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

REUNIÃO
11/06/2019 - 48ª - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Declaro aberta a 48ª Reunião, Extraordinária, da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal, 1ª Sessão Legislativa Ordinária, 56ª Legislatura.

A audiência pública será realizada nos termos do Requerimento nº 39, da CDH, de nossa autoria e de outros Senadores, para debater o tema: a falta de médicos e a atual situação do SUS.

Esta audiência pública será realizada em caráter interativo, com a possibilidade de participação popular. As pessoas que tenham interesse em participar, com comentários ou perguntas, podem fazê-lo por meio do Portal e-Cidadania. Link: www.senado.leg.br/ecidadania. E também através do Alô Senado, número 0800-612211.

O título já diz tudo quanto ao tema sobre o qual vamos nos debruçar no dia de hoje. É uma preocupação de toda a sociedade, principalmente do nosso interior do Brasil, aí praticamente de todos os Estados: a falta de médicos. E naturalmente está vinculado ao SUS, o Sistema Único de Saúde. Por isso vamos ouvir nossos convidados.

De imediato, eu convido o Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho. É isso, não é? Giamberardino Filho, do Conselho Federal de Medicina. *(Palmas.)*

Seja bem-vindo para colaborar conosco em um tema tão importante, que é o direito à vida.

Heleno Correa, professor e pesquisador do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde da UnB. Já chegou? Está aqui. *(Palmas.)*

Seja bem-vindo, Heleno.

Convidamos o Sr. Antonio Gonçalves Filho, Presidente do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes). *(Palmas.)*

Seja bem-vindo.

Convidamos Jorge Alves de Almeida Venâncio, Conselheiro Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CNS). *(Palmas.)*

Seja bem-vindo.

Denílson Magalhães, supervisor do Núcleo de Desenvolvimento Social da Confederação Nacional de Municípios (CNM). *(Palmas.)*

E Otávio Pereira D'Ávila, Diretor do Departamento de Saúde da Família do Ministério da Saúde. *(Pausa.)*

O tema é conhecido de todos nós. Claro que é importante a gente situar o motivo desta audiência pública, porque via sistema de internet, TV Senado e Rádio Senado, essas audiências públicas vão para todo o Brasil. E como eu digo, independente do horário, alguns milhões de pessoas, eu sempre falo em torno de dois milhões, assistem a essas audiências públicas.

E esta aqui tem um, eu diria, até uma questão especial, não é? Um carinho especial, porque trata da vida. Quando falamos da saúde, estamos tratando da defesa da vida.

Aqui deixo bem claro que o debate não tem nada a ver com viés ideológico. Aqui queremos resolver a questão da saúde, não é? Então queremos saber: temos médicos, não temos, se não temos, por que não temos, como é que vamos conseguir.

E, naturalmente, o SUS nos preocupa. Como eu fui Constituinte, eu estava lá e tive a alegria e a satisfação de votar nessa ideia do Sistema Único de Saúde, durante essas quase três décadas e meia que estou aqui, e isso nos preocupa. Não é uma preocupação só desse ou daquele cidadão, é do conjunto do povo brasileiro. E a mim me assusta mais, confesso, quando eu vejo que estão disparando as mensalidades dos planos de saúde - e vejo isso por mim. Como eu pago para mim e pago para os netos, eu já tive que descer na escala para encontrar uma forma de pagar um pouco menos. Até agora estou resistindo. Então, a preocupação é grande.

Quanto mais pessoas... E, aí, eu deixo a minha posição muito clara: eu sempre tive plano de saúde privado, e tive porque, se eu posso pagar, eu tenho mais é que pagar. Com isso, eu estou aliviando o SUS, não é? Deixa que aqueles que não podem estejam no SUS.

E, por incrível que pareça - vocês podem até não acreditar -, eu fiz a mesma lógica, como eu estou há quase 40 anos aqui dentro, em relação à universidade. Eu pago a universidade dos meus filhos, porque eu quero que aqueles que não podem pagar tenham direito a uma universidade pública, livre e gratuita. É muito mais fácil, vai haver mais vagas para aqueles que não podem pagar se eu, que posso pagar, pagar e, assim, escolher a universidade. Formei praticamente todos, à exceção de uma que mora nos Estados Unidos, mas sempre paguei.

Quanto aos planos de saúde, eu estou vendo que está chegando o momento em que não vou poder pagar para eles, que vão ter de ir para o SUS também. Mas, até o momento, estou mantendo ainda.

Eu faço esse enfoque não para falar que eu sou isso ou aquilo; eu quero mostrar a preocupação de todos os brasileiros em matéria de saúde e educação. Mas aqui, hoje, o tema é saúde, e os senhores é que vão falar, que vão colocar essa preocupação que é de toda a nossa gente em relação à saúde e à falta de médicos.

Começamos então, pela ordem que me foi colocada aqui pela Secretaria-Geral da Mesa, com o Sr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Conselheiro Federal do Conselho Federal de Medicina.

V. Sa. dispõe de 10 minutos com mais cinco, se entender necessário.

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO (Para exposição de convidado.) - Bom dia a todos.

Agradeço o convite. Estou aqui representando o nosso Presidente Carlos Vital. Atualmente, sou coordenador da Comissão Nacional Pró-SUS, que é uma comissão criada dentro do Conselho Federal de Medicina justamente para defender o SUS.

Então, eu vou tentar sintetizar, de modo que muitos eslaides eu vou pular, mas esse material vai ficar permanente aqui como uma contribuição do Conselho Federal.

Então, a pergunta seria: há médicos suficientes? A resposta é sim. Estão bem distribuídos? Não. Esse é o ponto.

Então, o nosso primeiro tópico é o crescimento do número de médicos.

Nós vimos que novas faculdades estão sendo abertas, talvez de uma forma muito preocupante, não tanto quanto ao número de médicos, mas sim quanto à qualidade da formação desses médicos. E a esse propósito, então, analisando esse item, vejam que, hoje, nós temos cerca de 470 mil médicos, mas nossa projeção para 2020 é de termos 500 mil médicos.

Um gráfico de crescimento. Veja que, a partir de 2013, com a nova lei do Mais Médicos, houve uma grande proliferação, que já superou a meta das vagas estipuladas, que hoje estão em torno de 33 mil. E cresce mais e são 336 cursos de Medicina hoje, com 34 mil vagas, distribuídos também desigualmente, o que é uma característica do nosso País, 35% públicas, e abriram 117 escolas, de 2013 a 2019. Isso é muito preocupante.

Então, o País é... Nós temos que considerar que uma escola médica é uma atribuição social, não pode ser vista como um balcão de negócios. Aqui mostra isso, que entram muito mais médicos do que estão saindo, o perfil da faixa etária - estou indo rápido, porque é uma coisa para a gente passar assim - e a distribuição desigual.

Então, é interessante que nós temos um estudo da demografia médica de 2015 e de 2018, que mostra...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Permita uma interrupção, só para registrar que chegou o Dr. Otávio Pereira D'Ávila, Diretor de Saúde da Família do Ministério da Saúde.

É muito importante também a presença dele aqui.

Ficam aqui meus cumprimentos. *(Palmas.)*

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Então...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Vou lhe dar mais um minuto, porque eu tirei do senhor.

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Imagina.

Essa desigualdade, então, persiste. Isto é, nós formamos mais médicos que se concentram mais. Não há uma política adequada de fixação desse profissional. Não só médicos, outros profissionais da saúde também.

A nossa distribuição... E vejam só, então, aqui é uma coisa mais clara. Então, das nossas populações, 23,8% moram nas capitais e possuem 55% dos médicos. Se o nosso número médio é 2,18%, nas capitais a média está 5,07% e no interior, dito interior, 1,28%. E a capital campeã é Vitória, com 12,27% médicos.

Vejam, novamente, aqui: a cidade de São Paulo tem 60 mil médicos. É muito mais que 4.905 Municípios com 50 mil pessoas. Aqui é onde que ele trabalha. Ele fica em ambos. Médicos especialistas.

A mesma desigualdade permanece, porque o nosso SUS, que é, assim, um projeto maravilhoso, na prática a execução desse não corresponde a seus preceitos. Então, você tem um grande número de direitos sem uma finitude e você tem uma restrição de acesso. Promete, mas não entrega. Isso é o resumo, seria assim. E com os especialistas é o mesmo quadro.

Então, os médicos especialistas se concentram nas grandes capitais, 62% têm título, algum título. Novamente, a tonalidade do azul demonstra isso, mais concentrados nas mesmas regiões de riqueza, mesma divisão.

Então, veja lá, São Paulo tem mais especialistas que a soma de Nordeste, Centro-Oeste e Norte. A distribuição, as quatro grandes áreas clássicas e por idade e gênero.

Outra questão, que acho vão tratar aqui, é a residência médica. Então, são 58 mil vagas distribuídas ao longo dos anos, com 16 mil admissões em 2017, mas 40% das vagas não estão ocupadas, provavelmente porque não há interesse nessas vagas autorizadas.

Aqui, novamente, a área que preferem o homem e a mulher, que não vem ao caso, o próprio perfil deles. E o que nós temos? Oitenta por cento estão em 20 das 54 especialidades que são mais comuns: clínica médica, pediatria e cirurgia geral. Então, esse discurso de que não há pediatra não é real. Existem pediatras. Provavelmente, hoje eles estão com muita dificuldade de acesso no serviço público. Não há mais concurso para pediatra. Então, há um distanciamento. Eu, que sou pediatra, tenho que dizer que nós não podemos formar pediatra só para 25% da nossa população.

Especialista e não especialista. Novamente, distribuição.

Estou passando rapidamente.

Então, o médico quer trabalhar no sistema privado e no sistema público. Vejam bem, está bem equilibrado: 21%; 51%, em ambos; e 26%. Aqui o que nós temos? Nós temos, novamente, aquilo que foi dito: nas 39 cidades com mais de 500 mil pessoas, nós temos 60% dos médicos do Brasil. Então, a questão nessa pergunta... Eu acho que eu estou voltando. Não sei.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Desculpa.

Então, comparação com países. O próprio Brasil está com 2,3 - está pouco legível -, mas ele não é ainda o país que mais tem médicos em comparação com a OCDE, uma organização internacional. Ele está dentro desses parâmetros. A gente deixa esse material aqui.

O médico e seu trabalho. Aqui mostra o vencimento médio para 20 horas. Em alguns concursos não há médico porque o salário é de R$1 mil. Não haverá médico mesmo.

Dedicação à medicina: 83% só são médicos. Aqui, médicos que têm muitos vínculos. Então, nós tínhamos que desenvolver uma política para fixação numa carreira só. Uma grande jornada de trabalho, faixas de remuneração e o setor público. E ele ainda prefere trabalhar no sistema público. O que leva o médico, segundo ele, a se fixar numa cidade? O salário, a condição de trabalho, a qualidade de vida, a segurança, o aperfeiçoamento, plano de carreira e reconhecimento profissional.

Aqui as conclusões.

Então, nós temos médicos mal distribuídos, e em todo o País há a necessidade de uma intervenção do Governo para a fixação desses médicos nas regiões mais remotas.

Quanto à infraestrutura.

Estou tentando cumprir o tempo. Desculpe-me.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Gasto público, então.

Aqui vem a grande comparação, então.

Nós temos a Constituição mais interessante do mundo em termos de direitos sociais, mas, no financiamento da saúde, a participação do Estado é 42,8%, semelhante à dos Estados Unidos. Todos os outros países que têm modelo universal de saúde investem de 70% a 80%. Ou seja, nós temos uma proposta social, mas deixamos para a saúde uma lógica de mercado, lembrando que o Brasil é o segundo mercado do mundo em planos de saúde.

Aqui, a mesma comparação, mostrando quanto nós gastamos de percentual do nosso PIB.

Aqui, *per capita*. Vejam que é bem baixo, né? O Brasil está destacado ali.

Nós gastamos hoje, mais ou menos, US$1.00 por dia com cada cidadão.

Aqui temos dados do número de leitos. Aqui temos... Aliás, minto. Em azul...

(Soa a campainha.)

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - ... temos o financiamento dos Municípios. Aí temos outro ponto interessante: o princípio da descentralização, no Brasil, se transformou em municipalização. Então, essa situação levou a uma dificuldade de integração de redes, e muitas vezes temos Municípios de pequeno porte com menor capacidade de gestão. Então, é preciso repensar na regionalização.

Aqui, temos as contas, que é uma tradição. As contas da esquerda são o orçamento cumprido, em geral de 90%. Mas nos investimentos se cumpre somente 40%. Isso, desde 2003, é uma tradição. Então, do que é orçado para investir, que eu acho que é um tema importante aqui, cumpre-se 40%, tradicionalmente.

Infraestrutura.

Aqui seria assim... A que leva a essa crise de financiamento? Leva ao fato de que os leitos do SUS estão fechando e os leitos do não SUS estão aumentando. Então, baixou 10% do SUS nos Estados e aumentou o não SUS em 7%. Nas capitais, a mesma coisa: caiu 8%, aumento de 7%. Notem que os leitos mais fechados são de pediatria e de maternidade, porque são de menor sustentabilidade.

Problema nos hospitais.

Aqui vem uma fiscalização feita pelo Conselho Federal, que mostra um monte de distorções. É uma coisa cansativa, mas tem coisas mínimas, que você não tem foco cirúrgico, você não tem como lavar a mão, você não tem oxímetro... Então, é bem precário mesmo, mas é uma fiscalização.

Eu acho que nós temos que poupar nosso tempo aqui.

E o outro item, para terminar, porque tem só mais dois, a fila de espera, que é um número fantástico.

Então, outra questão grande: a falta de acesso da população, que é traduzida aqui. Então, os números são assustadores.

Esse estudo foi feito com a colaboração parcial dos Estados, mas a somatória deles é de 800 mil procedimentos na fila do SUS.

Coisa maluca, não é? E essa fila de espera é a mais variável possível, de difícil gestão, mas isso é muito em função da tradicional transferência de responsabilidade entre Municípios: um fica jogando para o outro, sem a constituição de uma rede efetiva integrada.

Aqui, toda a descrição das filas eletivas.

E, finalmente, o estudo feito no ano passado sobre a percepção dos brasileiros acerca da saúde no Brasil. A principal queixa deles, o principal problema deles é a saúde - isso foi feito pela *Folha*. Eles consideram ruim em 55% o acesso à saúde.

A sabedoria popular fala que a pessoa não tem acesso à consulta, a exame complementar, a leito de hospital, a especialista. Eles dizem isso, porque é a sua leitura.

O tempo de espera tem crescido. Então, cada vez mais, as filas são uma prerrogativa. Quanto ao tempo de espera, 29% aguardavam há mais de um ano, e esse número é crescente. Se a fila está crescendo, não está havendo solução.

Novamente a fila...

As principais conclusões seriam, então, que nós ainda temos uma infraestrutura deficitária, temos demora no atendimento, temos problemas de financiamento e gestão e temos uma percepção negativa.

Desculpe-me se eu corri muito, mas foi o que foi possível. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Foi bem. Meus cumprimentos, Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Conselheiro Federal do Conselho Federal de Medicina, que deu números assustadores. Eu consegui pegar alguns, mas V. Exa. disse que isso fica para nós, para podermos trabalhar em cima.

Só para ver se eu não peguei números errados: 60% dos médicos estão em 39 cidades?

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Sim, com mais de 500 mil.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Então, 60% estão em 39 cidades com mais de 500 mil, e nós vivemos num país com 5.570 Municípios. Esse dado também é assustador. Do que é orçado...

(Soa a campainha.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - ... a gente fala tanto em investir em saúde, em saúde -, só 40% são liberados efetivamente? É isso?

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Do investimento.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Isso, em matéria de investimento.

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Isso é o que é cumprido. Não se sabe se é liberado ou não, mas foi executado.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Executado, 40%.

Muito bem, vamos em frente.

Passamos a palavra agora para o professor e pesquisador do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde da Unb, Sr. Heleno Correa.

O SR. HELENO CORREA (Para exposição de convidado.) - Bom dia a todos e a todas.

