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

REUNIÃO
27/03/2019 - 7ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ. Fala da Presidência.) - Bom dia a todos.

Havendo número regimental, declaro aberta a 7ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 56ª Legislatura.

A presente reunião destina-se a receber o Ministro de Estado da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, para que apresente informações sobre as políticas e diretrizes de sua pasta, em atendimento ao Requerimento nº 18, de 2019, da CAS, de minha autoria, e para que apresente também a proposta de extinção do Programa Mais Médicos, respectiva substituição por outro programa de Governo e o modelo da atuação complementar da União para a atenção básica em serviço de saúde: financiamento e formação dos profissionais médicos em atendimento à saúde da família e comunitária, conforme Requerimento nº 16, de 2019, da CAS, de autoria do Senador Rogério Carvalho.

Dando início à reunião, solicito ao Senador Styvenson que acompanhe o Ministro para tomar assento à mesa.

Informo que a audiência tem a cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do Jornal do Senado, da Rádio Senado, e contará com o serviço de interatividade com o cidadão, Alô Senado, através do telefone 0800 0612211, e do e-Cidadania, por meio do portal www.senado.leg.br/ecidadania, que transmitirá ao vivo a presente reunião e possibilitará o recebimento de perguntas e comentários aos expositores via internet. *(Pausa.)*

A exposição do Ministro terá a duração de 30 minutos e após, abrir-se-á a fase de interpelação pelos Senadores inscritos, dispondo o Senador interpelante de cinco minutos para perguntas e o Ministro de cinco minutos para respostas. O Senador interpelante, de dois minutos para réplica, e o Ministro, de dois minutos para tréplica.

Agradeço a presença do Ministro Mandetta. Obrigado pela presença. Tenho certeza de que dessa audiência pública teremos aqui grandes notícias, grandes respostas, e entenderemos melhor, aqui, um pouco mais da sua pasta, Ministro. Desejo bom evento e que Papai do Céu esteja com todos nós.

Dando início à audiência pública, concedo a palavra ao Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. E, antes de o Ministro começar, eu quero dizer que temos aqui hoje conosco a Laissa, que é uma guerreira que tem a AME tipo 3 e veio participar aqui também conosco desse importante evento, e tem interesse em conversar com o Ministro pessoalmente, depois desse evento.

Por favor, Ministro.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - Bem, bom dia. Bom dia a todos. Bom dia, em nome do nosso Presidente da Comissão, CAS, Senador Romário Faria, com quem tive a honra de ser Deputado Federal no mandato 2010/2014, e juntos trabalhamos na Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, e sei da sua militância pelas doenças raras, nas inúmeras ações do mandato de V. Exa., que, com a sua imagem, com a sua ação, elevou a um patamar de valência política nacional as doenças raras. E muito do que teve de evolução em relação às doenças raras, a gente deve ao trabalho feito pelo Senador Romário, junto com a Rosinha da Adefal, Mara Gabrilli, enfim, Geraldo Resende, vários Parlamentares na construção da Lei Brasileira de Inclusão, aí já como Senador. Então, sinto-me muito honrado em estar aqui no Senado, estar aqui na CAS e saber que a CAS é presidida por V. Exa.

O Ministério da Saúde é um ministério em que, nesses 90 dias, nós fizemos o olhar muito mais interno, para poder readaptá-lo aos momentos administrativos da saúde que o tempo requer. Então, essa semana, nós devemos já publicar o novo organograma do Ministério da Saúde. Nesse organograma, talvez estejam respostas e chaves para uma série de perguntas que estão sendo feitas e que eu vi na agenda dos Senadores. Então, vou começar pelo olhar que tivemos.

A primeira ação que aparece como emblemática é o Ministério da Saúde pegar a SAS, que era a Secretaria de Assistência à Saúde, que fazia desde a atenção primária até a alta complexidade, e essa secretaria agora será duas. Uma secretaria é a especializada em atenção primária e indígena. Essa secretaria tem como objetivo a reorganização do sistema de saúde partindo da atenção primária. Depois a gente vai discorrer, porque dentro da atenção primária nós temos os recursos humanos, o Programa Mais Médicos, temos uma série de ações dentro da atenção primária. A outra é de atenção especializada, que é quem vai fazer, pela primeira vez, uma diretoria de filantrópicas e hospitais privados, já que a filantropia brasileira não tinha ponto de formação de política para si.

Na sequência, nós teremos a Secretaria Nacional de Tecnologia da Informação. A história de informatização... Informática no SUS é uma história de tentativas e erros, alguns grandes projetos, desde lá de trás, do cartão SUS, desde o então Senador Serra, ainda nos anos 90; depois passamos por várias tentativas. Então, nós vamos colocar uma luz, um foco muito grande, porque é dali que a gente pode melhorar, aprimorar o nosso sistema de gestão.

Também, nesse novo organograma, há a criação da Diretoria de Integridade, onde nós colocamos a Controladoria-Geral da União, colocamos a corregedoria, colocamos a ouvidoria e mais as estruturas que formam os novos fluxos de pedidos, pareceres, processos licitatórios, para que a gente dê o máximo de transparência dentro das pastas relacionadas à Secretaria Executiva.

Das nossas constatações, nas nossas inúmeras discussões internas, algumas se impuseram. A primeira delas foi uma interrupção, ainda no final do Governo Temer, do Programa Mais Médicos. O país de origem dos médicos decidiu suspender e retirar 8,5 mil médicos do programa. Ainda no final de novembro, iniciou-se então o processo de abertura de processos seletivos. Coube aos meses de janeiro e fevereiro concluí-lo. Dos 8,5 mil médicos que saíram abruptamente, 100% foram substituídos. E como foram substituídos? Foram abertos no mesmo regramento... Não há nenhuma mudança da lei, esse programa segue uma legislação, foram 7 mil médicos brasileiros com CRM que optaram pelas vagas que estavam sendo ocupadas pelos médicos de outros países e aproximadamente 1,5 mil médicos brasileiros sem o CRM, sendo novecentos e poucos, praticamente mil médicos de formação na Bolívia e quase 500 médicos de formação no Paraguai.

Quando se concluiu essa alocação de médicos, abriu-se imediatamente a discussão com o Conasems, porque vinham 2,8 mil vagas abertas que não tinham sido chamadas ainda no Governo anterior. Nós começamos a fazer, então, a análise de onde estavam.

Quando da abertura do primeiro programa, a primeira cidade que chamou a atenção, foi a primeira cidade escolhida, foi Brasília. E nós começamos a perceber que, lá na Roraima, lá nos distritos mais complexos, o tempo de escolha era o mesmo; e você tinha cidades com IDH muito alto - Brasília tem uma renda *per capita* muito alta, ela tem planos de carreiras muito estruturados e não tinha por que nós termos médicos estrangeiros nesse perfil de cidade. O nosso foco eram as cidades do chamado Brasil profundo, do Semiárido... A classificação das cidades obedece a uma classificação também interna do ministério, que vai de porte 1 a porte 8. Na classificação 8, é a cidade mais frágil, com o IDH mais baixo, com os indicadores mais frágeis: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 - 1 seria a nossa melhor cidade, a que tem um indicador mais alto. Então, o critério adotado é nível 4, 5, 6, 7, 8 - são as mais frágeis, que continuam com seus processos seletivos abertos; as de nível 1, 2 e 3, que eventualmente podem ser dificuldades metropolitanas, periferias da cidade, vamos negociar ponto a ponto para entender qual é a necessidade. Aqui está o Senador Trad, de quem eu tive a honra de ser Secretário de Saúde, e a nossa cidade, Campo Grande, é uma cidade de IDH muito elevado, que tem três faculdades de medicina dentro da cidade, é a capital do estado, tem uma rede totalmente estruturada - Campo Grande não tem uma área de exclusão, não tem uma favela, é 100% atendida por rede de água, enfim -, e lá nós tínhamos 18 médicos estrangeiros, em uma cidade que tem uma oferta extremamente elevada de mão de obra dessa profissão.

Então, essa e outras observações a respeito do programa vão nos levar, em um futuro próximo, a fazer uma proposição de como que nós vamos organizar a entrada não pontual com esses elementos de chamada, mas uma entrada permanente, para que as pessoas possam ir para Roraima, possam ir para o Amapá, do Senador Lucas, possam ter a perspectiva de estabilidade e caminhada dentro do serviço público. A gente espera, ainda no mês de abril, poder mandar para essa Casa, já que é função desta Casa fazer essa discussão, o início da revitalização e reformulação do programa sem perder o seu objetivo, que é combater a desassistência, promover a redistribuição, uma política de indução, uma política de respeito a esses profissionais para que eles possam optar por áreas de difícil provimento.

Nós trabalhamos também na atenção primária com a reorganização da rede e devemos anunciar agora, junto da Frente dos Prefeitos, a reclassificação, o reordenamento das equipes de saúde da família. Essas equipes têm um ordenamento ainda muito engessado, muito estático - são permitidas três equipes de 40 horas.

Então, já vem havendo essa discussão, e nós devemos organizar, reorganizar, permitindo que os Prefeitos façam as suas discussões, obedeçam aos seus critérios populacionais, possam trabalhar em turnos onde ele organiza os seus turnos de trabalho a partir de 20 horas, para poder agregar esses profissionais, desde que o façam dentro da portaria pela proposta da unidade com até seis equipes, permanecendo abertas até às 22h, para poderem descomprimir a ida para as UPAs nos grandes centros.

Com isso, nós vamos, em alguns casos, triplicar o custeio por equipe de saúde da família. Hoje o teto é de 43 mil, 44 mil. A gente está calculando que, com essa equipe maior e mais robusta, a gente chegue a algo em torno de 111 mil, o que vai dar para os Prefeitos um equilíbrio dentro da atenção básica.

Esse é um programa que deve impactar na ordem de R$2 bilhões na atenção básica e não é impositivo - ele é em função da leitura da rede. E por que isso se dá? Principalmente nas áreas dos bairros que têm mais necessidade, a atenção básica existe fisicamente, mas a unidade abre às 7h da manhã. As pessoas saem para trabalhar às 5h, às 6h, e a unidade ainda está fechada. Das 11h às 13h, é o intervalo do almoço. Muitas vezes, elas estão no centro, o bairro delas é distante, é um bairro dormitório, mas a unidade fecha na hora do almoço. E principalmente para a mulher que saiu para trabalhar e retorna após as 17h, a unidade básica já fechou. Ela chega à casa dela... Muitas vezes deixou o filho, a criança com algum cuidador, que a entrega para ela e fala: "Olha, a criança teve febre, a criança teve um mal-estar. Eu fiz um banho, dei um remedinho, e ela tem que ir...". Mas a única estrutura de saúde aberta é a UPA ou o pronto-socorro, em que há uma superlotação, uma concentração por ser a única estrutura aberta para muitos casos de baixa complexidade.

A gente acredita que, reorganizando através da atenção básica, dando o tempo útil de abertura no critério da prefeitura, da secretaria municipal, essa atenção básica começa a ser mais aberta, mais generosa, reconhecendo mais as necessidades dessa população.

Também está em discussão um debate do Sistema Único de Saúde que é a municipalização plena, a maneira como nós trabalhamos até agora, que é trabalhar no âmbito de repassar as responsabilidades para os municípios - às vezes, municípios de 5 mil, 8 mil, 10 mil habitantes, que não têm a estrutura de técnicos, de capacidade de negociação, de capacidade de compra... E nós estamos fazendo, com o grupo técnico, a discussão da regionalização, que é a administração através de distritos sanitários, em que há um determinado espaço de vidas que se comunicam por iniciativa própria, muitas vezes até mesmo interestadual, como é o caso de Juazeiro e Petrolina.

Ministro, como vai? Prazer em vê-lo.

As pessoas vão aonde têm melhor chance de atendimento. E isso em inúmeros estados: na divisa Rio de Janeiro-Minas Gerais, na divisa Rio-São Paulo, enfim, em várias unidades de Santa Catarina, do Rio Grande do Sul... A fronteira é simplesmente um marco convencional, mas as pessoas vão atrás dos seus atendimentos. Então, reconhecer que espaços são esses onde as pessoas se movimentam e também remetendo para esta Casa poder dar uma personalidade jurídica, uma estrutura administrativa tripartite, com a presença da União, do estado e do conjunto de municípios na formação do que deve ser o sistema de saúde para aquele espaço, dando aos Parlamentares a condição de, quando forem colocar suas emendas, entenderem que naquele espaço, para cada 400 mil pessoas, 500 mil pessoas, por exemplo, nós temos que ter duas ou três tomografias, uma ressonância. Então, na hora em que colocarem suas emendas, já sabem o cardápio, vamos assim dizer. Precisa de um centro de oncologia para cada "x" mil pessoas? Como fazer? Como montar esse sistema de saúde? Em vez de montarmos individualmente em cada cidade a sua rede hospitalar de média e alta complexidade, montá-la dentro de um sistema de regionalização que possa ser mais eficaz e de melhor gestão clínica dos processos.

No que diz respeito aos cubanos que optaram por permanecer no Brasil, por conta da interrupção do programa - eles chegam aproximadamente a 2 mil pessoas, 2 mil médicas e médicos que permaneceram -, estão numa condição de exilados, e junto dessa reformulação do programa nós devemos ter uma proposta de como essas pessoas podem se reencontrar com a sua profissão, legalizada, e exercer a sua profissão, já que eles são muito mais vítimas dessa negociação que foi feita entre países do que propriamente atores de algum ato que os colocasse dentro do país em situação irregular.

Nós temos uma série desses profissionais hoje trabalhando em secretarias de saúde, trabalhando como balconistas de farmácia, como agentes comunitários, que talvez possam, com certeza, legalizar a sua situação profissional e ter, sim, também uma opção de trabalho num país livre e democrático.

No que diz respeito a outras solicitações aqui do Senado, que dizem respeito às qualificações de profissionais de saúde, formação dos que estão cursando, as nossas plataformas de educação estão sendo, todas elas, revistas, para fim de

articulação com as escolas de saúde pública nos estados, com a Etsus, com a plataforma, com a tele-educação voltada fortemente para a atenção primária. É ali que residem inúmeras incoerências e inconsistências do nosso sistema, ainda com um número elevado de diabéticos não diagnosticados, mal controlados, número alto de óbitos, um alto custo de internações hospitalares. É ali que nós vamos ver as doenças degenerativas, que vêm num crescendo, como o câncer e outras doenças típicas do envelhecimento da população. Se formos responder somente com a atenção, não há sistema que vá conseguir se estruturar.

No que diz respeito à saúde mental, que também foi um questionamento aqui do Senador Kajuru, que pediu esclarecimentos, não há esclarecimentos... Perdão. Não há nenhuma alteração nessa Política Nacional de Saúde Mental. Ela foi feita em 2018, e o que chamou a atenção foi a possibilidade de aquisição de aparelhos de eletroterapia. Essas recomendações seguem o arsenal da medicina para os casos em que forem indicadas. Você tem situações nas quais a pessoa usou o medicamento, gestantes, pessoas que estão em crises reentrantes sucessivas vezes. Isso é feito sob anestesia e é uma das armas que compõe o arsenal desses profissionais. Retirá-las significaria censurá-las. E elas podem ser usadas desde que dentro do espectro para o qual a ciência assim determina.

O Ministério da Saúde continua com a mesma política de desinstitucionalização. Não é nossa intenção fazermos com que as pessoas morem em hospitais. Ela é um caminho sem volta. Agora, nós não vamos comemorar o fechamento de leitos hospitalares. Nós queremos transformar... Porque nós temos aí um número enorme de dependentes químicos que vieram na esteira e que hoje praticamente não têm local, não têm porta de entrada humanizada, estruturada para poder atendê-los.

No que diz respeito ao tamanho da rede, a Rede Caps continua em expansão já com 2.581 Caps; 624 Serviços Residenciais Terapêuticos; 59 Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil; 1,5 mil leitos SUS em hospital geral; 16,5 mil leitos SUS em hospitais psiquiátricos. E o orçamento para a saúde de 2019 é o mesmo de 2018, com 1,5 bilhão.

No que diz respeito à saúde mental, basicamente segue o processo natural da política, não há nenhum tipo de alteração.

Nas doenças raras, que são tão importantes aqui - não é, Laissa? - tanto para mim quanto para o Senador, para vários Parlamentares e principalmente para múltiplas famílias, são cerca de 8 mil tipos de doenças raras. A Organização Mundial da Saúde estima 13 milhões de brasileiros com alguma dessas doenças. O Ministério da Saúde incorporou 19 exames para diagnóstico de doenças raras e 22 medicamentos, desde 2014, quando foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Tem 40 protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas disponíveis para tratamento de doenças raras, que orientam quanto ao diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes; 11 protocolos estão atualmente em construção; 130 projetos em pesquisa no valor de 21,9 milhões para desenvolvimento de medicamentos, técnicas de diagnóstico e novos procedimentos.

Quanto à incorporação do medicamento Spinraza, aqui a nossa Laissa é talvez um exemplo de como isso se dá. Como é que se dava a incorporação de medicamentos para essas doenças em frente ao nosso sistema? O laboratório em questão, primeiro, pede o registro da Anvisa, depois ele começa um processo - o qual as famílias começam muito antes dos Governos - de judicialização. Essa judicialização vai formando um preço. O Spinraza tinha um preço de aproximadamente... Iniciou com 400 mil a 450 mil por tratamento, por paciente. Aí, vai havendo alguns tipos de negociação, e, quando você tem lá no Ministério da Saúde mil, 2 mil pessoas e multiplica isso por 400 mil, chega-se a 1 bilhão muito rapidamente. Então, normalmente, quando você tem uma pressão financeira elevada após a judicialização, a Conitec acaba incorporando numa negociação que barateava o preço do medicamento.

O mundo já viu que, para se fazer a incorporação de medicamentos, há necessidade de se fazer a análise do custo-benefício e de ver como isso se dá para a sociedade.

Esse medicamento é o nosso primeiro medicamento na formalidade de compartilhamento de risco. Como é que isso se dá? Se um determinado medicamento, como é o caso aqui do Spinraza, tem o seu ensaio clínico, ou seja, o laboratório fez os seus testes, fez o ensaio clínico, e demonstra que, para o tipo 1, espera as seguintes melhorias, ele aponta nos seguintes benefícios para os pacientes, mas, no tipo 2, no tipo 3, no tipo 4, ele ainda não tem exatamente as respostas às perguntas, as famílias têm toda...

Laissa, é AME, subtipo 3.

Então, para se fazer a incorporação, pegam-se todos esses possíveis benefícios que o laboratório em questão sinaliza, monta-se, no caso do Spinraza, ao fenótipo 1, para o qual ele já tem todas as suas pesquisas... Nesse nós não fazemos o compartilhamento de risco, esse nós só monitoramos, mas para o 2, o 3 e o 4 nós compartilhamos o risco, selecionamos os doentes em conjunto, monitoramos, o que gera pesquisa necessária para nós aprimorarmos o nosso sistema, observarmos, e, caso não haja a devida resposta, esse risco do custo é compartilhado, então há o retorno dos recursos que o nosso sistema eventualmente aloca. Isso é um movimento que se iniciou com mais força na Itália, depois foi para os outros sistemas: o Canadá adota, a Inglaterra adota e o Brasil não adotava essa modelagem. Então, esse é o nosso primeiro medicamento

por compartilhamento de risco para doenças raras. A gente acha que vai poder abrir uma nova fase, que deve ser uma fase de um círculo virtuoso para a nossa população.

Diferenças básicas: da maneira como estava, sem compartilhamento de risco, o preço estava 233 mil por ampola; com o compartilhamento de risco, cai para 145,7 mil o frasco ampola; sem compartilhamento de risco, somente restrito ao fenótipo tipo 1; com o compartilhamento de risco, a gente não faz restrição de subpopulação, mas faz o monitoramento. Tem critérios de interrupção no tratamento do subtipo 1? Não tem critérios, mas, nos demais, caso tenha ventilação invasiva, duas medidas consecutivas de declínio da função motora, ou seja, que ele mostre que não está tendo eficácia para aquele eventual subtipo.

E a reavaliação pela Conitec. Quando não se tem compartilhamento de risco, que é como nós viemos até hoje, não há reavaliação, ou seja, entrou para o sistema, é quase um passaporte para permanecer indefinidamente. No caso do compartilhamento de risco, a gente coloca, a cada três anos, a reavaliação ou, a qualquer momento, quando nós tivermos evidências científicas mais robustas. Isso deve ser uma tendência para uma série de medicações que sinalizam a entrada.

Já tem aí o primeiro medicamento da chamada terapia gênica que sinaliza a cura. É um medicamento que entra e inativa, silencia um determinado gene, e a doença para de se manifestar. Então, essa é uma expectativa que todos têm. Os americanos... a FDA já está tratando da última fase. E a gente vai ver, daqui para a frente, nos medicamentos... A partir da publicação na *Science*, no ano passado, da primeira paciente com câncer de mama, que tinha metástase hepática, pulmonar e cerebral, que não respondeu a nenhum dos protocolos de quimioterapia, que estava em tratamento paliativo, quando eles tiraram as suas células, identificaram quais as células combatiam aquele tipo de tumor produzidas pelo próprio paciente, cultivaram em laboratório e injetaram endovenoso, e regrediram as metástases hepática, pulmonar, cerebral, e eles apontaram no caminho da cura daquela paciente, naquele momento foi inaugurado um tipo de tendência para o século XXI, que é a terapia individual. O americano está chamando esse medicamento de *taylor-made*, quer dizer, é igual à roupa feita sob medida e a roupa que você compra numa grande loja de departamentos. A diluição do custo deste tratamento praticamente não existe, porque ele é uma solução individual. E esse deve ser o grande desafio dos sistemas universais de saúde, que tem essa proposta, esse desafio constitucional...

(Soa a campainha.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - ... tão generoso, como é o desafio nosso - desafiador - brasileiro, de fazer esses nossos princípios, o que vai recair numa discussão que nós tínhamos, que Rogério sempre colocava, Senador Rogério, que era sobre a integralidade, a equidade dentro dos nossos princípios e do nosso sistema.

Um outro questionamento é a respeito dos colírios de glaucoma. Dos 27 estados... Nós centralizamos a compra, no ano passado, de três colírios - bimatoprosta, latanoprosta e travoprosta -, para, por causa do custo, então, comprar para o território nacional. Dos 27 estados, 14 não enviaram a lista de solicitação, incluindo Alagoas. Os demais 13 estados receberam 100% da demanda aprovada em janeiro de 2019, para atendimento ao primeiro trimestre deste ano. Então, eu já aproveito para que os demais estados possam colocar as suas demandas sobre os colírios do glaucoma, que são de alto custo e de difícil aquisição pelos estados.

No capítulo da saúde indígena: saúde indígena é um sistema que foi montado no país, é uma tentativa do país de uma relação sempre centrada no Governo central. Isso foi assim na época da Funai, na época da Funasa, sempre tentando fazer com que essa política nacional chegasse lá nas comunidades. Em 2010, ela sai da Funasa e vem para o Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde faz uma modelagem, muito parecida com a que existia, dos Distritos Sanitários Indígenas, dos DSEIs, que se amparam em Casas de Apoio, as CASAIs. Para isso, constitui-se um orçamento, e esse sistema faz apenas a atenção básica, a atenção primária. Ele chega em um momento em que a atenção especializada... Os índios vão para o SUS, vão para o sistema geral de saúde. Esse sistema é feito e ocorre através de o Ministério da Saúde repassar... E, até 2016, eu, ainda como Deputado Federal, fiz um questionamento ao TCU. O Ministério da Saúde repassa para as ONGs algo em torno de R$650 milhões, para que as ONGs façam a contratação de algo em torno de 13 mil funcionários, que estão lá em Roraima, que estão em todos os estados da Federação, para que se possa atingir esse objetivo.

Os nossos princípios de indicadores, de metas nesses convênios, são muito frágeis, e a situação da saúde indígena merece, no momento, uma discussão entre Conselho Nacional de Saúde Indígena, Ministério Público, Conass, Conasems e Ministério da Saúde ou para reforçar - "Olha, é isto aqui, está certo mesmo, nós vamos continuar" - ou para propor eventuais mudanças. As eventuais mudanças, que podem e têm que ser discutidas, dizem respeito a diferentes momentos desse binômio, dessa interação entre os índios e as populações urbanas. Há diferenças entre os índios que estão em Santa Catarina ou no Rio Grande do Sul e os índios que estão lá em Roraima, há diferenças muito profundas. E, como tudo no Brasil, quando se coloca uma regra só, a essas diferenças você tem que estar atento. Não há nenhuma situação nova. O que

há é um olhar mais atento por conta de desvios de dinheiro, o que acaba fazendo com que a saúde não chegue a inúmeras comunidades indígenas; de má gestão; de necessidade de se rever processos, de se montar uma governabilidade melhor e de que esse sistema, embora paralelo, dialogue com o Sistema Único de Saúde.

Sobre a pessoa com deficiência também há um questionamento, também oriundo do Senado. Nós temos quase 46 milhões de pessoas que declaram ter pelo menos um tipo de deficiência. Nós temos 12 publicações de diretrizes de saúde à pessoa com deficiência, inclusive de atenção à pessoa com síndrome de Down, as Diretrizes de Atenção à Reabilitação. Há 2,4 mil serviços de reabilitação no país, 217 Centros Especializados em Reabilitação, 36 oficinas ortopédicas, que recebem R$467 milhões no custeio desses centros de referência em reabilitação.

Nós estamos caminhando para a alocação agora, nos Centros Especializados em Reabilitação, de veículos adaptados com elevador, para que as pessoas possam ter o seu transporte. No dia de hoje, eu vou entregar aqui ao Senador Romário mais 88 veículos, com a listagem de onde eles podem ser entregues, para que esses centros de reabilitação possam fazer um serviço mais humanizado, de melhor qualidade, já que essa compra foi acelerada e confirmada pelo Ministério da Saúde para esta semana.

Nós temos aí aproximadamente 10 mil pessoas; a prevalência mundial é de 6 a 13 para cada 10 mil pessoas. Nós temos algo em torno de 300 mil pessoas com síndrome de Down no Brasil.

Vacina contra a gripe, que foi motivo de muita preocupação da bancada do Senador Omar Aziz, do Senador Plínio e da bancada de Deputados Federais que estiveram no Ministério da Saúde por conta de uma grande epidemia no Amazonas. Foi reconhecida a epidemia e foi feito um grande esforço com o Butantan para que o primeiro 1,2 milhão de doses da vacina... E aí se contou com muita presteza na análise técnica da Anvisa e na análise pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fiocruz, para que ele fosse liberado. E, no Amazonas, a vacina teve início no dia 20 de março. No Estado do Amazonas, nós já temos lá 17 casos de óbitos reconhecidos, e a gente espera que, a partir da vacinação, a gente consiga controlar melhor.

O nosso dia de início da campanha é dia 10 de abril em todo o território nacional, e a vacina deve ser um dos focos, porque ela sinaliza muito bem a queda da performance da atenção básica no país. Quando eu fui lá em Roraima, eu fui exatamente para iniciar o chamamento para a vacina. Lá em Roraima, com a vinda dos venezuelanos, tivemos uma epidemia de sarampo. Essa epidemia de Roraima rapidamente foi para Manaus. Manaus teve uma grande epidemia de sarampo e dali ela foi para Belém do Pará. Esses casos mostraram que existe transmissão sustentada, ou seja, baixa vacinação de sarampo. O certificado de área livre de sarampo que nós tínhamos em 2016, 2017... Por conta da não sustentabilidade, perde-se a certificação do sarampo - embora o sarampo seja um desafio: a Europa não tem, o Japão não tem. Mas isso mostra claramente que o número total de vacinação está caindo ano após ano e vai fazer com que nós possamos ter risco de reintrodução de doenças das quais nós já tínhamos o devido controle do ponto de vista de vacinação. Nós temos informações de que, na Venezuela - ou a eliminação, como é o caso da pólio -, que perdeu a condição de notificação, nós temos informações de surtos de difteria. A difteria é tão ausente das nossas... Nós já cuidamos tanto dela que, até do soro antidiftérico, que é o medicamento usado quando uma pessoa contrai difteria, que é muito contagiosa e tem uma letalidade alta, nós tivemos que mandar retomar a produção, de soro antidiftérico, por conta do receio de algum surto de difteria naquela região.

Então, no dia 10, na abertura da vacina da gripe, como é chamada, da vacina do idoso, a gente começa o grande movimento nacional pela vacina, pela vacinação, lembrando que as crianças têm direito a serem vacinadas. Elas não podem ir aos postos de saúde; então, pais e responsáveis, com a parceria de conselhos tutelares, do Ministério Público da Infância... É uma ação que deve ser encampada por todos aqueles que estão dentro das redes sociais, porque há um movimento também de falsa informação sobre vacinas que assusta muitas mães, pais.

Existem pessoas que nunca viram uma pessoa com pólio na vida. Quando surgiu a vacina da pólio como estratégia, as mães eram extremamente procuradas porque a doença era presente, era emblemática. Hoje, aquelas mães são as avós. Elas perderam filhos com sarampo, elas perderam filhos com caxumba, elas sabem a dramaticidade. E às vezes a geração mais nova não tem essa memória e acha que essas doenças podem eventualmente ser simples viroses que ocorrem de tempos em tempos, mas não sabem das complicações, da cegueira, das encefalites, de uma série de complicações, já que as vacinas são um patrimônio da humanidade e vieram para nos auxiliar no enfrentamento dessas doenças.

Nós devemos aumentar um pouco - e vou mandar também para esta Casa - algumas ações, como matrículas escolares e apresentação de certificado de vacina, uma vez que hoje existem algumas cidades com leis municipais, alguns estados, mas isso deve ser uma unidade federativa. Não é de impedir a criança de se matricular na escola, mas é de chamar o pai, chamar a mãe, chamar o responsável, chamar o conselho tutelar e explicar, entender o que está acontecendo, porque uma

criança que não recebe a vacina pode ser um indicativo de uma criança que está sofrendo outros tipos de violência, de negligência, de falta de cuidado e está exposta a uma série de riscos.

