Senado Federal*.

A matéria vai ao Plenário do Senado Federal para prosseguimento da tramitação.

Nós vamos enviá-lo a todas as entidades e autoridades que V. Ex^a permitiu, e hoje já encaminho ao Ministro Ricardo Barros o resumo. Vou mandar o inteiro e o resumo do relatório de V. Ex^a.

Muito obrigada.

Está encerrada...

A SR^a LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Só peço que a gente possa...

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Desculpe.

A SR^a LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - ... ter uma revisão final de redação - até na digitação, há momentos em que está "da", em vez de "de a", coisas desse tipo.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Está ótimo. Está bem.

São as seguintes as matérias adiadas:

ITEM 1

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 34, de 2015

- Não terminativo -

Altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.

Autoria: Deputado Luis Carlos Heinze

Relatoria: Senadora Vanessa Grazziotin

Relatório: Pela rejeição do Projeto.

Observações:

- Em 13.10.2015, a Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática aprovou Parecer contrário ao Projeto.

- Em 19.09.2017, a Comissão de Agricultura e Reforma Agrária aprovou Parecer favorável ao Projeto com a Emenda nº 1-CRA.

- Em 12.12.2017, o Senador Cidinho Santos apresenta Voto em Separado pela aprovação do Projeto e da Emenda nº 1-CRA.

- A matéria vai à Comissão de Meio Ambiente para prosseguimento da tramitação.

- A votação será simbólica.

ITEM 3

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 360, de 2014

- Terminativo -

Altera a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersetorial de Bebidas e dá outras providências, para determinar que conste o valor energético no rótulo de bebida alcoólica.

Autoria: Senador Ruben Figueiró

Relatoria: Senadora Regina Sousa

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 07.06.2017, a Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor aprovou Parecer favorável ao Projeto.

- Votação nominal.

ITEM 4

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 393, de 2015

- Terminativo -

Dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

Autoria: Senador Reguffe

Relatoria: Senador Otto Alencar

Relatório: Pela aprovação do Projeto, das Emendas 1-CCJ, 4-CCJ, 5-CCJ e das 3 (três) Emendas que apresenta.

Observações:

- Em 03.08.2016, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1-CCJ a 5-CCJ.
- Em 09.10.2017, o Senador Eduardo Amorim apresentou 1 (uma) Emenda.
- Em 17.10.2017, o Senador Otto Alencar apresentou novo Relatório acolhendo o conteúdo da Emenda do Senador Eduardo Amorim.
- Em 29.11.2017, lido o Relatório, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Votação nominal.

ITEM 5**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 415, de 2015****- Terminativo -**

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para tornar obrigatória a definição em regulamento e a divulgação do indicador ou parâmetro de custo-efetividade utilizado na análise das solicitações de incorporação de tecnologia e tornar obrigatório o respeito aos requisitos de aleatoriedade e publicidade na distribuição dos processos às instâncias responsáveis por essa análise.

Autoria: Senador Cássio Cunha Lima

Relatoria: Senadora Ana Amélia

Relatório: Pela aprovação do Projeto e da Emenda que apresenta.

Observações:

- Em 1º.03.2016, a Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática aprovou Parecer favorável ao Projeto.
- Em 24.08.2017, a Comissão de Assuntos Sociais realizou Audiência Pública para instrução da matéria.
- Votação nominal.

ITEM 6**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 299, de 2016****- Terminativo -**

Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reproprocessamento.

Autoria: Senador Telmário Mota

Relatoria: Senadora Vanessa Grazziotin

Relatório: Pela aprovação do Projeto e pela rejeição da Emenda nº 1-T.

Observações:

- Em 10.08.2016, durante o prazo regimental, a Senadora Ana Amélia apresentou a Emenda nº 1-T.
- Votação nominal.

ITEM 8**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 122, de 2013****- Terminativo -**

Dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.

Autoria: Senadora Lúcia Vânia

Relatoria: Senador Otto Alencar

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das Emendas nºs 1 a 4-CDH-CE-CAE.

Observações:

- Em 11.12.2013, a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1 a 4-CDH.
- Em 03.06.2014, a Comissão de Educação, Cultura e Esporte aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1 a 4-CDH-CE.
- Em 05.09.2017, a Comissão de Assuntos Econômicos aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1 a 4-CDH-CE-CAE.
- Votação nominal.

ITEM 9

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 92, de 2017

- Terminativo -

Acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.

Autoria: Senadora Rose de Freitas

Relatoria: Senador Paulo Paim

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 16.08.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Votação nominal.

ITEM 10

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 151, de 2017

- Terminativo -

Altera os arts. 392, 392-A e 473, III da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para estabelecer o compartilhamento da licença maternidade e da licença adotante.

Autoria: Senadora Rose de Freitas

Relatoria: Senador Jorge Viana

Relatório: Pela aprovação do Projeto na forma do Substitutivo que apresenta.

Observações:

- Nos termos do artigo 282, combinado com o artigo 92 do Regimento Interno do Senado Federal, se for aprovado o Substitutivo será ele submetido a Turno Suplementar.
- Votação nominal.

ITEM 11

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 157, de 2017

- Terminativo -

Altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, para dispor sobre a assistência psiquiátrica e psicológica a ser oferecida a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina.

Autoria: Senadora Maria do Carmo Alves

Relatoria: Senadora Lídice da Mata

Relatório: Pela aprovação do Projeto e da Emenda que apresenta.

Observações:

- Em 27.09.2017, a Presidência designa Relator "ad hoc" o Senador Vicentinho Alves em substituição à Senadora Lídice da Mata. Lido o Relatório na CAS, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Votação nominal.

ITEM 12**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 415, de 2017****- Terminativo -**

Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir o uso do FGTS para pagamento de pensão alimentícia pelo trabalhador que não possuir outro recurso líquido disponível.

Autoria: Senador Lasier Martins

Relatoria: Senador Jorge Viana

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Votação nominal.

São as seguintes as matérias retiradas:

ITEM 2**PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 53, de 2012****- Terminativo -**

Dispõe sobre a obrigatoriedade de os laboratórios farmacêuticos inserirem diferenciador tátil nos recipientes dos medicamentos injetáveis com potencial de letalidade.

Autoria: Deputada Sandra Rosado

Relatoria: Senador Otto Alencar

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Votação nominal.

ITEM 7**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 43, de 2017****- Terminativo -**

Determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.

Autoria: Senador Zeze Perrella

Relatoria: Senador Airton Sandoval

Relatório: Pela aprovação do Projeto na forma do Substitutivo que apresenta.

Observações:

- Em 20.02.2018 a Senadora Vanessa Grazziotin apresenta uma Emenda ao PLS 43, de 2017.
- Nos termos do artigo 282, combinado com o artigo 92 do Regimento Interno do Senado Federal, se for aprovado o Substitutivo será ele submetido a Turno Suplementar.
- Votação nominal.

Está encerrada a reunião.

(Iniciada às 9 horas e 28 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 09 minutos.)