Na pessoa do Senador Paulo Paim, eu quero agradecer o convite ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que eu aqui estou representando na qualidade de Vice-Presidente do Cebes.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde já fez publicações, desde muitos anos, sobre a questão da formação médica, da necessidade da formação de outros profissionais de saúde - nós temos, no *site* do Cebes, uma sequência de publicações a esse respeito. E há um pano de fundo sobre a realização aqui da audiência, que é a necessidade de profissionais médicos num país desigual, num país que aprofunda suas desigualdades no sentido de destruir participação direta democrática nos Conselhos de Saúde, entre outros.

Por isso, ao restringir a democracia e ao restringir direitos que a Constituição de 1988 assegurava, está também cortando o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde, independentemente da oferta de mão de obra de profissionais médicos que possa ser promovida pelo aumento da formação de médicos no País.

Os documentos do Cebes estão disponíveis no *site* do Cebes, que é o cebes.org.br. Nós temos uma posição bastante crítica em relação às políticas que têm sido desenvolvidas, entre elas, desde que foi lançado o Programa Mais Médicos, o que nós chamamos de apoio crítico. Nós somos entusiastas e apoiadores do que foi chamado Programa Mais Médicos, que já não existe mais, mas o apoio com natureza crítica, pela qualidade do acompanhamento dos médicos que foram trazidos ao Brasil, pela inserção de médicos com formação internacional no Brasil, de certa maneira desprotegidos pelo não reconhecimento dos seus diplomas, por contradições no sistema de validação dos diplomas de médicos procedentes de escolas no exterior e por uma série de questões que podem ser abordadas aqui, mas, devido ao curto tempo disponível, nós vamos dizer que isso se refere a uma disputa pelo aparelho formador de médicos do Estado brasileiro.

E o Estado tem suas obrigações. O Dr. Donizetti, representante do Conselho Federal de Medicina, acaba de apresentar a lista de especialidades que são necessárias para atenção pelo menos na rede básica de saúde, na rede primária. E, por ser chamada de primária, não é primária no sentido de oferecer cuidados de natureza incompleta, mas, sim, por oferecer uma tecnologia adequada a cada lugar em que ela está instalada e por ser a primeira porta de acesso ao Sistema Único de Saúde. Então, o nosso apoio crítico e, ao mesmo tempo, entusiástico ao que foi a proposta de levar médicos ao interior do Brasil vem no sentido de que é necessário levar não apenas médicos, mas o SUS ao interior do Brasil. A presença do médico isolada é ineficaz, inefetiva, coloca o profissional médico debaixo de uma enorme tensão, que é dar conta de

situações em que ele não tem o aparato necessário se não estiver inserido numa rede de apoio e, principalmente, se não contar com uma equipe multiprofissional em que ele esteja inserido e a que ele possa fazer referência.

E aí vem a questão básica de que a discussão não é se nós temos o número de profissionais necessários para dar atenção, mas qual é o modelo que nós vamos adotar, porque, no modelo neoliberal privatizante que está sendo adotado agora e que está sendo impulsionado para os chamados planos acessíveis, que são formas bastante acessíveis de tomar dinheiro de gente pobre e da classe média e confiscar poupança de idosos que durante anos procuraram fazer poupança e agora vão entregar aos planos privados de saúde, que é esse o modelo que está sendo implantado nos dias atuais, essa desarticulação da oferta de cuidados básicos públicos, que não são gratuitos porque o povo já pagou por eles e paga diariamente ao pagar seus impostos, conduz a um modelo em que qualquer que seja o número de médicos formados, trazidos ou não do exterior, será insuficiente, porque, no modelo de cada um paga o que pode e cada um compra o que pode, ninguém pode ter acesso a um número infinito de profissionais necessário para fazer oferta desse modelo.

Então, o Senador Paulo Paim começou essa audiência relatando os esforços da família que pode ou não sustentar pagar planos privados de saúde, acessíveis ou não. E eu gostaria de lembrar o que eu ouvi de um professor meu já falecido, que foi professor da USP, foi meu professor na Santa Casa, em São Paulo, que dizia que morreria na porta de um hospital público, sem atendimento. E isso aconteceu. Não vou aqui lembrar o nome dele, porque seria uma violação em parte da privacidade, mas eu repito as palavras dele: todos os médicos presentes aqui nesta sala, ao envelhecer e ao perder o seu poder aquisitivo, ganhando cada vez menos como aposentados na nova previdência social, que vai reduzir as aposentadorias, morrerão na fila de um hospital público, sem atendimento. E não poderão pagar um plano privado de saúde, nem seja ele chamado de acessível, inacessível, ou que nome seja dado.

Então, na qualidade daqueles que iam para o circo do César e diziam: "*Ave Caesar, morituri te salutant*", então saudavam César e diziam: "Os que vão morrer te saúdam", a Sebes traz aqui a mensagem de que é possível fazer não só a formação de médicos com qualidade, e não a expansão de escolas sem qualidade - e a gente está plenamente de acordo com as propostas que o Conselho Federal de Medicina e outros órgãos da corporação médica têm feito -, mas é possível também fazer uma responsabilização do Estado sem que órgãos corporativos capturem o aparelho de Estado e impossibilitem o Estado de regular e destinar as vagas públicas de universidades, com o seu conteúdo curricular, para as necessidades do SUS e do País.

Se nós deixarmos ao sabor do mercado privado, essas 300 faculdades que estão aí, das quais muitas são novas e recém-abertas no mercado privado, irão formar ultraespecialistas e não vão formar ginecologistas, não vão formar pediatras, não vão formar anestesiologistas, ortopedistas, nem cirurgiões gerais, porque não há interesse na formação de médicos para a atenção básica, porque a atenção especializada pode ser mais lucrativa. E deixar ao sabor do mercado neoliberal a constituição dos currículos, a fiscalização das escolas, que há um projeto de articulação pública através do exame seriado, que vinha sendo feito a cada dois anos, que não avaliava apenas o estudante, mas avaliava também a qualidade da escola, o que foi feito pelo Inep até recentemente, não sei se continua sendo feito.

Essa proposta de que o Estado é responsável por regular o conteúdo curricular, em acordo com a participação democrática no Conselho Nacional de Saúde, não vem sendo executada. O Conselho Nacional de Saúde manda para o Ministério da Educação propostas de regulação dos ensinos de várias áreas profissionais, e o Ministério da educação ignora solenemente a opinião do Conselho Nacional de Saúde ao fazer a concessão de abertura de novos cursos, ao desregular a abertura de cursos não só na área médica, mas na área de várias profissões de saúde, inclusive chegando quase a abrir cursos por ensino a distância, por computação, para técnico de enfermagem e várias outras áreas que são incompatíveis com formação por EAD.

O Conselho Nacional de Saúde - e aqui estou falando porque tenho assistido isso e até o ano passado estava lá como Conselheiro - emite um trabalho sério de apelo ao Estado para exercer o seu poder de regulação e o Estado não faz isso, o Ministério da Educação descumpre a lei que faz com que o SUS... A lei determina que o SUS seja regulado em um consórcio entre o Ministério da Educação, como aparelho formador, e o Ministério da Saúde, como um aparelho que destina que tipo de profissional é necessário e como esse profissional deve ser formado. E tem no seu respaldo o Conselho Nacional de Saúde, que ainda é um conselho nacional paritário, democrático, de participação da sociedade.

Como esse sistema tende ao neoliberalismo, ele ignora o modelo em que qualquer número de médicos sempre será insuficiente. Podem ser abertas 500 escolas no Brasil, podem ser formados um milhão de médicos por ano, mas se o modelo for o de cobrar para atender na atenção básica e referenciar as pessoas para tirar delas o último centavo, qualquer número de médico será insuficiente.

Então, a proposta do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em alguns itens - eu vou procurar se econômico aqui, dado o tempo - aborda várias situações, mas eu vou me resumir...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - ... Só para situar, você tem oito minutos ainda.

O SR. HELENO CORREA - ... aos mais importantes, então. Vamos a elas.

O Programa Mais Médicos foi uma ação contrária ao mercado neoliberal, ele teve uma pretensão de regular o mercado contra interesses corporativos, que foram violentamente mobilizados contra o programa.

Então, mobilizou-se no Senado, na Câmara, no aparelho judiciário toda a providência de corporações, inclusive da Corporação médica, para atacar o programa, e não para corrigir os defeitos dele.

E contra isso houve uma campanha ideológica, principalmente porque dos 14 mil médicos que aqui estavam mais 10 mil, 11 mil eram cubanos, e se transformou numa batalha entre direita e esquerda, em que a corporação médica adotou a posição claramente de direita. E isso o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde detectou já em 2013/2014, com várias publicações que estão em nosso *site.*

O Programa Mais Médicos teve um viés de atuação focal, na medida em que ele dirigia para as populações pobres e de periferia a sua atenção, e isso trouxe uma oposição forte do sistema, vamos dizer, do aparato de Estado privatizante, que não deixou de incluir juízes, procuradores, associações profissionais, políticos, lobistas e empresários da saúde, muitos deles, inclusive, Senadores.

O Programa Mais Médicos não foi focal e universalizou a atenção quando ele rompeu as barreiras e passou a oferecer médicos, inclusive, nas cidades grandes como São Paulo, Porto Alegre, Campinas e periferias, onde era muito difícil fixar médicos porque o modelo de atenção médica que estava sendo colocado, modelo de atenção à saúde, continua em conflito.

Esse Programa Mais Médicos se inseriu nas políticas de governo de coalizão Lula e Dilma e houve uma forma de conduzir esse programa que, na opinião do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, foi despolitizada, porque necessitava de apoio de ações programáticas, uma ruptura com o modelo que dava preferência a privatizar e a criar hospitais. E hoje nós vimos aqui que estão crescendo as vagas de hospitais privados às custas da diminuição das vagas de hospitais públicos do Sistema Único de Saúde.

E por isso, por ser um programa que dependia de uma forte politização, inclusive colocando ao seu lado as centrais sindicais, os movimentos como o MST, Via Campesina, Grito dos Excluídos, o próprio Cebes e a Abrasco, ele se tornou um programa frágil e muito fácil de ser combatido, inclusive aqui nas Casas do Congresso Nacional.

Essa oposição que se estendeu inclusive, mais claramente, quando se colocou a lei que deu base ao programa, transformou-se numa batalha pela captura da formação médica privada e neoliberal, e pela destituição do poder do Ministério da Educação e da Capes de regular o conteúdo curricular das escolas médicas, inclusive com uma tentativa, que o Cebes é contrário, de impor um exame nacional de ordem aos médicos, que conferiria a cada Conselho Estadual de Medicina o poder de dizer quem exerce a profissão e com que conteúdo, o que é uma função do Estado, uma captura, uma usurpação do poder do Estado.

A repercussão epidemiológica da presença dos médicos do programa Mais Médicos foi de alguma maneira omitida ou escondida, porque nós estaríamos agora na fase da coleta epidemiológica dos dados. Então nós teríamos uma possibilidade de saber se houve redução da mortalidade infantil, se houve redução da morbidade complexa nos hospitais de referência, e a fase que nós nos encontramos hoje nos impede de fazermos uma avaliação, porque os dados epidemiológicos não são públicos e a gente não pode avaliar aquilo que a gente não tem na mão.

Então pode ter havido uma forte redução da mortalidade infantil no local onde o programa foi executado, porque é evidente que todos os médicos que foram aos rincões do interior do Brasil fizeram o máximo esforço para que crianças deixassem de morrer de diarreia, de broncopneumonia, de todas as doenças suscetíveis de controle pela extensão da atenção primária de qualidade, em que pese o médico estar sozinho. Nesse ponto, o mercado, de alguma maneira, impunha praticamente que o modelo fosse exclusivamente médico.

Vamos... Eu vou pular algumas outras propostas, depois eu deixarei escritas aqui com o Senador, como contribuição dos Cebes, mas assim é uma situação complexa, porque o Cebes apoia o programa e apoia a formação de médicos, mas não da maneira que está aí. Nesse ponto nós convergimos com a crítica feita aqui pelo Conselho Federal de Medicina, porque a abertura indiscriminada de escolas privadas sem base na rede colocou a formação médica num descaminho.

As iniciativas de interiorização só serão eficazes se forem criadas carreiras de Estado multiprofissionais, e não carreiras específicas, exclusivas para a corporação médica, o que seria um fracasso. Nós temos um modelo antigo, conhecido, a Fundação Sesp, em que as equipes eram multiprofissionais, nos anos 40. Esse modelo foi abandonado. Mas nunca um médico da Fundação Sesp ia sozinho para o campo, ele ia sempre acompanhado de alguém, tinha uma infraestrutura mínima de apoio e, considerando a época, que era precária, era uma estrutura muito boa.

E, assim, há uma forte questão hoje na disputa de qual é a narrativa que vai prevalecer, se vai ser a narrativa de estender planos privados para espoliar a população, que ainda tem dinheiro para pagar alguma coisa, do seu último centavo, para rasgar a sua última poupança, ou se vai ser um modelo em que haja lugar não só para mais médicos, como mais enfermeiros, mais psicólogos, mais nutricionistas, mais fisioterapeutas e toda a gama de profissionais de saúde, num modelo de atenção em que o SUS receba o financiamento na proporção que os estados de bem-estar social fazem, ou faziam, porque lá também está em crise.

A crise não é só no Brasil, a crise é mundial entre o modelo de lucro capitalista ou o modelo socializante de Estado de bem-estar social.

Portanto, aqui eu trago e fecho com uma posição extremamente contrária: a abertura de carreiras de Estado exclusivas de profissões, como uma carreira de Estado só para médicos. Essa carreira está fadada a ser extinta.

Eu trago aqui o meu próprio exemplo, como ex-membro de uma carreira de Estado que foi extinta no Estado de São Paulo, a carreira de médico sanitarista. Durou 15 anos e logo alguém achou de acabar com a carreira e era um Governo dito de renovação. Então, essa proposta ou a discussão em torno desses temas é dependente de um reconhecimento de que o poder de regular o aparelho médico formador, a qualidade e o conteúdo curricular dos médicos e o tipo de especialistas que devem ser formados, é um poder do qual o Estado não pode abdicar, mas ele tem que ser regulado pela participação democrática popular direta nos conselhos.

Existe o Conselho Nacional de Saúde, deve continuar existindo; existe o Conselho Nacional de Educação, deveria atuar em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde. Os conselhos que foram extintos pela medida fascista que extinguiu os conselhos de representação democrática popular nos últimos meses devem atuar porque é deles que dependem o caráter da formação dos médicos e que tipo de profissional será levado, para sabermos um dia se nós teremos ou não médicos suficientes para atender a população brasileira.

Isso é, em parte, o que eu gostaria de dizer em nome do Cebes. Nós temos muito mais a dizer, mas a gente tem aqui as limitações de tempo.

Agradeço, se houver algum debate nós poderemos complementar.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Meus cumprimentos. *(Palmas.)*

Sr. Heleno Corrêa, professor e pesquisador do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde da UnB.

Nós decidimos aqui na Comissão, só como informação, uma iniciativa do Senador Paulo Rocha, nos seguintes termos: Requeiro, nos termos do art. 96-B, do Regimento Interno desta Casa, que a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa avalie a falta de médicos no Brasil.

Claro que aqui a falta de médicos pode ser numa ótica que V. Exa. colocou: falta de médicos lá onde têm que estar. Podemos ter até um milhão de médicos a mais, mas o que nós estamos falando aqui é falta de médicos lá na ponta, lá onde eles têm que estar.

Então, nós vamos fazer um estudo e um debate e os senhores todos serão convidados novamente para esse debate. Só a título de informação.

Eu estou cada vez mais preocupado, quanto mais eu ouço aqui, muito embora estejamos aqui e cada Senador tenha uma estrutura para escolher o programa que quiser, mas as denúncias que chegam aqui me levam a fazer uma pergunta que pode ser quase que um filme de terror, mas eu teria que fazer, se alguém puder me responder.

Por falta de estrutura - vou pegar as duas questões - e falta de médicos lá, nas 5.570 cidades, ou seja, Municípios, quantas pessoas morrem por dia? Alguém tem essa noção?

É difícil de calcular, mas dá para fazer um estudo para ver essa realidade. Eu sei que é cruel essa pergunta, mas se não há estrutura, como os senhores estão colocando, não há um salário decente e não há médicos, eu me ponho no lugar de onde eu vim, por exemplo. Eu vim do interior, do interior, do Rio Grande do Sul. Pai e mãe, enfim, com filhos doentes correm para algum lugar e não são atendidos por falta de estrutura, falta de hospital, falta de médico e falta de remédio. Bate um desespero generalizado.