Para os médicos do trabalho, na admissão, no exame admissional, no exame periódico, no demissional - inúmeras pessoas que estão aqui, que trabalham em imprensa, que fazem os seus exames -, passará a ser obrigatória também para os médicos do trabalho a anexação do estado vacinal do trabalhador. Estamos trabalhando com Exército, Marinha e Aeronáutica. Para todos os homens que se apresentarem às Armas aos 18 anos, nós vamos colocar todas as vacinas também aos 18 anos, uma vez que nós temos a rubéola, que é uma doença infecciosa e, quando você diminui a vacinação, traz muita má-formação para as nossas crianças.

Então, devemos fazer um grande esforço durante este ano, com a parceria aqui do Congresso Nacional, para que nós possamos aumentar a valência da vacinação. Tenho certeza de que esta Casa, nos debates, poderá aprimorar e pensar em outras alternativas. Hoje é condicionante, no Bolsa Família, o certificado de vacinação como critério de permanência no programa. Tenho certeza de que os Parlamentares terão todas as condições.

Outras solicitações. Quanto ao diabetes eu já falei.

Santas casas e hospitais filantrópicos. Eu acho que já passou da hora de esta Casa fazer um debate sobre uma lei de responsabilidade filantrópica, em que a gente tenha... As filantropias são muito amparadas na lei do associativismo. No associativismo, se nós fizermos uma associação dos amigos aqui do Plenário e não tivermos dinheiro público envolvido, o Estado não tem absolutamente nada a ver com essa história.

Agora, se fizermos uma associação e recebermos dinheiro público, deveríamos ter condições - tal qual tem as fundações - de ter auditoria, de ter fiscalização, de ter uma transparência maior, já que muitas acabam se desenvolvendo muito bem com gestões exemplares, e outras, por conta de má gestão, de más tomadas de decisão, acabam colocando em risco toda uma estrutura de saúde de uma cidade.

O último questionamento foi sobre os veículos. No ano passado, o Ministério da Saúde adquiriu mil veículos, mil caminhonetes para enfrentamento de dengue, chicungunha e zica. Dessas mil caminhonetes, eles distribuíram 647 veículos, e os critérios de distribuição foram extremamente questionados. Basicamente, você tinha uma situação de fazer uma licitação em que você compra o veículo com o frete ao destino - aí você entrega os veículos em Brasília -, e o que tirou o segundo lugar questiona porque ele perdeu por conta do frete, não pelo preço do veículo. Foi essa situação que trouxe muitas incoerências. Nós tivemos que fazer todo um entendimento para que as restantes possam ser disponibilizadas; quanto às demais, nós estamos em diálogo permanente com os secretários para ver se os critérios técnicos possam prevalecer sobre os critérios políticos.

A maioria dos questionamentos que eu recebi por escrito, de pedidos de esclarecimentos dos mais diferentes Senadores, retratam a preocupação desta Casa, o olhar atento, a experiência de muitos Senadores. Fico muito feliz de termos vários Senadores com experiências tão profundas, como é o caso de ex-ministros aqui presentes - nós temos dois ex-ministros da saúde nesta Comissão, temos ex-Prefeitos, enfim, temos inúmeros ex-secretários de saúde, Parlamentares temáticos nesta construção. Ela é uma construção que, num painel de fundo, nós vamos ter que discutir muito o orçamento, o financiamento, a transparência dos processos. Eu tenho certeza de que esta vai ser a primeira de inúmeras vindas aqui nesta Comissão.

Na semana passada, eu estive também na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara e nós colocamos lá... Uma vez por mês, o ministro vai até a Comissão, não no Plenário, para não atrapalhar o rito dos trabalhos, mas chega uma hora, uma hora e meia mais cedo ali na sala das Comissões, para fazer os debates, os esclarecimentos pontuais que precisam ser feitos. Eu acho que essa mesma prática pode e deve ser feita aqui no Senado, para que a gente possa ter, sistematicamente, um bom canal de comunicação.

Em linhas gerais, é um ministério extremamente amplo. Nós temos muitos caminhos para fazer, mas, em linhas gerais, agora a gente fica à disposição para eventuais tópicos que precisem ser aprofundados.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Ministro. Muito obrigado pela sua explanação. Foi bastante claro e sucinto nas suas colocações.

Nós aqui vamos fazer o seguinte: vamos fazer blocos de três Senadores. Eu começo e, logo em seguida, vem o Senador Rogério Carvalho, depois... O Senador Fabiano Contarato está presente? Esse é o primeiro bloco. No segundo bloco, teremos o Capitão Styvenson Valentim, o Senador Humberto Costa e o Senador Mecias de Jesus; no terceiro bloco, o Senador Nelsinho Trad, o Telmário Mota e o Marcelo Castro; no quarto bloco, Jayme Campos, Leila Barros, Irajá e o Senador Flávio Arns.

Ministro, eu montei aqui algumas perguntas. Na verdade, a maioria delas é da nossa população, principalmente de algumas pessoas que estão passando por grandes necessidades em relação à saúde.

Vamos começar aqui pelo tema Spinraza. O relatório da Conitec recomenda a incorporação do Spinraza apenas para paciente AME tipo 1, com várias restrições. Essa decisão não resolverá a necessidade da população que sofre com essa doença. Gostaria de saber do senhor quais são as medidas práticas que o ministério pretende tomar quanto a isso.

A outra pergunta, em relação também a esse tema, é: como o senhor se posiciona em relação ao tratamento das doenças raras e ao fornecimento de tratamento de alto custo, questão que deve ser enfrentada pelo Supremo Tribunal ainda neste ano?

A outra pergunta será em relação à nossa saúde pública: a União pretende aumentar a sua participação no custeio da saúde, diminuindo, apesar da carga que foi colocada sobre o estado e o município dos últimos anos? É exatamente isso?

Atenção primária à saúde da família: quais são as ideias do ministério para melhorar e expandir a atenção primária do nosso país?

Em relação ao Programa Mais Médicos, como o senhor avaliou o resultado dessas iniciativas e que medidas serão tomadas definitivamente para garantir a presença profissional médica da estratégica de saúde da família, principalmente nas localizações mais isoladas do nosso Brasil?

Em relação às santas casas, V. Exa. sabe que as santas casas são as primeiras instituições não governamentais fundadas no nosso país - isso em 1543; atualmente são 2.100 santas casas e hospitais sem fins lucrativos operando no nosso país. Na verdade, eu gostaria de ter informação oficial sobre a proposta do atual Governo para os graves problemas enfrentados pelas nossas Santas Casas de Misericórdia.

A Lei 13.778, que permite essas operações de crédito, necessita de regulamentação? Em caso positivo, em que estágio se encontram essas exigências?

A princípio, Sr. Ministro, essas são as minhas perguntas que eu gostaria que V. Exa. respondesse ao final do bloco.

Só peço ao Senador Rogério Carvalho e ao Senador Fabiano Contarato que deem um pouquinho mais de tempo, porque a nossa convidada especial, a Laissa, tem que pegar o voo e ela gostaria de fazer algumas colocações para o nosso Ministro.

Com a palavra a Laissa, por favor.

A SRA. LAISSA POLYANNA DA SILVA VASCONCELLOS (Para interpelar.) - Bom dia a todos e a todas.

Primeiramente, quero agradecer a Deus por estar aqui e agradecer ao Exmos. Srs. Senadores aqui presentes.

Eu sou Laissa Polyanna, mais conhecida como Laissa Guerreira, tenho AME tipo 3 (atrofia muscular espinhal) uma doença degenerativa, que pode levar à morte. Não tem cura para essa doença, mas existe uma pequena esperança que se chama Spinraza, que vai tentar melhorar, parar a doença, já que a doença tira tantas oportunidades da nossa vida.

Eu tenho a tipo 3, porque passei a andar, mas a tipo 2, cientificamente, e estou passando a tomar, sim, a medicação Spinraza. Já tomei cinco doses do medicamento - não foi fácil conseguir tomar esse medicamento - e estou sentindo muitas melhoras. O quê? Estou me sentindo mais renovada. O que a medicação estava me tirando? Tirando as minhas forças, tirando a minha respiração. Eu falava: "Mãe, me socorra, estou precisando de ajuda! Estou sem respirar! Não estou conseguindo comer!". E vem a medicação e me ajuda. Então, precisamos que a medicação seja liberada pelo comitê, seja liberada para o SUS, porque todos têm direito a viver. Não precisamos pagar para viver, precisamos ter direito. E foi por isso que eu vim aqui pedir ao Sr. Ministro que a medicação seja liberada para todos para que todos tenham a esperança de viver.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Vamos abrir uma exceção especial aqui para que o Ministro responda à nossa...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - ... à nossa querida Laissa.

Laissa, às vezes, o mundo das leis, da velocidade dos homens, é bem mais lento do que o mundo da vida, que chama, dentro de você, a atenção de todos.

A Conitec é um tipo de espaço, um tipo de conselho com várias pessoas. Quando eles fazem as análises, eles olham e falam assim: "Isso aqui nós vamos colocar para um número x de pessoas, vão ser gastos tantos x.

Em setembro do ano passado, a Conitec negou a incorporação do medicamento. Ela entendeu que o medicamento não deveria ser disponibilizado para nenhuma das formas. Essa ação da Laissa, a ação da frente parlamentar, a ação da sociedade fizeram com que gradativamente isso fosse questionado sucessivamente.

E aqui faço um parêntese: o Ministro Occhi, no final do ano, ali pelo dia 26 de dezembro, 27 de dezembro, anunciou a incorporação. Ele recebeu o parecer negativo tanto da assessoria da AGU quanto da do TCU, no sentido de que, se incorporasse, com a negativa da Conitec, poderia ter desdobramentos administrativos de improbidade. O que nós fizemos foi conversar com toda essa Conitec, que é quem aprova, para colocar um novo tipo de relacionamento com a fábrica que faz o medicamento. Ela faz agora com que uma doença que tem quatro subtipos - 0, 1, 2, 3 e 4... A sua é o subtipo 3, clinicamente, e subtipo 2, geneticamente. Essa precisão do diagnóstico é muito difícil.

No SUS, para o medicamento, o laboratório vai ter que entrar nessa classificação de qual subtipo. Depois que classificarmos qual o subtipo, para aqueles que estão no subtipo 1, ela vai ser incorporada porque já tem estudos demonstrando. No 2, no 3 e no 4, cada vez que se fizer num paciente - porque vai ser feito para todos aqueles que estão no 2, no 3, no 4, no 0 -, todos os que forem feitos vão ser monitorados por um centro de pesquisa, um pessoal que precisa ver se, para aquele subtipo genético, o remédio está fazendo o efeito que a gente quer que faça ou se eventualmente não está. Infelizmente, o remédio é um remédio de uso intratecal, ele é dentro, ele é injetável dentro do liquor, é um medicamento que tem inúmeras situações de contraindicações, não é uma medicação simples, não é um comprimido que se toma todo dia, ele é supermonitorado. A gente está na esperança de que em breve a gente tenha terapia genética para esta doença - é a primeira que deve estar sinalizando -, que é silenciar o gene que está se manifestando, o laboratório em questão sinaliza com a cura - com a cura -, o que é uma grande expectativa nossa, com tratamento em dose única.

Então, a gente tem que, quanto às doenças raras, depois do Projeto Genoma, no que era raro, passaram a identificar dentro do Projeto Genoma qual é o gene que está se manifestando, e agora os laboratórios estão indo atrás. O que eu vejo é que, se por um lado o mundo das leis, o mundo dos orçamentos, o mundo da decisão de o que fazer...

(Soa a campainha.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - ... com o dinheiro público é tão lento perto das necessidades das pessoas com doenças raras - e esse é o lado ruim -, por outro lado, a ciência está andando numa velocidade muito alta. Eu espero que em breve a gente possa comemorar muitas conquistas.

Você é Laissa Guerreira por conta da maneira sempre ativa, e a maneira de você abordar o assunto para nós do ministério é um exemplo a ser seguido. Parabéns, viu, Laissa?

A SRA. LAISSA POLYANNA DA SILVA VASCONCELLOS - Obrigada. E eu preciso, sim, sempre continuar tomando a medicação, mas também todos os meus amigos. E, se eu parar agora, eu vou perder tudo que eu ganhei, vou perder as minhas forças, vou perder a minha respiração.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Vamos trabalhar, menina.

A SRA. LAISSA POLYANNA DA SILVA VASCONCELLOS - E todos precisam disso, e a medicação, sim, faz efeito para todos os tipos. Estou aqui. Se eu não tivesse uma medicação, estaria deitada na minha cama, sofrendo com aparelhos, mas essa medicação, sim, faz efeito, e precisamos dessa medicação. Obrigada.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Isso aí. Nós vamos garantir essa medicação não só para você, mas para todos aqueles que estão ali. Naqueles casos em que a medicação não tem estudo científico, o estudo vai comprovar e, se ela fizer efeito, nós vamos comemorar junto muitos anos de vida ainda. Papai do Céu está cuidando de você! Que Nossa Senhora Aparecida abençoe a toda a sua família!

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Amém.

Muito obrigado, Laissa, pela sua participação. *(Palmas.)*

Ficamos todos aqui muito sensibilizados com a sua colocação. Mais uma vez, obrigado pela sua presença.

Passo a palavra agora ao Senador Rogério Carvalho.

O SR. ROGÉRIO CARVALHO (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - SE. Para interpelar.) - Obrigado, Senador Romário, Presidente.

Primeiro, eu queria cumprimentar o meu amigo, colega de Parlamento, o Mandetta, por quem eu tenho um grande respeito. Tivemos grandes debates no Programa Mais Médicos, mas sempre com muito respeito, com muita cordialidade, como deve ser o debate político.

Mandetta, eu fico feliz de ver que não é a nova política que tem importância, mas, sim, a boa política. Esse debate da nova *versus* a boa política a gente precisa fazer. E não é desconstruindo que a gente vai construir um país melhor, até porque a construção do nosso sistema de seguridade, que inclui a saúde, é uma construção baseada no princípio da solidariedade.

Então, quando a gente vê a Laissa aqui é que a gente percebe a importância da solidariedade e de um sistema que garante a saúde como um direito que materializa a cidadania. Então, romper com isso é uma desconstrução que significa terra arrasada, porque rompe um dos pilares da construção da nossa sociedade, que é a solidariedade. Sem a solidariedade dos mais ricos com os mais pobres e a solidariedade de todos os cidadãos configuradas no sistema de seguridade, casos como o da Laissa, com todas as dificuldades, não teriam solução, a não ser do ponto de vista individual de campanhas individuais, e não suportada no sistema público de saúde.

Então, eu acho que essa é a primeira questão. Por isso, eu quero lhe dizer que, vendo a sua fala, não tem nenhuma desconstrução, tem a busca de ajustes, de arrumação. Eu estava muito preocupado com a política da saúde indígena; pelo que você falou, não vai haver desmonte, pode permanecer o mesmo sistema, a mesma forma - isso me tranquiliza. Vejo uma sequência de acúmulos históricos, é sobre eles e sobre essa construção que você está atuando, aperfeiçoando, buscando melhorar, dando a sua visão, o que é absolutamente legítimo e recomendável. Então, inicialmente eu queria parabenizá-lo por não ser um desconstruidor, como está na moda, e por não estar praticando a pseudo nova política, mas a boa política, a política que dá continuidade, que agrega valor e que não parte do zero, parte do lugar onde o último que saiu deixou, e a partir dali você tem uma base a qual você pode melhorar, ampliar, fazer diferente e fazer melhor, que é o que se espera de quem chega para assumir um cargo renovado, com muita vontade.

Agora, eu fico aqui com algumas perguntas, porque, veja, o futuro é a terapia individualizada, não é o projeto terapêutico individualizado, que todo mundo tem, em que se compõe uma cesta de tecnologias para resolver o seu problema - é o medicamento individualizado. Então, para isso, a gente precisa de mais solidariedade ainda do ponto de vista sistêmico.

(Soa a campainha.)

O SR. ROGÉRIO CARVALHO (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - SE) - E nós vamos precisar de mais recurso.

Só para concluir, Presidente.

Eu tenho algumas preocupações. Primeira, a PEC do teto já tirou 7 bilhões da saúde desde que ela foi implantada, 7 bilhões é o que deixou de ser repassado com o teto do gasto, com a PEC 95. Estas são questões em que a gente precisa pensar: 1) como tirar os gastos com saúde do teto da PEC dos gastos; 2) na desvinculação propalada pelo Ministro Guedes. O que é desvincular? Retirar a vinculação constitucional do gasto com saúde. Se você desvincula, você tira o mínimo de garantia de ter recursos e a base da solidariedade do sistema de seguridade vai estar completamente destruída, acabada se a gente desvincular o gasto de saúde ou o investimento em saúde como um gasto constitucionalmente definido.

Então, eu estou perguntando a você: você vai estar ao lado de todos esses Senadores e Senadoras que estão aqui, da Laissa, de todos nós na luta contra a não desvinculação orçamentária? Porque isso é o fim do sistema de seguridade e da possibilidade de a gente ter a assistência garantida.

Por fim, eu queria dizer que concordo, acho que é um caminho correto a distritalização ou a regionalização do ponto de vista do planejamento do investimento na rede assistencial para dar conta de uma população, porque não há escala em um município individualmente para atender integralmente aquelas populações, mas também é importante que a gente não crie mais estruturas burocráticas - burocráticas - para aumentar o gasto operacional da operação sistêmica. Portanto, já existe uma construção ao longo do tempo, e as cidades maiores cumprem esse papel. Precisamos regular isso.

Eu apresentei um projeto de lei chamado lei de responsabilidade sanitária, que é uma revisão da Lei 8.080, uma regulamentação da Lei 8.080 e da 8.142, que trata dessas questões. E eu queria ter a oportunidade de fazer uma apresentação a V. Exa., porque trata exatamente de como tornar cada município responsável por aquilo que ele pode fazer, e o somatório de tudo isso conforma o sistema, porque o nosso sistema é o mais complexo do mundo: são 5,6 mil operadores de sistema de saúde, 5.570 municípios, 27 estados e mais a União, como articular tudo isso...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. ROGÉRIO CARVALHO (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - SE) - ... mais o sistema suplementar. Por isso que dá 5,6 mil, porque eu boto o sistema suplementar, ainda tem a Anvisa, que cumpre papel sistêmico, ainda tem a ANS, que cumpre papel sistêmico. Essa lei trata e articula todos esses elementos.

No mais, eu queria dizer, Ministro, que, se o senhor continuar na linha da boa política, pode ter certeza de que, independentemente de partido, de condição política, o senhor terá de todos os Parlamentares e desta Casa o apoio que for necessário para as iniciativas que forem adotadas. Pela sua exposição, eu não vi nada fora de um eixo de construção histórica que é natural que tenha alterações e mudanças, porque assim deve fazer quem chega: melhorar, agregar valor.

Parabéns pela a compreensão do que V. Exa. tem como responsabilidade à frente do Ministério da Saúde!

Obrigado, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Senador.

Passo a palavra agora ao Senador Fabiano Contarato.

Fabiano, V. Exa. tem cinco minutos.

O SR. FABIANO CONTARATO (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - ES. Para interpelar.) - Obrigado, Presidente. Prometo ser breve e didático.

Nós sabemos que vivemos uma democracia em que tem que se respeitar a Constituição Federal. E, dentro da Constituição Federal, no art. 5º, está expresso o direito à vida. O respeito à integridade física e à saúde é o principal bem jurídico que tem que ser protegido por todos, mas que é dever do Estado. E o Estado está falhando com relação a esse dever.

Ainda na Constituição, no art. 6º, está expresso, como direito social, o direito à saúde. Digo mais: os pactos e tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário estabelecem que a saúde pública é um direito humano essencial.

Diante disso, eu fico triste quando todas essas previsões estão estabelecidas desde 5 de outubro de 1988, com a Carta Constitucional, e infelizmente o principal violador desses direitos - do direito da Larissa - é o próprio Executivo.

Eu não posso conceber que nós temos, dentro do art. 198 da Constituição Federal, uma determinação expressa de que 15% da receita corrente líquida tem que ser - no mínimo, esses 15% - para a saúde; 12% para o estado; e 15% para o município. Existem municípios, como uns no meu estado, em que esse percentual é muito maior, e nem assim eles têm como dar uma saúde de qualidade.

Nós todos sabemos que no Brasil o Sistema Único de Saúde está falido; as pessoas estão morrendo nos hospitais públicos, nos corredores; os médicos se posicionando, lamentavelmente em condições sub-humanas, como semideuses, escolhendo quem vive e quem morre. A população carente é difícil ter acesso a uma primeira consulta e, quando se exige um exame de maior complexidade, a demora é maior ainda. E, quando chega, já é tarde.

Diante disso, diante dessas colocações, eu fico muito preocupado, porque sempre é o pobre que está sofrendo com a violação desses direitos expressos na Constituição Federal. Não adianta vir na Constituição Federal e falar que todos têm direito à saúde, que a saúde é um direito de todos, mas é dever do Estado, se o Estado viola esse direito. Não adianta, no art. 144, vir falar que a segurança pública é direito de todos, mas é dever do Estado, se nós vivemos presos nas nossas residências. Não adianta falar que nós temos que ter um salário mínimo digno se nós temos esse mísero salário mínimo.

Eu fico preocupado com a população indígena, com a população carente, com a população do meu estado lá do interior, porque, com a retirada do programa... Não entro no mérito do aspecto político, de regime político, mas o problema de saúde é urgente e não depende da formação de um professor de seis anos agora para se resolver, porque tem que ser resolvido agora. E, quando se retira o Programa Mais Médicos, quem está sofrendo com isso não sou eu, não é o senhor, Ministro, não é nenhum Senador que está aqui; mas é a população indígena, é a população ribeirinha, é a população menos favorecida, é a população que é privada do mínimo dos seus direitos. É a população sem vez, sem voz, sem dignidade, sem teto, sem saúde, sem educação, sem habitação, sem moradia, sem lazer, sem nada.

Então, a minha pergunta é... Passou da hora de nós investirmos mais na saúde, para que essa garantia constitucional deixe de ficar "deitada eternamente em berço esplêndido" na Constituição Federal e ganhe vida dentro do Estado democrático de direito, porque, só assim, nós poderemos ter, um dia, a premissa constitucional de que todos somos iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Infelizmente, não é isso o que acontece hoje no Brasil. No Brasil, uns são mais iguais que outros.

Então, o que eu quero que o senhor informe é, primeiro... Vamos lutar para aumentar esse percentual, para que esse percentual de 15% da receita corrente líquida... São 12%. Isso é muito pouco, é muito pouco. Esse parâmetro do teto, o que foi tirado, usurpado da saúde... São questões sensíveis, de que a população precisa. População sem saúde não chega a 80 anos, e, sem chegar a 80 anos, não há reforma de previdência que vá passar.

Muito obrigado.

Que Deus nos abençoe a todos!

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Obrigado, Senador Fabiano Contarato, da Rede, do Espírito Santo.

Agora devolvemos a palavra ao Sr. Ministro para as respostas aos primeiros três Senadores, por favor.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - Iniciando aqui pelas colocações do Senador Romário, no que diz respeito a doenças raras e alto custo, é preciso ver que todos os países que têm sistemas públicos que admitem o Estado

como produtor desse direito... Você tem praticamente três Estados: há o Estado capitalista, que é o norte-americano, onde as relações da força de consumo e produção se dão; há países em que se coloca um dever do Estado e que gradativamente foram construindo seus sistemas; e há os regimes totalitários, onde o Estado é provedor absoluto. Os totalitários, hoje, basicamente, estão em dois ou três países no mundo. E o mundo está dividido ao meio: há os que querem o sistema universal e os que querem cobertura universal dentro de sistemas de caminhada individual.

Esta discussão, neste ano, vai ser a discussão da ONU e da Organização Mundial da Saúde: exatamente o conceito do alto custo em frente dos sistemas universais. O receio que se tem, Senador Romário, é o de que esse alto custo da terapia individual acabe por inviabilizar sistemas de cobertura universal. Essa é uma discussão que nós temos que, dentro do nosso país, acelerar.

Eu, outro dia, discutia, ali na Seguridade Social, nesse viés. Nós temos, por exemplo, lá no Rio de Janeiro, três institutos. Nós temos o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Essa é uma especialidade que já tem capilaridade nacional inteira e, no início, se justificava; havia as próteses, era uma tecnologia muito concentrada. Nós temos o Instituto Nacional de Cardiologia, que, no início, se justificava. Você tinha lá as pontes de safena, o Prof. Zerbini... Eram centralizadas em São Paulo.

Eu estive lá em Roraima *(Falha no áudio.)*... E nós não temos um instituto nacional de genética e doenças raras. Nós só temos 200 e poucos geneticistas no país. Se nós não tivermos o nosso instituto para começar a gerar as terapias gênicas, reconhecendo o nosso código genético, que é o que está na frente para o século XXI, se nós já somos dependentes da indústria farmacêutica *lato sensu*, nós nos tornaremos dependentes absolutos das terapias individuais.

Então, é uma decisão, em breve, da criação do instituto nacional de genética e doenças raras para fazer o enfrentamento do alto custo, que é o que pede o Senador Romário, os protocolos clínicos e, no compartilhamento de riscos dos medicamentos que virão, esse instituto poder fazer a parte de monitoramento e dotar o país de uma política mais madura em relação a doenças raras.

A relação do custeio para esses programas nós estamos garantindo com os recursos da União. Eles somam valores extremamente elevados. Nós praticamente incluímos todos os protocolos, todas as terapias para doenças raras estão incluídas. A atenção primária é uma sinalização forte, a Secretaria Nacional de Atenção Primária vem com mais recursos para a atenção primária, mas ela vem cobrando indicadores de vacina, indicadores de protocolo de diabetes, de hipertensão. Quando a pessoa fala: "Coloquei dinheiro na atenção básica, botei no programa de diabéticos, olhei 100% dos pés diabéticos", ora, tem que cair o número de amputações. Então, esses indicadores de resultado serão a tônica da atenção primária.

Em relação ao Mais Médicos, permanece o programa. A única alteração que teve até agora nesse programa, até o momento, foi que, para as cidades que não se encaixam, que são desvios políticos do programa... Infelizmente pessoas passaram a ser elementos de despesa. Então, me arruma dez médicos, dez cubanos, que eu vou economizar 120 mil, 130 mil por mês, o que significa 1,5 milhão por ano, que, em quatro anos de governo, significam 6 milhões. Passou a ser *commodity*, e pessoas não são coisas. Chegou uma hora em que quem rompeu o programa... O Senador colocou ali a queixa dele, muito pertinente, de que retirar o programa é um crime contra as pessoas. É verdade, mas eu acho que essa queixa dele é direcionada a Cuba, provavelmente a Cuba, porque o país continua com o programa e procurando, dentro das alternativas que temos, na legislação que temos, lutando com as pessoas, que têm o direito de ir e vir, que têm o direito de exercer a sua profissão onde entendem ser necessário... E cabe ao Estado procurar atraí-las para dentro do programa.

As santas casas. A dívida consolidada, Senador Romário, eu consolidei em 2012, quando eu era Presidente da Comissão de Seguridade Social da Câmara, eu consolidei essa dívida, na época, em 15 bilhões, com o crescimento de 1,1 bilhão ao ano. E a última sinalização da dívida que eu tive, antes de entrar no ministério, é de 22 bilhões a 23 bilhões, Ministro. O enfrentamento dessa dívida... Ela tem dois componentes: gestão e subfinanciamento. Pouco dinheiro mal gerenciado é um coquetel explosivo. O enfrentamento até agora, que foi feito pelas duas Casas, foi arrumar um recurso bancário mais barato, arrumar um pouco de recurso... Normalmente os Prefeitos, os Governadores e a União: "Acode aqui, que vai fechar", "Fechou, vamos lá". Está na hora de a Casa criar dois caminhos: um de saneamento, aqui do lado, e um outro de gestão clínica dos processos. O diálogo está muito bom com as santas casas, a gente está construindo uma solução a quatro mãos para vir para esta Casa.

Quanto ao Senador Rogério Carvalho, agradeço. Nós fizemos, realmente, bons debates. Eu sou um homem do Parlamento, não existe nenhuma pretensão de nenhuma situação de arroubo. Nós estamos com um sistema em construção. Sistemas em construção... Quando o Constituinte, aqui nesta Casa, aprovou a máxima constitucional de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, ele não disse: faça-se o sistema! Ele disse às próximas gerações de Parlamentares, Senadores: construam o sistema! Eu não estou triste com o sistema, eu estou é muito alegre com o sistema.

As conquistas que o sistema teve até aqui são incomensuráveis perto do que tínhamos, e ele é uma sucessão de trabalho. Tem trabalho de Humberto Costa, tem trabalho de Marcelo, tem trabalho de Ricardo, tem trabalho do Prof. Adib Jatene, tem trabalho do Senador Serra, membro aqui também desta Casa, tem trabalhos inúmeros realizados ali. É uma construção e uma continuidade. Não existe como se mudar algo que é constitucional. No caso, nós temos na nossa Constituição um desafio, mas não é um desafio do Executivo isoladamente.

Pergunta-me o Senador Rogério sobre a PEC do teto, desvinculação das receitas da União. Qual é a função do Parlamento? Para que o Parlamento foi inventado, se não é para construir o orçamento? O orçamento é feito pelo Parlamento e fiscalizado pelo Parlamento. Não há nenhuma pessoa, aqui dentro desta sala ou naquela outra Casa, que tenha ido à praça pública pedir votos e que não tenha dito que iria dedicar o seu mandato à saúde e à educação. Eu nunca vi um candidato chegar e falar assim: "Eu vou para lá para fazer outra coisa". "Nós precisamos melhorar a saúde, nós precisamos melhorar a educação", é quase que o pano de fundo de todos. E depois as suas verticalizações: melhorar o agronegócio, melhorar o ambiente de negócios, melhorar o esporte, melhorar as mesmas áreas, mas saúde e educação são horizontais.

Acho que o Parlamento é quem constrói as suas soluções. No caso da PEC dos gastos, não tem nada dizendo que não se pode colocar mais recurso em saúde. Nada. Só tem que ter responsabilidade, porque nós estamos todos no mesmo barco. A saúde não vai ser uma ilha. Nós vamos colocar mais recursos e vamos apontar de onde eles virão. E virão das soluções que o agro propõe? Dos subsídios? Virão do enfrentamento do déficit da previdência? O futuro da nação está dentro da Casa. O debate está colocado: se é boa, se é velha, se é futura política, é a política! E essa crise do Estado brasileiro de subfinanciamento que atinge também a saúde só é solucionável com aqueles que pensam mais nas próximas gerações de brasileiros que vêm aí.

É um país que envelhece com muito mais doença degenerativa, com Alzheimer, com câncer, com uma série de pressões, com doenças cardiovasculares, coexistindo com trauma, coexistindo com doenças infecciosas, como malária, dengue, leishmaniose, quer dizer, quatro grandes valências de pressão no sistema de saúde e será desta Casa aqui que vão fazer... Não tenho receio. Para um determinado momento, as veiculações são necessárias, mas do Sistema Único de Saúde... Duvido que alguém, aqui nesta Casa, no mundo em que estamos vivendo, retiraria recursos da saúde. Acho que o Parlamento é maduro o suficiente e conheço o Parlamento brasileiro para saber que ele vai caminhar com a saúde sempre ao seu lado.

A regionalização é um debate, é necessária. A gente vai aumentar a escala? Lógico. Sem criar estruturas pesadas, dando agilidade, mas principalmente...

O SR. LUIS CARLOS HEINZE (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/PP - RS) - Ministro Mandetta...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - ... trabalhando com as devidas...

O SR. LUIS CARLOS HEINZE (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/PP - RS. Para interpelar.) - Só sobre a regulamentação, que o senhor não respondeu ali para o Senador Romário. Regulamentação das santas casas.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - É. Na verdade não é regulamentação.

O SR. LUIS CARLOS HEINZE (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/PP - RS) - A regulamentação da lei.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - O Senador Romário me aponta a dívida das santas casas.

O SR. LUIS CARLOS HEINZE (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/PP - RS) - A regulamentação da lei diz respeito aos financiamentos.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - A portaria?

O SR. LUIS CARLOS HEINZE (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/PP - RS) - Isso.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Já foi publicada.

O SR. LUIS CARLOS HEINZE (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/PP - RS) - Já foi publicada.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Foi publicada, já tranquilizou o setor. Na semana passada, a gente trabalhou exatamente com isso. Já saiu da minha mesa a assinatura. Deve ser só uma questão de chegar lá na ponta.

Quanto ao direito constitucional, é uma construção; não vejo como triste um país que vacina 64 milhões de pessoas com a vacina para a gripe produzida pelo Butantan. O Butantan consegue achar... Estamos no nível 4, indo para o nível 5. O nível 5 é quando você libera para comercialização uma vacina da dengue em dose única. Para o Brasil, como é uma construção do raciocínio do Butantan, sem custo; para o mundo, se optarem pela solução Butantan, o Butantan ainda,

além de ganhar o que ganhou para repassar para a multinacional em questão - foi mais de US$100 milhões -, entra na construção da venda mundial.

Quem fez essa pesquisa, Senador Rogério, se não foi o SUS? Agora, precisamos avançar cada vez mais. Temos respostas a dar em inúmeras situações. Quem tem feito, diariamente, o esforço de atender as emergências, o câncer, a cardiovascular, o pré-natal brasileiro é sempre o SUS. É uma responsabilidade, como colocada aqui, Senador, do Executivo? Não. Ela é uma responsabilidade do Executivo, é uma responsabilidade do Legislativo e muito do Judiciário também, que, através das demandas judiciais, garante alguns princípios que são elementares, mas que, através de sentenças que, muitas vezes, dão o direito individual *versus* o direito coletivo, afunda Prefeitos, afunda cidades inteiras com decisões judiciais, às vezes, de má percepção da importância do alcance das suas ações.

Para isso, a gente discutiu, na semana passada. Eu estive com o Ministro Toffoli. Nós estamos acompanhando a votação da súmula vinculante sobre ações judiciais. Existe já um bom entendimento para que a gente possa avançar para aquela discussão que nós tínhamos sobre quem é autoridade sanitária neste nosso país, a quem cabe a função de autoridade sanitária. No sistema inglês, a NICE faz isso; não é ligada ao ministério, não é ligada ao Judiciário, mas há autoridade sanitária, e os recursos são administrativos. Então, talvez nós possamos caminhar para construir algo daquele gênero.

Enfim, nosso sistema não está falido, não está morrendo. O SUS está muito forte, ele vai continuar avançando. Quanto às perguntas do Senador Fabiano Contarato, basicamente não há retirada de programa; nós já substituímos quase 9 mil médicos que saíram em bloco e mais os 2,8 mil que estão em processo de seleção.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Ministro.

Passo agora ao segundo bloco.

Com a palavra o Senador Styvenson, Podemos, Rio Grande do Norte.

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RN. Para interpelar.) - Bom dia, Sr. Ministro. Bom dia, Sr. Presidente.

Sr. Ministro, eu ouvi agora, atento, a fala do senhor. O senhor disse que o senhor também é população brasileira. Acho que todos os Senadores já sabem que a reforma da previdência está presente, Flávio Arns, porque a população está envelhecendo, a pirâmide está invertendo, estamos virando uma população mais velha, bem mais velha do que isso. Com isso, vêm as consequências, como senhor mesmo disse, várias doenças ocasionadas pela idade.

Observa-se no país que há uma deficiência em geriatria muito grande. Hoje praticamente, segundo o *site* do SUS, nós temos 2.488, o que não bate com o *site* da classe médica especialista nessa área, que chega a ser 1.112. Chega-se ao absurdo de ter um médico, no caso do Amapá - ouviu, Lucas? -, um geriatra para toda a população no estado. Isso eu estou falando porque, segundo a OMS, precisaria, Lucas, de um médico para cada mil pessoas no país. O país hoje tem esse número e precisaria de cerca de 28 mil novos médicos. Eu lhe pergunto, Sr. Ministro, o porquê, já que o senhor é médico. Os médicos não têm mais interesse em partir para essa área? Qual o porquê da concentração das especialidades dos grandes cursos no Sudeste e no Centro-Oeste? E, nesse número - viu, Lucas? -, de 2.488 do SUS, está concentrada a maioria no Sul e Centro-Oeste; o Norte e o Nordeste perdem, têm escassez. E qual é o incentivo, uma vez que o Ministério da Saúde investe em bolsa de especialização em 21 especialidades e em nenhuma delas, está no *site* do ministério, está a geriatria? Se a gente está falando de previdência, se a gente está falando, Flávio Arns, do envelhecimento da população e se existe essa transversalidade entre os ministérios, por que não ser discutido isso agora, se essa disciplina nem é tocada muitas vezes no curso de Medicina, se nossa população está envelhecendo, se todos nós aqui vamos envelhecer, e a gente precisa desse cuidado, dessa atenção? E, como o Senador Fabiano Contarato disse, e a população...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RN) - É o Fabiano e eu falei Flávio? Misturei Flávio com Fabiano? Não tem problema! São todos sangue bom.

Então, queria saber do senhor como tornar o mercado mais atrativo para esses médicos. O próprio ministério não investe em especialização. O que está acontecendo, porque a nossa população está envelhecendo e precisa dessa atenção antecipada? Tomar medida de última hora não vai suprir a necessidade.

Era essa a pergunta.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem.

Passo a palavra agora ao Senador Humberto Costa, do PT de Pernambuco.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE. Para interpelar.) - Sr. Presidente, Sras. Senadoras, Srs. Senadores e Sr. Ministro, eu quero começar abordando a questão da política de saúde mental.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - V. Exa. tem cinco minutos.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - O Brasil conseguiu construir, ao longo dos últimos anos, uma reforma da atenção à saúde mental que é exemplo internacional, eliminando um sistema manicomial profundamente excludente e desrespeitoso em relação aos direitos humanos dos pacientes. Eu queria... Eu vi que V. Exa. falou que não haverá mudanças, mas já houve mudanças no próprio governo passado, e, inclusive, ministros deste Governo, como o Ministro Osmar Terra, já estiveram conosco - e líderes -, demandando a aprovação de um projeto que representa um retrocesso profundo na política de atenção à saúde mental no Brasil, com o restabelecimento da internação involuntária em critérios diferentes do que estão previstos hoje, com o fortalecimento do sistema hospitalar na área de saúde mental, os hospitais psiquiátricos e com a quase definição das comunidades terapêuticas como único mecanismo para o atendimento, especialmente nos casos de drogadição. Eu sou defensor das comunidades terapêuticas para atuarem nessa área, mas certamente não é o único meio, nem é aquele mais indicado para que se faça o atendimento dos drogadictos.

Eu queria saber a opinião de V. Exa. sobre esse projeto, sobre essa política, lembrando que as comunidades terapêuticas, inclusive, têm financiamento público, porém não de recursos do Ministério da Saúde. Qual é a visão de V. Exa. em relação a essa questão?

Outra coisa: eu quero insistir no debate de que o ministério precisa ter uma posição firme tanto sobre a PEC, a Emenda Constitucional 95, quanto agora sobre esta ideia de desvincular os recursos públicos, o que deve atingir especialmente saúde e educação. E eu acho que a resposta que eu vi V. Exa. dar lá na Câmara dos Deputados e em algumas manifestações não é suficiente, porque nós sabemos que, se você tem um teto de gasto, você tem uma disputa pelo gasto. Não é simplesmente V. Exa. dizer que os Deputados e os Senadores têm que incrementar isso dentro do Orçamento. Nós sabemos que tem uma disputa com corporações fortíssimas, com segmentos econômicos fortíssimos. O debate para que, dentro do teto, você tenha um crescimento dessas áreas sociais é muito difícil se fazer, porque a capacidade de vocalização de determinadas políticas e de determinados setores é muito menor do que outros que estão lá dentro. Então, manter a vinculação e, ao mesmo tempo, tirar do teto de gastos os recursos para áreas como a saúde eu acho que tem que ser uma meta perseguida por todos nós, inclusive pelo Ministro da Saúde que está no Governo.

Eu apresentei uma PEC exatamente tirando a saúde da contabilização do teto de gastos. Eu acho que esse seria um tema que deveria ser tratado, sob pena de a gente ter uma regressão progressiva dos gastos com a política de saúde.

E, por último, eu queria falar a V. Exa. sobre a questão do Mais Médicos. Diferentemente do que eu tenho ouvido algumas pessoas falarem, há, sim, déficit importante de profissionais.

(Soa a campainha.)

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - No meu estado, por exemplo, nós estamos com um déficit de 190 profissionais, especialmente para regiões de difícil acesso.

Uma parte do preenchimento de médicos se deu com a saída de pessoas da contratação pelo PSF e indo para o Mais Médicos, o que termina cobrindo um santo para descobrir outro. Eu queria saber se V. Exa. tem os números de qual é o déficit que resta depois da saída dos médicos cubanos, envolvendo tudo, áreas indígenas, áreas de difícil acesso.

Agradeço a V. Exa. e fico feliz de ver que V. Exa. tem falado muito na questão de preservar muitas políticas. Acho que hoje o nosso grande objetivo é preservar o SUS, que eu acho que está sob um ataque intenso.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito obrigado, Senador Humberto Costa.

Passo a palavra agora ao Senador Mecias de Jesus, PRB, de Roraima. É o último do segundo bloco.

O SR. MECIAS DE JESUS (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/REPUBLICANOS - RR. Para interpelar.) - Sr. Presidente Romário, demais membros desta Comissão, caro Ministro Mandetta, quero dizer que é uma satisfação estar aqui. Fico feliz porque V. Exa. já conhece as demandas do meu estado, do Estado de Roraima, e sabe as necessidades que nós temos lá.

Eu concordo plenamente com o Senador Humberto quando ele diz que é preciso tirar a saúde do teto dos gastos ou aumentar os recursos de saúde o mais rápido possível, e fico triste também quando vejo a Laissa e, como ela, muitas Laissas no Brasil, com outras doenças, que às vezes até recorrem judicialmente - e nas secretarias de saúde do estado, mais especificamente, após ganharem uma decisão de primeira instância, ainda tem um recurso da secretaria de saúde do

estado para não atender o pedido, que é uma emergência para uma situação de saúde como a dessa menina e de tantos outros que tem aí nesse país.

V. Exa. é um homem preparado, conhece bem o sistema, e eu não tenho dúvida de que está se dedicando o máximo que pode para resolver os problemas mais emergenciais do Brasil. Estou me colocando mais uma vez à disposição de V. Exa. para ajudar naquilo que for possível para diminuir as dores e os sofrimentos do povo brasileiro no quesito saúde.

Sobre Roraima especificamente, Sr. Ministro, eu quero fazer algumas colocações e talvez algumas perguntas, no caso do Mais Médicos inclusive. V. Exa. poderia determinar a prioridade para os médicos brasileiros que se formam em outros países, mas que não têm condições de clinicar aqui no Brasil; então, ao invés de trazer médicos de outros países para o Mais Médicos, aproveitar os nossos aqui, que são brasileiros que se formaram fora do nosso país porque não tiveram condições de acessar, de ter acesso a uma faculdade aqui no nosso Brasil. Eu acho que para eles, tanto eles quanto os outros, deve ser feita uma reavaliação, talvez pelo CRM, por algum órgão do Ministério da Saúde, semestralmente, uma reavaliação para ver se eles estão atendendo a contento e cumprindo corretamente a função de médico no nosso país.

Uma outra questão, Ministro - e já tive a oportunidade de conversar com V. Exa. sobre isto, mas a cada dia aumentam os boatos sobre isto -: o final da Secretaria Especial de Saúde Indígena, se já é fato consumado, e sendo fato consumado, quem a substituiria. Para mim, para o Senador Mecias de Jesus, para o Senador Telmário, para os Senadores que têm indígenas no seu estado, para nós independe se tem a secretaria ou não: o que nós queremos é o serviço, e o serviço bem prestado, para os povos indígenas do Brasil, em especial do nosso estado.

Nós temos, por exemplo, informações de que vai se municipalizar. Municipalizar a saúde indígena no Estado de Roraima é praticamente impossível.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone.*) - Não dá.

O SR. MECIAS DE JESUS (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/REPUBLICANOS - RR) - Impossível. Nós temos 27 mil índios na região ianomâmi. São 348 comunidades indígenas, aldeias, nenhuma delas tem transporte terrestre para a capital, tem que ser via aérea, e são vários municípios diferentes, inclusive municípios no Amazonas. Nós temos no Dsei Leste cerca de 400 comunidades indígenas também, com cerca de 50 mil índios, também em vários municípios. Ou seja, municipalizar isso aí seria muito difícil.

(Soa a campainha.)

O SR. MECIAS DE JESUS (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/REPUBLICANOS - RR) - Mas nós gostaríamos muito que, sem quebrar essa corrente de tratamento para a saúde indígena dos indígenas de Roraima e do Brasil, independentemente da manutenção ou não de uma secretaria especial, tenha um órgão descentralizado com autorização e que seja rápido o atendimento dos povos indígenas de Roraima. Comenta-se muito que algumas ONGs detêm todo o orçamento que vai para lá. Pode-se mudar isso, pode se mudar o processo licitatório, pode se dar oportunidade para que outros possam concorrer.

No momento, lá em Roraima, há um verdadeiro sentimento de desprezo, porque os operadores, os servidores estão sem receber há praticamente dois meses. E eu quero fazer um apelo a V. Exa. tanto no sentido de manter e melhorar logicamente a qualidade do serviço de saúde para os indígenas de Roraima como manter o pagamento em dia daqueles que trabalham lá pela saúde. E faço mais um apelo: que corrija os erros que eu sei que existem, os abusos que eu sei que existem, nós sabemos que existem, corrija isso o mais rápido possível. Serei um soldado seu nessa luta. O que nós queremos é tão somente que a saúde indígena no Brasil e em Roraima siga da melhor forma possível.

Finalizando, Ministro, com a permissão do Presidente Romário, Roraima é o único estado brasileiro - se não o único, talvez um dos únicos - que não tem um hospital federal. E nós precisamos urgentemente de recursos da saúde para concluir aquela obra que V. Exa. já conhece lá e que certamente vai melhorar muito a saúde para todo o povo de Roraima.

Muito obrigado, Ministro; obrigado, Presidente Romário.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito obrigado, Senador Mecias de Jesus.

Como combinado, volto a palavra agora ao Ministro Mandetta para responder às perguntas dos Senadores Styvenson, Humberto Costa e Mecias de Jesus.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - Bom, o Senador Styvenson está coberto de razão em relação à geriatria. Eu via e alertava para esse debate, as pessoas falavam: "Precisa de pediatra". É uma discussão sempre das mães - não é, Senadora Zenaide? E eu dizia: "Com o envelhecimento da população, deveríamos estar discutindo a formação

dos geriatras, não dos pediatras". O número de pessoas em processo de envelhecimento no Brasil está aumentando e vai aumentar, porque nasciam 5 ou 6 crianças por mulher nos anos 50, 60, e está nascendo 1,6, 1,7 em alguns centros.

A abertura das faculdades de Medicina de 2013, 2014 até 2016 passou de mais ou menos cento e quarenta para trezentas e pouco. Nós passamos de 12,8 mil vagas no vestibular para aproximadamente 32 mil vagas, e parece chegando a 35 mil vagas. A própria lei do programa fala que você tem que garantir 100% de vagas para residência. Acontece que o MEC não tem orçamento para isso. Nós estamos conseguindo ofertar vagas para 50% desses médicos recém-formados. Então, o país está tendo uma formação de recursos humanos, uma expansão abrupta. A qualidade dessa expansão só o tempo vai dizer, nós não sabemos quais os critérios, se temos mestres, doutores, se temos hospitais de ensino, se foram modulagens corretas, qual o tipo de modelagem das universidades. Nós temos baixa especialização de residências e nós teremos uma geração inteira de médicos endividados que vão entrar no mercado. Pegam lá uma mensalidade de R$6 mil, põem esse menino no Fies, e, se ele atravessa seis anos de Medicina, dando dois anos de carência, ele começa a vida com mais de R $1,2 milhão de dívida pela frente. Então, esse momento é um momento extremamente complexo, o de garantir formação ética, Senador Otto, controle desse pessoal e induzir algumas especialidades, sendo a geriatria - com certeza, o cuidado com os idosos se impõe e a geriatria é, sim, importante - um dos pontos alvos de formação de pessoas; o envelhecimento muito nos preocupa.

Ao Senador Humberto Costa: saúde mental, internação involuntária, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas. Senador, nós tivemos lá na Itália o início da luta antimanicomial, da desospitalização com a construção de uma rede de ambulatórios, etc. Quando eu me formei médico, em 1989, não passava de cinco medicamentos que eram utilizados para praticamente todas as situações - eram cinco, cinco medicamentos! A química cerebral sendo desvendada, sinalizava para o tratamento ambulatorial, para a diminuição daquelas crises, diminuição daqueles quadros que não tinham solução. Então, com a melhora do tratamento ambulatorial, os pacientes psicóticos, com doença mental, tinham muito mais possibilidade de tratamento ambulatorial, e daí a opção do mundo de falar: "Olha, vamos desospitalizar, vamos para a rede ambulatorial, ela é mais lógica, ela é mais humanizada, ela é muito melhor para toda a sociedade". Assim esse sistema vem ocorrendo; não é uma experiência brasileira, é uma experiência mundial. Agora, quando se passa...

Ao mesmo tempo, ninguém poderia pensar - e eu acho que aí é que se colocou em cheque o problema todo - no surgimento da epidemia principalmente do *crack*. O *crack* é uma droga extremamente aditiva, produzida no país vizinho aqui em quase sua totalidade. Em um país que virou um grande mercado consumidor, nós tivemos um crescimento muito grande de sofrimento mental das famílias, que passaram a acorrentar filho em pé de cama, enfim, e o Estado fechou os leitos, não tinha o que oferecer. A sociedade se organizou, principalmente através das igrejas - como as comunidades terapêuticas são, no mais das vezes, instrumentos de apresentação de fé -, para que, através da fé, a pessoa conseguisse a libertação do vício. E nós, Estado brasileiro e vários do mundo, não temos o que ofertar a não ser: quando a pessoa se convence de parar, há uma internação curta para síndrome de abstinência, e, depois da internação curta da síndrome de abstinência, nós oferecemos a ela a rede ambulatorial. E ela volta; ela não tem um intervalo de quatro meses, três meses. Os filhos das famílias mais abonadas, como nós escutamos todos os dias, vão para clínicas de internação, verdadeiros *spas*.

Eu acho que eu posso aqui falar, porque é público - ele mesmo já deu vários depoimentos -, do Casagrande, o jornalista. Ele passou quase dez meses. Depois que ele teve alta, ele tem duas psicólogas que o acompanham. A recidiva, a recaída é muito intensa. E, no SUS, nós não temos. Então, eu acho que, quando o Ministro Osmar... Quando se faz o debate sobre comunidades terapêuticas, nós estamos falando de acesso para uma metodologia de tratamento que se impõe no caso dos dependentes químicos.

A questão da internação involuntária é uma discussão, é uma discussão dura. Quando você abandona a pessoa, respeitando o seu direito de não se internar, a expectativa de vida dela, quando ela chega ao fundo do poço, na cracolândia, lá na fase mais degradante, não chega a um ano, segundo as pessoas que estudam - ou é por violência ou hepatites ou doenças infecciosas, sexualmente transmissíveis. Aquele meio é extremamente hostil. Então, aí tem um debate entre o direito individual, a família e o direito à vida. Acho que esse é um debate muito bom para este Parlamento.

Acho que as comunidades terapêuticas têm o seu espaço, mas nós temos que dar o padrão de qualidade para isso. Não é falar: "Isso aqui é uma comunidade terapêutica; vá para lá", se não tem psicólogo, não tem... Como que vai se fazer, sem o farmacêutico, a dispensação de medicamentos psicotrópicos? Ou não vai usar? Quais são as maneiras... Ou, então, elas podem se transformar nos novos manicômios, como os que havia antigamente. Então, essa modelagem aqui é o que o Ministério da Saúde está trabalhando.

Quanto à PEC do teto dos gastos, volto a repetir: isso é um debate deste Parlamento. Ontem parece que a Câmara aprovou a PEC do orçamento impositivo, não foi isso que eu escutei? E agora que vem... Não sei se votou em dois turnos, eu não acompanhei.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Em dois turnos? Então, o debate vem para cá?

Esse debate é o debate que a sociedade... Aqui os Senadores representam os estados; lá é o povo. É um debate democrático. Se for nesse sentido, a responsabilidade é desta Casa. Agora, viver num país onde o déficit público é considerado um acidente de percurso - "já ele melhora", "deixa assim para a gente ver como é que fica" -, a gente sabe como é que fica e como é que ficaram todos os países que não se olharam no espelho e não enfrentaram as suas expansões do tamanho do Estado e a capacidade da sociedade de financiar o Estado desse tamanho. Tem outras áreas que eu acho que aqui V. Exas. podem muito bem discutir. Nós queremos um Estado enxuto, mas firme, forte e presente na saúde e na educação.

Quanto ao Senador Mecias, ao hospital de clínicas de lá, nós vamos concluir. Aquilo não pode ficar daquele jeito. O que nós fizemos foi o seguinte: ao criar uma secretaria nacional de atenção primária ou atenção básica - isso foi um debate que nós tivemos ali dentro -, como ter uma outra secretaria que só faz atenção básica? Então, essa secretaria chama-se Secretaria Nacional de Atenção Básica e Indígena. Ela se ocupa da atenção básica. Se nós deixarmos os dois sistemas aqui paralelos, como é que eu faço com o indígena? Por exemplo, daqui a pouco vocês vão ter que olhar e falar assim: "Eu preciso de um hospital exclusivo para o índio". "Eu preciso de um laboratório exclusivo para o índio". As populações ribeirinhas lá do seu estado, quando por lá passam as pessoas que estão na saúde indígena, falam: "Poderia nos atender também?". "Não, eu só atendo a saúde indígena". Então, nós temos que saber que é uma população que a gente precisa trabalhar e que a União quer chegar até ela com melhor qualidade.

Eu não posso entender que a epidemia de sarampo no seu estado, em Roraima, tenha entrado, na migração dos venezuelanos, exatamente pela população indígena. Ora, a gente sabe que, desde que Cabral chegou aqui, os índios padecem de doenças infecciosas dos brancos pela falta de vacinação. E nós temos uma estrutura desse porte.

Eu não tenho problema com o tamanho do recurso em saúde indígena. Eu sei que ela é muito mais dispendiosa, mas, para 700 mil índios, o recurso que o país põe... Eu acho que poucos países no mundo põem o recurso que o país põe, e nós precisamos fazer com que ele chegue lá. Por que o câncer de próstata... Como é que se faz preventivo para a mulher indígena? Como é que se dá acesso à mamografia? E é preciso aumentar o tamanho da gestão. Há a aquisição de equipamentos em número superlativo, superfaturamentos. Há controle do espaço aéreo, de voos. A Aeronáutica tem *expertise* sobre a Amazônia, já tem um grande sistema. Por que não deixar que ela faça isso para o Ministério da Saúde? É interromper? Não. É discutir, é discutir modelos.

Em Roraima, é impossível falar não é nem de municipalização. O Estado de Roraima... Mesmo se fosse no estado, o estado também não tem condições de garantir... Lá é a União mesmo, em toda a área amazônica.

Agora, dentro da cidade de São Paulo - dentro da cidade! -, você tem uma aldeia indígena chamada Jaraguá. Será que a gente precisa da União para a nossa maior cidade? Será que há essa necessidade? É essa a discussão que a gente tem que colocar. Lá no Rio Grande do Sul, com 500 anos de convivência, com as pessoas morando dentro das cidades e frequentando a Unidade Básica de Saúde do seu bairro, vamos alocar o recurso para melhorar o sistema de saúde. Mas precisa ser um sistema centralizado em Brasília? Essa discussão é a que a gente vai ter em relação à saúde indígena. Não há nada de diferente.

Quanto ao pagamento das ONGs, o que nós fizemos foi o seguinte: encontramos várias inconsistências. Eu sou o ordenador de despesa. O Ministério Público... Se ele falar para mim como foi feita ontem a reunião, eu faço os pagamentos todos. Mas eu estou lhe dando ciência de que isto aqui está sob processo de auditoria. Há inúmeras inconsistências. Este não é o espaço para a gente colocar isso, pois se expõem pessoas. Eu não vou expô-las. Mas, a partir do momento em que eles sabem que estamos fazendo todas as análises e que a CGU está trabalhando, eu pedi a eles que me dessem um o.k., para depois não falarem que este Governo está compactuando com atos de eventuais ilicitudes. Como eles deram um o.k., está tudo certo. A gente vai fazer o pagamento, enquanto continua o processo de análise dos trabalhos.

Então, continua a Secretaria Nacional Indígena, mas junto com a atenção primária global. Vai ter que dialogar com os estados? Vai. Como é que os índios vão chegar aos hospitais? Como é que o índio faz quimioterapia? Como é que o índio faz substituição lá? Como é que faz hemodiálise? Como é faz transplante renal? Ou, pelo fato de ele ser índio, não faz? Como é que se chega a esse ponto? Vai se construir outro sistema de saúde aqui do lado, exclusivo? Ou existe uma zona cinzenta aqui?

Esse diálogo aqui vai ter que ter a participação dos secretários estaduais e municipais. Nesse sentido, o grupo de trabalho é: Conass, Conasems, Conselho Nacional de Saúde Indígena, Ministério da Saúde. E eu solicitei o Ministério Público também. É bom ele estar junto, porque faz a garantia das tomadas de decisões.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Ministro.

O SR. MECIAS DE JESUS (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/REPUBLICANOS - RR) - Presidente, pela ordem. Presidente, é só para dar uma informação ao Ministro Mandetta.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Sim.

O SR. MECIAS DE JESUS (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/REPUBLICANOS - RR. Pela ordem.) - Eu recebi aqui um ofício, via WhatsApp, neste momento. O Secretário de Saúde do Estado de Roraima está fazendo um alerta às escolas estaduais e pedindo informações. Foram confirmados já dois casos de H1N1 no Estado de Roraima e há vários casos suspeitos já em hospitais precisando de confirmação, ou seja, se isso se verificar e se for verdade, teremos aí mais um surto perigoso no Estado de Roraima que certamente também está vindo...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone.*) - Da Amazônia?

O SR. MECIAS DE JESUS (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/REPUBLICANOS - RR) - Exatamente.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Dia 10, em todo o território, que estejamos juntos para vacinar nossa população!

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Presidente, só a minha... Tenho direito a réplica?

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Senador Humberto.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Não, eu queria só comentar duas coisas. A primeira é o seguinte: quando nós estamos falando de internação involuntária, existe já hoje a internação involuntária e ninguém nega a importância disso. O que se trata é de discutir como esses critérios são feitos, o processo de descontrole que eu entendo que a proposta do Ministro Osmar Terra propõe e a possibilidade dos abusos, como já aconteceram no passado. É óbvio que há situações em que a internação involuntária tem que acontecer e, para isso, há todo um protocolo a se fazer.