Por isso que hoje eu ouvi alguém falar que, no Brasil e no mundo, nós temos que nos voltar efetivamente para as políticas humanitárias, nessa visão humanitária de se colocar no lugar do outro.

Mas eu sei que o debate aqui continua. Você não precisa responder agora, não. Vamos deixar continuar correndo aqui. A gente fala muito em educação, emprego e trabalho, mas sem saúde não se vai a lugar nenhum. As pessoas morrem antes de chegar a algum lugar.

Mas vamos lá. Fica no ar só essa preocupação, que é de vocês todos, tenho certeza absoluta. Aqui ninguém é o dono da verdade nem só ele pensa na visão humanitária.

Eu passo a palavra ao Conselheiro Nacional de Saúde, do Conselho Nacional da Saúde (CNS). Aqui, todos, pelo que entendo, são médicos. Eu vou chamar todo mundo de doutor, viu Dr. Heleno. V. Exa., inclusive, mostrou que a sua profissão original foi praticamente extinta.

Então, Dr. Jorge Alves de Almeida de Venâncio, Conselheiro Nacional de Saúde, do Conselho Nacional da Saúde.

O SR. JORGE ALVES DE ALMEIDA VENÂNCIO - Bom dia a todas e a todos. Agradeço o convite, ao Conselho Nacional de Saúde, do Senador Paim. Estou aqui representando o Presidente Pigatto, lá do Conselho Nacional de Saúde.

Eu queria levantar alguns elementos aqui para que a gente refletisse conjuntamente. Primeiro, o Ministério está passando por um estrangulamento financeiro muito agudo. Quando foi aprovada, quando foi debatida, aqui no Congresso, a Emenda Constitucional nº 95, alegou-se que ela geraria um aumento das verbas do Ministério. Não sei se os senhores se recordam desses episódios.

Realmente, no primeiro ano, ela fez um pequeno aumento das verbas, mas ela não garantiu que esse aumento continuasse. E, no Orçamento que está sendo executado atualmente, o Orçamento deste ano de 2019, se a Emenda 86, que era a emenda anterior que geria as verbas do Ministério, estivesse vigente, nós teríamos um Orçamento de 127 bilhões. E o Orçamento atual é de 117 bilhões, com uma diferença de 9.7 bilhões a menos, fruto exatamente dessa manobra que foi feita, à época, dizendo que as verbas iam crescer e, na realidade, elas foram bastante diminuídas.

Eu queria chamar a atenção que essa diferença de 127 para 117 não expressa bem claramente o que está ocorrendo, porque essa redução se dá exclusivamente nas verbas discricionárias do Ministério. Ou seja, aquelas que o Ministério tem a possibilidade de manejar. E essas caíram de 34 bilhões para 24. Portanto, é uma redução de quase 30% das verbas discricionárias do Ministério.

Então, isso coloca uma situação muito grave na saúde do País. Eu acho que é muito importante a gente, em primeiro lugar, compreender bem essa situação, sem falar na possibilidade de contingenciamentos. Estou falando apenas do que está definido no Orçamento e existem grandes possibilidades de haver contingenciamentos que agravem mais ainda essa situação.

Essa é a primeira questão em que eu acho que seria importante tocar.

Segundo, quando o Programa Mais Médicos foi criado, naquela época existia uma insuficiência na quantidade de médicos que estavam sendo formados. Pela apresentação que o Conselho Federal de Medicina trouxe, isso em grande parte já foi alterado. A proposta que se fez naquele primeiro momento era aumentar em 13 mil médicos por ano a formação de médicos. E, pelos dados que o conselheiro do Conselho Federal trouxe, essa meta já foi inclusive ultrapassada.

No entanto, nós na época já víamos como um problema que esse aumento de 13 mil vagas na proposta do Programa Mais Médicos se dava três mil nas universidades públicas e 10 mil nas universidades privadas, certo? O que nos parece uma distorção e uma coisa equivocada, porque nas universidades privadas existem exceções honrosas, as PUCs, algumas outras universidades mais sérias, mas nós temos mais uma coisa próxima de uma caixa registradora do que propriamente uma instituição de formação de médicos. E a qualidade do que sai na ponta é muito deficiente.

Então, isso aí é um problema muito grave. E o grau de fiscalização que o Ministério da Educação consegue fazer nisso nos parece completamente insuficiente. Existe quase uma conivência com essa situação. Eu diria que o quadro é bastante grave e a qualidade dos médicos que são formados atualmente nessas instituições, que cobram inclusive preços... Já ouvi falar que tem faculdade cobrando até R$20.000 por mês e, apesar disso, o ensino é muito fraco. Essa é a realidade muito concreta.

Muito bem. Além disso, o que ocorre nessa relação entre o Ministério, que, como eu procurei mostrar, está inteiramente estrangulado financeiramente, e os Municípios? Nós temos os Municípios quase que desesperadamente tentando suprir as carências dos repasses que o Ministério deixa de fazer.

Originalmente, quando o SUS surgiu, 70% da verba do SUS vinha da União. E, hoje em dia, já está chegando perto dos 40 e, se bobear, vai cair mais porque, com esse quadro de orçamento que está colocado, a situação está muito grave. Então, nós temos Municípios hoje que estão chegando perto de 40% do seu orçamento para a saúde e, apesar disso, a saúde continua muito débil nesses Municípios.

Lá no Estado de São Paulo, por exemplo, nós temos vários exemplos desse tipo. Município chegando a 35, 40% do orçamento e, apesar disso, continua a saúde com muitos problemas nesses Municípios exatamente por causa disso, porque existe um estrangulamento do repasse federal, que já foi feito anteriormente, mas que hoje em dia está sendo muito mais precário. Então, esse é o quadro.

Além disso, eu queria chamar atenção para o seguinte. Essa ideia de estudar a situação da distribuição dos médicos por Municípios gera uma distorção gigantesca, quando se vai olhar os grandes Municípios do País. São Paulo, por exemplo, se a gente for olhar a Avenida Paulista, tem uma concentração de médicos fenomenal. No entanto, se a gente caminhar 10km em qualquer direção, nós já temos carência de médicos. Não precisa nem chegar na ponta não porque tem bairro lá a 50km de distância do centro da cidade. Mas a 10km, para qualquer lado, pode escolher para onde quiser, já começa a faltar médico. Essa é a situação do Município de São Paulo, certo? Para a gente ter claro. . Quer dizer, eu queria citar alguns exemplos para a gente sentir a gravidade da situação.

A fila - é isso que o Conselheiro Donizete demonstrou aqui com alguns números - é uma coisa dramática. Quer dizer, eu tive alguns exemplos assim - eu conheço melhor ali o Município de São Paulo -, mas, por exemplo, uma paciente com um problema de articulação coxo-femural que estava necessitando de uma prótese conseguiu atendimento na Atenção Básica, foi encaminhada para o especialista, teve o atendimento do especialista, foi recomendado fazer uma cirurgia. Tempo de espera que foi colocado para ela, que estava com dor e andando de cadeira de roda: quatro anos.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS. *Fora do microfone*.) - Quatro anos?

O SR. JORGE ALVES DE ALMEIDA VENÂNCIO - Quatro anos.

Outra procurou, estava com situação de prolapso uterino, com o útero saindo para fora - certo? -, precisava fazer uma cirurgia, chegou a ser atendida no hospital do bairro dela, estava faltando a rede que é colocada na cirurgia para fazer a contenção e não conseguiu fazer a cirurgia.

Então, andando pelos bairros da periferia de São Paulo, a demanda por exames é uma coisa dramática. Quando alguém sabe que você é médico, vem perguntar se pode ajudar para conseguir os exames, é mais ou menos essa situação. Certo?

Então, essa política que o Ministério agora definiu que o Mais Médicos vai ser restrito aos Municípios 4 e 5, na classificação que eles fizeram, e que não vão ter mais novas contratações para os Municípios de categoria 1, 2 e 3, de perfil 1, 2 e 3, parece um equívoco completo porque se está ignorando qual é a situação real do País.

Existem alguns Municípios de médio porte que até têm uma saúde razoavelmente estruturada e organizada, mas mesmo esses estão fazendo isso com a língua de fora em termos financeiros. Então, cortar as verbas que o Ministério já estava colocando nesses Municípios vai fazer com que a situação se degrade também neles. Concretamente esse é o caminho objetivo. Eu sei que a situação do Ministério eu diria que é dramática porque, com o corte de verba desse tamanho que eu apontei aqui, não é fácil enfrentar essa situação, mas esse caminho de fazer essa... Agora, nos grandes Municípios então, se a gente cortar o Mais Médicos neles, o resultado vai ser agravar ainda mais essa situação dramática que eu apontei aqui. Certo? Não vejo coerência nisso.

Dos Municípios de médio porte, existem alguns que estavam melhores. Brumadinho, por exemplo, era um. Agora está um desastre completo porque o Município perdeu toda a sustentação econômica que existia, mas, antes do desastre...

(Soa a campainha.)

O SR. JORGE ALVES DE ALMEIDA VENÂNCIO - ... a situação de saúde de Brumadinho, por exemplo, era razoavelmente funcional: tinha Atenção Básica para todas as áreas, a população toda era atendida, etc., uma coisa que tinha um certo funcionamento. Agora, se a gente for ver isso em São Paulo, no Rio de Janeiro e nas grandes cidades, não tenho notícia de nenhuma delas em que a coisa funcione perto do que seria razoável. É uma situação dramática de desassistência completa nessas cidades. E, se a gente ainda corta a possibilidade de ter o Mais Médicos, parece-me que a gente só tende a gravar mais ainda essa situação. Não vejo como isso possa parecer uma coisa razoável. Achar que são os Municípios que vão ter condição de suprir essa carência das verbas federais, não vejo como, porque eles estão inteiramente estrangulados, na grande maioria dos casos. O companheiro aqui da Confederação dos Municípios vai poder dar mais detalhes disso aí.

Certamente, a sua ação me parece gravíssima nesse terreno.

Então, eu queria apontar um pouco esse quadro para a gente sentir que...

Agora, há um problema que é o seguinte: esse problema da distribuição desigual - só para concluir. E aí me parece que a gente vai...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS. *Fora do microfone*.) - Tem cinco minutos ainda.

O SR. JORGE ALVES DE ALMEIDA VENÂNCIO - Não devo nem gastar isso tudo.

Nós temos de trabalhar para conseguir fixar mais os médicos nos locais de onde eles vêm. Aqui há algumas experiências que eu queria relatar um pouco. Não com faculdades, mas com escolas técnicas, o Governo de São Paulo, estadual, andou abrindo algumas escolas técnicas na periferia de São Paulo. Por exemplo, há uma escola técnica em Itaquera. Qual foi o efeito prático que isso gerou? Uma chuva de candidatos de outros lugares. Então, quando o pessoal vai para Itaquera só para estudar, quando acaba o curso ele volta para o lugar de origem. Isso não é uma solução. Por outro lado, a gente botar as faculdades só nos lugares centrais também não resolve nada. É uma coisa... Tanto as faculdades quanto as escolas técnicas... Então, essa possibilidade de distribuir mais as faculdades e as escolas técnicas me parece positiva desde que nós façamos um esforço para conseguir que pessoas oriundas da população local tenham condições de entrar nessas escolas.

E aí eu queria dar um pouco a minha experiência. Eu já trabalhei dirigindo um cursinho de pré-vestibular para estudantes de escola pública e tudo. E eu queria dizer o seguinte, reparem só: para passar no vestibular de Medicina o que precisa é mais ou menos uma nota 7,5 no vestibular; o cidadão que faz 6,5 já não entra em quase curso nenhum de saúde. Então, o que seria necessário para fazer o cidadão que está tirando 6,5 conseguir subir para 7,5, que é necessário para passar na faculdade, está longe de ser uma coisa do outro mundo, impossível de ser feita, porque se tiver um cursinho que faça realmente uma preparação adequada para ele, a gente consegue fazê-lo subir de 6,5 para 7,5 e ele consegue entrar na faculdade. Agora, nós precisamos botar faculdade na periferia também, não pode ser só no centro de São Paulo.

Então, sobre a forma de enfrentar essa questão, parece-me que tem que haver a distribuição das faculdades pelas áreas em que é necessária uma presença maior de médicos, mas, ao mesmo tempo, nós temos de conseguir fazer com que a população desses locais chegue ao nível de conseguir entrar na faculdade. E, com isso... É claro, algum ou outro vai sempre querer migrar para um lugar num centro maior, etc. e tal, mas eu tenho impressão de que você gera uma vinculação maior dos alunos com a comunidade local fazendo a coisa dessa maneira. Essa é uma ideia que eu acho que a gente deveria discutir, procurar trabalhar melhor, porque esse problema da distribuição desigual realmente é uma coisa gravíssima e que gera essa situação de ter uma concentração enorme de médicos na Avenida Paulista e, caminhou para qualquer lado, você está com uma carência gigantesca. Esse é o quadro atual. E o caminho me parece que seria por aí.

Então, é uma panorâmica da situação, um pouco dos problemas que a gente precisa enfrentar, eu acho que estão mais ou menos desenhados aqui na colocação que eu trouxe.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Muito bem, Dr. Jorge Alves de Almeida Venâncio, Conselheiro Nacional de Saúde, do Conselho Nacional da Saúde (CNS).

Como chegaram muitos questionamentos aqui, eu vou ler rapidamente, e os senhores, quando forem falando e quiserem tocar nas perguntas, fiquem à vontade.

Frederico Paulo, do Amazonas: "Erro na gestão e má administração afetam diretamente a qualidade do atendimento; não seria melhor investir em qualificação para gestores?".

Brisa Araujo, Bahia: "A mudança realizada no programa Mais Médicos se mostrará ineficaz diante de profissionais que preferirão atuar em Municípios mais abastados".

Só quero lembrar que tudo isso aqui vem de todo o Brasil, do programa e-Cidadania, em que as pessoas fazem afirmações ou fazem perguntas.

Maria Aparecida, da Bahia: "O nosso sistema de saúde precisa um pouco mais de atenção, pois com a precarização a população mais carente é que sofre".

Tudo chegou hoje de manhã, depois que os senhores começaram a falar.

Flaviane Carvalho, do Ceará: "A precariedade dos serviços públicos no SUS vai além da questão econômica; creio que seja também uma questão de má administração".

Isso eu já vi em outros dias, essa questão da má administração e gestão.

Neri Filho, de Santa Catarina: "O SUS precisa passar por uma reestruturação, acredito que um sistema informatizado melhor estruturado resolveria o problema com as filas".

Claudio Siqueira, do Distrito Federal; "O Sistema de saúde brasileiro tem sofrido com o modelo de judicialização [judicialização porque está na Justiça] da saúde; como planejar para que ocorra um atendimento a todos?".

Elienai de Assis, de Minas Gerais: "A situação do SUS no País está caótica. Não só com falta de médicos, mas de leitos, atendimento de qualidade, etc.".

Leandro Alves, também do Distrito Federal: "A Libras precisa ser matéria obrigatória nos concursos da saúde! Um surdo, quando vai ao hospital, tem que levar intérprete a tiracolo, senão morre".

Fernando Alves, de Sergipe: "Diante da falta de médicos em todo Brasil, por que temos milhares de vagas ociosas no Mais Médicos?".

Thony Ricardo, Minas Gerais: "Assim como o problema da saúde, no Brasil todos os outros estão ligados a corrupção. Reforma geral é mais que necessário".

Luiz Fernando, de Pernambuco; "É lamentável um programa incrível como o SUS viver com o descaso do Governo. São necessárias melhores condições de trabalho para atender à população".

Manuela Cotulio, de São Paulo: "A falta de medicamentos, hospitais em estado deplorável, e médicos que estão cada vez mais preocupados com dinheiro e não em ajudar".

Sonia Beatriz, do Rio de Janeiro: "Além da falta de médicos, toda a rede de apoio secundária está em decréscimo: exames, remarcação, consultas... É uma teia que está desmoronando. A prevenção é importante, mas a informação bem passada ajuda. Funcionários bem informados ajudam a disseminar a boa saúde".