A outra coisa é o que diz respeito ao problema da formação médica. Quando o Programa Mais Médicos foi criado - e uma das pernas do Mais Médicos era exatamente a ampliação do número de médicos no Brasil -, tudo isso foi feito dentro de uma série de critérios, que foram inclusive debatidos com a sociedade civil, que foram debatidos aqui no Congresso Nacional, com a exigência de pontuação de cada uma das faculdades para serem credenciadas, a exigência de um corpo formador com doutores, com mestres. Eu não sei o que é pode ter acontecido depois de 2016. Porém, antes disso, eu tive inclusive possibilidade de acompanhar vários desses processos no meu Estado, e o grau de exigência é bastante razoável para que se implante uma faculdade de medicina. Os estudos para embasarem inclusive a localização dessas faculdades levavam tudo isso em consideração. Portanto, eu creio que, se não tiver havido algum desvio nessa rota, o programa é muito sério no sentido de que essa formação se dê com qualificação.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem. Então, partiremos agora para o terceiro quadro.

Com a palavra o Senador Nelsinho Trad, PSDB, Mato Grosso do Sul.

Por favor.

O SR. NELSINHO TRAD (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - MS. Para interpelar.) - Senador Romário, parabéns pela atuação de V. Exa. à frente da Comissão de Assuntos Sociais. Ontem participamos de uma audiência pública e V. Exa. realmente tem demonstrado ser craque também na atuação no Senado da República.

Ministro Mandetta, para nós aqui do Senado, é uma satisfação muito grande recebê-lo. É importante aqui passar para os colegas Senadores o histórico da sua vida pública. V. Exa. foi Secretário Municipal de Saúde, então sabe muito bem onde aperta o calo do sistema público lá na ponta; V. Exa. também teve uma passagem pela iniciativa privada, sendo um dos dirigentes que revolucionou a Unimed de Campo Grande, Mato Grosso do Sul; e V. Exa. tem também a experiência no Parlamento, como Deputado Federal. Então, foi muito feliz a escolha, por parte do segmento saúde, que o indicou ao Presidente Bolsonaro, que acabou fazendo-o Ministro.

Hoje nós temos aqui uma realidade que faz parte do trabalho dos Senadores, que são os ativistas de redes sociais, de perguntas que chegam de diversos locais do nosso País, que a gente acaba tendo o dever de passar para frente. E vendo V. Exa. aqui, através da TV Senado, através das redes sociais, as perguntas chegam.

Mas, antes de eu me reportar em relação a essa questão, eu gostaria que anotassem aí três pontos. O primeiro: como será a abordagem do ministério diante de uma realidade hoje de estudantes de medicina que estão estudando fora do

país, principalmente nas cidades fronteiriças ao nosso país? Eu posso dar como um exemplo Pedro Juan Caballero, que é fronteira com Ponta Porã. Se não me engano, parece que tem 18 mil...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone.*) - Doze faculdades.

O SR. NELSINHO TRAD (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - MS) - Doze faculdades de medicina, Senador Styvenson, que está presidindo, e 18 mil alunos...

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RN. *Fora do microfone.*) - Só lá?

O SR. NELSINHO TRAD (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - MS) - Só lá. Então, como será esse enfrentamento? Porque, daqui a pouco, eu acho que esse pessoal já estará formando e estará indo para onde? Como está sendo a abordagem do Revalida para essas questões? E qual é a ação do ministério em relação a essa nova realidade?

Nós somos de um país tropical e, em função disso - essa é outra pergunta -, sujeitos às doenças tropicais, às epidemias tropicais. Eu recebi aqui o seguinte questionamento: O IBGE, em 2017, apontou para que 35% dos municípios têm ocorrência de endemias ou epidemias de doenças ligadas ao saneamento. A dengue foi a doença mais citada entre os municípios. A proporção de municípios que declararam ter sofrido uma epidemia dessas doenças tropicais - dengue, zica, chicungunha -, nos 12 meses anteriores à pesquisa, foi maior nas regiões onde o saneamento não está presente...

(Soa a campainha.)

O SR. NELSINHO TRAD (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - MS) - ... e que apresentam baixíssimos índices. A gente quer saber como está o enfrentamento do Ministério da Saúde no que tange a essas epidemias que já estão se alastrando no nosso País. A minha cidade mesmo, Campo Grande, é uma que está numa epidemia. E a gente sabe que para numa cidade e vem com mais força em outra, e isso vai se propagando pelo Brasil afora.

A outra questão vem lá do Rio de Janeiro, mais especificamente dos ex-colegas nossos que também se formaram na Universidade Gama Filho:

> *Bom dia. A clínica médica está para fechar e o hospital de ensino da Piedade a seguir [esse é um hospital-escola, que era da Universidade Gama Filho e que também já fechou], crise não resolvida pelo município, principalmente no que tange a recursos humanos. Inviabilizaram o CTI, a clínica médica e serviços cirúrgicos. Não há reposição de pessoal, residentes, internos e estagiários ficarão sem supervisão. Do jeito que está caminhando, invariavelmente, vai se fechar o Hospital de Piedade. Não temos mais como manter esse hospital em funcionamento.*

Há alguma política que o ministério poderá fazer, no sentido de dar um auxílio nessa questão, uma vez que a gente sabe que esse é um hospital sob a responsabilidade do Município do Rio de Janeiro, mas, como a gente se formou na Gama Filho, isso tem um significado muito forte. É um hospital escola que atende também uma comunidade muito grande. O Senador Romário, que é de lá, pode avalizar essa observação.

De tal sorte, queria cumprimentá-lo por estar aqui. Também agradeço ao Governo, porque, se V. Exas. perceberam, hoje nós temos três Ministros de Estado aqui dentro do Senado da República: o Ministro Paulo Guedes, o Ministro Mandetta e o Ministro Sergio Moro. Isso demonstra o respeito que o Governo e os ministros estão tendo com o Senado da República, com o Parlamento brasileiro.

Era só.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito obrigado, Senador Nelsinho Trad.

Passo agora a palavra ao Senador Telmário Mota, PROS, Roraima.

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RR. Para interpelar.) - Obrigado, Sr. Presidente, Senador Romário.

Sr. Ministro Mandetta, eu vou centralizar as minhas perguntas em torno do meu estado. Roraima hoje, sem nenhuma dúvida, é um estado que talvez esteja na maior crise da sua história. Nós temos hoje pendentes mais de 500 cirurgias ortopédicas. Muitos idosos estão morrendo porque ficam numa só posição, apanham uma pneumonia ou uma doença hospitalar e vão a óbito. As cirurgias seletivas, tanto no Hospital Geral, quanto na maternidade, estão suspensas. Foi autorizada agora, através da Justiça, a continuidade; no entanto, não há equipamento, não há nenhuma infraestrutura. Então, a situação de Roraima é de calamidade pública.

V. Exa. falou, por exemplo, que o sarampo entrou em Roraima através das comunidades indígenas. Não, entrou com a imigração mesmo. Os venezuelanos entraram, contaminaram e acabou que passou também para as comunidades indígenas e para quem não era índio. A mesma coisa com a questão do H1N1. Manaus está numa crise, hoje está com uma epidemia, e Roraima vai ser o quintal amanhã, também provavelmente com uma epidemia, principalmente se for esperar ainda esse processo da vacinação nacional.

Então, eu queria aqui perguntar para V. Exa. com relação à questão dos DSEIs, que são os distritos que tratam da saúde dos povos indígenas. Com toda modéstia, eu sou o único político do Brasil que colocou para o Dsei Yanomami... Há dois Dseis, o Leste e o Yanomami. No Dsei Leste, coloquei 3,5 milhões; para o Dsei Yanomami coloquei 3 milhões de emenda minha, impositiva, na área de saúde. Eu não sei nem o que fizeram desse recurso, porque eu não tenho hábito de acompanhar nem de olhar. Eu não tenho nenhuma dúvida de que o dinheiro hoje disponibilizado para o tratamento da saúde do povo indígena é enorme e suficiente para dar uma saúde de primeira qualidade.

No entanto, tomando como exemplo o meu estado, esses dois DSEIs foram sempre comandados por pessoas envolvidas em corrupção. No caso de Roraima, pelo Senador Romero Jucá, o maior ladrão deste país. Então, o que acontece? Ele que indicou ali.

Recentemente, eu fiz uma denúncia, que, talvez, até chegou V. Exa.; se não chegou, eu vou fazer chegar. Uma empresa chamada Icaraí, ligada ao Disney, que é o Secretário da Casa Civil do atual Governador e ligado ao Romero Jucá... Olhe só: pagaram, em fevereiro, 1 milhão por cem horas de voo de helicóptero; seriam 12 milhões por ano. A distância mais longa que existe lá não é a do Yanomami; é no Leste. Esse valor foi no Distrito Yanomami; é Uiramutã, que é 1h20. Se esse avião voasse todos os dias, helicóptero, seriam 60 ou 70 horas; não poderia chegar a 100 horas. Então, a corrupção está explícita, os indícios estão na cara. É só botar esse povo na cadeia. Não é sacrificar agora os índios, tirar o processo, porque a corrupção está impedindo. É questão de corrupção. Se o senhor for mandar fazer uma auditoria agora no Dsei Leste, o senhor vai encontrar 89 picapes alugadas a R$20 mil. São 89 picapes! Quer dizer, o cara aluga em série e aumenta o valor. Eu alugo para mim, pelo Senado, uma a 8 mil no mercado; eles alugam a 20 mil. Então, toda essa dinheirama está saindo na logística da corrupção.

Eu acredito e V. Exa... V. Exa. tem um currículo espetacular e V. Exa. conhece como ninguém essa situação. E V. Exa. tem razão. Não se pode botar um distrito em São Paulo, não pode botar um distrito onde há um aparato...

(Soa a campainha.)

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RR) - Presidente, me dê um pouquinho mais de tempo, porque esse assunto é muito importante.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - V. Exa. merece.

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RR) - Então, essa questão é realmente da maior importância, e V. Exa. vai ter a capacidade de analisar.

Então, em Roraima, sinceramente, não há possibilidade de se tirar dali os distritos. Agora, tem-se que cortar esses gargalos da corrupção, porque lá nós temos, corrigindo os dados do Senador Mecias, 480 comunidades, 100 mil indígenas. Nós temos uns 40 mil morando na área urbana e outros na área rural.

Agora, eu quero falar de outro assunto, da questão do Mais Médicos. Você sabe que o Mais Médicos aumentou o IDH na sociedade dentro dos estados, municípios e no Brasil. Em Roraima, dos 15 municípios, só três tiveram a renovação do Mais Médicos. Tirar o Mais Médicos de Boa Vista, da capital, não seria de boa indicação, porque 83% da população de Roraima moram em Boa Vista. A crise está em Boa Vista, e tirar o Mais Médicos de lá... Então, eu queria fazer uma solicitação a V. Exa.: lá são sete do Mais Médicos, de três anos já de contrato. E eles são médicos formados no exterior e que foram para lá. Então, seria manter os médicos, principalmente neste momento de crise. Temos o sarampo, temos H1N1, temos a crise geral. Eu queria fazer esse apelo a V. Exa.

Por último, eu queria fazer uma sugestão a V. Exa. Por exemplo, o Samu, o cofinanciamento da atenção básica, a assistência farmacêutica, os Caps, isso aí é dividido de forma tripartite, são três: Governo Federal, governo estadual e governo municipal. O Governo Federal cumpre com a sua parte, o governo municipal cumpre com a sua parte, mas o governo estadual não cumpre com a sua parte. Eu pergunto a V. Exa.: será que não daria, antes de mandar o recurso para o governo do estado, já fazer desconto e mandar fundo a fundo para o município? Eu queria dar essa sugestão para V. Exa. Isso é da maior importância, porque o município está na ponta; é ele que realmente faz a política pública, e fica sofrendo. E já não tem recurso... No meu estado, os municípios não estão recebendo nem o FPM. Então, eu queria fazer esse apelo.

Quero desejar sucesso no seu mandato. Pode contar com a gente.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Obrigado, Senador Telmário Mota.

Passo a palavra agora ao Senador Marcelo Castro, MDB Piauí, ex-Ministro.

O SR. MARCELO CASTRO (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI. Para interpelar.) - Eu quero cumprimentar todos os presentes e o nosso companheiro e amigo Mandetta, que está à frente do Ministério da Saúde e que, já de há muito, encampa essa luta da defesa da saúde pública no Brasil.

A nossa Constituinte colocou na nossa Carta Magna que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. E isso a gente tem como objetivo a ser alcançado, mas a Justiça não vê assim, a Justiça vê isso literalmente. Se é um direito do cidadão e é um dever do Estado, tudo que alguém pedir à Justiça a Justiça concede. E aí é um problema, porque o orçamento do Ministério da Saúde, como qualquer outro orçamento, é inelástico. Então, quando ele diz para se fazer algo que não está programado no orçamento, ele está dizendo, em consequência, para se tirar de algum lugar. E aí é um conflito que precisa ser resolvido.

Quando eu era Ministro da Saúde - e estive no Tribunal de Contas tratando desse assunto -, eu gostava de fazer uma analogia. Suponhamos que os Constituintes de 1988 tivessem feito assim: todos os cidadãos e cidadãs brasileiros têm direito a um carro. Vamos providenciar um carro. Primeira pergunta: "Que carro é esse?". Com todo respeito aqui, sem desmerecer, mas é um Uno ou é uma Lamborghini? É evidente que, em país nenhum do mundo e muito menos no Brasil, podemos pensar na possibilidade de que o Estado vai dar tudo para todos na saúde. Isso não existe. Então, precisa haver um entendimento - Ministério da Saúde, Tribunal de Contas, Justiça -, um acordo para se definir qual é a saúde que nós vamos dar ao brasileiro, porque, como está hoje, com a judicialização da saúde crescendo, vai ficar impraticável o orçamento. Muitas vezes, o juiz decide: "Interne o fulano na UTI". A pessoa está precisando ser internada. Mas ele não diz: "Tire beltrano da UTI para botar fulano". Então, é preciso que haja realmente um pacto, um entendimento, um acordo para que as coisas possam fluir num nível que seja aceitável, porque, senão, daqui a pouco, diz: "Compre esse medicamento", que custa uma fortuna. Aí nós vamos tirar das vacinas? Vamos tirar da hemodiálise o recurso? Então, é preciso ver que a saúde pública tem que ser vista do ponto de vista social e não só do ponto de vista individual.

Sei, nosso Ministro, que estamos do mesmo lado. V. Exa. faz um excelente trabalho, fez uma belíssima explanação, e, aqui no Senado, nós estaremos juntos na defesa da saúde pública do Brasil e, apesar de todas as deficiências e insuficiências, do nosso bom e velho SUS, não é?

E quero parabenizar aqui num aspecto...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone.*) - Bom e novo SUS. *(Risos.)*

(Soa a campainha.)

O SR. MARCELO CASTRO (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Rapidamente vou concluir.

Gostaria de pedir a opinião de V. Exa.: eu estou relatando um projeto aqui, de autoria do Senador Cássio Cunha Lima, que modifica, que complementa a nossa lei do Mais Médicos. Ele introduz aqui o Inep, o nosso Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, para avaliar os nossos cursos de Medicina. Eu queria pedir a opinião de V. Exa., porque o nosso art. 200, inciso III, da Constituição, determina ser atribuição do SUS a ordenação da formação de recursos humanos e, pelo visto aqui, o Ministério da Saúde está de fora. Então, o Ministério da Educação, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, vai avaliar os cursos de Medicina, e nós não participamos disso? Eu queria ver a opinião de V. Exa. com relação a esse projeto que eu vou relatar, a opinião de V. Exa. é muito importante.

No mais, quero parabenizar V. Exa. e desejar muito sucesso à frente dessa pasta tão importante e difícil que é a pasta da Saúde.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito obrigado, Senador Marcelo Castro.

Antes de devolver a palavra ao Ministro, eu gostaria de aproveitar a oportunidade e agradecer as presenças honrosas da Deputada Federal Joenia Wapichana, do ex-Deputado Federal Carlos Aleluia e do ex-Senador João Pedro. Muito obrigado pela presença de V. Exas.

Ministro Mandetta, com a palavra.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - Muito bem. Começo pelo agradecimento ao Senador Nelson Trad Filho pelos cumprimentos. A vida nos remete sempre a onde viemos para saber onde estamos e para onde podemos

ir, e com certeza foi de um trabalho árduo o que fizemos lá naquela nossa cidade, tanto na iniciativa privada, com dez anos, com especialização em Fundação Getulio Vargas, enfim, que foi uma escola, quanto depois no Parlamento, e eu agradeço muito a confiança do Presidente Jair Bolsonaro de indicar, de sinalizar meu nome para o Ministério da Saúde.

Quanto às três questões, são três questões extremamente importantes que vêm através de V. Exa., via mídias sociais. Estudantes de Medicina fora do país, vamos lá: quando o país falou "faltam médicos no país", que foi essa propaganda maciça, "precisamos importar médicos de Cuba", à época da confecção dessa lei, colocou-se que médicos de países como Paraguai e Bolívia - isso feito pelo Governo à época, em 2013 -, que médicos formados em países cuja relação médico por habitante fosse inferior a um determinado patamar estabelecido não poderiam ser admitidos no Brasil. Ou seja, médicos formados na época no Paraguai e na Bolívia, em número pequeno, os países tinham menos médicos do que o índice que foi colocado, não eram admitidos. E você tinha brasileiros fazendo faculdades. Eu conheço... Eu fui eleito... Eu fui Deputado do Mercosul durante oito anos, eu fiz parte da Comissão de Saúde do Mercosul. Eu visitei o Paraguai, a Bolívia olhando as faculdades. Você tem faculdades boas, que são estruturadas, e você tem faculdades extremamente frágeis, muito fracas.

Quando isso ocorreu, lá reage-se à lei de mercado, a abertura dos cursos não tem essa morosidade ou essa disciplina, então em 2013 iniciou-se um processo de abertura em escala muito alta nas cidades limites tanto do Acre, quanto de Rondônia, do Mato Grosso, do Mato Grosso do Sul e do Paraná. Foz do Iguaçu, Ciudad del Este, Cidade del Este está do outro lado... Parece que Ciudad del Este... O último número que me passaram foi de 28 faculdades de Medicina em Ciudad del Este. E houve uma expansão muito abrupta e rápida dos médicos brasileiros formados no Paraguai e na Bolívia por inúmeras razões, a principal delas o preço. O preço da faculdade de Medicina no Paraguai e na Bolívia parte de algumas situações de R$300, R$250, R$400, até as mais caras na faixa de R$800, R$1 mil, *versus* o preço no Brasil. Aquilo passou a ser uma maneira de você conseguir atingir a sua vocação, a sua vontade de fazer Medicina, que é uma profissão belíssima.

Como que a gente pode fazer a absorção dessas pessoas? Nós vamos ter que construir relações internacionais com a Bolívia, com o Paraguai? Como fazer isso? Exigir que façam a prova? As universidades federais que fazem a tal da prova do sistema Revalida estão engarrafadas, porque estão chegando todo ano 8 mil, 10 mil, 15 mil, um volume enorme de brasileiros que se formam lá, vêm para cá e entram em estruturas engarrafadas.

Eu fui estudar como a Europa fez esse debate, porque eles tiveram uma coisa similar. Você tinha a França, a Alemanha com exigências de cursos de Medicina altíssimas e com receio dos médicos formados na Albânia, na Romênia, na Turquia, porque não sabiam a língua deles, não sabiam como era o nível de formação, tinham receio. E a Europa inaugurou o livre trânsito. Como é que eles fizeram? Eu fui olhar. Fomos saber como é que eles fizeram. Como não havia condição de se fazer uma legislação comum europeia, eles definiram o quê? Tem que haver uma certificadora, uma certificação, e a certificação tem que ser internacional, ela não pode ser do país A *versus* B, senão corre-se o risco da reserva de mercado. Essa certificadora começa na Europa, a Inglaterra adota, o Canadá adota. Os Estados Unidos agora falam que adotam a certificação externa, que é como se fosse o ISO 9000, mas específica de faculdades de Medicina, e já sinalizam que, a partir de 2030, para você poder ir de um país para lá para poder fazer como eu fiz lá por um período nos Estados Unidos, você tem que ser oriundo de uma universidade, uma faculdade certificada para poder transitar no bloco cirúrgico, fazer consultas, etc. Então, isso é uma tendência que pode ser um instrumento que nós vamos utilizar.

Agora, eu acho que hoje, quando você vai à universidade e submete o seu currículo... Vamos supor que você seja formado em Harvard. Bom, Harvard é um *blend.* Médico formado em Harvard quer trabalhar no Brasil. Muitos falariam assim: "Dê a ele logo o registro, dê a carteira para ele". Se o médico formado em Harvard for para Roraima e encarar a malária, olhará para um lado, olhará para o outro procurando alguém e pedirá, pelo amor de Deus, para alguém explicar para ele o que está acontecendo. Talvez um prático de farmácia diga a ele: "Calma, é assim, vamos dar o medicamento assim ou assado". Então, a universidade fala: "Olha, o senhor não estudou doença tropical, não estudou malária, não estudou dengue, não estudou o SUS. O senhor tem que, primeiro, fazer todos esses créditos aqui. Depois que fizer todos esses créditos e for aprovado, aí, o senhor vem e faz a prova de conhecimento".

As bancas que analisam as grades curriculares são feitas por professores dativos, porque eu preciso, eu convido o Prof. Lucas e o Prof. Telmário, do curso de Medicina, para serem a banca que vai analisar. O volume de gente aqui é muito grande. Então, talvez - esse é um diálogo que tem que ser feito com o Ministério da Educação, e nós estamos em arguições - devamos dizer: "Olha, faça a prova". E aprova depois que fez a prova. A prova é fácil de se aplicar. Podemos pôr nesses estádios que foram construídos para as copas do mundo. Tem tanto estádio vazio! Podem pôr aí 10 mil pessoas tranquilamente, um aqui, outro lá, no Mineirão, no Mané Garrincha. Aplica-se a prova. Quem passar na prova vai depois para a análise do que é curricular, e inverte. Talvez seja uma maneira de já se conseguir dar uma satisfação para essas pessoas.

Acredito que deve ter gente bem formada, o que interessa à sociedade brasileira; e acredito que deve ter muita gente muito mal formada, que comprou, basicamente, um papel, o que não interessa à sociedade brasileira. Esse discurso, ver gente falar: "Deixem entrar todo mundo, é melhor isso do que nada" é porque não sabem a consequência desse ato. Nós temos que achar o meio-termo: quem for bom entra... É assim que o mundo inteiro faz: quem é bom entra, quem não é bom vai estudar. Então, eu acho que vai ser mais ou menos por esse lado.

Hoje está engarrafado. Fizeram uma prova em 2017, se não me engano, e não conseguem processar as análises curriculares. Mas é basicamente o MEC quem organiza, quem se ocupa dessa questão de diplomas dentro do nosso país.

Nesse processo de seleção agora, dos médicos cubanos, entraram 7 mil brasileiros aqui, com CRM, e abriu-se para médicos brasileiros de fora do país - eu abri para os médicos formados na Bolívia e no Paraguai. Nós entramos com quase 1,7 mil brasileiros formados na Bolívia e no Paraguai. Eles estão em fase final agora do que chamam de aclimatação. Na Região Norte, especificamente no seu estado, não há nenhuma restrição. Lá, como eu disse aqui no início da apresentação, nós fizemos uma linha de corte com IDH, conforme previsto no programa. Cidades como Brasília, que têm um IDH altíssimo, maior renda *per capita* da União, sistema de saúde superestruturado, com planos de carreira que pagam salário até melhor, credibilidade do Governo, não tinha por que o Governo Federal colocar um médico, dois médicos ou trinta médicos aqui. Eu tinha cidades no interior do Paraná com IDH altíssimo, a uma hora de Curitiba, pista dupla na porta, faculdade de Medicina dentro da cidade, a uma hora e meia do litoral, típica cidade de 150 mil habitantes aproximadamente, cidade boa para uma pessoa iniciar a sua vida - médicos normalmente casam com médicas ou, enfim, com o pessoal da saúde -, um excelente espaço, um caminho, que tinha 100% da atenção básica com médicos cubanos, quer dizer, uma distorção. E aí falta para o chamado Brasil profundo, como a gente tem chamado - o Semiárido, o Vale do Jequitinhonha...

Ontem eu fui... Segunda-feira, hoje é quarta. Segunda-feira, eu fui à Paraíba - não a João Pessoa somente. Eu falei: "Não, eu quero entrar". Eu fui primeiro para Campina Grande. Depois eu falei: "Não eu quero ir lá para o fundo". Eu fui para Patos, fui lá no meio do Sertão paraibano andar a pé para ver como é. Como é que está a conversa lá? Lá que é o Brasil real, lá que está o andar que a gente tem que fazer. A gente está muito atento a isso. A atenção primária vem, e esse programa tem que, para diminuir iniquidades, olhar muito mais esses locais que não têm força de atração, não têm condições de fazer plano de carreiras... Agora, também não precisamos mandar médico, em nome da União, para Florianópolis. Com todo respeito às dificuldades de Florianópolis, mas eu tenho que reconhecer que Mamanguape precisa primeiro do que Florianópolis.

Então, a gente está muito atento à Região Norte e à Região Nordeste, ao Semiárido, a pontos de isolamento da Região Centro-Oeste, aos distritos sanitários indígenas. São soluções que não podem ser permanentes. Eu não posso falar para uma pessoa: "More dentro do Parque Nacional do Xingu". Ali pode ser: uma pessoa fica 15 dias, volta; vai outro, fica 15. São diferentes brasis, que precisam de agilidade para diferentes propostas de enfrentamento da desassistência crônica.

O programa tem seus pontos positivos? Tem. Teve muitos pontos negativos. Desestruturou completamente o sistema de formação de recursos humanos. Olha: 35 mil vagas por ano no Brasil. Vamos fazer uma conta rápida aqui, Senador Jayme. Um médico trabalha 40 anos, dos 25 aos 65; em média, 40 anos. Nós temos hoje, no Brasil, 480 mil médicos, sendo 400 mil ativos, 430 mil ativos. Nós vamos fazer, em uma década, 350 mil - em uma década -, que vão se somar a esses ativos. Em quatro décadas, nós vamos estabilizar o número de médicos em 1,4 milhão, 1,5 milhão. Somando com os que tem, nós vamos bater 1,5 milhão, 1,6 milhão. Hoje, nós temos 1,3 milhão de técnicos de enfermagem. Se você olhar um médico, ele carrega, atrás dele, um enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de laboratório, a capacidade instalada para resolver a caneta dele. Um médico pede quatro exames, em média, por consulta - é a média. O número de testes está aumentando absurdamente. Aí vale a gente fazer ensino à distância para enfermagem, como estamos fazendo, abrindo 300 mil vagas, 400 mil vagas? Vale fazer ensino à distância para farmácia, para medicina veterinária, para nutrição, para gente fazer uma fábrica de distribuição de papel de diploma? E depois a gente vai botar a vida do nosso filho, do nosso neto, do nosso bisneto, da nossa mulher, da nossa família em cima disso? Cadê a qualidade? Nós estamos recebendo do sistema de educação cada vez mais profissionais mal formados em saúde.

Então, vejo assim: é muito importante a discussão sobre como formar, como fazer, como aproveitar essa mão de obra e tentar trazer o que é bom, porque são mais 200 mil... Estão estimados hoje 130 mil, 140 mil brasileiros, no Paraguai e na Bolívia, entre formados e formandos. E há uma expansão contínua. A gente deve ter em breve o mesmo... Nós vamos ter uma somatória, e esse pessoal vai acabar politicamente falando: "Deixe-me entrar, deixe-me fazer, deixe-me entrar". Eu acho que o debate, nesta Casa, é profundamente necessário.

(Soa a campainha.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - As doenças tropicais e epidemias vêm aí. A gente está... Há duas... Campo Grande deve receber agora, em breve... Nós estamos fechando com a Fiocruz toda a pesquisa feita sobre o mosquito da

dengue com a *Wolbachia*. É o mosquito que não transmite; ele reproduz e não transmite. Então, Campo Grande vai ser uma das primeiras cidades a ter a introdução dessa... Em algumas cidades, é em larga escala. Nas cidades e regiões do Rio de Janeiro e de São Paulo onde isso foi feito, houve uma queda sustentável. Parece que essa é uma maneira extremamente inteligente de se combater. E todos estão muito esperançosos quanto à vacina da dengue. O Butantan está na Fase IV. A gente está imaginando que, no ano que vem, nesta época, nós teremos a vacina.

O Hospital da Piedade era o hospital do internato onde eu estudei, onde você estudou. No ano da formação da minha turma de Medicina foi quando os donos da faculdade fecharam o hospital e mandaram os alunos fazerem o internato na Santa Casa do Rio. Nós fizemos um grupo de resistência para lutar pelo hospital. E foi a primeira vez que eu vim a Brasília, de ônibus, do Rio de Janeiro a Brasília. Cheguei a esta Casa e fui recebido, entre outros Parlamentares, pelo então Deputado Federal Simão Sessim e pelo Deputado Márcio Braga, que eram do Rio de Janeiro. E fui procurar os Senadores do meu estado: Rachid Saldanha Derzi, Ruben Figueiró e Wilson Barbosa Martins. Rachid Saldanha Derzi era um dos Parlamentares extremamente respeitados nesta Casa. Consegui uma audiência com o então Ministro da Saúde, Jader Barbalho, que recebeu os alunos e que determinou uma intervenção no hospital. E nós voltamos e pudemos terminar o nosso curso nesse Hospital da Piedade.

Eu fiquei muito feliz de ter sido formado médico numa turma de Medicina que lutou por manter um hospital que seria fechado, aquele hospital. Então é a minha luta eternamente. No dia do nosso Juramento de Hipócrates, nós acrescentamos para a nossa turma que nós iríamos lutar sempre para não deixarmos fechar leitos e hospitais no Brasil.

Então, pode dizer lá para os nossos colegas do Hospital da Piedade que nós vamos conversar com o secretário municipal e com o Prefeito, nosso ex-Senador também deste Parlamento, Marcelo Crivella. Tenho certeza de que a gente vai encontrar uma alternativa para não prejudicar Piedade, Quintino, que está ali na frente, e o pessoal todo do Engenho, que se socorre desse hospital.

Senador Telmário, as cirurgias ortopédicas... Eu estive lá, fui visitar o hospital, Senador. Embora eu tenha ido lá naquele dia para falar de vacina, havia uma expectativa da classe política: "O Ministro veio. Vai trazer quanto de recurso?". Eu vi lá o Senador Telmário falar: "Esse Ministro vem aqui, fala, fala, fala e não traz o recurso!". Falou corretamente. É isso mesmo que a gente espera de um Senador aguerrido pelo seu estado.

Agora, a situação em que eu encontrei a gestão daquele hospital... Conversando com eles, eles não... Por que falta cirurgia? Não conseguem comprar o material. Organizamos para comprar o material. Encontrei situações ali que são típicas de gestão mesmo. Falei: "Vamos mandar o Sírio-Libanês, o Einstein, o Proadi para lá". Já foi, e desistiram! O próprio pessoal de lá, os secretários de lá pediram para não ir mais. Conversei com o secretário estadual e com o secretário municipal: "Estou à disposição para ajudar". Recebi o pedido do Governador para concluir o hospital, aquela torre lateral. Aquilo era contrato de BNDES com o Governo do estado, era endividamento do Governo do estado. Está com 70% da obra concluída, 75%; faltam 25%. O Ministério da Saúde, eu já falei: "Está garantido o recurso, vamos concluir o hospital".

DSEIs em estruturas de governança, isso está muito claro - está muito claro. E, volto a repetir, você tem um coquetel: você tem um poder político convencional do mundo dos brancos, vamos chamar assim; aí você tem um poder político tribal, que é o mundo dos caciques aqui; aí você tem o distrito sanitário, que passa por indicação política dos dois grupos, porque eles se associam para indicar; há uma falta de fiscalização do Ministério Público Federal, porque, quando fala que o assunto é saúde indígena, eles tiram o pé, tipo assim: "Deixa isso assim, não vamos enfrentar. Para que um ministro da saúde vai se preocupar com uma estrutura de saúde de 1,5 bilhão perto de problemas de 130 bilhões?". Seria muito cômodo para mim falar: "Deixa como está", mas me incomoda. Eu quero que o recurso chegue lá na saúde indígena.

(Manifestação da plateia.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - E o modelo tem que ser organizado. Não estou falando de municipalização, de ONGs que estão por trás...

(Manifestação da plateia.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - ... que chegam diariamente lá na saúde indígena e fazem sistematicamente... Para isso há o Conselho de Saúde Indígena, para isso há as reuniões periódicas, para isso há os espaços apropriados.

(Manifestação da plateia.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Para isso há os espaços apropriados.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Por favor, por favor. Para vocês continuarem aqui, eu gostaria que vocês continuassem no silêncio.

(Manifestação da plateia.)

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Talvez tenha até o momento de vocês falarem, mas não é agora, por favor.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Existe toda uma lógica de um sistema que foi construído que é paralelo. Ele não dialoga com esse, nem com o Tribunal de Contas da União. Eu fui o primeiro Parlamentar a pedir uma fiscalização do TCU em 2015. Só uma ONG, única - só havia, em 2015, uma única, de 2010 a 2015 -, que era do meu Estado, de Dourados, Mato Grosso do Sul, recebia 100% do repasse, algo em torno de 600 milhões; lá de Mato Grosso do Sul, de Dourados, uma missão evangélica, e repassava para os 27 estados, para segundas e terceiras, com uma prestação de contas muito frágil. Isso daí hoje está no Ministério Público com uma ação civil, e os órgãos de controle cobram do ministro.

Para as ONGs em questão, o que eu disse a elas: "Vou pagar, mas quero que o Ministério Público diga: 'Ministro, pague, enquanto a gente avalia, audita'" - porque amanhã ou depois, se eu pago sem eles falarem paguem, eles vão abrir uma ação é contra mim ou contra qualquer um dos que estão aqui, se estiverem sentados lá, quando você vê os indícios de fraude que V. Exa. apontou: fraudes na licitação de aeronaves, de helicópteros, de aviões, de planos de voo. Eu saio na Amazônia, Senador Cid, como se eu estivesse aqui em Brasília e mandasse buscar um paciente, precisasse pegar um índio em Goiânia. São 30, 40 minutos de voo, mas a pista lá não homologa, está homologada só a pista de São Paulo. Então, faz-se um plano de voo de Brasília a São Paulo, voa 30 minutos, para lá, espera o tempo passar para dar, como se fosse um voo até lá; volta até aqui e cobre a distância completa. Isso endemicamente.

Eu não tenho problema nenhum. No meu estado, eu tenho 90 mil indígenas, no meu estado. Eu fiz ortopedia pediátrica por conta de um primeiro paciente meu ter sido um indígena que tinha uma malformação congênita, estava no hospital e era morador do hospital, e eu fui fazendo as cirurgias para ele. Não tenham... Isto é uma coisa tranquila para mim: no Mato Grosso do Sul, com os terenas, com os guaranis caiovás, com os caiuás, com os cadiuéus. Todos! Entro em todas as aldeias tranquilamente, tranquilamente. Sempre mediei os conflitos. Fui da mesa de negociação de terras indígenas e todos... Não tem nenhum problema. Zero problema. Agora, o sistema onde vocês estão inseridos - onde estão inseridos - tem uma perigosa associação entre ONGs e trabalhadores e acomodação aqui, prestação de contas. Uma segunda perigosa associação é de governança. Contratos de até um milhão por DSEIs. Frágil, muito frágil. Sou parceiro para ajudar a organizar.

Vamos lá.

(Manifestação da plateia.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Isso. Não existe... O SUS não tem volta, gente. Na mesma fala do Senador Telmário: tripartite, pacto federativo, Conass, Conasems e Ministério da Saúde. Talvez seja a única estrutura em que o pacto federativo seja vivo: você chega, senta, propõe, vê se os municípios querem, se os estados aceitam. Não é feito por votação, é feito por consenso. O representante dos estados está lá sentado à mesa. Agora, é difícil quando um ente federativo falha, porque o sistema cai. Ele é de três pernas.

Eu diria que o sistema de saúde de Minas Gerais me preocupa demais, Senador, porque o nível de retirada do estado dos municípios, dos recursos da saúde, lá chega quase a 10 bilhões, fora a parte de ICMS. Então, Minas não é para o Ministério da Saúde resolver, aquilo dali é renegociação de dívidas, reestruturação, porque ali o estado, o Governo estadual, para existir... Porque deveria ser o inverso: primeiro existem as pessoas que formam os municípios que depois formam o estado. Lá inverteu. Lá existe o estado e depois eu vou ver o que eu faço com as pessoas. Lá é extremamente complexo.

O Rio Grande do Norte, com muita dificuldade. Eu já recebi a Governadora. Estamos tentando ajudar com a máxima das possibilidades. Alguns estados com endividamento crônico, como é o Rio Grande do Sul, com muita dificuldade, onde a gente tem um tratamento... Há estados que estão em crises que a gente sabe que são momentâneas, como Mato Grosso, que é um estado que tem capacidade de sair, e Goiás, que tem capacidade de sair, mas que momentaneamente estão em situações muito críticas. E há estados que fazem até muito mais do que é pactuado. O Espírito Santo é um estado que tem uma saúde em sistêmica progressão.

Então, vai aqui um pedido para os Governadores e para os Prefeitos, e aqui para esta Casa, para a gente melhorar o ambiente para poder seguir em frente com o nosso pacto federativo, que só existe... Eu acho que é o único dos sistemas em que se sentam uma vez por mês as três estruturas e combinam. Agora, na hora de executar, a União... Embora que no valor total, no cômputo total, a União já tenha posto muito mais recursos do que põe hoje. A União hoje põe 43% e já colocou no passado 56%. Então, aqui, na hora de fazer o orçamento da saúde, a gente pedirá para que cada um de vocês que são temáticos ajude a colocar mais recurso na saúde - podem ter certeza.

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RR. Para interpelar.) - Sr. Presidente, como eu tenho direito... Quanto à questão do Mais Médicos, Ministro, nos ajude. Reveja essa posição lá dos sete. Só são sete em Boa Vista.

Reiterando a questão dos DSEIs, deixe eu fazer...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Eu acho que lá é só a questão de eles chegarem. Estão em aclimatação e vão para lá. Não há restrição em Roraima. É que você tem... A chamada é assim: primeiro os brasileiros. Aí eles vão para onde eles querem. É uma das coisas que eu quero alterar. Primeiro esses lugares para brasileiros; porque brasileiros não querem ir, para médicos estrangeiros. Mas primeiro esses lugares do IDH alto, primeiro essas vagas, porque estava difícil, não é?

Mas não há nenhuma restrição para Roraima; Roraima está 100% mantido.

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RR) - Finalizando, com relação aos DSEIs, deixe-me só falar na questão, no caso de Roraima propriamente dito. Por exemplo, o Dsei Yanomami. Os ianomâmis ficam em municípios chamados Caracaraí, Alto Alegre e Amajari. Então, se municipalizar, é impossível o atendimento.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Mas não há municipalização em discussão em Roraima, na Amazônia.

O SR. TELMÁRIO MOTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RR) - Pronto, isso é que eu queria. Não há municipalização.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - O que existe é discussão sobre cidades como...

(Manifestação da plateia.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Nunca houve, nunca houve. Cuidado, muito cuidado com o prejulgamento e o preconceito. Muito cuidado.

Nós vamos sentar e vamos olhar caso por caso. Cidades como São Paulo, Rio de Janeiro, em que você tem 500 anos de diálogo, é uma coisa.

(Manifestação da plateia.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Amanhã, há uma comissão - já falei com o Raoni - que vai conversar comigo. Está tudo andando. Vocês não precisam se preocupar, não. Está tudo andando, nada é feito às escondidas, tudo às claras: reuniões às claras, papeis às claras, números às claras. Então, muita calma com muita gente que quer o conflito, que quer, na verdade, eu sei, imagino muito bem o que deva ser.

(Manifestação da plateia.)

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Eu vou retirar a senhora daqui, deste debate. Mais uma vez, eu vou retirar a senhora daqui. Vou pedir à segurança para retirar vocês, as senhoras exclusivamente.

(Manifestação da plateia.)

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Não foi. Então, por favor, pode sair. Segurança, por favor.

(Manifestação da plateia.)

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Então, por favor, pode sair. *(Pausa.)*

Vamos agora ao quarto bloco. Começamos com o Senador Jayme Campos.

O SR. MARCELO CASTRO (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI. Pela ordem.) - Senador Romário, acho que houve um esquecimento do nosso ministro.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - As respostas ao Senador Marcelo Castro. É isso. Desculpe, Senador.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Perdão.

Vou ler a pergunta do Marcelo aqui. Esta daqui.

O SR. MARCELO CASTRO (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - É a questão da avaliação dos cursos de Medicina pelo Inep e pela... Perdão.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Não, está aqui. Perdão.

Primeiro, sobre a judicialização, os ordenadores de despesa, juízes.

Então, hoje nós temos o seguinte quadro: faz-se um orçamento. Aí nós temos os juízes de primeira instância, no Brasil, como ordenadores de despesas de aproximadamente, no somatório de estados, municípios e União... Essa conta total já está chegando a 5 bilhões, 6 bilhões. Aí nós temos o que foi votado por nós, e eu fui parte dessa votação, as emendas parlamentares individuais de Deputados e Senadores - são 513 Deputados, 81 Senadores -, mais uma emenda de bancada impositiva. Não é dinheiro novo no SUS. São 513 Deputados e 81 Senadores que entram e determinam despesas.

Então, eu tenho a magistratura de primeiro grau toda, eu tenho 513 Parlamentares, 81 Senadores, 28 Governadores, através das emendas de bancada, em um sistema que claramente dá sinais de que precisa ter ordenamento e lógica de despesa. Então, como nós vamos discutir isso... Eu estou tentando aqui conversar tanto com o Legislativo como com o Judiciário e colocar o problema. Se vamos chegar a tal lugar, vamos chegar a tal lugar juntos. E sempre há briga entre o direito coletivo e o direito individual, a questão da equidade.

O PL do Senador Cássio, que é como monitorar esses cursos... Acho que quando a gente falou que é uma tendência de a gente ir para esse formato de certificação externa, que eu acho que pode ajudar, mas como fazer isso sem penalizar o aluno, que, na verdade, é o terceiro de boa-fé. A União é que mandou abrir aquela faculdade, a União é que falou que aquela faculdade estava certificada - o Senador Humberto falou aqui que nos cursos todos a análise era rigorosa... E, quando a faculdade dele em questão não for certificada, o que a gente faz com aquele aluno? Ele vai ter que ter restituído o seu dinheiro por quem? Pelo proprietário? Vai ser dada uma chance?

Então, essa discussão nós vamos ter que ter aqui, porque eu não vejo com bons olhos que a gente fale assim: "Libere para todo mundo". Sairia mais barato a gente dar um diploma de doutorzinho e falar: "Se você não quiser, você devolve". Mas eu acho que o certo é a gente ter os *standards* do nosso país, mínimos, para a gente poder andar.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Ministro.

Agora eu passo a palavra ao Senador Jayme Campos, do DEM, do Mato Grosso.

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT. Para interpelar.) - Muito obrigado. Sr. Presidente.

Permita-me iniciar minha fala, cumprimentando inicialmente o nosso grande Ministro da Saúde, Dr. Mandetta. Da mesma forma, quero saudar o senhor, Presidente Romário, e os demais colegas Senadores aqui presentes.

Serei muito rápido, mas eu quero apenas manifestar aqui, de forma muito bem prática, o meu contentamento e a minha alegria de estamos hoje aqui nesta Comissão tendo o privilégio de receber aqui o Ministro Mandetta, que, sem sombra de dúvida, demonstrou aqui a sua capacidade e o seu preparo para exercer esta função importante que é administrar a saúde deste país.

Eu disse ao Ministro há poucos dias atrás e volto a repetir aqui que seria um constrangimento muito feliz se o Governo Bolsonaro tivesse pelo menos, meu amigo e colega Flávio, Senador e Governador Cid, cinco ministros do quilate, do escopo de Mandetta - com certeza, o Brasil já tinha pegado o prumo, já estava com a bússola ligada e a coisa já estava funcionando.

Ministro Mandetta está fazendo um trabalho - que certamente, não só eu, mas maioria absoluta dos Srs. Senadores, dos Parlamentares e do povo brasileiro têm acompanhado - de forma séria, responsável, sem enganação, sem mentira, que é muito importante no momento do Brasil, em que nós temos que passar a limpo este país.

A sua missão é nobre, Ministro. A saúde do Brasil vem nos últimos anos em uma quadra muito ruim. Sempre aquela conversa de bêbado para delegado, de delegado para bêbado, dizendo que o problema é só dinheiro, recurso. Na verdade, está precisando de uma boa gestão, está precisando de uma gestão transparente, eficiente e que, acima de tudo, tenha compromisso com o cidadão mais humilde deste país, que depende visceralmente do Sistema Único de Saúde. Porque o rico, o cidadão mais abastado, não imagina o que passa quem frequenta as unidades de saúde pública do Brasil; mas o pobre, aquele cidadão trabalhador que ganha um salário mínimo de mil reais, novecentos e poucos reais, aquele que ganha até dois ou até três e agora até cinco mesmo - porque muitos estão desempregados agora, há quase 13 milhões de desempregados -, está recorrendo ao serviço do SUS.

O que eu tenho visto por parte de V. Exa. é a sua determinação. Da maneira como o senhor está trabalhando, o senhor vai marcar época, vai marcar a história da saúde pública do Brasil aqui.

Ontem, eu fui, sem audiência marcada, ao Ministério da Saúde, por volta de 9h da noite, levando o Prefeito da capital Cuiabá, o Deputado Dr. Emanuel Pinheiro, que tem que resolver um problema urgentemente que é a questão do fechamento da santa casa da nossa capital. Cuiabá comemora 300 anos no dia 8 de abril, e a santa casa tem 200 anos de fundação. Ela vem numa quadra muito ruim, fecharam as portas, e é uma das unidades que mais atende a população carente de Cuiabá. Fui ao Ministro sem pedir nem audiência para levar o Prefeito. "Vamos lá tentar". Cheguei lá e pedi ao secretário que o Ministro Mandetta nos atendesse pelo menos por um minuto "de pé sem direito a café", como é uma prática nossa de Mato Grosso muitas vezes. O Ministro estava com a mesma energia, às 9h30 da noite, com a mesma vontade de trabalhar como se fosse 8h, 9h da manhã. Aquilo me chamou a atenção e marcou profundamente, porque, lamentavelmente, aqui nesta Brasília, como o pessoal do Mato Grosso fala, há uma má vontade para tudo - uma má vontade para tudo. Por isso, o Brasil está travado. E nós precisamos de homens desse quilate, que tenham compromisso com o Brasil para nós destravarmos aqui a saúde.

Vejo aqui inúmeras, inúmeras, inúmeras pessoas... Senadores dizendo sobre os problemas de seus estados, como todos nós temos aqui - o Mato Grosso tem.

Ministro, eu quero cumprimentá-lo aqui de público. Se eu tiver a oportunidade de, um dia, por um minuto, numa hora, encontrar com o Presidente Bolsonaro, vou falar: "Olha, o senhor tem que buscar gente desse tamanho...

(Soa a campainha.)

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT) - ... que tenha compromisso com o Governo, que tenha compromisso com o povo".

Eu não estou tecendo elogio, estou aqui fazendo, realmente, de livre e espontânea vontade, sem nenhum interesse... Estou aqui para fazer, de fato, um testemunho sobre um homem que está imbuído e, sobretudo, está preparado. Que verdadeiro *show* de bola, não é? Aonde você vai o ministro responde à altura e com números, com dados. Tem alguns que querem o cargo político só para usá-lo, muitas vezes, por interesse pessoal, por vaidade. O Mandetta está aqui e está preparado! Deu um verdadeiro - vou usar uma expressão - *show* de bola!

Ministro, eu quero apenas perguntar para V. Exa... No Governo passado, várias UPAs foram construídas e algumas tiveram lançadas as obras. Quase a maioria absoluta não foi concluída, mas várias foram concluídas. Todavia, há um comentário muito forte no sentido de que, mesmo aquelas UPAs estando concluídas, o Ministério da Saúde não vai credenciar. Tem uma participação do município, que V. Exa. sabe muito bem, do estado e do Governo Federal: 50% da Federação; 25% do estado; e 25% do município.

Particularmente, eu indago a V. Exa. se sobre esse credenciamento das UPAs que estão sendo concluídas virá o financiamento dos 50% do ministério. Há essa preocupação em vários municípios. Eu digo do Mato Grosso, em que minha senhora é Prefeita em segundo mandato da segunda maior cidade do Estado do Mato Grosso, uma cidade com 300 mil habitantes, que é onde eu moro, Várzea Grande. Ali estamos inaugurando - quero aproveitar a oportunidade para convidá-lo para o dia 10 de maio - uma UPA maravilhosa, numa região da cidade que tem...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone.*) - No dia 22 de abril, estou lá.

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT) - Exato. Vai visitar conosco lá, nos dando a honra da sua visita lá.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone.*) - Em Várzea Grande.

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT) - Exatamente. Desça no aeroporto internacional, que é lá na minha cidade de Várzea Grande, de que fui Prefeito por três mandatos. De lá, virei Governador, duas vezes Senador...

Eu indago a V. Exa.: esse financiamento vai continuar tendo ou não vai continuar tendo?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT) - Tá.

Segundo, quero reiterar aqui uma vez mais o nosso pleito com relação à santa casa. A santa casa tem uma história lá. Vem de uma quadra muito ruim, mas, lamentavelmente, como o senhor bem disse aqui, é falta de gestão. Há verdadeiras organizações criminosas, quadrilhas que muitas vezes estão nas Santas Casas de Misericórdia, emitindo nota fiscal com CNPJ fajuto, e não tem dinheiro que chegue. Isso tem acontecido, como está acontecendo aqui, o Telmário estava dizendo aqui, de se alugar uma caminhonete por R$20 mil. Isso é um crime, tem que estar preso na Papuda, no presídio do Rio Grande do Norte ou de Rondônia.

Em síntese, eu quero apenas cumprimentá-lo. Não vou fazer aqui... Eu estava aqui com um bando de coisas para falar, mas não precisa, você já respondeu tudo que eu gostaria de ouvir aqui. Só quero saber se continua ou não continua o financiamento, ou seja, a parceria entre a Federação, os municípios e o estado.

E só concluindo aqui - meu Presidente Romário, me dá um minuto -, quero fazer um pleito a V. Exa.: nós temos que melhorar a questão da tabela SUS para aqueles cidadãos médicos que trabalham na Região Amazônica do Brasil. Quando se fala em Mais Médicos aqui, que aos poucos o Governo está colocando, mas nós temos municípios, Senador Cid, distantes da capital Cuiabá 1,5 mil quilômetros, e grande parte dessa rodovia ainda é chão batido. Não tem cidadão, não tem médico profissional que queira sair da Vieira Souto ou da Avenida Paulista, de outros grandes centros para ir trabalhar no Apiacás, longínquo município do Mato Grosso. Corta o coração ver batendo a carroceria da ambulância, a ambulância chega só na bagaceira na cidade mais perto de onde tenha uma assistência social. Nós temos que melhorar o quê? O *minimum minimorum*. Precisa de médico, tem que ter uma atratividade para ir trabalhar lá, para atender o cidadão. Há pouco tempo tínhamos, das 141 cidades do Mato Grosso, 36 cidades que não tinham um profissional. O cidadão morria lá por falta muitas vezes de um exame. Pelo menos um conforto ao médico lá... Por quê? A mesma tabela do SUS pela qual se paga para o Rio de Janeiro e São Paulo, paga-se para o cidadão que está lá em plena selva amazônica. Nós temos que melhorar para ter alguma atratividade e esse cidadão ir trabalhar lá, mesmo distante da capital, dos recursos que pode ter. Alguns lugares não têm nem internet por enquanto. Como é que o médico vai morar lá? Vai nada. Ele quer ficar onde? À beira-mar. Cuiabá já tem poucos profissionais, insuficientes para atender a demanda dos municípios. Há municípios a 1,5 mil quilômetros da capital, é longe pra dedéu, cortamos quase o Brasil, não é, meu Senador Chico?

Portanto, Ministro, é uma sugestão que eu dou: estudar essa possibilidade de que aqueles médicos que forem para a Amazônia brasileira sejam mais bem remunerados pela tabela do SUS. Cumprimento V. Exa., desejo sucesso e lhe digo: eu estou à sua disposição aqui para ser o porta-voz do Ministério da Saúde, até porque eu já tive o privilégio também de presidir por dois anos esta Comissão de Assuntos Sociais, hoje liderada e capitaneada pelo ilustre Senador Romário, que está fazendo um trabalho aqui invejável. Confesso a V. Exa., Senador Romário: o trabalho do senhor tem o nosso respeito e a nossa admiração.

Muito obrigado, Sr. Ministro. Sucesso, e que Deus o abençoe! Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito obrigado, Senador, pelas palavras.

Passo a palavra agora à Senadora Leila Barros, PSB, DF.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF. Para interpelar.) - Boa tarde, Ministro Mandetta, Senador Romário, Presidente da CAS.

Bom, vou fazer perguntas voltando novamente ao Programa Mais Médicos. Há aproximadamente 3 mil médicos brasileiros formados no exterior atuando no programa. É uma estimativa, eu não sei, aí o senhor pode esclarecer melhor para a gente. Esses brasileiros passaram por vários processos de seleção. Eu queria perguntar para o senhor se existe algum plano de regularização para esses médicos, para esses profissionais. O senhor falou que abriu para os que são formados hoje na Bolívia, no Paraguai. Eu queria...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone*.) - Sem CRM.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Ah, tá!

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone*.) - Eles não têm CRM.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Mas existe alguma previsão com relação a essa regularização?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - Acho que eu posso pontualmente só esclarecer para a Senadora Leila.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Certo.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Hoje você vai a uma universidade federal, a regra hoje...

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Sim.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - ... e você pede para se submeter ao exame. Engarrafou. Esse exame chama-se Revalida.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Sim, o Revalida.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Primeiro, analisa-se o currículo, depois a pessoa faz os créditos e depois faz a prova.

Nós estamos conversando com o MEC, porque, pela última informação, seriam 130 mil a 140 mil brasileiros entre Paraguai e Bolívia somente, fora os da Argentina, Uruguai, Peru, que estão entrando muito ali pela Região Norte.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Colombiano. A Venezuela, com essa crise, há os que vieram. Então, assim, nós estamos com... Nós precisamos achar... Agora, no meio disso, Senadora, se aqui no Brasil vira e mexe a gente acha aí diploma falso, falso médico, a gente tem que ter um cuidado como sociedade; ter um rito mais célere, mas com segurança. Então, a gente está discutindo com o MEC, isso é função do MEC, não é do Ministério da Saúde, mas o Ministério da Saúde está monitorando as pessoas que estão trabalhando ilegalmente. Solicitamos uma agenda do MEC para ver qual é a plataforma para a gente dar resposta a esses brasileiros.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - O.k., Ministro.

E em relação aos profissionais do programa que estão alocados atualmente em cidades com perfis 1, 2 e 3, há algum plano de renovação dos contratos em cidades com esses perfis inferiores? E gostaria de saber também se existe a previsão de novos editais para o programa, porque, a princípio, teve algumas desistências expressivas, e isso está impactando nessa demanda de atendimento a essas populações.

E, por último, eu gostaria de fazer um apelo ao senhor, é uma demanda daqui de Brasília, sobre o hospital do câncer de Brasília. Trata-se de um projeto aprovado, acertado com autoridades locais e federais de outros governos e que infelizmente ainda não foi concretizado. E há uma demanda, porque Brasília atende muito o entorno, e aqui nós temos um grande número de pacientes sendo atendidos pelo sistema. Existe uma previsão da construção desse... Eu gostaria depois que... Se o senhor precisar de conversar, estou totalmente à disposição. Isso aqui é um compromisso assumido com a população do DF, essa construção, todos têm uma expectativa enorme. Eu sou muito cobrada, como representante daqui de Brasília, com relação a essa demanda do hospital. Já tivemos governos e a coisa não acontece.

Com relação ao Senador Jayme Campos, longe de mim entrar em polêmica aqui, mas ele falou: "Brasília tem que trabalhar". Eu sou de Brasília. Brasília tem essa coisa de muitos relacionarem Brasília com o poder, Brasília com os políticos. Eu já fui atleta e muitas vezes, quando eu estava representando o meu país, as pessoas perguntavam: "Fulana, você é de onde?". "Eu sou do Rio, de São Paulo...". "E você, Leila?" "Eu sou de Brasília." "Ah, Brasília é a terra dos políticos".

(Soa a campainha.)

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Então, a gente tem que mudar um pouco essa questão. Quando falarmos de trabalho, de política, nós temos que associar aos poderes e entender que Brasília tem vida, tem uma população que trabalha muito e que muitas vezes se sente muito chateada com essa situação de associarem muito a imagem de Brasília com a política e o poder. Brasília tem vida e tem uma população muito trabalhadora, tá? Então, não entrar em... Inclusive, o Senador não está aqui, mas nada com relação aqui... Quero só deixar uma reclamação, porque tenho certeza de que tem muitos brasilienses aqui que se sentem da mesma forma que eu quando falam de Brasília, falam do poder e da política brasileira.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Senadora.

Passo a palavra agora ao Senador Irajá, PSD, Tocantins.

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO) - Presidente Romário, senhoras e senhores...

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Senador, desculpe. É só para...

Na verdade, a má política. Até me orientaram aqui. Hoje, graças a Deus, nós temos bons políticos nesta Casa, inclusive o Senador Jayme - está bem, Senador? Não quis entrar em polêmica, mas só falar de uma questão... É que a gente sente, o brasiliense, quem é de Brasília sente muito essa questão. Então, estou me referindo aos maus políticos. Eu sei que nestas Casas, nas duas Casas, existem grandes políticos, que são referência para nós novatos, que estamos chegando, tanto eu como o Irajá, não é, Irajá?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO. Para interpelar.) - Veterano na Câmara; no Senado, não.

Presidente Romário, Srs. Senadores e Sras. Senadoras, amigo Mandetta, Ministro da Saúde, quero agradecer sua presença aqui na nossa Comissão.

Eu tive a satisfação de poder chegar à Câmara dos Deputados junto com o Mandetta há oito anos, exatamente no ano de 2011. Inclusive, tive a honra de estar com você no mesmo partido no primeiro mandato. E tivemos, durante esses oito anos, uma ótima convivência, quando aprendi a respeitá-lo pelo trabalho que sempre desenvolveu como Parlamentar. Confesso, Mandetta, que, ao anunciarem seu nome como Ministro de Estado, eu, pessoalmente, vibrei muito por entender o seu notável conhecimento na área da saúde e que você teria a oportunidade de poder levar ao Ministério da Saúde toda a sua experiência, a sua bagagem, iniciada no Estado do Mato Grosso do Sul, a experiência adquirida no Parlamento. Eu criei, pessoalmente, uma expectativa enorme, como tenho certeza de que a maioria dos brasileiros, especialmente os do seu Estado. Estou bastante animado com o seu trabalho, bastante entusiasmado, acredito na sua capacidade, na sua competência e na sua capacidade de trabalho, acima de tudo.