E, por fim, Fabiane Hunter, Rio Grande do Sul: "A prevenção do adoecimento de profissionais de saúde é uma demanda a ser pensada como prioridade. Priorizar a prevenção e promoção de saúde de profissionais".

Isso é o programa e-Cidadania, repito. E olha que eles não mandam tudo para cá, mas, pela quantidade que chegou aqui, eu tive que ler logo, porque, senão, no final, não iria ser possível os senhores responderem.

Vamos em frente.

Dr. Denílson Magalhães, Supervisor do Núcleo Social da Confederação Nacional de Municípios (CNM).

O SR. DENÍLSON MAGALHÃES (Para exposição de convidado.) - Bom dia a todos.

Quero agradecer, Senador Paim, pelo convite, em nome da Confederação Nacional de Municípios, de estarmos aqui nesta audiência e trazer informações que nós temos sobre a situação atual que os Municípios vêm enfrentando com a dificuldade de contratação de médico depois da mudança do Programa Mais Médicos, que também tem reflexo no Saúde da Família.

Aqui apenas para trazer para vocês informações sobre a distribuição das equipes de saúde da família no Brasil. A gente mostra que os Municípios aderiram ao programa e o implementaram. Conseguimos avançar. Em 2002, nós tínhamos apenas 31,9% de cobertura da população brasileira e nós conseguimos, em 2018, chegar a 64% de cobertura da população brasileira, mais de 133 milhões de pessoas atendidas pelo Programa Saúde da Família. Com isso, a gente mostra o esforço que os Municípios fazem, porque, Senador, a gente recebe de incentivo do Governo Federal entre R$7.130 e R$10.695 por cada equipe, mas uma equipe dessas custa para a gente em média R$45 mil por mês. Então, é um esforço que os Municípios fazem de ter equipe de saúde da família no Município funcionamento.

Em 2019, nós já observamos uma pequena queda na cobertura para 63%, que pode estar relacionada à insegurança do programa e também aos novos critérios do Mais Médicos. Há insegurança do programa porque ele é todo regulamentado por portarias e isso fica a critério do gestor mudar o programa, mudar as regras, mudar os critérios. As regras são bem flexíveis, depende de cada gestor, de quem estiver na pasta do Ministério da Saúde entender que é necessário fazer alguma mudança ou não.

De 2001 a 2019, nós saímos de 5.421 equipes de saúde da família para 42.975 equipes, um esforço enorme que os Municípios fizeram ao longo desses anos para implantar novas equipes de saúde da família. Em 2019, nós observamos esta queda, uma redução de 620 equipes de saúde da família. É importante a gente olhar números porque a gente olha e pensa que é pouco, são 620 equipes apenas que nós reduzimos, mas isso tem um impacto muito grande. Cerca de 1,8 milhão de pessoas podem estar desassistidas de atenção básica de saúde, de atenção primária.

E aí nós vamos para os números. Isso representa para a gente 620 enfermeiros, 1.240 técnicos de enfermagem e, no mínimo, 37.200 agentes comunitários, que estão lá, continuam trabalhando, e nós estamos pagando. Só que, com 60 dias sem médico, nós perdemos o incentivo do Governo Federal, do Saúde da Família, os incentivos são suspensos. Houve uma prorrogação por 120 dias para os incentivos do Mais Médicos, só que a dificuldade de contratação nem sempre a gente consegue resolver em 60 dias ou mesmo em 120. O Ministério não está conseguindo resolver nem em 120. Desde o ano passado, a gente vem com a dificuldade de manter os médicos do Mais Médicos no programa.

Se nós formos lá para os 45 mil que nós gastamos por equipe/mês, nós estamos falando de R$371 milhões por ano, que é o impacto de 620 equipes do Saúde da Família. Então, quem está assumindo a conta? São os Municípios; somos nós

que estamos mantendo esses trabalhadores lá trabalhando, porque a maioria dos agentes comunitários, mais de 90%, já são concursados, nós não temos como demiti-los. O Ministério Público, na maior parte dos Municípios, obriga que os Municípios façam concurso público para as equipes, tanto para enfermeiro, como para o técnico de enfermagem, como para o agente comunitário de saúde. Então, não há como demitir. Saiu o médico, suspendeu o incentivo, o Município continua financiando a equipe; ele não pode mandar embora. Depois, implantou uma unidade de saúde, não há como fechar, não há como dizer para aquela comunidade: "Olha, vou ter que fechar a unidade, porque eu não consigo contratar um médico, porque eu não consigo repor o médico", não há como fazer isso com a comunidade. A unidade tem que continuar funcionando.

Agente comunitário - nós conseguimos, quase que na totalidade dos Municípios, implantar o Programa de Agente Comunitário. São 5.491 Municípios, e atualmente mais de 259 mil agentes comunitários trabalhando; uma cobertura de mais de 130 milhões de brasileiros. E aí vêm os outros programas: o Centro de Especialidade Odontológica, que nós temos 26 mil equipes implantadas em 5.022 Municípios, e 83 milhões de habitantes. Nasf conseguimos implantar 5.235 unidades.

E aí vamos para o Programa Mais Médicos. Uma das coisas que é importante a gente entender é que o Programa Mais Médicos não foi criado simplesmente pelo Governo que passou. Eu estava presente no Palácio do Planalto quando chamaram os Prefeitos de todo o Brasil para pactuar com os Prefeitos a implantação do Mais Médicos; e os Prefeitos aceitaram o desafio, assumiram o compromisso, porque eles assumem despesa também. Além da despesa da equipe, da despesa da unidade... Quando a gente olha uma equipe, uma Unidade Básica de Saúde e quando a gente fala numa equipe de Saúde da Família se fala no médico, no enfermeiro e nos agentes comunitários, mas nós temos pessoal administrativo, limpeza, informática, manutenção da unidade, unidade que precisa de segurança, de vigilância. Então, a despesa não é simplesmente a equipe básica de saúde; nós temos outras despesas. E, para o Programa Mais Médicos, o Município recebe R$4 mil de incentivo - R$4 mil de incentivo por mês para essa equipe - e, em média, os Municípios pagam para os médicos uma ajuda de custo de R$3 mil, para moradia e alimentação. E continuam pagando. Então, esse foi o compromisso que os Prefeitos assumiram no Palácio do Planalto: "Vamos implantar, sim, o programa".

O programa veio como uma estratégia para fixar médicos onde nós não conseguimos contratar; para colocar médicos em Municípios distantes, Municípios pequenos onde nós não conseguíamos contratar médico, onde nós não conseguíamos fixar. E eu presenciei isso no meu Estado, Senador, no Estado do Amapá, quando fui Secretário de Saúde. Nós estávamos fazendo a seleção para o Mais Médicos e a médica ligou para a nossa secretaria perguntando se no Município que ela ia - sem desmerecer nenhum profissional, é claro, ela tem todo o direito de pensar no melhor para ela também - havia *shopping center* ou cinema no Município, um Município de oito mil habitantes. Na mesma hora que nós informamos que não havia essa estrutura disponível no Município, ela recusou a vaga. Então, são essas dificuldades que nós passamos no dia a dia, para conseguir levar um profissional para um Município que oferta poucas estruturas, realmente, para ele permanecer naquele local. Então, nós assumimos um compromisso com o Governo de implantar e implementar o Mais Médicos, de colocar médicos...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Só permita que eu registre a presença do Senador Capitão Styvenson, que está todo dia aqui na Comissão de Direitos Humanos, e, com certeza, fará perguntas...

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN. *Fora do microfone*.) - Estava na CE.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Mas veio aqui prestigiar a Comissão.

Queria uma salva de palmas ao Senador Capitão Styvenson. *(Palmas.)*

O SR. DENÍLSON MAGALHÃES - Continuando, Senador, nós assumimos um compromisso de implantar o programa, assumimos o compromisso com a ajuda de custo, com a contratação das equipes, porque seriam novas equipes, novos agentes, novos enfermeiros, e expandimos o programa.

Nós ainda temos dois mil médicos cubanos que não foram embora do País, que resolveram ficar no Brasil, resolveram continuar aqui trabalhando, e hoje estão impedidos de trabalhar. E nós estamos pedindo para o Governo Federal que encontre uma solução para esses médicos, que coloque nesses Municípios onde a gente não consegue fixar o profissional médico.

E aí veio o problema deste ano: retirar os Municípios do perfil 1 a 3, no último edital publicado; simplesmente deixa 1.429 Municípios de fora, a maioria concentrada nas Regiões Sul e Sudeste do País, que perdem, que ficam excluídas do programa. E isso não foi pactuado com os Prefeitos. O programa foi todo pactuado com Prefeitos e secretários municipais de saúde. Mas isso foi uma decisão unilateral do Ministério da Saúde, e nós não concordamos com isso, porque esses

Municípios têm dificuldades. O Distrito Federal tem dificuldade de fixar médico em Sobradinho, tem dificuldade de fixar médico ali na Estrutural. E são várias outras áreas em que nós temos dificuldade de fixar médico. O programa veio para isso; ele não veio para atender apenas a um Município de pequena população, a um Município de baixa renda. Há oito perfis que foram contemplados no programa, e nós continuamos pedindo ao Ministério da Saúde que mantenha todos os Municípios no programa, porque todos precisam.

Nós estamos observando já a redução no número de equipes do Saúde da Família. E nós fizemos, Senador, agora em abril, uma pesquisa com 530 Municípios, que responderam para a gente sobre a dificuldade de fixação do médico. A dificuldade do Mais Médicos está refletindo no Saúde da Família, porque os médicos do Saúde da Família migraram para o Mais Médicos, pelas condições de pagamento, as condições de jornada de trabalho, a possibilidade...

(Soa a campainha.)

O SR. DENÍLSON MAGALHÃES - ... de cursar uma residência ou uma especialidade. E essa informação chegou para a confederação, e nós pesquisamos Municípios do Brasil todo. Só no Saúde da Família, em abril, nós tínhamos 808 vagas abertas, médicos que saíram do programa; possivelmente migraram para o Mais Médicos - em 375 Municípios. E a concentração é nas Regiões Nordeste, Sul e Sudeste, com 30%, 26% e 26%. No Saúde da Família, 629 vagas ainda em aberto em abril, em 329 Municípios. E a concentração continua nas Regiões Nordeste, Sul e Sudeste do País.

Quando nós somamos aí os dois, vagas no Saúde da Família e vagas no Programa Mais Médicos, 1.148 equipes em abril sem médico. Isso apenas em 530 Municípios que nós pesquisamos. Então, a situação realmente é grave. A gente precisa encontrar uma forma de reestruturar o Programa Mais Médicos, de levar o profissional médico a esses Municípios que precisam da atenção básica.

E, com isso, a gente tem reflexo na nossa população. O que a gente ouve das pessoas que participam e que enviam mensagens para a Comissão de Direitos Humanos dizendo que o problema é de gestão, que o problema é má administração, que o problema é o caos no Sistema Único de Saúde.

Nós precisamos dar atenção para a atenção primária. Com atenção primária, a gente previne doenças e promove a saúde da população, a gente evita a hospitalização, a gente consegue evitar mortalidade infantil. Isto nós já provamos com o Saúde da Família: nós reduzimos a mortalidade infantil no nosso País até 2018, foi uma queda espetacular comemorada por todo mundo a redução que tivemos na mortalidade infantil. Nós precisamos continuar assim. E foi noticiado pelo próprio Ministério da Saúde que era resultado da atenção primária, que era resultado do Saúde da Família.

Então, era isso, Senador, que eu queria colocar.

Agradeço muito a oportunidade de estar aqui. Ficamos à disposição para continuar no debate, trazer mais informações, participar da pesquisa, se o senhor quiser o apoio da Confederação Nacional de Municípios, para a gente consultar os nossos Municípios, nós estamos à sua disposição.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Meus cumprimentos, Dr. Denílson Magalhães, Supervisor do Núcleo Social da Confederação Nacional de Municípios (CNM).

Eu estou achando tão interessante que confesso a vocês, embora os Senadores acompanhem dos gabinetes, as equipes estão acompanhando, nós falamos sempre para 2 milhões de pessoas, numa reunião como esta, que eu vou entrar com o debate de uma Comissão Geral no Plenário do Senado, para que o Plenário do Senado destine um dia para debater este tema. Com toda a complexidade que todos expuseram aqui, acho que o próprio representante do Governo também tem interesse, porque alguma saída temos que encontrar. Os dados que vocês estão colocando e a pergunta que eu fiz, eu sei que é difícil de mapear ou calcular aqui, mas, com certeza, centenas e centenas de pessoas estão morrendo todo dia por falta de atendimento. E a responsabilidade é nossa, nossa, que eu digo, de todos nós que representamos o Estado brasileiro. Estou puxando a responsabilidade também para o Congresso Nacional, não é só o Executivo.

Passo agora para o Dr. Antonio Gonçalves Filho, Presidente do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes-SN).

O SR. ANTONIO GONÇALVES FILHO (Para exposição de convidado.) - Muito obrigado, Senador.

Em nome do Senador, eu cumprimento a Mesa e toda a Plenária aqui. Agradeço o convite.

Vou tentar contribuir com este debate, porque com falas que me antecederam estou muito de acordo com todas as colocações, especialmente o que o Dr. Heleno aqui apresentou, mas queria revisitar algumas experiências que tivemos, porque eu sou médico há 25 anos, médico urologista, e professor há 21 anos. Então, eu trabalho na docência e também

na assistência e tenho convivido, ao longo da minha vida profissional, com muitas das dificuldades e dos gargalos aqui apresentados.

Eu entendo que alguns pressupostos têm que ser reforçados. Nós temos um sistema que é universal, público, gratuito, jovem ainda, mas que, sem dúvida, tem dado uma contribuição ao longo do tempo extremamente relevante. Então, eu quero iniciar a minha fala defendendo o Sistema Único de Saúde. O Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que consegue avançar na construção das políticas públicas, também tem sido atacado e desconstruído em determinados períodos da sua existência. Do ponto de vista teórico de elaboração, a gente tem um sistema que é muito interessante na forma como ele foi estruturado. Então, a gente conseguiu aprofundar... E a dificuldade que se tem é exatamente executar na prática aquilo que foi pensado como um sistema universal.

Algo que tem que ser dito é que o nosso sistema de saúde, o SUS, passa por um subfinanciamento crônico. E estamos retrocedendo, porque estamos diante de uma crise econômica, mas também com a perspectiva, inclusive, de desvinculação total do Orçamento. Isso é muito grave, porque é um retrocesso. Nós estamos submetidos à Emenda Constitucional 95, que impôs um teto exatamente para essas políticas públicas, e já estivemos discutindo aqui, nesta Comissão, em outra oportunidade, a transferência do fundo público para a iniciativa privada, principalmente através do sistema da dívida. Então, esse entendimento de que há uma necessidade, sim, de ampliar o financiamento do sistema é um fato, e quem concorre com esse fundo público é exatamente a iniciativa privada, porque a Constituição avançou muito, mas deixou algumas janelas, principalmente no sistema suplementar. Então, hoje, há uma transferência muito grande dos recursos do SUS para a iniciativa privada, inclusive.

Diante da crise econômica, obviamente, há um agravamento da situação social e uma sobrecarga do sistema, e também já é crônica essa sobrecarga. Muitas famílias não têm hoje condições de pagar um plano de saúde. A maioria dos ditos planos de saúde - eles têm até que ser reconceituados, porque, na verdade, eles tratam de doenças, pouquíssimos fazem alguma ação de prevenção e de promoção de saúde - está basicamente impossível de ser paga, a maioria é empresarial, que não tem regulamentação e pode ser reajustado livremente. Poucas empresas hoje comercializam - é terrível isso, mas um direito como a saúde virou mercantil mesmo - planos individuais, que têm uma regulamentação. E a gente tem esse grande problema no sistema.