Alguns temas, Mandetta, têm me preocupado. O primeiro deles é com relação ao surto de dengue, que tem se alastrado em todo o país, e eu tenho certeza de que é uma preocupação constante sua, porque o Estado do Mato Grosso do Sul é o terceiro estado no *ranking* nacional em casos de identificação de incidência de dengue. Pelos dados oficiais do Ministério da Saúde, já foram identificados, só neste ano, 368 casos para cada 100 mil habitantes, o que é um indicador preocupante. Agora, infelizmente, o meu estado, o Tocantins, é o que lidera esse *ranking*. Para vocês terem uma ideia, o ano passado, em todos os casos identificados oficialmente, o Brasil registrou 63 mil casos, no ano de 2018. Só nesses três primeiros meses, de janeiro, fevereiro, até o dia 16 de março, esse número aumentou para 229 mil casos de incidência de dengue oficialmente identificados, quatro vezes mais tudo o que foi identificado de dengue no Brasil. Agora, pasmem vocês: no Estado do Tocantins, no ano passado, foram 491 casos registrados e, até março deste ano, já foram 9.377 casos, ou seja, 20 vezes mais do que o que foi registrado todo o ano passado em apenas três meses - lembrando que a média nacional aumentou quatro vezes mais. Então, o Tocantins, infelizmente, tem liderado esse *ranking*, que tem preocupado a todos, de uma doença perigosa, que não escolhe pessoas - crianças, jovens, adolescentes, idosos -, não escolhe faixa etária, não escolhe classe social, e que já levou, neste ano, Ministro, desses 9.377 casos identificados no Tocantins, 15 pessoas a óbito. Portanto, é um tema que tem preocupado a todos nós tocantinenses e, eu tenho certeza, o Mato Grosso do Sul, que é o terceiro estado com maior índice, e a todos os brasileiros.

Então, a minha pergunta é: quais as medidas emergenciais que o Ministério da Saúde vem adotando ou vai adotar para que a gente possa conter esses casos, que têm aumentado exponencialmente em todo o Brasil? E, claro, eu gostaria de saber se existe alguma particularidade para o Estado do Tocantins, que está liderando, infelizmente, repito, esse *ranking* nacional.

(Soa a campainha.)

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO) - A minha segunda preocupação, Ministro, é com relação ao Mais Médicos. Eu acompanhei aqui os discursos de todos os Senadores. O Estado do Tocantins foi muito assistido pelo Programa Mais Médicos. Não estou entrando aqui no mérito, se o programa foi bom, se foi ruim, se ele precisava de ajustes ou aperfeiçoamento. Eu acho que sempre é possível isso.

Mas o fato, Ministro, é que, quando o programa foi encerrado ou modificado, em novembro de 2018, nós tínhamos, pelo Programa Mais Médicos, 141 médicos trabalhando no Estado do Tocantins, em 73 municípios do estado - nós temos 139; praticamente mais da metade era contemplada pelo Programa Mais Médicos. E, desses 141 médicos, nós tínhamos 101 cubanos. Então, nós fomos amplamente beneficiados por esse programa. A gente precisa fazer justiça, sem aqui deixar de apontar os erros e as falhas que eventualmente aconteceram.

E, hoje - este dado aqui é de janeiro de 2019, é um dado oficial da Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins -, desses 141 médicos, hoje nós só temos 72. Caiu 50% o número de médicos que estão atendendo a população do Estado do Tocantins. Isso em menos de três meses. Isso é um dado muito preocupante, que tem sido alvo de muita crítica no estado - e com toda razão - e que tem preocupado, porque são esses os médicos que atendem os pequenos municípios no meu estado. Então, nós tivemos aqui uma redução substancial. E detalhe: dos 73 municípios que eram atendidos ano passado, nós só temos 15 municípios atendidos por esses 72 médicos, que representam 50% do contingente que nós tínhamos no ano passado.

Então, eu queria que V. Exa. me apontasse o que o Ministério da Saúde vai fazer com relação a isso, para tentar pelo menos equilibrar essa relação que nós tínhamos no ano passado, que - registro aqui - não era o suficiente. Nunca é o suficiente. Mas aí você cortar 50% é uma coisa inaceitável. Então, qual seria a medida para poder corrigir essa distorção nos atendimentos dos 139 municípios do Estado do Tocantins.

E, para concluir a minha fala, Ministro, eu ouvi também alguns Senadores - e eu gostaria de registrar aqui meu respeito à opinião de cada um deles -, mas eu gostaria de, se me permitirem, colocar um outro ponto de vista pessoal que tenho com relação à saúde pública do Brasil e do Estado do Tocantins, porque muitos acusam a falta de recursos como sendo o

principal motivo da ineficiência da saúde pública do país. Aí eu pego os dados do Tocantins e eu faço uma reflexão: no estado, no último orçamento do Estado do Tocantins, foram investidos R$1,5 bilhão na saúde apenas - de um orçamento de 10 bilhões que existe no estado. E nós temos R$1,5 milhão de habitantes apenas no estado, ou seja, é um investimento de R$1 mil *per capita*, para cada habitante do Estado do Tocantins. É três vezes mais, Ministro, do que a média nacional do SUS, que é de R$300. E a situação do Estado de Tocantins é desastrosa. A saúde está um caos. Você tem acompanhado de perto - quero lhe agradecer por isso, pela preocupação, junto com o Governador Mauro Carlesse - a situação da saúde. A saúde está crônica, com gente morrendo nas filas de hospitais sem o mínimo de atendimento básico. Aí eu pergunto: o problema é recurso, se nós gastamos três vezes mais do que a média nacional que o SUS hoje aplica em outros estados?

Se a gente fosse fazer aqui uma analogia com o setor privado... Você já imaginou se nós pegássemos R$1,5 bilhão, o que daria R$1 mil por pessoa, por habitante, e fizéssemos - é claro que isso não é possível - um plano de saúde para essas pessoas? Seriam R$80, R$100 por mês por cada plano de saúde, e esse cidadão seria atendido com eficiência, com qualidade, dentro do prazo, dentro daquilo que ele merece, que é uma saúde digna.

Então, eu faço esse tipo de reflexão. Eu tenho as minhas preocupações. Acho que o problema não é recurso. O problema é gestão, o problema é administração, é desvio de dinheiro público, as licitações, os desperdícios dos medicamentos, o corporativismo, que é um problema sério, crônico.

Então, eu queria a sua opinião em relação a esse tema da gestão, se é também o mesmo pensamento que o Ministro divide.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito obrigado, Senador Irajá.

Volto a palavra agora ao Ministro Mandetta.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - Muito bem, primeiro, quero agradecer ao Senador Jayme Campos. Vindo de um Senador com a biografia que V. Exa. tem de gestão, como ex-Governador de Mato Grosso, ex-Prefeito de Várzea Grande, Senador e ex-Presidente desta Comissão... Muito obrigado, mas, provavelmente, há aí um pouco de componente... Eu sou nascido em Campo Grande, mas, quando eu nasci, a capital era Cuiabá. Eu sou mato-grossense. Depois, criaram o Mato Grosso do Sul, e eu fiquei ali no sul mais por comodidade. Então, deve ser por conta desse nosso vínculo histórico aí...

Na Santa Casa de Cuiabá, acho que é uma solução que a sociedade cuiabana vai ter que procurar. O Ministério da Saúde é solidário a enfrentar, ao enfrentamento. É uma instituição extremamente importante.

Agora, aqui fica uma discussão: é gestão ou é financiamento? É financiamento ou é gestão? Há lugares em que você tem um excelente financiamento e uma excelente gestão. Aí você vai... Não há limite. Não vou aqui dizer exemplos disso, porque senão vão falar: "Ah, está fazendo propaganda para A ou para B". Há lugares em que você tem excelente gestão e subfinanciamento; faz-se o limite, faz-se o máximo que é possível, mas você começa a ver que faltam algumas coisas, porque exatamente começa a sacrificar a manutenção, começa a sacrificar algumas iniciativas. Agora, quando você tem má gestão e sobrefinanciamento, ou bastante recurso e má gestão, cai na fala do Irajá - perdão, Irajá, é que nós somos amigos -, do Senador Irajá. Em oito anos como Deputados Federais, ele é um grande amigo que a vida me trouxe. Mas, enfim, como disse o Senador Irajá, se você tem sobrefinanciamento... Nem vou chamar de sobrefinanciamento, mas, se você tem um financiamento que seja minimamente digno e uma má gestão, você cai nessa situação. E, quando a gente tem má gestão e subfinanciamento, aí é a tragédia total do caso, que, infelizmente, é o que a gente encontra nos municípios menores: o subfinanciamento e uma pouca capacidade de gestão. Daí a tentativa de agrupá-los em consórcio para se fazerem distritos sanitários regionais de saúde, que já existem no ir e vir do próprio sistema de saúde, já existe um reconhecimento das cidades polos, enfim, já existem essas condições para que a gente reconheça e possa fazer.

Agora, se não informatizar, se não jogar no sistema o prontuário médico, o prontuário das informações, obrigatório, com campos obrigatórios, para que a União seja um repositório, um grande banco de dados tanto para iniciativa pública quanto privada... Eu, Luiz Henrique Mandetta, fui ao posto de saúde, o cidadão, o médico ou quem está me atendendo abre o meu prontuário aqui em Brasília, ou no Rio Grande do Sul, ou na Paraíba, e ali tem que estar o meu histórico de prescrição e medicamentos. Em 28% dos exames de sangue que são feitos no Brasil, as pessoas não voltam para buscar o resultado. Nós jogamos, tiramos, fazemos ou jogamos na pia. Sobre lançamentos de medicamentos, farmácias que as pessoas fazem dentro das suas casas, isso tudo é dinheiro público, isso tudo é ineficiência, isso tudo é gestão. Não conheço, acho que o Tocantins deve estar enfrentando, pelos números que V. Exa. colocou.

Com as UPAs, Senador Jayme Campos, o que nós fizemos foi o seguinte: abriram desordenadamente. Quem quer UPA? E foram fazendo. Cidades que não tinham condição herdaram de outros prefeitos e, de repente, com aquilo ali no meio da cidade, ela tinha um hospitalzinho aqui, tinha uma porta de entrada, se ela abrisse a UPA, ela teria que tirar os poucos

médicos que ela tinha para por aqui, faltava lá, e virou um enorme problema. O que eu consegui, com o auxílio do Tribunal de Contas, foi dar uma janela para aquelas cidades que quisessem, eventualmente, que ainda não instalaram, que não abriram, que estão assim... Tem gente com 98% executados da obra e não executa os 2% finais, porque fala assim: "Eu vou esperar. Quando chegar perto da eleição, eu faço a abertura e aí eu vejo o que vai acontecer no próximo mandato".

Abriu-se um espaço para que aqueles que não podem fazer, não cabe a UPA por decisão do Prefeito, exista uma janela de tempo para que ele possa mudar o objeto. E vocês sabem aqui, os Senadores sabem o quanto é difícil para órgão de controle, para TCU, aceitar mudança de objeto, o destino para o qual ela foi feita. Mas foi um entendimento feito com o órgão de controle para que aquelas cidades que compreendem a portaria, com os critérios com os quais o TCU concordou, que elas possam falar: "Olha, nisso aqui, em que foi feito uma UPA, nós vamos mudar o objeto, agora vai ser um Centro de Saúde da Mulher, porque eu consigo aqui fazer e manter". A falta de planejamento em saúde levou a quase 500 UPAs nessa situação Brasil afora.

Habilitações, que são as aberturas. Eu recebi o Ministério da Saúde com habilitações pendentes de 2017, praticamente de 2018 e estamos em 2019. Fiz toda a organização orçamentária. Então, tem que ter parâmetros. Então, leitos de CTI. Nós vamos habilitar e vamos correr atrás de habilitar todos. Por quê? Eles geram ações judiciais primárias, porque ficam na linha da vida entre a morte, e o leito de CTI atende, de alguma maneira, o paciente diabético, o hipertenso, o de unidade coronariana, ele é de altos custos e sobrecarrega demais estados e municípios. Então, da parte da União, eu vou correr atrás para a União chegar em dia.

A segunda é a urgência e emergência. Então, as UPAs, principalmente a nossa frota do Samu está muito envelhecida. As ambulâncias não estão aguentando. Essa coisa assim... Tem que ter mais método para saber de quanto em quanto tempo, mais previsibilidade. E as portas de entradas de urgência e emergência, para dar uma organizada. E os centros de reabilitação de pessoas com deficiência. Então, essas três nós vamos puxar o máximo possível, para colocar em dia, e vendo pontualmente as outras políticas.

Enfim, não falta só... Onde tem essas cidades difíceis...

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT. Para interpelar.) - Eu só perguntei para V. Exa., para concluir, claro, é natural, sobre essa possibilidade em relação aos que trabalham nessa vasta região do Brasil que é a Amazônia, onde eu moro também. Eu estou acima do paralelo 16...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - De como levá-los para lá, não é?

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT) - Não é levar, essa não é a questão... Não é justo que o cara que mora no Rio de Janeiro, em São Paulo...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - É. Tem de tudo, Jayme. Um dos...

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT) - A mesma tabela que era praticada, melhorou um pouquinho... O cara não vai sair nunca das praias do Rio de Janeiro, da Avenida Paulista...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Um dos próprios problemas do Mais Médicos...

O SR. JAYME CAMPOS (DEM - MT) - É levar o cidadão para lá. Não se consegue salário...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Um dos próprios problemas do Mais Médicos é pagar a mesma coisa para uma pessoa que vai lá para a divisa com... Na Região Norte, lá na divisa de Letícia, e pagar para quem fica em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, o mesmo valor, não é? Então, esses são os ajustes que a gente vem... Mas como é lei e foi aprovada por esta Casa, fruto de uma legislação, eu só posso alterar isso com a alteração da lei. Então, a gente vai redigir e vai mandar uma mensagem. Eu não sei se a melhor maneira vai ser um PL ou se é uma medida provisória. Como é que nós vamos construir isso juntos? Nós vamos sentar e construir juntos essa solução.

Nessas cidades, às vezes, não falta só médico, falta tudo. Falta jornalista, falta teatro, falta esporte, falta cultura, falta lazer... Para a pessoa decidir lá permanecer. Então, é um esforço de outros ministérios também.

Na fala da Senadora Leila Barros, a questão do Mais Médicos. São ex-formados no exterior. Eu lhe respondi pontualmente. Quanto às cidades de perfil 1, 2 e 3, eu estou construindo com elas o seguinte: "Posso ajudá-la? Posso... Se eu gastava esse recurso para a União colocar o médico lá para você, posso passar o recurso e você contrate?". Eu não tenho... Nós temos que concentrar as forças, para fins de contrato, para esses lugares que são de dificílimo provimento: o sertão, o vale... Eu tenho equipes de Saúde da Família que trabalham dentro de rios na Amazônia, em embarcações, que atendem populações ribeirinhas em trechos de rios. Esses, por uma questão das diferenças, são nos que a gente tem que ir primeiro. Não é abandonar os outros, mas é dar condição para os outros, para que os outros...

O programa teve algumas distorções. Não há redução em número absoluto aqui, meu caro Senador Irajá. Vou mandar levantar especificamente o que está acontecendo lá no Tocantins. Nós temos 98 médicos com CRM brasileiro atuando, médicos intercambistas atuando são mais 25, num total de 123. É uma tabela que me mandaram aqui. Mas vou levantar quanto a de onde veio e onde estamos. O Tocantins é um estado...

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO. Para interpelar.) - Esses dados, Ministro, só para contribuir, são do próprio Ministério da Saúde.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - É. Esse aqui é o que me deram, do próprio Ministério também, porque eu falei: "Me dá por estado".

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO) - Pode ser uma versão não atualizada.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - É. De repente não está atualizado.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - É comparativamente novembro de 2018, como era, e hoje.

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO. *Fora do microfone*.) - E janeiro.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Janeiro.

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO. *Fora do microfone*.) - Janeiro. O Ministro talvez tenha

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO) - Pode ser atualizado.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - O que eu posso lhe dizer é o seguinte: quando eu cheguei ao ministério, Senador Irajá, lá o governo anterior tinha aproximadamente 2,8 mil médicos durante todo o ano de 2018. Eles não abriram processo seletivo porque havia apontamentos da CGU, do TCU, de cidades que tinham redundância, enfim, falhas do programa. Acrescentou-se a isso os 8,5 mil médicos cubanos. Eles abriram só para os 8,5 mil médicos cubanos; não abriram as 2,9 mil vagas que estavam em aberto já, desde o ano de 2018 inteiro.

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO) - Certo.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Eu continuei, conclui os 8,5 mil e abri, dos 2,8 mil, para todas as cidades que são classificadas - não por mim - como oito, sete, seis, cinco e quatro, numa escala de um a oito, sendo um cidades de alto IDH, cidades com um exemplo salutar: Brasília, Campo Grande, Florianópolis. "Ah, mas ela tem um lugarzinho aqui". Mas ela tem capacidade de atrair, ela tem as faculdades, ela tem os alunos da UnB. Em Brasília, parece-me que são cinco ou seis faculdades de medicina instaladas. Quer dizer, ela tem de onde tirar, ela tem como fazer.

Agora, não se retirou de cidades que têm nível de desenvolvimento quatro, cinco, seis, sete e oito. Não conheço quais as cidades. Encontrei desse jeito. Agora, houve desistência desses que foram chamados, porque eles passam na residência e desistem; são setecentos e poucos. Para essas cidades nível quatro, cinco, seis, sete e oito, a autorização de processo seletivo é contínua.

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO) - Até equilibrar de novo.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Até equilibrar.

Agora nós vamos sair desse formato, porque esse programa tem um problema de não ser sustentável, quer dizer, toda hora você tem que estar fazendo processo seletivo. Então, nós estamos querendo ir para uma coisa mais estruturante, que eu saiba que eu estou chegando à cidade A do Tocantins, que eu tenha tais benefícios por escolher aqui, que vou ficar aqui um tempo, que movimento para cá, para lá, mas tenho também a premissa dos indicadores.

(Soa a campainha.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Enfim, é um caminho dentro dos recursos públicos que a gente vai mandar para cá, para discutir, para ser uma coisa que encerre esse assunto.

Pois não, Senadora.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Ministro, com relação à previsão dos novos editais?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Eles estão permanentemente sendo feitos. Agora, eles estão lá, construindo um novo para repor a vaga dos setecentos e poucos ou os outros que fizeram.

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSB - DF) - Sim.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Nós vamos conviver com esse formato de editais, com esse formato de editais, com esse formato desse Mais Médicos, que tem muitas distorções aqui, enquanto a gente faz a discussão desse estruturante.

Quando começarmos a ter uma coisa mais fixa, nós vamos deixar isto aqui vivo, como um botãozinho de pânico, mas sempre utilizando, forçando esse que é realmente estruturante, até a hora em que a gente não precisar mais fazer esses processos seletivos, porque todo mês... A dinâmica do programa é muito grande: sai gente, entra gente, sai gente, entra gente. Então, todo mês você tinha médico aqui, agora não tem.

E fazer isso via Brasília, centralizado, 100% centralizado... Quando a gente discutiu a descentralização das ações de saúde lá atrás, no início do SUS, era porque a União não conseguia fazer isso, e isso é uma tentativa, nesse programa, de se tentar fazer via União. Talvez, numa discussão melhor, a gente tenha alguma coisa mais sólida para apresentar para a sociedade brasileira.

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO. *Fora do microfone*.) - Ministro, e a questão da dengue?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Senador Irajá, dengue é atenção básica. O mosquito da dengue só prolifera onde tem concentração de ser humano, só nas cidades. Ninguém pega dengue na fazenda. O mosquito olha lá e fala: "Aqui não é para mim". Na cidade, ele é basicamente ligado a saneamento, lixo, água parada, enfim... Quando a gente pergunta para as pessoas: "Você sabe o que é dengue?", 98% falam: "Sei". "Você sabe como que se combate dengue?". "Sei. Não pode deixar água parada, tenho que eliminar os focos, etc." "O que você fez nos últimos 30 dias para eliminar a dengue?". A maioria tem essa informação, mas não tem a ação.

Quando entra um vírus novo, que é o que deve ter ocorrido lá no Tocantins, encontra a população de mosquitos ali e entra um vírus para os quais as pessoas não têm imunidade, ele vai entrar numa espiral de epidemia, que é o que vocês estão vivendo. Em epidemia, tem que fazer as estruturas para atender as pessoas. Às vezes, elas colapsam o sistema de saúde. Tem que abrir tendas, tem que reservar leitos, tem que organizar para não ter óbito. Então, se você não conseguiu prevenir, o próximo passo é enfrentar para atender.

O Ministério da Saúde tem recurso para as epidemias, não são epidemias... Do ponto de vista de atendimento, é soro fisiológico, é hidratação; gasta-se com plantão, e a gente ajuda para que a pessoa possa atender. Agora, eu acho que, como uma doença de vírus transmitida por mosquito típica do mundo em desenvolvimento, da África, do Vietnã, do Brasil, a vacina é a nossa grande esperança - e está na última fase. A gente acha que a esta época, no ano que vem, o Instituto Butantan e a multinacional em questão podem colocar no mercado a vacina para dengue. Aí eu acho que, para o nosso clima, vai melhorar.

No momento, agora, a gente pode ajudar... Traga o secretário, traga o Prefeito, traga o secretário estadual. A gente pode ver o pleito especificamente de alguma coisa pontual de que eles estejam precisando.

O SR. IRAJÁ (Bloco Parlamentar PSD/Republicanos/PSD - TO) - Tem programada alguma campanha nacional, porque o fato é que nós chegamos agora a um ponto muito crítico, não é?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - As campanhas, a campanha da dengue estava antes do Carnaval no ar; ela foi feita em dezembro, nós mandamos repetir em fevereiro. Os agentes comunitários têm o trabalho todo de conscientização. As pessoas sabem o que tem que fazer para prevenir. Quando se falhou a prevenção, foi dado o nível de alerta, foi avisado que está em LIRAa, que é o índice que fala o número de mosquitos está alto, quando é avisado: "Olha, foi captado o vírus tipo 2, que vocês nunca tiveram aí. Aumentem as medidas". Lá atrás, antes das chuvas, lá em agosto, setembro, outubro; aí você vai indo, vai indo, vai indo. Quando chega janeiro, fevereiro, em que chove praticamente todo dia - nossos estados são muito parecidos: nós no Centro-Oeste e vocês mais um pouco ao norte - com chuva morna, calor intenso, proliferação de mosquito e um vírus novo, o que a gente pode fazer é ajudar a atender.

É muito limitado você conseguir controlar e reduzir. Vai diminuir o volume das chuvas, vai baixar; as pessoas que têm dengue acabam sendo imunizadas, porque daí elas têm anticorpos; o vírus para de circular... Passa-se uma falsa sensação de que resolveu até a hora em que entrar um novo - são quatro tipos de vírus -, quando entrar um dos outros com que eles nunca tiveram contato. E, se não tiverem feito a vacina... A vacina é contra tipo 1, 2, 3 e 4. Até o momento, parece que está dando 86% de proteção aos quatro sorotipos, o que nos enche esperança de ter... Poderemos ter casos, mas não teremos mais epidemias. Essa é a nossa esperança dentro do sistema.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Ministro.

Passo a palavra agora ao Senador Flávio Arns, Rede do Paraná.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR. Para interpelar.) - Eu quero cumprimentar de novo o senhor, Ministro - já tinha feito isso antes no início da audiência -, e dizer que a gente é do Paraná. Foi mencionado, inclusive, um município do Paraná, onde toda a rede era atendida pelo Mais Médicos, mas só quero dizer que nós temos também no Paraná, obviamente - e o senhor sabe disso -, muitas regiões e municípios empobrecidos. Temos regiões prósperas, felizmente, mas também regiões bastante vulneráveis e municípios vulneráveis.

Achei muito interessante a iniciativa, que nós podemos discutir na Comissão de Educação, da inversão do processo nos cursos de Medicina. Eu acho que isso ajudaria muito.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone.*) - Só se analisa de quem for aprovado.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Exatamente, como a sugestão que o senhor fez. Eu acho que a gente pode caminhar por aí, discutir com o Conselho Federal de Medicina, fazer uma audiência pública... Eu acho que nós vamos propor na Comissão de Educação também que esse debate aconteça.

Eu gostaria de fazer quatro observações: a primeira é a de que foi mencionada a questão da pessoa com deficiência, da comunidade terapêutica, com cujo ponto de vista eu concordo, a necessidade de ter leitos psiquiátricos, não é internação por longo período. Agora, sempre nessas áreas, o importante para a gente é ter o detalhe. Então, a primeira observação que eu faria, se o senhor concordar, é que nós aproximássemos bastante a Comissão de Assuntos Sociais do ministério para que nós pudéssemos aqui mesmo chamar alguém do ministério, na área da pessoa com deficiência, ou da saúde mental, ou da comunidade terapêutica, e, ao mesmo tempo, chamar o Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência. O Styvenson falou sobre o idoso, chamar o Conselho Nacional... Então, a gente aproxima a sociedade e aqui a gente vê se a lei é suficiente ou se não é suficiente também. Essa seria a primeira sugestão. Se o senhor concordar, a gente faria isso.

A segunda: na questão dos indígenas, o senhor deixou claro que a secretaria vai continuar, que eventuais aspectos específicos têm que ser estudados, como foi mencionado na capital São Paulo, e que o recurso tem que ser bem aplicado. Quer dizer, concordamos inteiramente. Mas eu penso que a área está muito tensionada. Eu tenho participado de muitas reuniões com as comunidades indígenas e sugiro ao senhor dentro do grupo que, de fato, alargue essa possibilidade de participação das comunidades indígenas para que elas possam ir lá... Eu sei que eles estão representados pelo Conselho Nacional, mas eu acho que a gente pode dialogar, ver e a gente até se prontificaria a fazer isso.

Nós tivemos aqui o depoimento da Laissa, que foi um depoimento bonito, emocionante, sensibilizou a todos. Eu tenho aqui um documento, Ministro, e entendi um pouco diferentemente do que está escrito aqui. O medicamento Spinraza é liberado pelo SUS apenas pela via judicial. Eu entendi que não.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - É, exatamente. O novo relatório da Conitec - e por isso ela estava preocupada - indica a liberação do medicamento pelo SUS somente para o tipo 1 da doença. Foi aberta consulta pública, que termina amanhã, e eles querem, naturalmente, a liberação para todos. Pelo que eu entendi...

(Soa a campainha.)

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - ... para o número 1 está tranquilo e para o 2, o 3 e o 4 está dentro daquele compartilhamento de risco a que o senhor se referiu. Eu acho que continua valendo tudo isso, até para a gente falar para a Laissa também.

E a quarta observação, Ministro, é que eu realmente gostaria de ter o senhor na trincheira para termos a vinculação dos recursos para a educação e para a saúde. É muito importante, eu diria, para o Brasil, porque a gente desvincular os recursos, pensando em 5,5 mil municípios, 27 estados com o Distrito Federal e a União, a gente precisa ter, no mínimo - eu digo que é o mínimo, não é? -, para a educação, no estado, 25%; na União, 18%; o mínimo, 10%, dá para discutir de onde é que vêm esses 10%, mas os municípios gastam 20%, 30%. Eu acho que nós não estamos ainda politizados o suficiente no Brasil, pensando em termos de Brasil, porque aqui o senhor fez a referência aos Senadores, que são conscientes, aos Deputados, mas nós temos que garantir o mínimo constitucional e trabalhar para termos mais, juntamente com o que foi falado de gestão, com o que eu também concordo, aplicação correta e tudo isso.

Então, eu senti do senhor, assim, uma posição contrária, me parece... Não? Estou enganado?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (*Fora do microfone.*) - Contrária não.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Não, contrária a ter um mínimo determinado, quer dizer, são 10%, então são 10%. O estado são 12%, quer aplicar 15%, quer aplicar 20%? Precisa, e nós

temos que ter mais recursos. Então só nesse sentido. Eu sou totalmente favorável a que haja essa vinculação, não é? Eu acho que o Paulo Guedes, que é uma pessoa também estudiosa, acadêmica, ele é formado lá em Chicago, até eu estudei ao lado de Chicago também, mas ele... Eu acho que isso seria um desserviço, eu diria, sabe? Eu acho que a gente tem que pensar mais, refletir mais, porque a gente quer que a população seja muito bem atendida, como foi mencionado, na saúde e na educação.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Obrigado, Senador Flávio.

Passo a palavra agora ao Senador Randolfe Rodrigues, Rede, Amapá.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP. Para interpelar.) - Obrigado, Presidente.

Ministro Mandetta, em primeiro lugar, quero agradecer sua recente visita ao meu estado para acompanhar obras importantes, como a do Hospital Universitário. Faço questão de fazer esse registro.

Ministro, eu tinha três questionamentos. Quanto ao primeiro, sinto-me razoavelmente contemplado, sobre a questão do Mais Médicos. V. Exa. já tinha destacado sua posição anteriormente para mim, na visita ao Amapá, e aqui reafirmou.

Eu considero, da exposição de V. Exa., que teve um aspecto que passou rápido, que V. Exa. destacou e com o que eu tenho pleno acordo e que eu acho que é o importante: o senhor disse que o SUS é indispensável, o SUS é irreversível e o senhor é um defensor do SUS. Partindo desse pressuposto, o mandamento primeiro do SUS é a universalização do atendimento médico, e por isso a nossa preocupação, a preocupação aqui externada por vários colegas Senadores, sobre como caminhará o programa e se essa universalização... A minha apreciação é de que nós vivemos uma crise do programa atualmente. Eu pelo menos sinto isto no meu estado: a redução do atendimento em alguns municípios. Mas eu estou aqui acreditando no encaminhamento que V. Exa. aqui aponta para o programa, porque nós temos algumas realidades que, porventura, eu acho que V. Exa. sabe muito bem. Veja, nós temos os médicos brasileiros formados no exterior, nós temos médicos estrangeiros e tem médicos cubanos remanescentes que aqui ficaram e que estão à disposição - 2 mil cubanos remanescentes aqui ficaram e estão à disposição. Parece-me que nós não podemos prescindir de uma possibilidade como essa, de oportunidades como essa, principalmente quando não tivermos atendimento médico. Mas essa questão V. Exa. já assinalou, já respondeu.

Então, eu tenho duas questões suplementares. Obviamente, eu queria, se V. Exa. puder comentar ainda sobre isto, principalmente sobre essa preocupação que tenho, porque nós temos um contingente de brasileiros formados em países vizinhos, que V. Exa. destacou, e tem esse contingente de cubanos que aqui ficaram, inclusive atendendo própria convocação do Governo. O Presidente, quando assim... No meu entender, na prática, quando Cuba retirou os médicos e o Presidente disse que aqueles que quisessem ficar seriam acolhidos, enfim foi um indicativo do próprio Presidente da República.