É fato que, apesar do avanço que tivemos na estruturação, a execução falha. E a falta de profissionais de saúde, principalmente médicos, tem um impacto muito grande no funcionamento desse sistema, mas, para além da falta ou não - e o Conselho Federal já traz dados que mostram claramente que há uma má distribuição e não uma falta de profissionais médicos e médicas no Brasil -, me preocupa muito como docente a formação desses profissionais. Não basta eles estarem no Município fazendo parte de um programa e não compreenderem o sistema, não estarem preparados para lidar com a realidade concreta da nossa sociedade. Então, o processo de formação é fundamental dentro do sistema de saúde. Nós tivemos algumas experiências interessantes no último período. Aqui eu queria resgatar, por exemplo, a criação da SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde). Isso foi um avanço, porque a partir dessa secretaria várias políticas foram pensadas. Eu participei da construção dessas políticas e da sua implementação na minha universidade, que é a Universidade Federal do Maranhão.

Por exemplo, existia antes um programa chamado Promed, e depois veio o Pró-Saúde. Eu coordenei o Pró-Saúde na minha instituição. O Pró-Saúde foi fruto de um processo que inclusive o nosso conselho, o Conselho Federal de Medicina, lá na década de 90, através no Cinaem, que foi a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico, ao longo de toda uma década construiu diversas diretrizes, que resultaram no Livro Azul da Cinaem e que, em 2001, ajudaram na formação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos médicos. Isso foi um avanço. Tivemos o Promed e aí houve uma ampliação, a partir da SGTES, com a criação do Pró-Saúde, que propunha três coisas, basicamente, três grandes eixos, que eram: mudar o conteúdo a partir da constatação de que, até aquele momento, as escolas médicas no Brasil não faziam uma formação para o SUS, e sim para a iniciativa privada; uma diversificação dos cenários de prática era um outro eixo importante, porque a formação era muito hospitalocêntrica, voltada para a doença, e não para a prevenção e promoção de saúde; e também a metodologia, nesse processo de formação, é fundamental, porque não adianta a gente fazer uma formação acrítica. Isso não vai resultar na sobrevida do sistema. O sistema tem que ser o tempo todo criticado para que a gente possa, a partir desse olhar crítico, fazer pesquisas que venham resultar na sua melhoria, no seu aprimoramento. Isso tem uma relação direta com quem está formando o profissional. Aí eu me refiro especificamente ao profissional médico, mas certamente abrange os outros profissionais da saúde, que são as instituições privadas. Mas essas instituições privadas, em sua grande maioria, não são universidades, não fazem pesquisa, não fazem extensão. São as instituições públicas que fazem isso. Então, eu quero trazer para as universidades públicas essa responsabilidade, porque o nosso sindicato defende exatamente a saúde e a educação como direitos, e a gente entende que as instituições públicas são capazes de dar formação com ensino, pesquisa e extensão, que é do que o sistema necessita.

A gente conseguiu avançar, de certa maneira. Eu falo do meu Estado, o Maranhão, que, segundo o Conselho Federal de Medicina, é o Estado que tem a menor proporção de médicos por habitantes. São 0,7 médicos para cada mil habitantes. Isso é um dado extremamente relevante e que não se resolve da noite para o dia. Não há uma solução mágica, duradoura, que é o que a gente quer, da noite para o dia. Então, com o Pró-Saúde, a gente conseguiu, na universidade federal - em certa medida, e com muita dificuldade, porque esse processo é contínuo -, ampliar os nossos cenários de prática, conseguiu trabalhar com problematização como metodologia. Fizemos outro currículo, na verdade. Apesar de haver as diretrizes nacionais, as universidades, dentro da sua autonomia, têm a liberdade de construir os seus currículos a partir do seu local de formação.

Bom, isso certamente foi um avanço para o processo de formação, mas eu quero pegar um caso exemplar do Maranhão, em que tínhamos apenas a Universidade Federal do Maranhão formando médicos durante muitos anos.

(Soa a campainha.)

O SR. ANTONIO GONÇALVES FILHO - Depois, surgiu a Universidade Estadual, com poucas vagas, e, a partir dos últimos dez anos, surgiram outros cursos, outras universidades privadas formando médicos no Maranhão com a compreensão de que o Estado precisava formar mais médicos, pela sua desproporção bastante desfavorável em relação à população, de um modo geral.

O que a gente observa? A minha universidade, por exemplo, aderiu 100% ao Sisu, que é o sistema de seleção. Então, eu tenho turmas inteiras que são de estudantes de outros Estados, e aí vai acontecer o que foi falado lá de Itaquera: eles estão indo ao Maranhão estudar, mas vão voltar para os seus Estados. Então, tem que haver uma ação combinada entre onde eles estão sendo formados com uma política pública de fixação desse profissional, que não dá para ser feita apenas com os Municípios, isso tem que ser uma ação tripartite: União, Estado e Município. É insuficiente sobrecarregar apenas os Municípios, achando que isso vai dar conta. E é uma preocupação que nós temos, porque entendemos, por exemplo, que existir uma universidade em Pinheiro, no interior do Maranhão - a gente tem uma parte do Maranhão que é a Baixada Maranhense -, é estratégico, porque ali vai abranger toda uma área que tem doenças endêmicas ainda, como a esquistossomose, em a cobertura vacinal, que, aliás, está recuando de forma acelerada, é baixa. Existir uma faculdade ali é importante, mas a gente tem que ter mecanismos para que as pessoas fiquem naquela região, porque elas estão sendo formadas dentro de um cenário que vai lhes possibilitar certamente ter uma atuação muito mais eficiente como profissionais de saúde.

E quero também apontar, para além da questão da formação, a questão da gestão. Algumas intervenções aqui foram feitas no sentido de que a gestão tem que ser revista, tem que melhorar a formação dos gestores no SUS. Sem dúvida. Vários Municípios têm escolas que formam gestores - isso é um ponto importante -, mas temos experienciado também, já há mais de 20 anos, diversas formas de gestão. E aqui eu quero citar, por exemplo, as organizações sociais. Muitas organizações sociais estão gerindo unidades de saúde - e já há pesquisa mostrando sobre isto - e não há uma maior eficiência na gestão, inclusive com várias denúncias de corrupção, de malversação de dinheiro público a partir destas organizações sociais: OSs, Oscips.

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN) - O senhor está falando daquela empresa Ebserh?

O SR. ANTONIO GONÇALVES FILHO - Vou chegar já a ela, na Ebserh. A Ebserh, na verdade, foi criada para os hospitais universitários. Eu estou me referindo ainda às organizações sociais no meu Estado.

No meu Estado, no Governo Roseana Sarney, as unidades de saúde foram entregues para organizações sociais, o atual Governo mantém a mesma lógica. Inclusive há denúncias aí, várias pessoas já foram presas, porque recebem o dinheiro do Estado para prestar um determinado serviço e aí fazem, na verdade, para geração de lucro. Esse é um fato grave, que está sendo objeto de inquérito, já de processos na Justiça e tudo mais.

Então, esses novos modelos de gestão, diante do subfinanciamento crônico, também não dão conta.

Então, o Estado tem que trazer para si essa responsabilidade da gestão, até porque, diante desses casos de corrupção que a gente tem visto, a gente tem que rever, em muitos desses casos, o papel das fundações ditas de apoio, das organizações sociais, das Oscips.

No que tange aos hospitais universitários, que são hospitais importantes para a formação de profissionais, eles foram entregues agora para essas empresas, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, o que rompe com toda a lógica do regime jurídico único. Eu estou vivenciando no meu local de trabalho um distanciamento da universidade do hospital universitário. A gente não quer formar só dentro do hospital universitário, mas o hospital universitário é fundamental para

a formação dos profissionais de saúde, e hoje, com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, há um distanciamento. A gente virou mais um cenário de prática. A universidade não se insere mais dentro da lógica da formação, da pesquisa, dentro do hospital universitário.

Então, diante disso, eu penso que há algumas experiências que já foram feitas que precisam...

(Soa a campainha.)

O SR. ANTONIO GONÇALVES FILHO - ... ser ressuscitadas, porque foram experiências que foram interrompidas, e há políticas que também foram criadas no último período que precisam ser potencializadas, como a Pnaish (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem), por exemplo. Foi uma política tardia, mas que, sem dúvida, pode contribuir e muito com a modificação do perfil epidemiológico no que tange a causas de mortalidade externa, que é algo muito grave, a violência, acidentes de trânsito e tudo o mais, mas, para isso, a gente tem que ter profissionais bem formados, a gente tem que ter um sistema bastante estruturado e com financiamento público, que esse é o nosso desejo como sindicato nacional que representa docentes de instituições de ensino superior.

É isso. Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Muito bem! Muito bem! Antonio Gonçalves Filho, Presidente do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes-SN). Deixou também uma série de contribuições...

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN) - Senador Paulo Paim...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - ... assim como os outros.

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN) - É porque eu tenho que ir para outras Comissões.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Mas aqui o Senador fala no momento que ele entender mais adequado. A palavra é sua.

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN) - Tenho que pedir permissão ao senhor.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Não, mas é praxe. A palavra já é sua.

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN) - É um assunto que muito me interessa. Eu queria que isso fosse outro dia, um dia em que a gente tivesse... Uma segunda-feira.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Nós vamos chamar de novo, com certeza.

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN) - Porque hoje entender esse problema dos médicos, essa carência, essa escassez de médicos... Eu, ouvindo o Sr. Antonio Gonçalves Filho falar, por 20 anos lecionando, professor da área de Medicina, não consigo entender como é que um curso de Medicina consegue... Desde quando eu me entendo por gente, no meu Estado, na UFRN só tem cem vagas.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Rio Grande do Norte.

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN) - Só tem cem vagas. A população cresceu de forma extraordinária e continua com cem vagas. Por que essa dificuldade de aumentar, como foi com o Direito? No Direito, há advogado batendo cabeça; em Odontologia se bate cabeça. Qual é a dificuldade de se aumentar essa disponibilidade de vagas para Medicina? Porque não sei se lá, no Maranhão, hoje o problema de médicos pode ser da quantidade, da formação.

E hoje eu percebo também, como o senhor mesmo disse, o método hoje é uma coisa do MEC. Na escolha pelo curso de Medicina. Eu sou de São Paulo, faço Sisu, o Enem, tenho nota e ocupo todas as notas de medicina nas faculdades. Depois retorno para o meu Estado, deixo lá a vaga aberta. Eu acho que está havendo uma falha aí, porque ninguém quer ir para o Amazonas, ninguém quer ir para o Maranhão se for para trabalhar. Quer estudar, ter o curso e voltar. Eu não sei se é isso o que está acontecendo.

Primeiro, a minha pergunta, Paulo Paim, é o porquê da resistência, de se manter o curso de Medicina tão protegido, se é tão imprescindível como a gente está discutindo aqui. Isso aconteceu, essa expansão aconteceu com outros, com outras

profissões. Por que com a Medicina não? É para supervalorizar o profissional? Para torná-lo sempre glamourizado? Para que ele cobre mais caro por tudo isso?

Eu não sei o que é. É uma pergunta, se as vagas hoje correspondem à quantidade de população. Exemplo, uma relação básica: precisa-se de um policial para 20 mil habitantes. Precisa-se de um médico para quantos mil habitantes no País para cada Estado? E a população só cresce e a quantidade, não. E ainda há esse defeito de ainda haver as pessoas ocupando vagas e essa resistência da interiorização. Aí, os Municípios que o digam! Aí, todas as pessoas, aí que vem a política da ambulância, a política da ambulância para o Município, para o Município levar para a capital. Sobrecarrega a capital.

Fica nessa e ninguém melhora. Há tanto tempo, Paulo Paim? Eu estou há quatro meses aqui, vão fazer 40 anos na minha vida que eu vejo a mesma coisa e não se modifica nada. Eu dei só um exemplo. Continua da mesma forma. O Hospital Onofre continua no mesmo lugar, que é o HUOL, lá, no meu Estado, com a mesma quantidade de vagas, a universidade continua com as mesmas vagas e há uma resistência, ainda ia para o MEC, de abrir novos cursos de Medicina, ainda, para atender a população.

Então, era essa a pergunta só, porque, infelizmente, eu não vou, queria poder ouvir essa, se é que o senhor me permite ouvir a resposta, porque, se não, eu tenho que...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Com certeza, porque já vai falar agora.

Vai falar agora o Dr. Otávio Pereira D'Ávila, Diretor da Saúde da Família do Ministério da Saúde. Ele, mais do que ninguém, já pode, na sua exposição, responder.

Momento adequado. V. Exa. como sempre acerta.

O SR. STYVENSON VALENTIM (Bloco Parlamentar PSDB/PODE/PSL/PODEMOS - RN. *Fora do microfone*.) - Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Por favor, Doutor.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA (Para exposição de convidado.) - Bom dia a todos.

Bom dia, Senador Paulo Paim, Senador Flávio, aos demais Senadores e Deputados presentes, aos telespectadores e aos colegas aqui, de Mesa.

É um prazer poder ocupar esse espaço democrático de debate.

Eu vou trazer algumas coisas, alguns números também e algumas situações que nós encontramos no Ministério, em especial na Secretaria de Atenção Primária, da qual eu faço parte, para tentar fomentar o debate e qualificar as nossas discussões aqui. E vou começar, já que o Senador Flávio, V. Exa....

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Senador Styvenson.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - Senador Styvenson, desculpe-me. V. Exa. tem compromisso agora.

Nós tivemos um acréscimo nos últimos anos de vagas de cursos de Medicina, inclusive, o Prof. Heleno fez essa fala, trazendo que esse acréscimo foi muito significativo nas escolas privadas de Medicina e com o aporte de recursos públicos através do Fies. E a verdade é que hoje nós observamos que, em alguns lugares em que nós temos vazios assistenciais, nós tivemos o desenvolvimento de escolas de Medicina. Isso, por um lado, parece bom, por outro é ruim, porque veja que, se nós não temos médicos para atender às pessoas, o que dirá de médicos para ensinar outros médicos. É um desafio muito grande para esses locais nós termos ensino de qualidade. Não há hospitais para que você possa fazer o ensino hospitalar. Não há hospitais na rede. Então, não há o suporte de rede de atenção à saúde suficiente para dar conta dessas faculdades. Então, esse é um debate que a gente precisa fazer. Acho que o Ministério da Educação precisa estar presente para que a gente possa debater essa questão de vagas de Medicina no Brasil. Se eu não estou enganado, Senador Styvenson, nós vamos, nos próximos anos, a curto prazo, talvez em quatro, cinco anos, formar em torno de 35 mil médicos, no Brasil, por ano. Então, o seu questionamento sobre se esse número é suficiente ou não, eu não sei informar. Quanto ao acréscimo, eu acho que foi de 30%. E se eu não me engano, quando começou essa expansão, houve um acréscimo talvez um pouco menor que isso - mas eu não tenho certeza deste número - de quase 30%. Talvez o Ministério da Educação possa trazer com mais certeza isso para nós. Acho que, mesmo que a gente melhore isso, regule as vagas, a gente vai seguir com um problema de fixação, no meu entendimento, de profissionais no interior.

Senador Paulo Paim, eu, que sou conterrâneo seu, do Rio Grande do Sul, fico deparando com a seguinte situação e fiquei me perguntando: "Como é que Porto Alegre tem 140 médicos do Programa Mais Médicos, e o Município de Pedras Altas, lá na fronteira com o Uruguai, um Município rural, remoto, não tem médicos do Programa Mais Médicos? Como é que o

Município de Pauini, no interior do Amazonas, não consegue fixar o seu médico, mesmo depois de cinco, seis anos já do nosso Programa Mais Médicos? Esse é um debate que a gente precisa começar a fazer.

Hoje, o Programa Mais Médicos tem 14 mil médicos no País, cobrindo 3.920 Municípios brasileiros. Essa é que é a nossa realidade. A gente não tem aberto vagas nos dois últimos editais para os perfis 1, 2 e 3, como o Dr. Denílson trouxe para nós na apresentação dele. No entanto, esse número está mais ou menos dentro do quantitativo que nós tínhamos já no ano passado e talvez numa média muito parecida com os últimos anos, tirando o ano de 2014, que foi o ápice do Programa Mais Médicos, quando nós tivemos quase 18 mil médicos. Atualmente, nós estamos com o edital aberto para o Programa Mais Médicos, com 2,1 mil novas vagas e com 8.571 médicos inscritos para essas 2,1 mil novas vagas, cobrindo 1.115 Municípios. Esse edital está em curso e isso deve ser suficiente, Dr. Denílson, para a gente cobrir um bom pedaço dos 1.141 médicos que o senhor apontou que estão faltando naqueles Municípios.