Mas tem dois aspectos que eu quero... Um o Senador Flávio Arns aqui destacou. Preocupa-me muito a posição da equipe econômica do Governo sobre a desvinculação de receitas do orçamento. Eu não penso, como diz o Ministro Paulo Guedes, que isso seja um novo pacto federativo, porque essa despesa, pelo que sei, estados e municípios já têm. Liberar estados e municípios disso, no meu entender, é comprometer até os mandamentos que nós colocamos na Constituição sobre educação e sobre saúde; ambos, sobre educação e em especial sobre saúde, com aquele mandamento preliminar do *caput* do capítulo da saúde, de que é direito de todos e dever do Estado. Sem a vinculação, isso fica inviabilizado. Fica não... Se com a vinculação já existem as dificuldades que V. Exa. deve ter à frente do Ministério da Saúde...

(Soa a campainha.)

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Já concluo, Presidente.

... imagine com a desvinculação? Então, eu acho que é um sentimento do Parlamento, essa proposta não tem como prosperar aqui porque, primeiro, não me parece ser um novo pacto federativo, é dar a Governadores e Prefeitos o que já têm. Segundo, nós queremos contar com V. Exa. à frente contra essa proposta, porque essa proposta é um comprometimento até do funcionamento da pasta de V. Exa.

Por fim, serei bem rápido, do que já foi colocado aqui V. Exa. em parte também já esclareceu e já respondeu sobre a questão da saúde indígena. V. Exa. é de um estado que, com muito orgulho, assim como o meu, tem identidade com os povos originários. Aliás, em particular, quero registrar mais uma vez, Presidente Romário, a presença aqui ao meu lado da primeira Parlamentar indígena mulher em 500 anos de história deste país, que é a querida Joenia Wapichana, para muito

orgulho de nós da Rede Sustentabilidade, Parlamentar filiada ao meu partido, que traz aqui uma preocupação que já foi compartilhada com V. Exa., mas que eu queria trazer, dando sequência ao raciocínio.

V. Exa. é de um estado de povos originários, tanto quanto o meu. Até pelas dimensões dos estados - o nosso tem um pouquinho menos -, nós temos 7 mil indígenas divididos em quatro territórios. No Brasil todo, são 774 mil indígenas, 305 povos distintos - uapixanas, como a Joenia; ianomâmis, lá em Roraima; waiãpys, no Amapá; são guaranis caiovás e tantos outros -, 274 línguas. É uma confederação de povos. Por isso, a nossa convicção de que a constituição da saúde indígena, de uma área para a saúde indígena, foi um avanço no reconhecimento dessa diversidade. São uma confederação de povos, 274 línguas distintas e 668 territórios indígenas diferentes. Para o senhor ter este dado, só as equipes de saúde indígena atenderam, salvo engano, no ano passado, 4,5 milhões de diferentes indígenas - salvo engano, só no ano passado.

A preocupação, V. Exa. já esclareceu, é com a municipalização, mas gostaria de que esclarecesse qual é a ideia, qual é a proposta concreta. Se descartou a municipalização, eu fico feliz, porque eu já pensava, Senador Flávio, no meu município, que tem um território indígena chamado Tiriyó, que fica no Estado do Pará, mas todo o atendimento - Joenia, você conhece bem - é no Amapá. Eles viajam duas... O acesso lá, Presidente Romário, é só de avião. É o parque de Tiriyó. Fica lá na fronteira com o Suriname. Só tem o povo tiriyó, os povos diferentes e o Exército brasileiro lá. São duas horas e meia de avião de lá até Macapá. Esse parque indígena tiriyó fica no Município de Almeirim, que é maior que a Bélgica. Então, isso, municipalizado, torna inviável qualquer possibilidade de atendimento - falo que Almeirim é do tamanho da Bélgica. Altamira, que tem vários outros povos, é do tamanho da Holanda. A Terra Indígena Wassú cabe em outro país europeu. Enfim, quando V. Exa. descarta a municipalização, já tem um alívio aqui para nós, mas é importante nós sabemos qual é o caminho, qual a alternativa, como ficará o tratamento em relação aos povos originários e qual alternativa está pensando o Ministério da Saúde em relação à saúde indígena.

Eram essas as perguntas, os questionamentos, Sr. Ministro e Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Senador Randolfe.

Passo a palavra agora ao Senador Chico Rodrigues, do DEM, de Roraima.

O SR. CHICO RODRIGUES (DEM - RR. Para interpelar.) - Boa tarde, Sr. Ministro Luiz Henrique Mandetta. Parabéns pelo seu desempenho brilhante à frente do Ministério! Nós percebemos, inclusive, que Parlamentares de todos os partidos estão acompanhando o seu trabalho e sabem, pela sua competência e sua responsabilidade junto ao Governo, que é hoje uma referência no quadro dos nossos Ministros. São muitos Ministros, aliás, na sua grande maioria, de altíssima competência, não poderíamos aqui ser injustos, mas V. Exa. realmente tem se destacado bastante. Isso alegra a população brasileira - não o Parlamento, que é temporário.

Quero cumprimentar o nosso companheiro Presidente da CAS, o Senador Romário, pelo seu equilíbrio, seu jeito jeitoso aí de conduzir a sessão; inclusive, no momento preciso, toma uma decisão, como Presidente, sem se intimidar com o Plenário ou com quem participa da sessão. Quero cumprimentar os demais companheiros Senadores, a Deputada Joenia Wapichana, do meu Estado de Roraima, que já foi citada aqui anteriormente.

E, rapidamente, Sr. Presidente, gostaria de sugerir a V. Exa. que fosse feito um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e o Estado de Roraima, porque nós estamos vivendo lá um momento extremamente sensível com a entrada de mais de 80 mil venezuelanos no nosso estado. Obviamente, com uma população de 500 mil habitantes, os seus sistemas de saúde, de segurança, de educação, etc., na verdade ficaram sobrecarregados. E, como V. Exa. esteve lá e acompanhou *in loco* o quadro caótico que nós vivemos, eu diria que é a única saída que nós temos, em curtíssimo prazo, para melhorar a assistência à população do estado, de brasileiros e desses venezuelanos que estão ali tangidos pela necessidade da crise no seu país. Seria muito importante, seria urgentemente necessária essa cooperação técnica, para que o Ministério da Saúde pudesse disponibilizar uma equipe que, em quatro, cinco, seis meses, pudesse mitigar as dificuldades que nós vivemos ali, no estado, hoje, na área específica de saúde.

Falou-se aqui na questão dos DSEIs, do Dsei Leste, do Dsei Yanomami. Primeiro, nós entendemos - e acredito que V. Exa. também - que a questão da municipalização da saúde indígena é assunto descartado, porque os municípios não cuidam nem dos brancos, quanto mais da complexidade da assistência às comunidades indígenas. O que é preciso, sim, é gestão. Nós temos problemas seríssimos na gestão dos dois DSEIs no nosso estado, inclusive com os incêndios criminosos de que V. Exa. tomou conhecimento. E, na verdade, você não pode fazer uma boa gestão se você não tiver bons gestores. E ali realmente é gravíssima a situação que está acontecendo em relação ao Dsei Leste e ao Dsei Yanomami.

E tenho certeza... Outra questão que eu gostaria de que fosse mantida era a Sesai também, porque ela aglutina interesses e ela pode, com gestão... Vou repetir sempre: o grande problema do Brasil, de forma verticalizada, é questão de gerenciamento. Está aí o ministério com um grande gestor, e os resultados estão acontecendo positivamente.

Nós temos também a necessidade - estive, até ontem, rapidamente, no ministério para ver a questão desse atendimento - de ambulâncias, porque a frota é antiga, a reposição é lenta e a necessidade é enorme. Então, nós entendemos que o ministério poderia fazer uma ampla aquisição de ambulâncias para atender não somente o nosso estado. No nosso estado, como foi dito aqui, a população indígena é um pouco menor do que a do seu estado. Nossa população indígena chega a 64 mil índios, ou seja, mais de 12% da população total do estado.

A questão dos Mais Médicos também é uma questão recorrente.

(Soa a campainha.)

O SR. CHICO RODRIGUES (DEM - RR) - Nós entendemos que a questão do Mais Médicos, no caso específico... Nós temos comunidades lá no estado que estão a mil quilômetros da capital - mil quilômetros da capital! -, e os médicos brasileiros não querem ir para essas áreas, principalmente aonde só se chega através de barco. E ali tem comunidades - dez, vinte, trinta pequenas comunidades - que precisam de assistência. Então, eu acho que, num processo de seleção natural daqueles médicos cubanos que ainda aqui estão e que se dispõem e que prestaram serviços relevantes ao nosso estado e também a outras regiões do país, obviamente... Gostaria que fosse estudada, com precisão cirúrgica, essa questão de aproveitamento desses cubanos que não quiseram mais voltar ao seu país, mas que estão lá disponíveis para serem absorvidos e atenderem a nossa população.

Uma questão que eu acho que é extremamente relevante, Ministro Mandetta, e que V. Exa. conhece é relativa à insulina humana recombinante. Nós importamos meio bilhão de reais por ano da insulina recombinante para o tratamento de mais de 13 milhões de diabéticos no país, na nossa rede pública do SUS. Nós temos três laboratórios que exportam essa insulina para o Brasil: o Novo Nordisk, da Dinamarca; o Eli Lilly, dos Estados Unidos, ou Lilly; e o Sanofi, da França. Em dezembro, descontinuou, por recomendação da Anvisa, a compra de insulinas do laboratório ucraniano Indar, que corresponde a apenas 7% dessas importações totais. O Brasil não produz uma dose sequer de insulina. E por aí vai.

Em 2006, a Fiocruz e o grupo Indar assinaram acordo para a construção de uma fábrica de insulina no Brasil, o que aumentaria a nossa autonomia científica, tecnológica e econômica, substituindo as importações. Após longas negociações, ao longo da década passada, decidiu-se que a fábrica seria construída em Salvador. O projeto nunca saiu do papel, apesar de o acordo de 2006 prever ampla transferência de tecnologia para a produção de cristais de insulina no Brasil. Não se tem avançado nas discussões para a concretização do projeto, que custaria apenas R$250 milhões, contra R$500 milhões de importação por ano, ou seja, na metade do ano estaria praticamente resolvido o problema da insulina, do fornecimento da insulina produzida no Brasil.

E temos outros casos, por exemplo, de que eu gostaria de falar com vagar com V. Exa., como o caso da Hemobrás, que é outro problema seriíssimo. A Anvisa cria problema. Cartéis que estão por trás da Anvisa, na verdade, não autorizam a produção aqui no Brasil. Isso é um problema de Estado, nem é de Governo. Eu tenho a certeza de que, pela disposição, pela autoridade e pelo que prometeu ao longo de toda a campanha, o nosso Presidente Jair Messias Bolsonaro irá apoiar substancialmente as decisões que venham a ser tomadas pelo Sr. Ministro, porque aqui nós estamos falando de insulina. Isso causa problema... São 13 milhões... Eu, inclusive, sou diabético, bem como o nobre Senador Romário, apenas para citar dois exemplos, pois estamos aqui *tête-à-tête* com V. Exa.

Então, são problemas recorrentes, de que eu gostaria de falar pessoalmente com V. Exa. Tem total apoio deste Congresso, porque não é justo que uma instituição do Governo como a Anvisa crie problemas por questão dos cartéis que estão por trás da Anvisa, dos técnicos da Anvisa - não são todos, mas nós temos que realmente apresentar essa demanda, porque ela é recorrente na vida do nosso país. Afinal, nós somos 210 milhões de brasileiros num país gigantesco.

Apesar das crises que acontecem, o Brasil é maior do que todas as crises. Todos sabem da nossa localização geopolítica, da nossa inserção no mercado mundial. Nós sabemos da cobiça que existe. Nós temos a maior biodiversidade do planeta. Praticamente 65% da biodiversidade do planeta, para a utilização dos fármacos para 8,2 bilhões de seres humanos, estão no Brasil. Então, essas crises aí são - vou citar o Presidente Lula lá atrás - "marolas", pequenas marolas, que, na verdade, não são capazes de impedir o crescimento deste país.

Então, eu gostaria de apenas, rapidamente, fazer essas perguntas para V. Exa. Sei que, com precisão, com presteza, V. Exa. haverá de respondê-las a contento.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Obrigado, Senador Chico Rodrigues.

Ministro, antes de responder, nós vamos ouvir aqui agora a última do bloco, a nossa Deputada Federal Joenia Wapichana, da Rede, de Roraima.

Por favor, Deputada, com a palavra.

A SRA. JOENIA WAPICHANA (Bloco/REDE - RR. Para interpelar.) - Sr. Presidente, Sr. Ministro, eu gostaria de saudar a mesa pela excelente iniciativa de discutir um tema que é tão importante para nós todos, indígenas e não indígenas, que é a saúde, esse que é um direito fundamental, um direito que é resguardado a todos. Quero parabenizar a iniciativa dos nossos Senadores por trazer nosso Ministro da Saúde.

Queria saudar também as várias lideranças que se encontram aqui nesta plenária, que estão ali atrás, lideranças que estão vindo de várias partes do Brasil e que tiveram que se ausentar de seus lares, de suas terras, com seus recursos próprios, para justamente, aqui em Brasília, tentar saber o que está acontecendo com a nossa saúde indígena, por que causa houve a descontinuidade. Muitas vezes, tiveram que deixar suas famílias, justamente tentando fazer com que a vulnerabilidade a que muitas vezes se expõem em alguns casos, por exemplo, em que são afetados por inúmeros tipo de situações... Como eu venho lá do Estado de Roraima, recentemente ouvimos falar da Terra Indígena Yanomami, do povo indígena que sofre com a contaminação de água derivada de inúmeros casos de invasões de suas terras, inclusive por garimpo. Então, a contaminação de água atinge a sua saúde.

Quero saudá-las pelos esforços e dizer que, na continuidade desse debate, eu também tenho uma preocupação bem real em relação a tudo que já foi falado por nossos Parlamentares, nossos Senadores e parabenizar sua afirmação de que não vai haver a municipalização da saúde. Hoje já saímos daqui com essa confirmação que o Ministério da Saúde está colocando publicamente para todos aqui e que é uma decisão bastante importante. Eu venho acompanhando a questão da discussão da saúde indígena já há muito tempo e tenho visto como se avançou nessa discussão relacionada à saúde indígena desde a época em que se falava de Sucam, Funasa, passando por vários, vários, vários avanços em termos de nossa legislação, em termos de normativas em que se assegurou principalmente o direito dos povos indígenas em ter um tratamento diferenciado.

O art. 231 foi a principal normativa que nos faz requerer uma posição não de governo, mas uma posição de Estado brasileiro justamente para que se avance nessas garantias fundamentais de haver uma diferenciação relacionada à saúde indígena, à saúde dos povos indígenas. Hoje nós somos quase 1 milhão a população indígena em diferentes regiões na Amazônia, no Nordeste, no Sul, e nessa política relacionada à saúde indígena tem que haver esse viés de justamente colocar em termos de políticas públicas também essa garantia de que os povos indígenas têm essa especificidade garantida dentro das políticas públicas. Então, quando se fala que não municipalizar a saúde indígena é um posicionamento, para nós também é isso.

Agora a preocupação é com relação à Sesai. A Sesai não foi simplesmente uma decisão de governo, ela veio de um processo em que os povos indígenas construíram esse posicionamento durante as conferências todas que foram avançando nessa posição, de que se deveria ter uma secretaria especial de atendimento à saúde indígena.

(Soa a campainha.)

A SRA. JOENIA WAPICHANA (Bloco/REDE - RR) - Nesse sentido, se alguma questão não avançou, foi por falta de políticas que realmente fizessem com que essa secretaria se fortalecesse. Realmente a autonomia que foi estabelecida, que foi planejada foi para que a Sesai tivesse autonomia relacionada a desenvolver política específica para a saúde indígena. Esse seria o ponto.

Então, Sr. Ministro, eu queria colocar essa minha preocupação e reafirmar que esse subsistema de saúde indígena é um resultado, sim, de muitos esforços ao longo de décadas. Justamente nesse sentido que a Sesai merece um tratamento de se fortalecer, para que possa usar a sua autonomia.

Eu também venho aqui justamente para dizer, reafirmar, nós como... Eu já estou falando como indígena, Deputada também. Nesse sentido, eu acredito... E me preocupa bastante quando se fala que haveria a possibilidade de paralisar, porque teria uma investigação e poderia haver fraudes em alguns conveniados. Nós não podemos penalizar a comunidade indígena e tampouco os povos indígenas se houver algum indício de irregularidade. Que essa irregularidade seja investigada, sim. Que os responsáveis sejam punidos, sim. Mas tem que dar nome aos bois, tem que apontar quem são os responsáveis. Se há desvio relacionado ao recurso, deve ser colocado de forma bem séria, mas não deve nunca serem suspensos convênios que garantam atendimento à saúde e não devem ser penalizadas as comunidades indígenas.

Então, quero justamente agradecer por esse compromisso que se coloca hoje publicamente de não municipalizar e dizer que o fortalecimento da Sesai é muito importante para os povos indígenas.

Por último, Sr. Ministro, eu gostaria de reforçar a solicitação da Apib, que é a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, que está buscando um diálogo juntamente com o senhor, como Ministro da Saúde, para que atenda as lideranças indígenas, para que elas possam colocar seu posicionamento, suas ideias, suas estratégias, para que nós juntos, Ministério da Saúde e lideranças indígenas, possamos trabalhar para o fortalecimento da nossa saúde indígena.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Muito bem, Deputada Joenia.

Volto a palavra agora ao Sr. Ministro Mandetta.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA (Para expor.) - Vamos lá. Na fala do Senador Flávio Arns... Enfim, como o tema indígena perpassa todas as falas, eu o deixo para a fala da Deputada, em que iremos contextualizar o indígena como um todo, deixando claro alguns pontos que eventualmente possam não ter ficado claros.

Doenças raras. Spiranza. Tipo 1. O que ocorre? Isso não é invenção de ninguém, existe lei, existe a Conitec, uma lei formada. Antigamente, para você colocar um recurso dentro do Ministério da Saúde, era uma decisão de um órgão isolado. Fizeram o conselho, aprovado nesta Casa, com a presença de cientistas, de economistas, de tudo o que envolve uma tomada de decisão.

Eles tinham um trabalho muito simplificado, porque eram medicamentos normalmente de largo espectro. De repente, as doenças raras, que, antes do Projeto Genoma, ficavam ali praticamente em cuidados paliativos, a partir do momento em que se decifra o código genético humano e, com os supercomputadores, começam a identificar e mapear qual o gene que faz com que aquela determinada doença se manifeste, depois desse passo, sai a ciência procurando qual a enzima que não é fabricada, qual é o item que ela causa, e começam, então, as terapias.

O país Brasil já é o principal país de sistema universal que incorporou terapias para doenças raras graças à luta de inúmeras laissas, inúmeros romários, inúmeras maras e inúmeros Senadores, Parlamentares. Essa não é uma luta de agora; a gente vem com a Lei Brasileira de Inclusão, com a Política Nacional de Doenças Raras, enfim. Só que começam a aparecer também subtipos genéticos das doenças.

Então, no caso da AME, você tem cinco subtipos. O remédio em questão, o ensaio clínico, como é raro... Também você não vai exigir que o laboratório faça ensaio clínico de todos os subtipos, porque são, como o próprio nome diz, doenças raras. É diferente de um remédio para diabetes, em que a pessoa traz um ensaio clínico de um remédio com 10 mil pacientes, 30 mil pacientes, porque tem muitos pacientes diabéticos. Nas doenças raras, o universo é pequeno. Quando eles chegam, as pessoas que têm os subtipos falam: "Bom, se eu não tinha nada, e agora há um, mesmo que seja para o subtipo 1, eu, que estou no subtipo 4, 3 ou 2, preciso desse remédio, porque eu quero tentar, eu quero me submeter ao tratamento. Se funcionar, para mim está bom". Aí entra em conflito a Conitec com a ciência, com os economistas e o apelo da vida - eles entram em choque.

Na última reunião, antes deste Governo, em agosto, setembro, a Conitec analisou esse medicamento e falou assim: "Ele não vai ser admitido no país". A Inglaterra levou quase dois anos; o Canadá falou: "Só vai ser admitido para esse subtipo, o tipo 1. Tem que cumprir isso, isso e isso, e, se não cumprir, você me paga de volta". O compartilhamento de risco é na marca desse medicamento em que ele entrou, vamos compartilhar o risco. Como o país não tinha nenhuma *expertise* em compartilhar risco, ou você incluía para tudo e deixava andar, ou negava. Eles só tinham essas duas opções. A Conitec negou.

Quando nós entramos, o nosso Secretário de Incorporação de Insumos, que é o Denizar Vianna, que está lá na secretaria e é um dos membros desses comitês mundiais de compartilhamento de risco... Então, foi de dentro da equipe técnica que surgiu essa tese. Vamos voltar à Conitec, o que já foi difícil, porque a Conitec tinha negado seis meses atrás, e eu pedi para fazer uma reapreciação - eles não gostam de reapreciação. Abriu-se a audiência pública. Audiências públicas normalmente ficam 60 dias. Eu falei: "Vamos aproveitar a audiência pública que foi feita lá atrás, que é onde a sociedade se manifesta, e vamos fazer uma audiência pública no prazo mínimo estabelecido, porque não vai mudar a opinião da sociedade".

Os grupos organizados se manifestam na audiência pública. Se nós fizermos uma audiência pública aqui e falar "quem é a favor de incorporar um medicamento?", e vier uma menina como a Laissa, 100% da sala se solidariza.

Então, consegui dar um rito acelerado na parte burocrática.

Argumentamos na Conitec que, para o tipo 1, que é esse para o qual já há o ensaio, o.k., ele incorpora. Os pacientes que estão com diagnóstico fechado, tranquilo, vão receber a medicação. Não temos óbice.

Agora, para os outros quatro subtipos, será um protocolo clínico de pesquisa. Nós vamos garantir. Vamos garantir, mas nós queremos saber qual o subtipo em tela, qual vai ser o local onde nós vamos medir e qual vai ser o parâmetro para saber se o medicamento está funcionando para esse subtipo ou não. E, se não estiver funcionando para o subtipo 3, 4 ou 2, o laboratório em questão nos restitui. Isso é compartilhar o risco de incluir um medicamento.

Então, o que a gente está fazendo deve servir para os próximos passos, para outras situações que serão muito comuns.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Só uma observação: se está funcionando no caso específico, porque pode funcionar para uma pessoa e não funcionar para outra.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Aí os cientistas têm a sua...

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - No caso da Laissa, por exemplo, a preocupação dela é que alguém pode ter dito que não está funcionando no tipo 3, mas não está, às vezes, funcionando para uma, mas está funcionando para outra.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Ou funciona parcialmente.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Quer dizer, isso está sendo levado em conta pelo Conitec.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Outra coisa: esse medicamento também tem uma série de contraindicações. Quando ele é contraindicado, quem fala para o juiz, quem diz "olha, o medicamento é contraindicado" não é o Governo; é também o produtor, porque, se a gente vai falar de responsabilidade, de solidariedade mundial, como citaram aqui os Senadores, então a indústria também deve ser solidária. Não só os Governos.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Eu só queria lembrar que a Laissa veio aqui e ela tem...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Pode ser que a tipo 3 funcione para todo mundo. Pode ser que funcione só para ela. Isso daí, eu não tenho bola de cristal.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Eu sei.

Não, mas ela não necessitará, via judicial, obter o medicamento. Por quê? Porque ela está no compartilhamento de risco. No acompanhamento do caso dela...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Pode ser que funcione, e se excetue o dela.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - No acompanhamento do caso, o pessoal vai dizer "olhe, não está funcionando", então aí não funciona mesmo. Mas vão dizer: "ela, pelo relato dela [e eu acho que é importante o relato do paciente], está funcionando".

Então, a minha dúvida - sabe, Ministro? -, era esta: saber se esse compartilhamento do risco...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - É com base científica.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Não, com base científica tem que ser.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Não é a minha vontade ou a vontade de ninguém.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Não, tudo isso está certo. Mas, no caso assim, é dispensado o medicamento para quem tem 2, 3 e 4. Porém, existe um acompanhamento do caso, por todos, para todos, para quem é dispensado do medicamento. É isso?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - É. Aí a gente vai ver. Se ele está indicado para esse subtipo.

Agora, usamos em mil pacientes com subtipo 4: para um, funcionou, e 999 tiveram piora.

O Governo deve recomendar?

É isso que nós vamos discutir. É isso que é o compartilhamento de risco, onde a própria situação dos doentes... Até para nós fazermos os diagnósticos. Imagina se nós exigíssemos dos pacientes "quero que o senhor venha aqui pedir, já tendo feito o seu cariótipo, trazido qual é o genótipo da sua doença, o diagnóstico"... Até nisso o país tem dificuldade.

Então, nós poderíamos estar dando medicamento... Vamos supor que usou para mil do subtipo 2 e nenhum melhorou. Gastamos 450 milhões, por ampola.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Eu entendo.

É que eu entendi o compartilhamento de risco, Ministro... Desculpe até, eu acho que está bem claro, o senhor está sendo tão solícito também, tão bom na explicação.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - E é novidade para mim também, Senador, porque é o primeiro que nós estamos fazendo...

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Porque eu penso assim, o compartilhamento de risco... Pensando no caso dela, que até o senhor explicou, geneticamente é dois e, no outro, é três...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - É difícil.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Então, dois, três e quatro, quer dizer, nós não temos pesquisa suficiente para saber se funciona ou se não funciona. É bem por causa disso que está sendo dispensado e os casos acompanhados.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - E nós tínhamos duas opções antes, ou negar, como havia sido negado, ou abrir e falar *ad aeternum*...

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Agora a gente pode dizer para ela que ela vai continuar recebendo?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Bom, ela está recebendo, provavelmente, por via judicial. E o que a gente vai fazer agora é a pesquisa para saber se funciona para a doença dela. Eu não tenho como predizer qual é a situação.

Eu não sei se ela vai ter... Tomara que ela só tenha melhoras, que ela responda superbem, e aí ninguém vai tirar um medicamento desse. Mas eu não sei se ela não vai cair num protocolo em que tenha situação que seja de contraindicação.

Isso aí quem vai dizer é o...

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Agora, só com isso, então, a nota que eu li está correta, que está sendo feita a consulta pública para o tipo 1, e tem 30 mil contribuições. Para os tipos 2, 3 e 4, só por via judicial?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Não. Eles vão entrar num protocolo clínico.

Se você é tipo 2, você não está na absorção absoluta. Como se fosse assim: você é tipo 1, já tem estudo, já tem tudo, está aqui. Para os outros tipos é protocolo clínico de pesquisa.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Certo.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Então, nós vamos garantir lá, para todos que têm tipo 2... Mas nós vamos medir. Qual é a diferença? Se não funcionar, o laboratório em questão me restitui e para o tipo 2.

Por quê? Porque resta provado que não funciona para o dois.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Não, é isso que eu tinha entendido.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - O.k.? É isso que vai ser. É assim que vai ser. Pelo menos, é assim que eu estou compreendendo e é assim que eu estou entusiasta.

A Itália é o país que mais tem expertise. Eles já estão chegando a 62% dos medicamentos com algum grau de compartilhamento de risco. Inclusive, alguns de utilização horizontal.

O nosso é o primeiro, no universo todo do país. Esse é o nosso 01. Ele vai ser piloto para a gente ver como serão os próximos.

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Depois a assessoria podia passar para gente.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Uma nota técnica?

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR) - Uma nota técnica e o grupo de pesquisa.

Eu gostaria de saber quem está fazendo essa pesquisa.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Quando começa, Ministro?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Eu espero que agora, dia 4 de abril, concluam-se os tais prazos regulamentares lá, ou seja, homologa-se o que foi a reunião da Conitec. Agora está na fase...

Já reuniu, agora está na fase das considerações lá entre partes em que a gente pode chegar e falar assim: "Tudo bem, incorporou tipo 1", já anda essa turma. Protocolo assinado entre o laboratório e o ministério e a instituição em questão que vai monitorar, ponto de referência tal. E dá um comunicado para as pessoas para isso andar. Eu espero, no mês de

abril, já estar com esse assunto devidamente andando e depois, de tempos em tempos, nós termos relatórios do impacto do que é que nós estamos tendo de benefício ou não. Enfim, nós temos que saber.

Mínimo constitucional, que é a mesma fala do Senador Arns e do Senador Randolfe. Volto a insistir, os mínimos constitucionais são importantes, são importantes para o sistema de saúde. Eles ocuparam um papel extremamente decisivo quando da regulamentação da EC 29, que foi proposta lá atrás. Ficaram...

(Soa a campainha.)

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Foram muitos anos de regulamentação pela Emenda 29. Agora, é emenda constitucional. Quem é que altera emenda constitucional? O Congresso Nacional. A pauta está aqui. A Câmara votou uma emenda constitucional do orçamento impositivo, votou em dois turnos, porque decerto tem uma urgência desse debate correr de uma maneira... Quebrou o interstício e votou em dois turnos.

Agora vem para cá. Se falarem em orçamento impositivo e trouxerem para cá, quem vai analisar as situações orçamentárias é o Parlamento. Para que é que o Parlamento é criado no início dos estados democráticos? Qual foi a razão da criação dos Parlamentos? Definir o orçamento, fiscalizar os gastos orçamentários.

Eu vejo que o país está passando por uma situação em que aqueles que falam: "Não quero saber do orçamento, não quero saber dos gastos, não quero saber da reforma da previdência, eu quero expansão e expansão", vão se olhar no espelho uma hora e vão falar: "Olha, não tem". Não tem e é o colapso - colapso do Estado, colapso da sociedade.