Mas, veja bem, há algumas distorções. O Prof. Heleno apontava isso. A gente tem algumas distorções no programa atual e que precisam ser debatidas, corrigidas, aperfeiçoadas para um futuro programa. E 60% das vagas do Programa Mais Médicos estão em grandes cidades - e isso é um problema para nós -, em cidades como São Paulo, que tem o maior PIB da América Latina. São Paulo vai ter dificuldades para fixar profissionais em algumas regiões? É claro que vai. A gente tem dificuldades de fixar profissionais em regiões de extrema vulnerabilidade social. E é justamente nessas regiões onde a gente precisa talvez mais de fixá-los. Esse é um debate que a gente precisa fazer, não pode se furtar de fazer.

A gente teve bons exemplos de fixação de profissionais, por exemplo, em alguns períodos, no Município do Rio de Janeiro, que conseguiu fomentar, juntando o Programa Mais Médicos e residências municipais, a fixação de profissionais nas suas regiões de favela, como na Rocinha e em outros lugares, sendo *case*, estudos, referência para vários lugares do mundo. Então nós temos bons exemplos aqui no Brasil de fixação de profissionais nas grandes cidades, e é uma equação que não envolve só a dependência de um programa Mais Médicos, não é? Envolve um conjunto de ações que devem ser debatidas e desenvolvidas aqui.

Com relação ao programa ainda, é importante dizer que a Secretaria de Atenção Primária passa a existir no organograma do Ministério da Saúde no dia 31 de maio. Então nós temos aí 11 dias de existência, o que reforça a importância que o Ministro Mandetta dá para a atenção primária, para essa questão de prover profissionais, para a questão de qualificar a atenção primária.

De novo vou citar o Prof. Heleno, que reforça que a atenção primária não é só médico. E nós reconhecemos isso, embora sem médico nós não façamos atenção primária, não é? Assim como sem enfermeiro, a gente também não faz, só para citar exemplos.

E nós recebemos então... O Programa Mais Médicos, para deixar bem claro, passa então a compor a responsabilidade da Secretaria de Atenção Primária, assim como pensar, desenvolver e apresentar para as Casas do povo, no Congresso Nacional, Câmara e Senado, uma proposta de modernização desse programa, que o Ministro Mandetta tem dito publicamente que deve apresentar ainda dentro deste mês, para qualificação, aprimoramento, debate com a população.

E aí eu cito isso porque a gente tem hoje 42 mil equipes de saúde da família, sendo que mil estão incompletas. A gente está reconhecendo isso, mas reconhece também que não são só incompletas de médicos; há outras deficiências aí.

E quando a gente olha a expansão do programa Mais Médicos ao longo dos anos e a expansão de cobertura de saúde da família, ela não acompanha tal e qual. Isso significa dizer que alguns médicos saíram dos seus vínculos municipais e passaram a compor o vínculo do Governo Federal, não é? Claro que há um aumento de cobertura, mas não na proporção. Nós temos hoje 30%, mais de 30% das nossas equipes de saúde da família com profissional do Mais Médicos.

Bom, o que é que a gente percebe com isso? Que o programa Mais Médicos foi um programa também de financiamento da atenção primária. Você está dando médico, você está dando recurso para o secretário, para ele fazer a atenção primária. E talvez esse seja um problema crônico no País.

Pegando o gancho dos colegas aqui de debate, que falaram sobre investimentos em atenção primária, quanto nós investimos em atenção primária no Brasil, o Governo Federal, Governo estadual e Governo municipal? Os estudos, a ciência, a evidência aponta que a atenção primária hoje é extremamente resolutiva, é mais eficiente. A gente tem talvez 30% dos nossos serviços ineficientes em atenção primária, o completo oposto da atenção hospitalar. Mas quanto nós investimos dos nossos orçamentos em atenção primária?

(Soa a campainha.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS. *Fora do microfone*.) - Tranquilo, tem mais dez.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - Ah, está bom.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS. *Fora do microfone*.) - Como o Governo fala por último, eu dou um pouco mais de tempo.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - O senhor, por favor, sinta-se à vontade se eu me estender demais.

Então, nós precisamos acrescer recursos, e essa é uma responsabilidade que o Ministro Mandetta tem assumido, e a Secretaria de Atenção Primária, de aumentar o cofinanciamento na União. Os custos, o Dr. Denílson deve saber muito bem disso, o que a gente passa de financiamento da atenção primária para os Municípios deve estar cobrindo 25% dos custos reais da equipe. Nós precisamos trabalhar isso.

Então, como que a gente vai falar isso? Porque é um tema complexo, mas eu vou tentar ser rápido e abrangente.

A primeira situação é que a gente, ao reconhecer isso e saber que as grandes cidades têm o profissional médico, que elas formam médicos, que elas têm vagas de residência em medicina de família e comunidade... Aliás, o Brasil, se comparado com outros sistemas de atenção primária fortes no mundo, tem o pior indicador de formação de médicos de família e comunidade. Talvez isso tenha de entrar em debate também. Nós formamos muito poucos médicos voltados ou especialistas em atenção primária. E, para fomentar essa carreira, nós precisamos discutir isso.

O que nós fizemos para os Municípios de maior porte? Nós implementamos o Programa Saúde na Hora. O Programa Saúde na Hora dobra o financiamento das equipes de saúde da família, das Unidades de Saúde da Família nos Municípios que aderirem ao programa. Nós lançamos o programa há 20 dias e já temos mais de 300 Unidades de Saúde da Família inscritas, com mais de mil equipes de saúde da família. Isso aí atinge, mais ou menos, uns 3,5 milhões de pessoas, que vão ter acesso ao serviço de saúde em horário diferente do horário do banco, do horário comercial, seja à noite, seja ao meio dia, seja aos finais de semana.

Então, para este ano, nós estamos investindo já recursos no valor de aproximadamente R$150 milhões nesse programa, que tem previsão de crescimento e incorporação ao longo dos anos, com projeção orçamentária para os próximos anos. E ele é eminentemente para Municípios maiores, porque você tem de agregar profissionais numa mesma unidade de saúde, além de permitir também economia em escala, troca de informações... A gente tem problemas, hoje, de insegurança com diagnóstico clínico, com a conduta terapêutica, contudo, quando você tem mais equipes numa mesma unidade, você oportuniza a troca de experiências e de conhecimentos de uma forma mais dinâmica. E isso não sou eu que estou dizendo; é o mundo inteiro que mostra isso.

Então, nos primeiros meses, nós conseguimos apresentar para os Municípios de maior porte essa solução, que não pode ser a única, porque ela não vai resolver todos os problemas, embora esse programa não seja exclusivo para Municípios de maior porte. A gente tem Municípios de cinco, seis mil habitantes, de até de 10 mil habitantes já aderindo ao programa também. Mas ele é mais indicado para isso.

Seguimos na dificuldade de prover profissionais. Nós estamos percebendo, então... O que o mundo inteiro discute sobre isso? O Brasil tem dificuldade de prover médicos em algumas regiões, mas os países do norte da Europa também têm, assim como o Canadá e a Austrália também têm, claro que em proporções diferentes.

E quais são os problemas? É só recurso financeiro? Não. E, agora, volto a citar o Dr. Denílson, que lembrava aqui um caso que se passou no seu Estado, onde um profissional não quis ir para a cidade porque lá não havia *shopping center* e cinema. Essa é uma demanda dos profissionais da medicina, bem como escolas de boa qualidade para os seus filhos. A gente tem ainda a insegurança clínica. Muitas vezes, no interior, você vira uma referência sanitária, você é uma autoridade sanitária da cidade. E isso, principalmente para os nossos colegas recém-formados, traz uma certa insegurança clínica. Nós precisamos pensar nisso ao tentar prover e fixar o profissional também.

A gente tem, mais uma vez, a desvalorização da prática da Medicina de família e comunidade no País. A gente tem uma formação que não é voltada para a atenção primária. A gente dá o médico e não dá estrutura e condições para ele trabalhar. Então, há uma série de ações que precisam ser pensadas e apresentadas para a sociedade e para debate também, para dar conta disso. Não adianta só oferecer a vaga e uma bolsa de estudos, que é um vínculo precário, como já apontado pelo Sr. Heleno, para esses profissionais. Nós não podemos tratar o médico como mercadoria nessa ótica de que médico é produto. Não, ele é um profissional que precisa ser inserido e valorizado, assim como os demais, numa prática de atenção primária. E reconhecer que nós temos problemas de fixação de profissional muito sérios no interior do Brasil.

O que o Ministro Mandetta chama de Brasil profundo são os Municípios rurais remotos, distantes de grandes centros porque, se for um Município rural próximo de um centro organizado, é mais fácil você conseguir fixar um profissional, mas, se ele é muito distante, 15 dias de barco, como é o Município de Pauini, no interior do Amazonas, é muito difícil você conseguir fixar esse profissional. Então, a gente tem que pensar alternativas para isso, pensar como monitorar, como agregar qualidade ao salário do profissional, como atrair esse profissional nesse lugar do Brasil rural que é mais remoto.

Além disso, para os grandes Municípios, nós temos que reconhecer que, bom, para o Plano Piloto do Distrito Federal, Brasília, nós não precisamos colocar médicos do Programa Mais Médicos como tínhamos um tempo atrás. Agora, talvez, em regiões de extrema vulnerabilidade social, a gente possa fazer. E como a gente vai fazer isso - eu me questiono - se hoje nós não temos esses indicadores perfeitamente detalhados? Nós temos hoje um prontuário eletrônico do cidadão; ao fazer uma higienização do cadastro de dados, nós temos aí em torno de 50 milhões de pessoas usando a atenção primária no Brasil. Isso é muito pouco, apesar de a cobertura potencial ser de 150 milhões de pessoas.

Então, nós precisamos, sim, respondendo à pergunta de alguns expectadores, Senador, investir na informatização para qualificar. Nós precisamos saber quem são as pessoas que usam os nossos serviços e voltar ações específicas para elas e isso vale pensar, vale dizer, vale também para o novo Programa Mais Médicos, para o novo programa, para a remodelação do programa, queiram chamar como queiram. Parte disso, porque senão nós não sabemos onde está. Tudo é achismo. Eu preciso saber quanto aquela pessoa ganha, quais são os indicadores de saúde daquela pessoa, preciso do CPF dela para reconhecê-la e para prover profissionais nessas regiões, por exemplo, de grandes cidades. Certo?

Bom, além disso, eu gostaria de falar um pouquinho e responder também um pouquinho de outras perguntas que foram feitas.

Nós temos o reconhecimento de que temos problemas de gestão, sim, no País. Hoje, nós temos R$5 bilhões parados nos fundos municipais de saúde, da área da saúde, Senador, e não é só um problema de gestão local, é um problema da nossa burocracia. Quem é gestor sabe que as amarras da burocracia brasileira nos impedem de utilizar o dinheiro. Desses R$5 bilhões, nós temos aí quase R$800 milhões que são de atenção primária parados, vão ser devolvidos. Nós temos feito um esforço para tentar mobilizar os secretários para que consigamos vencer as amarras da burocracia brasileira.

Então, isso é um problema de gestão. Nós estamos investindo num curso de gerentes e no financiamento de gerentes de atenção primária à saúde, reconhecendo que há complexidade em gerenciar esse serviço e reconhecendo também que há profissionais cuja prática clínica não é valorizada como deveria e poderia aumentar a resolutividade. Eu estou falando aqui de enfermeiros e de outros profissionais que também compõem a unidade de saúde da família e que hoje estão fazendo atividades administrativas. Então, vejam que o problema é muito mais complexo do que apontar onde falta médico. Nós precisamos trabalhar com a qualidade da atenção primária.

E também vale dizer que nós precisamos rever e repensar a forma que a gente financia a atenção primária para induzir ou, primeiro, dar um pouco mais de liberdade para os gestores municipais, porque hoje nós os amarramos, tanto que eles não conseguem nem fazer uso do recurso repassado, e também para apontar caminhos para, por exemplo, controle de indicadores, que todos nós aqui concordamos que são essenciais. A proteção primária é como... A internação por condições sensíveis de atenção primária hoje, Senador Paulo Paim... Talvez a gente não consiga responder com precisão quantas pessoas são internadas por causas que poderiam ser resolvidas na atenção primária, que é o seu questionamento, mas, em breve, saberemos, posso apostar para o senhor. Mas nós precisamos monitorar isso, investir nesses nossos sistemas de monitoração, para que eles sejam adequados a responder essas perguntas. Nós precisamos...

(Soa a campainha.)

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - Já vou encerrando.

Nós precisamos então nos comprometer a dar, além disso, segurança para os nossos profissionais tomarem decisão segura em saúde.

Alguns dos nossos colegas falaram dos encaminhamentos aos especialistas. Os nossos profissionais de saúde, muitas vezes, encaminham para especialistas demandas que poderiam ser resolvidas na atenção primária, solicitam exames desnecessários. Isso não é falta de ética, mau-caratismo ou despreparo completo. É insegurança.

No Rio Grande do Sul, Senador, nós temos uma experiência com telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que fez um trabalho, que já tem alguns anos lá - talvez uns oito, nove anos -, de regulação e qualificação das filas de espera dos pacientes encaminhados do interior para a capital. É feita a avaliação de encaminhamento, e havia uma discussão do caso clínico daqueles encaminhamentos que eram negados com o médico da atenção primária. E aquele médico parava de encaminhar aquele caso, porque ele aprendia sobre o assunto. Então, são práticas como essa que têm sido observadas neste momento, para que sejam tomadas em Território nacional.

Além disso, nós temos aí, para encerrar, brevemente... É muita coisa para falar em pouco tempo, mas, para que a gente possa também ter um espaço de debate...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Eu ia dizer isso, porque há mais uma rodada aqui.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - ... a gente está imbuído de aumentar o número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, a gente tem já pensado diversas ações e disputado diversas mesas de debates internas e externas para conseguir estudar o Orçamento e nos comprometer com essa pauta. Nós temos, sim, esse objetivo.

Estamos também, Dr. Denílson, apresentando, desde o ano passado... A gente tem uns pedidos de equipes de Saúde da Família represados e nós vamos investir mais 250 milhões para recuperar essa perda de equipes de Saúde da Família que tivemos no último ano, entre outras ações que devem ser anunciadas pelo Ministro Mandetta em poucos dias, para que a gente possa mostrar, efetivamente, que estamos abraçando a atenção primária do Brasil.

Isso tem sido possível com muito trabalho de governança e gestão interna, onde alguns recursos que eram investidos em práticas que não geravam serviços para a população estão sendo substituídos, para que o uso do recurso do Ministério da Saúde seja investido em assistência, prevenção e promoção da saúde da população brasileira, em especial na atenção primária, que é o modelo que a gente acredita para o País.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Esse foi o Dr. Otávio Pereira D'Ávila, Diretor de Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Neste momento, nós vamos dar a oportunidade a todos os painelistas, para que eles façam suas considerações finais ou algum questionamento ou pergunta que queiram fazer também para o Dr. Otávio, já que aqui ele representa o Ministério da Saúde.

Eu já deixo... Mas não precisa responder agora. Quem fez a pergunta foi o Denílson.

O Denílson pergunta se não dá para agilizar essa situação dos 2 mil médicos do sistema anterior - seriam os cubanos, não, que você falou? -, que estariam já, digamos, na região, dispostos a trabalhar. Se não daria...

Se eu não me engano, eu ouvi uma fala do Presidente dizendo que quem quisesse ficar que ficasse. Eu me enganei, não?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Falou isso, não é?

Então, se quiser responder depois ou agora... Tanto faz.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - Posso começar...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Ele responde para mim, então. Depois vai para vocês.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - Eu acompanhei essa fala só pela imprensa. Então... Mas o Ministro Mandetta tem estudado junto conosco muito a questão...

É um tema muito caro para todos nós, brasileiros. É muito sério. A gente precisa trabalhar com isso, a fixação de profissionais e a situação desses 2 mil médicos cubanos. Mas é um tema que precisa do envolvimento das Casas, Senador. Hoje, eu não sei nem em que condição legal eles estão no País, se de asilo político, se de exílio... Nós precisamos tratar desse assunto também, para que possamos debater com a comunidade de que forma a gente pode reintegrá-los à sociedade.