Então, eu acho que o amadurecimento se, por um lado, causa apreensão, por outro lado, o amadurecimento do Parlamento me causa profundo desejo de participar dos debates para saber para onde que esse Parlamento... Será que ele vai voltar a ter que se tutorado? Porque, quando a gente coloca os pisos, a gente não está se defendendo dos executivos, a gente está se defendendo do próprio Legislativo, que é quem faz a aprovação do orçamento.

Então, ela é uma discussão profunda, ideológica, de formação de *background* profundo. Agora...

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Ministro, concordando com o senhor...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - ... é importante para a saúde? A saúde não volta atrás.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Concordando com o senhor, por isso é que são importantes os pisos.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Sim, pode ser que sejam importantes para determinadas situações. Analisem.

Agora, o que eu quero deixar claro é o seguinte, Senador Randolfe, o SUS não tem retrocesso. Não dá, em tempos de pressão da sociedade, envelhecimento da população, necessidades de povos originários, necessidades de alta tecnologia, doenças raras, necessidades, necessidades... O custo em saúde está numa espiral absurda, necessidades de médicos, de enfermeiros, de agentes comunitários, necessidades, necessidades, necessidades. Não tem volta. Ele só vai andar. Vai chegar uma hora em que ele vai esbarrar, como esbarra hoje, no próprio teto da nossa ineficiência de gestão, ineficiência de atenção básica...

Por isso é que, no momento, a ordem prioritária do Ministério da Saúde é a reorganização do sistema, partindo da atenção primária, da atenção básica. Nós perdemos, em algum momento: vacinação em 84%... Já tivemos em 140%. O que é que está acontecendo? Mortalidade infantil aumentar? Opa! Diagnóstico de câncer em estágio tardio? Populações indígenas com mortalidade infantil quatro vezes acima da mortalidade, com um gráfico que parece um pico e um vale, um pico e um vale... Quer dizer, em um ano morre muito, em um ano morre pouco? Não tem sustentabilidade. Saneamento básico, água...

Assim, eu acho superimportante que colocaram esse debate. Ele serve para animar, acalorar os debates, mas a ânsia da vida é impositiva. Ela é mais impositiva do que a vontade dos governos.

A crise do programa, como foi colocado aqui pelo Senador Randolfe, a crise do Programa Mais Médicos, eu vejo assim: a crise tem nome, sobrenome e endereço. Este é um programa feito sob o argumento de que faltam médicos no Brasil. Havia um contraponto, na época. Falavam: "Não. Falta distribuição de médicos no Brasil. Falta induzir formação de médicos brasileiros já direcionados". Não. Faltam médicos. Nós vamos trazer de outro país.

Passaram por cima dos médicos que estavam em formação na Bolívia e no Paraguai, falando que eles não podiam vir para o país, bloqueando. Botaram, aqui dentro, trouxeram 14 mil médicos cubanos.

País não negocia com país pessoas. Pessoas não são coisas. Pessoas não são *commodities*. Quando um país negociou com outro país pessoas - seja pela sua cor, pela sua etnia, pela sua raça, pela sua condição de povo aprisionado ou não - ocorreu um dos capítulos mais terríveis da humanidade. O Pacto de Genebra deixou muito claro: nós não negociaremos mais

o trabalho das pessoas, seja ele físico ou intelectual, nós não negociaremos isso. Assinamos convenções internacionais dizendo que não negociaríamos.

Mas, em nome de um valor maior - está faltando médicos no Brasil -, eu preciso trazer os médicos de outro país. Faz-se, então, um convênio. Os médicos vêm, sem as suas mulheres, no caso dos homens; sem os seus maridos, no caso das médicas; sem os seus filhos, para ganhar um salário de 10% do valor da bolsa, que era de 12 mil, para eles ganharem R $1,5 mil, R$2 mil, para irem para lugares aonde eles tinham que trabalhar sem o direito de ir e vir... Só eram considerados médicos se estivessem naquela localidade... Ou seja, por analogia, se você for analisar as leis trabalhistas do país, o nosso direito de ir e vir, o dever sagrado de ninguém se interpor entre o trabalhador e o empregador, se formos olhar o direito de você ter livres relacionamentos e constituir famílias no país, todos esses pilares, que são princípios - princípios constitucionais, princípios de liberdade, princípios de vida -, foram feridos. Era só uma questão de tempo para que esses princípios fizessem ruir o sistema.

No caso específico dos médicos cubanos, que muitos aqui choram, lamentam, têm saudade, porque eles eram cativos, eles eram os únicos que ficavam, você tem um Estado absoluto atrás deles, que negociou. Talvez, no mundo, a Coreia do Norte, o Kim Jong-il, também tenha um Estado absoluto e possa negociar. Tirando Cuba e Coreia do Norte, que têm domínio sobre o ir e vir dos seus povos, eu não imagino um terceiro Estado hoje que tenha uma negociação de pessoas.

Quando o negócio ficou ruim entre partes, "eu não quero vender o trabalho dos meus médicos para esse governo que vai entrar, eu vou tirar, folhinha verde, não quero mais!" Avisou à Opas, que é uma instituição até com uma certa transversalidade, é membro da Organização Mundial da Saúde, que se prestou a ser a firma que era contratada. Ela ganhava um percentual do Brasil, como contratante, e um percentual de Cuba. Ela ganhava nas duas pontas. Ela era o vértice do programa. Cuba foi lá em Washington e avisou para ela de manhã: "Olha, estou tirando meus médicos hoje à tarde!" Foi um programa feito tão sem nenhum princípio, que até mesmo o distrato do negócio, do contrato... Quando se fez o contrato, "olha, estou comprando esses trabalhadores. Como é que se faz o critério de devolução? Como se faz o distrato?"

E os inúmeros casos, como vieram as mulheres de Luziânia, que vieram ao meu gabinete, no início do programa... Uma disse que tinha sido abusada sexualmente. Foi à delegacia. Apareceu uma segunda, uma terceira, e tal, e daqui a pouco falaram: "Olha, o médico aí tem algum problema". O médico foi levado de volta a Cuba, e elas estão lá. Inúmeras situações...

Quando a Revolução Francesa falou "ah, a sociedade tem que ter uma autarquia que proteja a sociedade dos maus profissionais...", e por isso foram criados os conselhos federais, as OABs, enfim... Por isso a sociedade criou tribunais e maneiras de controlar. Esses profissionais ficaram fora dessa... O fato de o cara estar inscrito num CRM... O CRM não é órgão classista; o CRM é uma autarquia federal criada para proteger a sociedade dos maus profissionais e dos erros.

Enfim, nós ferimos de morte vários princípios. Agora nós estamos pagando um preço. Nós mexemos, por exemplo, com toda a classe, a categoria do ensino. Nós jogamos faculdades de Medicina duas vezes e meia, de 148 para 320, e nós pegamos enfermagem, psicólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e falamos: "Bom, esse daqui não dá para abrir faculdade. Então, faz o seguinte: abre ensino a distância aí, e vamos liberar ensino a distância!" Duzentas mil, trezentas mil, quatrocentas mil vagas cada turma que abre. É lógico que nós vamos ter o século da mediocridade nos profissionais de saúde. É óbvio que está aqui na frente. Ao mesmo tempo em que a gente vai vir solicitando muita atenção desses profissionais - porque os medicamentos ficaram muito caros, precisará utilizar muito o raciocínio -, nós entramos numa de ir numa direção extremamente perigosa, e isso eu vou colocar para vocês aqui com todos os números, no dia em que a gente for verticalizar esse debate, falar "está aqui!" Nós somos a sociedade, aqui representando os estados e, ali, o povo. Vai ter que vir dessas duas Casas. Eu posso trazer para vocês a situação: "Ó, o mundo fez isso...".

Sistemas universais.

A gente tem dificuldade de pôr médico lá no interior, sendo um país livre, democrático, que precisa formatar alguma proposta? Temos, como a Inglaterra, que é uma ilha, tem; como Portugal, que é uma península ibérica, tem. Imagine um país continental como o nosso!

Agora, com essas piruetas mirabolantes - "Vamos fazer isso, vamos fazer assim, a gente traz pra lá, põe aqui, passa por cima disso" -, vamos andar como soluço: anda um pouco, interrompe; anda um pouco, interrompe.

Então, nós temos a situação da Amazônia, Acre, Rondônia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul... As faculdades de Medicina estão todas ali na beira com meninos nossos, filhos das famílias do Amazonas, do Acre, de Rondônia, de Mato Grosso, 130, 140 mil falando "quero entrar". Qual é o critério que nós vamos ter? Nós temos como fiscalizar faculdades de Medicina lá? Libera pra todo mundo? Não precisa olhar, basta apresentar o diploma, livre trânsito no Mercosul? Vamos relativizar a necessidade da fiscalização? Então, para que vamos fiscalizar as nossas? Então, libera pra todo mundo e deixa a lei de

mercado agir aqui também. Se tem 200 milhões de habitantes aqui, faça o mesmo padrão dos cursos de lá. Olha, está aberto quadro negro...

Pedro Juan Caballero, Pontaporã: eu estou ali, é meu estado. Pedro Juan Caballero está, segundo falou o Senador Trad aqui, com 16 ou 18 faculdades de Medicina. Está lá, eu conheço Pedro Juan Caballero. Não sei se tem gente para ensinar, mas estão falando que lá tem aproximadamente 20 mil jovens brasileiros morando, que vão vir. Vai ter que ter essa discussão que está por trás do Mais Médicos, que está por trás de toda essa crise do programa como está indo.

A insulina recombinante humana.

Isso daqui, Senador Chico, o senhor tocou num ponto nevrálgico, que são as PDPs, e isso merece um capítulo à parte, essas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo em saúde, que são mais de 150. A mais antiga, se não me engano, é Fiocruz-Cuba, para eritropoetina - parece que ela faz 18 anos agora, vai atingir a maioridade... Foi um caminho.

Do lado tem as tais das estatais: então, criou-se a Hemobrás, pra fazer os tais dos hemoderivados. E, aí, é uma discussão profunda. Eu peço que a gente possa fazer num segundo momento uma sessão verticalizada, na hora em que a gente tiver terminado os levantamentos sobre PDPs e estatais em saúde, porque, assim, já passou da hora de a gente tomar uma decisão que seja minimamente consistente com o gasto do dinheiro público. Até o momento... Pode ser até que tenha - eu estou aguardando o estudo completo - algumas situações que possam reforçar esse caminho, mas, à primeira vista, me parece que o país mais perdeu do que ganhou até o momento. Mas eu não quero prejulgar, tem um grupo analisando as PDPs e as estatais brasileiras.

Essa de hemoderivados, por exemplo: o Butantan tem uma outra fábrica de hemoderivados parada, e a Hemobrás está parada, porque não pode pôr pra funcionar essa porque a Hemobrás tem o direito a reserva do mercado. Então, nós temos duas fábricas públicas estacionadas e uma da iniciativa privada com essa questão dos hemoderivados.

O sangue está no centro-sul do Brasil, no eixo do Sudeste, do Rio de Janeiro. Aí tem que coletar o sangue e levar totalmente lá para o Nordeste. Aí começa... Onde é que está o sangue? Tem plasma? O que é que faz com o plasma estocado? Não tem mais o que fazer? Vai baixar a validade do plasma? Vai incinerar? O que é que faz com a bolsa? A bolsa da transfusão volta ou não volta? Hemoderivados é um capítulo sobre o qual a gente vai ter que sentar aqui dentro e quebrar a pestana, mas tem uma turma grande lá trabalhando.

E, para concluir, a saúde indígena. À nossa Deputada Joenia Wapichana todo o nosso respeito. Eu sou aluno de um colégio chamado Colégio Dom Bosco, que é da Missão Salesiana e eu, mesmo pequeno, tinha uma amizade com o primeiro Deputado Federal indígena que era o Deputado Juruna, que era xavante e próximo das aldeias São Marcos e Meruri. Infelizmente, dez dias atrás, quinze dias atrás, a Polícia Federal fez inúmeras prisões no Dsei Xavante, por conta de desvios, enfim, inclusive envolvendo algumas situações...

Vamos deixar clara uma coisa. Existe o SUS, está aqui; o SUS tem atenção básica, tem atenção de média e alta complexidade, tem hospitais, tem laboratórios, tem esses remédios aqui todos de que nós falamos, tem hemoderivados, tem tudo ocorrendo aqui. Ao lado, paralelo, nós temos um sistema de saúde indígena, que se ocupa hoje da atenção básica, da atenção primária. Para fazer a atenção primária, ele constitui-se numa série de distritos sanitários indígenas no Brasil afora e se constitui numa unidade orçamentária que tem um recurso garantido para a saúde indígena, atenção básica. Até aí, *show* de bola. Onde é que começa a dar problema? Quando formaram esses ali por volta de 2010, 2011, deram aos distritos sanitários um limite, por contrato, de tomadas de decisões; não formaram uma estrutura ali de governança para proteger. Houve - e aqui não vou dar nome A ou nome B - uma associação de governança entre o poder político, esse do mundo dos políticos, e o poder político da etnia, tribal. Essa associação aqui foi e precisa se manter; uma se alimenta da outra. E começou, então, a haver os "proprietários", entre aspas, os "condutores", entre aspas, desses espaços no aluguel de carros, no aluguel de aviões, na compra de medicamentos, na questão do saneamento básico, na questão de água, mas, como estava iniciando o modelo, as coisas foram andando.

Até que um Deputado Federal - e, por isso, a importância do Parlamentar - resolveu solicitar uma fiscalização. Ele falou: "Vem cá. Há a parte de recursos humanos e a parte de investimento. Em recursos humanos, o Governo Federal repassa para uma única ONG para o Brasil inteiro? Como é que é o convênio? Como é que é que se dá a prestação de conta? Deve ser muito difícil, deve ser uma enorme de uma engenharia". Eu era esse Deputado Federal e solicitei isso ao TCU. Eu falei: "Vem cá..." A missão evangélica em questão era do meu estado e era a responsável de fazer a contratação de recursos humanos para as ONGs de todas as 27 unidades da Federação, partindo lá do meu estado; lá na sua Roraima, lá nos ianomâmis, não era do Ministério da Saúde que saía, transferiam para lá e lá faziam uma subcontratação e outra subcontratação. Hoje são mais ou menos 13 mil funcionários dessas ONGs - 15 mil, mais ou menos -, sendo que o Ministério Público do Trabalho já abriu a ação, e o juiz já deu a sentença de que isso não pode ser dessa maneira. Não pode, é proibido! Além disso, nessa auditoria que eu pedi, apontam-se várias situações de irregularidades. Eu não vou aqui dizer

nome de A ou de B, nem é o lugar, mas, por exemplo, você tem: assessoria de contador, R$400 mil; assessoria advocatícia, R$200 mil... Não tem parâmetro! Aí, você tem outras situações nisso daqui que eu não... Enfim, estão andando. Qual foi a conduta minha quando entrei no Ministério da Saúde? Pedi a auditoria que eu tinha pedido. Cadê? Tinha uma situação, por exemplo, do Dsei da Bahia que fez uma licitação de carro com motorista; cinco firmas disputaram a licitação, houve disputa, cinco empresas; registrou-se a ata, porque foi um pregão; as cinco empresas eram da mesma família aqui de Brasília, do Lago Sul. Obviamente, conluio para licitação. E assim foram inúmeras outras situações.

Isso é culpa de alguém? É culpa de algum indígena? Não! Isso é culpa do modelo, da modelagem que se fez. Você tem situações basicamente de três graus diferentes. Você tem situações indígenas antropizadas, ou seja, já de convivência mútua há muitos e muitos anos, como acontece, por exemplo, no Rio Grande do Sul, como acontece no Rio de Janeiro, como acontece em São Paulo, em que você está dentro do sistema de saúde. Talvez, aqui eles possam usufruir muito da "atenção básica", entre aspas - eu não sou a melhor pessoa para as terminologias -, mas pode ser que eles usufruam muito melhor da atenção básica do branco, vamos dizer assim, do que se se abrir uma atenção básica indígena dentro da cidade de São Paulo. Depois, quando você faz um sistema e fala que esse aqui vai ser um sistema próprio, chega uma hora em que ele se esgota. Por exemplo, eu preciso de uma tomografia computadorizada, agora eu estou preocupado com a saúde desse indígena aqui. Esse sistema paralelo, que não dialoga com esse daqui, chega e fala: "Como é que eu entro no sistema?". Ele não tem as pontes de conexão. Existe uma área sobreposta na atenção básica, e existem dois mundos paralelos. Ao se apostar somente nesse modelo aqui, vai chegar a hora em que nós vamos ter que ter o quê? Nós vamos ter que ter o laboratório de análises de sangue, urina e fezes indígena; nós vamos ter que ter o centro de diagnóstico por imagem indígena. Vai chegar a hora em que nós vamos ter que ter o quê? O hospital de cirurgia cardíaca indígena! Isso se ficarem dois sistemas paralelos.

Para o que eu estou chamando atenção é que, além das fraudes que ocorreram, qual é a razão da fraude? É a falta de governança. Qual é a situação desse modelo aqui? Eu tenho os totalmente antropizados, aí eu tenho os semiantropizados...

No meu Mato Grosso do Sul, você pega a cidade de Dourados. Em 1937, o Getúlio, no Estado Novo, fez a linha agrícola. Tem uma cerca: os índios caiovás estão da cerca para cá, são algo em torno de 14 mil; daqui para lá, é uma cidade. É o maior índice de suicídios do Brasil, há drogas dentro da aldeia, *crack* dentro da aldeia, mortalidade infantil elevada, crises de desnutrição... O que ocorre? Teria que se fazer quase que uma extrusão de Dourados, teria que se tirarem 250 mil pessoas e se falar assim: "Vamos apagar a história e vamos voltar tudo de novo para trás". Como é que se monta uma atenção básica isolada por uma cerca? Como é que se monta uma especializada? E, assim, esses problemas, que não podem ser generalizados, acontecem aqui e acolá, em maior ou menor grau.

O que eu disse no Conselho Nacional de Saúde e digo aqui é: o sistema tem basicamente problema de gestão forte... É culpa de quem? É culpa do sistema, porque ele não se preocupou em dar transparência, em organizar governança, em dizer quem são as pessoas... A maioria dos indígenas lá nas comunidades nem sabe qual é o valor do dinheiro que chega para atender a saúde daquela comunidade. Vocês estavam falando aqui de Altamira, e eu estava fazendo a conta aqui. A cidade de Altamira, com 120 mil habitantes, tem lá um custeio de, mais ou menos, R$7 milhões para 130 mil habitantes; a população indígena, de 4 a 5 mil, tem R$20 milhões. E ninguém sabe, nem os índios sabe, nem o outro sabe. "Ah, mas é muito mais difícil e dispendioso fazer a saúde indígena." Ótimo! Se precisar gastar dois, a gente gasta dois; três, gasta três. Só que é preciso ter gasto eficaz; e, depois, nós precisamos saber qual é a modelagem. Nós vamos continuar assim? É para esse modelo que nós vamos? Para fazer isso, eu avisei no Conselho Nacional de Saúde, avisei na tripartite, avisei ao Conselho Indígena: nós vamos fazer a conversa entre Conass, Conasems, Ministério da Saúde. E convidei o Ministério Público.

E, quanto ao pagamento das ONGs, quando eu comuniquei lá, falei: "Eu vou auditar. Achei uma série de pontos de irregularidade, Subprocurador da República... Vou pagar, mas quero que, amanhã ou depois... E vou pagar para o sistema poder andar, esse sistema que está aí. Tem muitos erros. Olhe aqui os erros! Vou pagar, agora não posso ser responsabilizado amanhã como alguém que sabia dos inúmeros problemas, de funcionário fantasma, de funcionário de um estado que está no outro estado, de uma série de situações, e ser eu o responsável de ser o cara que disse que estava tudo bem, que estava tudo bem!".

Não tem nenhum... Eu entro em qualquer aldeia indígena do meu estado, me dou bem, sou médico da maioria das crianças - para não dizer da totalidade do meu estado - das crianças indígenas que têm malformação congênita. Delas sou eu quem trato, tenho inúmeros pacientes. Tem um que eu operei o pé torto congênito dele há quase 18, 17 anos atrás; ele depois se tornou cacique; é um *case* de reintrodução. Não tenho nenhum problema, nada, nada, nada, nada. Agora, eu quero que o recurso chegue à saúde do índio. Parece-me que tem muito pedágio no caminho; tem muita coisa no meio do caminho que se precisa esclarecer para deixar a coisa andar.

"Ah, quer dizer que tem?". De onde é que surgiu esta frase "querem municipalizar"? Quem será que falou isso? Por que ter colocado isso em todas as aldeias do país a ponto de fazer as pessoas terem que sair de lá para vir aqui? A quem interessa esse conturbar?

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - O senhor me permite, Ministro?

Primeiro aspecto: primeiro, acho que ficamos felizes com o descarte dessa possibilidade, com a não existência dessa possibilidade, com a não citação dessa possibilidade.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Senador Randolfe, vamos deixar clara aqui uma coisa: estados como o Amapá, que eu fui visitar; como Roraima, que eu fui visitar; Mato Grosso, lá na parte da Amazônia Legal; Pará; Rondônia; Acre... Isso não tem condição nem de municipalizar; não tem condição de estadualizar...

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Perfeito.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - O seu não tem condição nenhuma...

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Comungamos da mesma opinião.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Isso é União.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Perfeito.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Agora, e o índio da cidade de São Paulo, que está na aldeia Jaraguá, dentro do perímetro urbano de São Paulo, com uma Unidade Básica de Saúde da Família na frente, frequentando todos os programas?

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Perfeito. Mas me diga uma coisa...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Para esse nós podemos olhar e falar assim: "Olha, isso aqui é interessante que São Paulo faça".

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Perfeito.

Permita-me só um minutinho. Veja só: teve um Deputado que fez as denúncias que o senhor acabou de explicitar - o senhor. Permita-me informar que teve um Senador que fez as mesmas denúncias aqui, que fui eu, as denúncias relativas à saúde indígena do meu estado, que é um antro de corrupção!

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Olha aí!

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - É um antro de corrupção. Nesse aspecto...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Lá em Roraima colocaram fogo no prédio com os documentos dentro.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Então, assim, só para separar o seguinte: vamos - com o perdão da expressão - separar a bandalheira, botar corrupto na cadeia...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Isso!

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - ... da necessidade de atendimento da saúde indígena.

É óbvio que em Altamira e lá nos tiriós, que estão no Município de Altamira, o custo de Altamira vai ser menor, porque lá nos tiriós precisa-se de aviões, inclusive os aviões lá caem por falta também de manutenção por conta da corrupção que o senhor destacou.

Então, tem um aspecto... Queremos deixar claro o seguinte: tenho perfeito acordo em afastar a corrupção do atendimento da saúde indígena, de chegar aos povos indígenas. Segundo, é óbvio que o custo da saúde indígena vai ser maior.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Com certeza.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Não tem como não ser, não tem como chegar... Vai fazer o que com os tiriós?

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - E vai ser...

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Tem setor do Governo que defende construir estrada - acho que não é o seu caso, acredito.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Senador, e vai ser muito mais caro na Amazônia do que vai ser em Santa Catarina, concorda?

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Sim, concordo, concordo plenamente. Na Amazônia... Agora, tem locais... Eu acho que tem que se discutir a realidade brasileira.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Sim.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - A realidade brasileira. Eu concordo com o senhor que em São Paulo vai ser menos caro...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Em São Paulo, pode ser uma solução municipal. Pode ser...

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Então...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Em São Paulo pode ser.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Essa é a questão que a Deputada...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul,pode ser.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Nessa situação que a Deputada Joenia coloca é que eu acho que nós temos que chegar a um termo aqui: não estamos falando da ONG; acho que temos acordo em relação ao custo...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Não tem problema.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - ... temos acordo pleno no combate à corrução, temos acordo pleno! O senhor está concordando conosco que realmente o custo da saúde indígena é diferente do custo... Ao exemplo que fomos, o custo de Altamira tem que ser menor do que o custo dos tiriós...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Que dá para fazer mais com o dinheiro que tem.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Com certeza!

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - O fato de ser indígena também não exime: "Ah, ele é mais caro porque é indígena". Não é bem assim.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Permita-me, Ministro. Eu acho que uma alternativa para a solução dessa situação, veja: essa bela Deputada que está aqui...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Representante parlamentar, que eu conheci ainda agora. Que beleza!

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Exatamente. Esta bela Deputada aqui teve mais de 8 mil votos do povo de Roraima. Assim, 80% dos votos dela foram provenientes dos povos originários de lá.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Eu estive lá em Roraima, Pacaraima.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - Eu acredito que a alternativa a isso é dialogar com esta representante dos povos originários.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Sim.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - É dialogar direto com os representantes deles: com os caciques, com a primeira Deputada indígena, em 500 anos, que nós temos aqui no Brasil. Eu acredito nisso.

E me permita essa contribuição...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Com certeza!

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - AP) - ... no bem querer que tenho ao senhor.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Com certeza! Nesta semana em que veio a delegação, ontem, eles estavam lá construindo a agenda - acho que amanhã, não é? - com Raoni, com a Deputada. Parece que isso já está devidamente acordado.

Gente, não tem problema. O que tem que entender é o seguinte: eu não fui para o Ministério da Saúde para me calar frente ao que eu acho que me incomoda. Não tem ninguém com verdade absoluta ali. Dono de verdade ali dentro nem médico, nem índio, nem alemão, nem professor, nem Deputado. Ninguém pode ser dono da verdade. Nem eu!

Agora, quando nós tivermos situações que precisam ser lidas e relidas, nós temos que ter muita percepção no seguinte: tem muita gente que vive da causa. Calma! Se eu estou chamando, se existe um Conselho de Saúde Indígena, que eu já chamei; se existe um Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, que eu já chamei; se existe um Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que eu já chamei; se eu já coloquei o Ministério da Saúde, se eu convidei o Ministério Público; agora, com a Parlamentar, que eu não conhecia ainda, Joenia, vamos fazer um convite para ela se juntar ao grupo.

Eles vão começar a decifrar estas questões, porque eu estou fazendo perguntas para eles: "Vem cá, vocês estão satisfeitos do jeito que está? Está bom? Vocês vão me convencer que é para deixar do jeitinho que está que está bom para todo mundo?". Se vocês me convencerem, problema nenhum, continua do jeitinho que está. Agora, a princípio, eu quero que me convençam com a luz dos fatos de coisas a que a gente possa dar sustentabilidade.

Eu já chamei duas universidades para participarem de análises, de modelos, para colocar isso sob uma iluminação bem alta. Já chamei a Fiocruz. Estou chamando estruturas que tem para amparar o debate, para ser um debate de alto nível. Volto a repetir: a gente quer é que a coisa melhore.

O SR. CHICO RODRIGUES (DEM - RR. Pela ordem.) - Ministro, pela ordem.

Eu gostaria de dizer a V. Exa. que, pela clareza das suas palavras, o recado foi extremamente bem dado e dirigido, porque tenho certeza absoluta de que - no meu estado, que são em torno de 65 mil indígenas atendidos pelo programa - mais da metade está insatisfeita. Então, essa sua consulta, esse seu cuidado, esse gerenciamento é cuidadoso nessa questão, que é emblemática, porque é recorrente o atendimento às populações indígenas. Mas esse estudo e esse cuidado têm que ser apertados mais ainda.

Eu acho que V. Exa. está no caminho certo, porque as dificuldades são enormes.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Isso aqui é um convite ao Senado, já que nós teremos a Parlamentar, Deputada Federal, que é a quem eu vou fazer o convite, extensivo a esta Comissão de Assuntos Sociais. Temos Senadores aqui que são de Estados que têm ou que são, enfim, temáticos e que querem também para se juntarem. Não há problema nenhum. O que nós queremos é tomar uma decisão que seja madura e que dê conforto para as pessoas trabalharem e tocarem a vida para frente.

O SR. CHICO RODRIGUES (DEM - RR) - Muito bem.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO (*Fora do microfone*.) - Sr. Ministro, o que o senhor pretende fazer nos municípios onde há comunidades indígenas? Ela é encaminhada para atendimento médico e, ao chegar lá nos municípios, nós somos atendidos com má conduta. As gestantes indígenas são mortas em uma cadeira de hospital, em um leito ali, sem serem atendidas. Eu acho que a saúde indígena...

(Interrupção do som.)

... tem que ter um representante nosso.

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Nós vamos fazer essa reunião amanhã, lá no Ministério. A gente vai conversar, e no momento a gente faz a nossa reunião....

ORADOR NÃO IDENTIFICADO (*Fora do microfone*.) - Acho que a saúde indígena realmente tem que ter...

O SR. LUIZ HENRIQUE MANDETTA - Vamos conversar, a gente vai achar o nosso caminho.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ) - Gostaria de agradecer a presença de todos...

O SR. FLÁVIO ARNS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/REDE - PR. Pela ordem.) - A Joenia leva essas situações para a reunião também. Então, dá para falar com a Joenia e a Joenia leva lá.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Juntos pelo Brasil/PODEMOS - RJ. Fala da Presidência.) - Lira Matos, Viviane, pela atuação aqui em Libras, muito obrigado pela ajuda.

Quero dizer a todos aqueles internautas que participaram diretamente desta audiência pública que a gente vai responder a todas essas perguntas através de *e-mail*.

Mais uma vez, muito obrigado, Ministro, pela participação nessa grande e brilhante apresentação. Obrigado a todos os que participaram diretamente ou indiretamente desta audiência pública.

Convoco para o dia 3 de abril, quarta-feira, em caráter excepcional, às 9h da manhã, reunião extraordinária desta Comissão, destinada à deliberação de proposições e, a partir das 10h, audiência pública destinada a debater temas sobre denúncias de uso de *doping* nos treinamentos e competições de fisiculturismo no Brasil, em atendimento ao Requerimento nº 11, de 2009, da CAS, de minha autoria.

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

Muito obrigado, mais uma vez, por tudo a todos.

(Iniciada às 9 horas e 24 minutos, a reunião é encerrada às 14 horas e 21 minutos.)