Acredito, sim, que isso possa ser um papel que o Ministério da Saúde venha a disparar junto às Casas e acredito, sim, que isso seja a curto prazo. Está bom? Mas eu acho que a gente precisa...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Está bem.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - ... pensar nessas outras situações também.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Quero, de pronto, dizer que, no que depender de nós, da Comissão de Direitos Humanos, somos parceiros para que seja atendida a postulação do Denílson.

Vamos...

Pode ser com você mesmo.

Passo, de imediato, ao Dr. Donizetti, que fala pelo Conselho Federal de Medicina.

Eu vou dar cinco minutos para cada um, mas, se entenderem que precisam de um tempo maior... E poderão expressar sua opinião sobre esta audiência, e de alguns encaminhamentos que faremos, e também, ao mesmo tempo, alguma pergunta para o Dr. Otávio.

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Eu acho, Senador Paim, que o tema é muito pertinente e é atual há 30 anos. Desde 88 que nós temos uma Constituição cidadã, mas que não conseguiu ainda, por questões de dificuldade dos planos do Governo, entregar tudo que prometeu. Então, o que nós defendemos como qualquer modelo de saúde universal é o acesso universal, a equidade.

A integralidade é algo que consta na nossa Constituição e que nos outros países tem uma relatividade, porque essa amplitude faz gerar um outro aspecto que é um grande problema, que é a judicialização, e a judicialização representaria a defesa do direito individual, que é justo. Mas ela, com certeza, distorce o direito coletivo. Então, na medida em que nós temos uma legislação que eu elogio e defendo ampla, nós teríamos que ter um financiamento compatível, toda uma estrutura compatível.

Bem, nos modelos universais de saúde o que tem que se defender é um forte investimento na atenção primária resolutiva. Isso não foi feito ao longo dos 30 anos. E, para resolver isso, nós deveríamos ter investido numa equipe multiprofissional, com uma carreira pública, não dependente dos Prefeitos de plantão, uma carreira estritamente técnica e que conseguisse resolver de 80% a 90% das situações.

Não há certeza disso, mas os estudos mostram que a nossa atenção primária talvez não chegue a 50%. Ao não ter uma atenção primária efetiva e ter dificuldades de acesso, é fundamental uma rede integrada, na medida em que nós temos regiões geográficas e populacionais de 500 mil pessoas, 1 milhão de pessoas, de forma que consigamos fazer um sistema hierarquizado e organizado. Então, sem isso hoje, o que que nós vemos? O nosso princípio da descentralização se transformou em municipalização. Isso fragmentou; isso faz com que não haja uma visão técnica, mas, sim, infelizmente, política de cada Município. Então, com isso, houve um atraso no nosso sistema.

Hoje, um modelo universal de saúde tem que ser sustentável e tem que ser regido por metas e indicadores. Não adianta simplesmente financiar. Passou o tempo disso, porque está provado que nenhum país rico, onde o PIB cresceu, acompanhou o custo da saúde. Então, isso mostra que nós temos que ser realistas.

Eu concordei com tudo que foi dito, mas, no aspecto do Programa Mais Médicos, eu tenho algumas ponderações que tenho que colocar.

Na verdade, o Mais Médicos foi feito como se fosse um remendo de uma calça. Por quê? Por nós não termos feito investimentos em recursos humanos voltados à atenção primária, formando profissionais para isso. Veja: acho que nós temos hoje 30 mil vagas em atenção primária para médicos e temos 5 mil especialistas. Isso, após 30 anos. Quer dizer... Então, não houve um incentivo, um esforço para que isso acontecesse.

Então, trazer médicos estrangeiros...

(Soa a campainha.)

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - ... médicos com programa de bolsa, médicos com caráter precário, médicos com caráter temporário, que não sabem quanto tempo vão ficar, isso é uma política de enxugar gelo. E essa política... O que que aconteceu? Queiram ou não, os Municípios, quando receberam 14 mil médicos, dispensaram 10 mil médicos brasileiros. Então, mostrando, com relação àquilo que foi dito, que isso também teve um viés de uma ferramenta financeira, que os Municípios tiveram, e agora, pela sua sobrecarga, estão com muita dificuldade. Mas 10 mil médicos foram demitidos.

Eu acho que, então, nós precisamos, sim, de uma carreira médica técnica, que não tenha vínculo político, destinada aos profissionais de saúde que lá atuam. Então, eu entendo que nós temos que defender isso.

O financiamento é parco, mas também é mal gasto. Presume-se que nós tenhamos cerca de 20% de desperdício. Mas, assim, o que é que nós vemos hoje? Vemos hospitais das grandes cidades lotados e vemos hospitais de pequeno porte, de pequenos Municípios, ociosos. Então, é um sistema irracional. Então, nós precisamos construir novamente, tecnicamente, desde que nós pretendamos defender nossos ideais da defesa da saúde do cidadão.

Então, voltando, nós temos que voltar para um acesso digno, porque o que mais falta hoje é acesso. Nós temos que combater a desigualdade de direitos sociais, porque as atuais políticas só pioram isso.

(Soa a campainha.)

O SR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO - Então, agradeço a participação.

Esperamos muito do Ministro Mandetta. Talvez milagre não seja possível, mas nós precisamos de mudanças definitivas na atenção primária e sua valorização. Valorização técnica e resolvibilidade.

Então, muito obrigado, Senador, pela chance. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Muito bem, Dr. Donizetti. Agradeço a sua participação.

E, de imediato, para o Dr. Heleno, por favor.

Eu lhe dei sete minutos. Vou fazer o mesmo com todos: cinco mais dois.

O SR. HELENO CORREA - Bom, eu agradeço mais uma vez, em nome do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

O Cebes procura se inserir nesse debate sobre a qualidade da assistência à saúde, e não podemos nos esquecer de que o trabalho multiprofissional em saúde tem a finalidade de promover a saúde das pessoas, impedir que elas adoeçam, prevenir doenças que sejam mais graves e que sejam preveníveis.

Nós estamos aí diante de uma crise do sistema de cobertura vacinal que pode se tornar muito grave, além do que já está acontecendo com o retorno do sarampo e outras doenças que já tinham sido controladas, e isso é fruto da restrição de financiamento do SUS e do estrangulamento das ações de atenção primária, que incluem a dificuldade para vacinar uma pessoa, uma criança, inclusive com aspectos burocráticos de horário e de dificuldades de encontrar a vacina disponível, quando estamos em regiões remotas, distantes, sem energia elétrica talvez, com dificuldade para a conservação das vacinas e sem a decisão política, central, do Governo Federal de promover o aumento da cobertura, da imunização, quando ela falhou, não é?

Isso é um problema que já vem de largo tempo, não é de agora. Mas estamos enfrentando, com a Emenda Constitucional 95, quase que uma morte anunciada. Não só o sarampo entrou de novo, como as outras doenças - como coqueluche, tétano e outras doenças virais - poderão entrar novamente com a queda da cobertura vacinal pela restrição das equipes de atenção e de vacinação.

Mas eu gostaria de falar um aspecto que me escapou aqui na apresentação e agradecer aos membros da Mesa a sinceridade e a boa vontade com que cada um de nós contribuiu aqui, e está contribuindo, com pontos de vista diferentes sobre o mesmo tema.

Além das nossas divergências, que são muitas, existem muitas convergências. Uma delas - que é essa pergunta sobre o que fazer com as escolas que estão localizadas em locais chamados aqui pelo Dr. Otávio de "vazios sanitários" ou de "vazios de atenção assistencial", de onde os estudantes dessas escolas saem para depois voltarem aos seus locais de origem, deixando o mesmo vazio atrás de si - é que nós não estamos pensando, já há bastante tempo - e nós tivemos aí, mais uma vez, uma divergência, e a corporação médica foi contra -, no estabelecimento do serviço civil obrigatório para os egressos de escolas públicas ou para os estudantes de vagas financiadas com dinheiro público.

Se um estudante se dispõe a ir para o Maranhão ou para o Amazonas estudar Medicina, estudar Enfermagem, Psicologia e toda a lista de profissões de saúde, ele também deve ser convocado a prestar o serviço, após ser graduado, por um período de dois anos, e trabalhar lá, recebendo um salário decente, que seria uma salário de especialização ou com o apoio didático e pedagógico, tal como foi proposto pelo Programa Mais Médicos, e não necessariamente a distância, mas com supervisores presenciais, como a gente tem no modelo de assistência médica na residência, que é o treinamento profissional em serviço com supervisão presencial, o que é perfeitamente possível através de esquemas de rodízio e prestação de cuidados dos médicos que são professores - isso só para falar do sistema dos médicos, de formação médica -, em que o serviço civil obrigatório várias vezes foi tentado, foi discutido como uma solução não de fixação do médico ou dos outros profissionais de saúde, mas de devolução do investimento que o Estado fez na sua formação...

(Soa a campainha.)

O SR. HELENO CORREA - ... para o local onde ele vai trabalhar - onde ele estudou. Ou seja, é uma destinação do Estado.

Eu queria só mencionar, antes de terminar, que há um estudo aqui disponível, no próprio Senado, no acervo do Senado Federal, feito pelo Consultor Legislativo Renato Monteiro de Rezende, que está acessível pela internet e que justifica que o serviço civil obrigatório não só é constitucional, como é adequado para a promoção dos vazios assistenciais que o Estado deixa, quando promove a formação e não tem como fixar as pessoas. E esse é um processo contínuo, em que as faculdades vão formando novos profissionais, e pode ser aplicado à área do Direito, à área da assistência social e a outras áreas que são fundamentais na gestão dos serviços de saúde, não apenas no serviço dos médicos.

Essa é uma área a que o mercado neoliberal se opõe francamente, porque diz que há a liberdade... E já ouvi discussões de alunos de escolas públicas, enfrentando o diretor da universidade onde eu dei aulas durante 27 anos, dizendo que ele jamais iria prestar serviço na área pública, mas ele estava querendo entrar em uma escola financiada pelo dinheiro público, que era a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. E inclusive na presença dos pais desses alunos, que haviam ido assistir à aula inaugural, dizendo que eram contrários a que seus estudantes trabalhassem no SUS. Isso, assim, cara a cara com o diretor da escola, enfrentando uma turma de novos alunos que chegavam com os seus pais, que diziam: "Eu gastei

muito dinheiro para o meu filho entrar aqui e não quero que ele trabalhe para o sistema público". Mas quer o filho formado na escola pública de qualidade.

Então, há uma contradição social evidente, em que a concertação social das classes sociais da Constituição de 1988 parece oferecer alguma saída. E, nesse ponto, eu acredito que todos os debatedores aqui da Mesa convergem. Embora nós tenhamos divergências ideológicas profundas entre Governos, organizações sociais e outros...

(Soa a campainha.)

O SR. HELENO CORREA - ... nesse ponto é possível estabelecer uma convergência: talvez o serviço civil obrigatório seja uma alternativa boa para fixar pessoas durante um certo período após a sua formação.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Muito bem, Dr. Heleno Correa. Meus cumprimentos. *(Palmas.)*

Só lembrar, para fechar, que o Dr. Donizetti falou pela CFM, o Dr. Heleno falou pela UnB, e, agora, o Jorge Alves fala pelo CNS. E estou simplificando aqui só.

O SR. JORGE ALVES DE ALMEIDA VENÂNCIO - Eu queria comentar um pouco sobre as perguntas que foram colocadas pelos ouvintes.

Sem dúvida nenhuma, nós temos problemas importantes de gestão, mas eu acho que é importante nós termos claro que a situação de estrangulamento financeiro tem relação com os problemas de gestão. Reparem só: neste ano estou sentindo, talvez, alguma melhoria, mas no ano passado, por exemplo, o investimento no aperfeiçoamento do sistema de informática do Ministério foi o pior possível. Então, é claro que a gestão fica atingida por causa disso.

Outro exemplo: o Ministério repassa verbas para Estados e Municípios de todo o País e ele tem um sistema de auditoria própria, que é o Denasus. Quando se estrangulam as verbas do Denasus, é óbvio que o acompanhamento que é possível fazer dessas verbas que são repassadas é violentamente atingido. Se se restringe inclusive a possibilidade de viagens dos membros do Denasus, como é que se vai fazer a vistoria do que que está acontecendo na ponta? Se os fiscais do Denasus não têm como viajar para os Estados ou há uma restrição enorme da quantidade de viagens... Então, é claro que restrição financeira tem implicações muito concretas na perda da qualidade da gestão. Eu acho que é muito importante a gente ter claro isso, porque às vezes se pensa que o problema da qualidade da gestão é apenas o esbanjamento, mas quem fiscaliza o esbanjamento, quando se é estrangulado, está facilitando o esbanjamento e não o restringindo. Então, onde se restringem as verbas tem muito a ver com o resultado na gestão concretamente. E a tendência geral que a gente sente é uma tendência para um corte, digamos assim, igualitário pelas diversas áreas do Ministério. Principalmente nessas áreas mais gerais, tipo passagens, diárias, etc. Tende-se a fazer um corte mais ou menos genérico. E, aí, o que que acontece? A qualidade da gestão cai violentamente por causa disso.

Então, eu acho que isso é muito importante a gente observar, porque os órgãos de fiscalização, por exemplo, não podem ser atingidos pelo corte de verbas da mesma maneira que outras áreas, senão, concretamente, a fiscalização vai embora, deixa de existir - ou, pelo menos, é muito prejudicada. Então, essa é uma primeira observação.

Outro ponto em que eu queria tocar é que eu acho que o serviço civil obrigatório é um passo importante e que deve existir. É óbvio que as pessoas que estudam nas instituições públicas ou com financiamento público têm algum grau de dívida, digamos, social com quem financiou o seu estudo, seja na universidade pública, seja no Fies, etc. Agora, dois anos é muito pouco; isso não resolve o problema estrategicamente, digamos assim. Quer dizer, nós precisamos ter carreira de Estado, e não só para os médicos, mas para o conjunto das profissões da área.

Uma coisa que eu sinto - e que às vezes é um pouco fruto da espremeção da situação de carência de verbas que o conjunto do sistema passa - é que, às vezes, as diversas profissões tendem a ficar meio que se digladiando, e eu acho que isso não é o melhor caminho. Se as diversas profissões da área de saúde se unirem...

(Soa a campainha.)

O SR. JORGE ALVES DE ALMEIDA VENÂNCIO - ... eu tenho a impressão de que elas vão conseguir mais conquistas do que se elas ficarem se enfrentando entre si, porque é aquele negócio: cobertor curto, fica-se puxando para um lado, para o outro, mas isso não é uma solução. Eu tenho a impressão de que o conjunto das profissões faria melhor se se unificassem na demanda exatamente pela constituição de carreiras de Estado, que é uma coisa chave. Quer dizer, no momento em que você tem essa diversidade de Municípios, cada um fazendo as suas contratações e tudo o mais, isso gera uma situação caótica inclusive, porque começar a haver uma disputa violenta entre os Municípios vizinhos e tudo o mais, e isso só faz

onerar mais a eles, inclusive. Ao passo que, se houvesse uma carreira de Estado pensada nacionalmente para o conjunto das profissões, eu tenho a impressão de que nós teríamos a possibilidade de termos um sistema que funcionasse de uma forma mais harmoniosa e efetiva, inclusive no sentido da atenção à população nossa.

(Soa a campainha.)

O SR. JORGE ALVES DE ALMEIDA VENÂNCIO - Então, seriam esses os pontos em que eu gostaria de tocar. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Muito bem.

Meus cumprimentos ao Dr. Jorge, que falou pela CNS.

Dr. Denílson Magalhães, por favor, da CNM.

O SR. DENÍLSON MAGALHÃES - Senador, eu quero iniciar resgatando um ponto com que acho que todos nós temos que nos preocupar e trazer a esta Casa de novo ao debate, que é a emenda que limitou os gastos públicos, a Emenda 95.

Nós ainda estamos avaliando os impactos, os desdobramentos da emenda nos orçamentos das políticas sociais, mas só na saúde já se aponta uma perda de R$16,5 bilhões, e nós estamos só no segundo exercício da Emenda 95 - são 20 exercícios. Então, eu imagino o esforço que, como o Dr. Otávio colocou, o Ministério da Saúde está fazendo para conseguir dar conta das demandas.

Nós tínhamos, até o final do ano passado, até início deste ano, mais de R$8 bilhões em serviços habilitados, que estavam passando pelo processo de habilitação, e que não foram habilitados por falta de orçamento. Então, a situação realmente é bastante grave.

Quando falamos no financiamento da saúde, nós temos que pensar em rediscutir a Emenda 95 e mudar essa situação, tirando, pelo menos, as políticas sociais do meio: a saúde, a educação, a assistência social... Tirar desse limite de gastos. Senão nós não vamos conseguir manter, até o final do ano, as nossas despesas.

Na assistência social nós temos registrado, até o mês passado, apenas 25% da execução do Orçamento federal para a assistência social. Os nossos Municípios não aguentam mais manter os Cras e os Creas, porque nós não estamos recebendo as transferências que nós deveríamos receber. Então, são situações que vão se agravando a cada mês que passa.

Eu acredito que resolver o problema dos 2 mil cubanos é só uma questão de esforço de Governo. Nós lançamos em abril, em apoio ao Governo Federal, uma campanha de interiorização mais humana dos venezuelanos. Nós estamos apoiando a interiorização de 20 mil venezuelanos. Nós temos o registro, até fevereiro, de 185 mil pedidos de refúgio e de residência temporária no Brasil só de venezuelanos. Então, resolver o problema de 2 mil eu acredito que não é problema; dá para resolver e dá para resolver rápido.

E, por fim, os saldos.

Os saldos financeiros são bem interessantes, quando a gente fala dos saldos financeiros nas contas bancárias, e nós, num trabalho em parceria com o Fundo Nacional de Saúde, fizemos questão de levar isso aos gestores desde o ano passado. Na nossa Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios, a gente instala um estande só para apresentar para os gestores os saldos que existem nas contas bancárias.

No ano passado nós fizemos para a saúde e este ano nós evoluímos e fizemos saúde, educação e assistência social, justamente para questionar o gestor: por que que ele não gasta o recurso? Mas eu fiz questão de fazer um estudo sobre isso e detalhei os saldos. E é impressionante o que a gente encontra.

Em fevereiro, nós tínhamos 11 bilhões de saldos só nas contas da saúde. Só dos Municípios. Desses 11 bilhões, nós tínhamos 1,9 bi de saldos de contas antigas. O que que aconteceu? Em 2017, o Ministério mudou a forma de transferência dos recursos federais. Nós saímos de seis blocos de financiamento para apenas dois. E duas contas bancárias. Para o senhor ter uma ideia, Senador, são mais de 300 mil contas bancárias que as secretarias municipais e estaduais têm só na saúde, abertas pelo Fundo Nacional de Saúde para transferir os recursos federais. Mais de 300 mil contas.

Então, hoje, o saldo ainda é variável. O próprio fundo não conseguiu fechar isto: quanto realmente nós temos de saldo, que contas são essas e que saldos são esses.

Desses 11 bilhões, nós tínhamos 1,9 bi de contas antigas, nos blocos antigos. Nós chegamos ao ápice, em julho de 2018, em 15 bilhões de saldo nas contas dos Municípios. Só de contas antigas, nós tínhamos mais de R$7 bilhões, e nós estamos com 1,9 bi.

Então, assim, nós...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Ele está falando em bilhões.

O SR. DENÍLSON MAGALHÃES - Bilhões.

Nós fizemos um esforço de executar esse recurso, porque nós ficamos com dinheiro em contas de seis blocos, e, agora, a partir de janeiro e fevereiro de 2018, são duas contas novas, e os recursos começaram a cair nessas contas.

Então, nós tínhamos que executar. Não podemos fazer a migração do recurso para essas contas únicas. Nós temos que executar o recurso, de acordo com a origem do recurso.

(Soa a campainha.)

O SR. DENÍLSON MAGALHÃES - Então, eles estão dentro dessas contas bancárias. Mas nós reduzimos bastante esse saldo.

Dos 11 bi, então, tirando 2 bi, sobraram 9 bi; 2 bi são de investimento para obras e equipamentos, e que estão sendo executadas. E nos restaram 5 bilhões de custeio nas novas contas de custeio da saúde.

Quando nós fazemos a conta do que nós recebemos ao longo de 2018, porque a análise é de fevereiro de 2018 até fevereiro de 2019, que era o último saldo disponível até a semana passada, nós detectamos que nós executamos 6,5 bilhões por mês.

Então, os R$5 bilhões... O que nós temos hoje, de custeio, são R$6,5 bilhões federais. Só de recursos federais. Os R$5 bilhões que nós temos hoje de saldo não cobrem um mês de despesa. Se de repente hoje nós não tivermos, por algum motivo, nenhum repasse da União, com R$5 bilhões a gente não conseguiria manter um mês do nosso sistema de saúde funcionando.

Então, não é um saldo exorbitante, não está parado na conta, porque nós passamos por todo o processo de empenho, de liquidação das contas, e esses recursos estão sendo executados. Então, os saldos que nós temos hoje realmente estão sendo executados pelos Municípios, e não é um saldo que nós podemos dizer que nós temos dinheiro parado, um dinheiro exorbitante, e que os Municípios não conseguem executar.

Alguns têm dificuldade. Alguns ainda encontram dificuldades na execução do recurso federal, até para entender todas as regras desse recurso, que são bastante complexas realmente; tem que entender que programa é, qual a origem do recurso, como é que pode ser aplicado, para que ação se destina... Não existe a flexibilidade que se diz que há dentro do bloco de custeio, porque ainda nós temos...

(Soa a campainha.)

O SR. DENÍLSON MAGALHÃES - ... cinco grupos de despesas e nós temos que prestar conta dentro desses cinco grupos de despesa.

Então, o recurso de alguma forma ainda vem carimbado. Não existe essa flexibilidade tão grande. E o gestor tem que observar tudo isso para poder executar o recurso. E, hoje, o maior temor do gestor municipal é responder a processo. São muitos que respondem a processo por conta dessa legislação infralegal que existe, de aplicação dos recursos financeiros da saúde, e o gestores estão sendo apontados por improbidade administrativa. E, hoje, a gente tem até dificuldade de ter gestor, de pessoas que queiram ser gestores da saúde, por conta dessas situações que a gente vem encontrando.

Então, é isso, Senador. Eu agradeço ao convite e a gente fica à disposição da Comissão para qualquer outro convite e para qualquer demanda que o senhor precise para a gente consultar os nossos Municípios.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Serão chamados.

Esse foi o Dr. Denílson Magalhães, que falou pela CNM.

Depois, nos encaminhamentos, a gente acerta aqui para as próximas reuniões.

Dr. Antonio Gonçalves Filho, Andes-SN.

O SR. ANTONIO GONÇALVES FILHO - Bom, a esta altura do debate as pessoas que estão nos assistindo e nós que estamos aqui já percebemos a complexidade do tema e que esse tema não se restringe unicamente à questão da gestão, do financiamento e da formação de profissionais de saúde; dialoga com vários aspectos sociais, que vão desde os aspectos econômicos - no momento em que o PIB, a cada semana, a previsão baixa mais e já está chegando a quase um PIB negativo - a estarmos submetidos a uma emenda constitucional por 20 anos, que impõe um teto às políticas sociais. Mas também é um tema que dialoga com diversas outras políticas sociais. Por exemplo: o transporte. A gente está falando das demandas que nós temos - e aqui foi falado pouco, mas é um aspecto importante das urgências e emergências - porque

muitas pessoas preferem, às vezes, se endividar em cem parcelas para comprar uma motocicleta, porque não têm acesso a um transporte coletivo.

Então, a saúde perpassa, capilariza em diversas políticas públicas - até o acesso à água. E sou de um Estado que tem uma prevalência altíssima de amputação de pênis, por falta de higienização, por câncer de pênis - acesso à água. Então, são vários aspectos que demandam das políticas de saúde e da seguridade social como um todo.

Bom, eu sou um docente e não poderia aqui deixar de enfatizar a importância que as universidades têm para as políticas de saúde. E não quero perder aqui a oportunidade de perguntar para o representante do Governo como que o Ministério da Saúde está se relacionando com o Ministério da Educação, porque a gente passou por um período em que tínhamos, por exemplo, portarias interministeriais em que os ministérios dialogavam nessa perspectiva da formação de profissionais, enfim, de diversas políticas, e agora nós estamos submetidos, nas universidades, a um contingenciamento que, na verdade, são cortes, mas, enfim, que eu espero que a força da nossa luta consiga revertê-los, porque muitas dessas universidades vão parar, e o processo de formação certamente vai ser interrompido, como também dos hospitais universitários, porque a maioria está submetida à Ebserh, mas também precisa de financiamento. Isso é crônico.

Eu, durante anos, trabalhei como docente na assistência no Hospital Universitário; e, como cirurgião, era uma angústia para mim haver uma fila de 150 pacientes para operar de um cálculo renal, por exemplo. Às vezes, muitos iam para hemodiálise, por tempo de espera na fila.

E uma pergunta que o Senador Paim, com a sua sensibilidade, fez no início aqui foi: quantas pessoas estão morrendo enquanto a gente está debatendo aqui? Não dá para esperar. Nós estamos diante de um Governo que disse que não iria submergir ao viés ideológico, mas a gente poderia, nesse momento conjuntural, prescindir do apoio dos colegas cubanos? Eu acho que não. Eles poderiam, sim, dar uma contribuição muito valorosa pelo reconhecimento internacional que têm, principalmente no que tange à atenção primária. E nós estamos abrindo mão disso.

Dr. Denílson aqui colocou: isso pode resolver com os médicos que estão aqui em outras funções, e temos muito a aprender com a Medicina de Cuba. Não é uma questão ideológica; é uma questão técnica. Até os organismos internacionais reconhecem que aquele país foi capaz de mudar o seu perfil epidemiológico a partir do momento em que enfrentou a mercantilização da saúde e encarou a saúde como um direito. Isso precisa ser dito, e nós estamos resistindo a romper com essa lógica.

(Soa a campainha.)

O SR. ANTONIO GONÇALVES FILHO - E resistimos como? Quando não reconhecemos, por exemplo, os recursos que existem no caixa do Tesouro, quando continuamos remunerando a sobra de caixa de bancos, quando mantemos uma política de juros perversa...

Então, são várias ações. É um conjunto de ações que têm que ser enfrentadas, para dizermos que o compromisso é com o público e que o papel do Estado é fundamental para a garantia desse direito. E ao que a gente está assistindo é ao Governo resistindo a enfrentar o capital financeiro, tanto na saúde suplementar, na regulamentação disso, como também na garantia do financiamento adequado para as políticas de saúde.

Então, eu deixo aqui a minha pergunta, como o Ministério da Saúde vê esses cortes das universidades, porque a classe trabalhadora já chegou à exaustão.

Estamos agora convocando uma greve geral na sexta-feira, chamando o País para parar, porque não é mais possível! Não é mais possível vivermos nas condições em que estamos vivendo. Chega! É um basta. O Governo tem que mudar sua política e tem que garantir esses direitos, porque há recursos. E temos que derrotar a Emenda Constitucional 95.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Foi o Dr. Antônio Gonçalves Filho. Falou pela Andes-SN.

Foi dado para cada um deles cinco minutos, com mais dois, como sempre faço aqui, porque o Governo tem que responder a todos. Normalmente, o Governo manda um representante. E eu agradeço, foi um pedido que eu fiz. E a assessoria de vocês se comprometeu comigo e está cumprindo, sempre um representante vem. Então, em vez de você ter cinco, você terá dez e, se precisar, terá mais cinco, para responder a todos, e depois a gente encerra.

Então, passo a palavra agora ao Dr. Otávio Pereira D'Ávila, Diretor do Saúde da Família, do Ministério da Saúde.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA (Para exposição de convidado.) - Obrigado, Senador, obrigado aos colegas.

Vou tentar responder a alguns questionamentos e colocar outras coisas em perspectiva.

A gente tem, sem dúvida nenhuma, um grande desafio com relação à cobertura vacinal, Prof. Heleno, que tem sido um problema no Brasil e em outros países no mundo.

O ressurgimento do sarampo é uma coisa que nos preocupa. Ele não é uma exclusividade brasileira; outros países no mundo também passam por isso. Então, a gente tem olhado para a organização deles, e alguns têm organização assistencial completamente diferente da nossa, o que nos impede de fazer uma análise melhor, mas a gente tem reagido de algumas formas.

A gente reconhece que é competência da estratégia do Saúde da Família e de atenção primária a vacinação. E a própria questão do Saúde na Hora tem como objetivo enfrentar, mesmo que não seja a solução única, esse problema, nós estamos estendendo os horários de atendimento, e o programa não é só extensão de horário; a gente coloca, nesse programa, alguma carteira de serviço obrigatória, porque hoje a gente paga - e isso é um histórico no Brasil - a estratégia do Saúde da Família e da atenção primária por existir. Então, se um dentista não extrai um dente, a gente paga igual; se um enfermeiro não faz uma atividade preventiva, a gente paga igual; se um médico se recusa a atender uma criança, a gente paga igual.

Esse é o conceito de financiamento que o Brasil tem hoje na atenção primária, e a gente precisa mudar um pouco isso, a gente precisa dizer o que que é a competência da atenção primária e exigir que seja feito isso, com, claro, as condições adequadas, porque você não pode exigir que se faça vacina se não há uma refrigeração no local. E esse é um desafio no Brasil, de dimensões continentais, em que o Secretário de Vigilância Sanitária, Wanderson, está trabalhando, para tentar enfrentar da melhor maneira possível.

Bom, com relação à questão da formação médica, a gente teve outros questionamentos aqui, e, com relação também à questão da relação com o MEC, o Ministro Mandetta tem capitaneado essa relação.

O MEC teve uma alteração de comando razoavelmente recente. Eles têm discutido isso. A gente também entende que é preciso o diálogo entre os dois ministérios com relação a isso.

Eu também acho que, com relação a cortes nas universidades, entre outras coisas, o MEC precisa se fazer presente ou deveria estar presente aqui, para também poder colocar a sua opinião.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Vamos convidar o MEC na próxima. Senão, vai ficar sozinho.

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - Não, mas tem problema; não é isso não.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. OTÁVIO PEREIRA D'ÁVILA - Acho que é bom a gente debater e fortalecer a democracia e todos nós crescermos.

Mas eu acho que é importante, porque é preciso que eles exponham os detalhes de cada situação, para que a gente possa debater. Mas é isso, a gente também entende que tem que haver essa aproximação e esse diálogo entre as duas esferas.

Com relação à gestão, à qualificação da gestão, eu entendo que a gente precisa melhorar a forma como a gente faz gestão e monitora. A gente não monitora indicador de saúde e relaciona isso com qualidade de gestão, hoje, no País. Os nossos sistemas de informações de saúde são ruins.

Nós temos aí, não sei... Nos últimos quatro, cinco, seis anos o nosso Departamento de Informática do SUS, o Datasus, deve ter desenvolvido uns 500 *softwares* que não dialogam uns com os outros, e a gente não pode falar em gestão de qualidade no Sistema Único de Saúde enquanto não resolver esse problema.

A gente não tem, hoje, condições, como eu falava para o Senador Paim aqui, mais de uma vez, de monitorar os indicadores de condições sensíveis, de internações de condições sensíveis na atenção primária, porque a gente não tem um sistema de informação robusto integrado que nos dê isso com segurança. A gente precisa monitorar isso e começar a atrelar o financiamento, a gestão por condições de saúde boa ou por uma assistência boa às pessoas doentes, seja a assistência, prevenção ou promoção, começar a relacionar essas coisas. Eu acho que por aí passa muito também da qualidade da gestão propriamente dita.

Por final, a minha fala com relação aos saldos municipais foi justamente para mostrar que a gente tem esse problema, que não é um problema exclusivo dos gestores municipais. Eu acho que é um problema pelo qual o Ministério da Saúde é corresponsável e se solidariza com isso, e outros órgãos do Governo Federal, seja dessa gestão ou passadas, deveriam se solidarizar, porque hoje a gente não consegue... A gente cria tantas amarras para os gestores municipais, que eles não conseguem fazer uso de todo o recurso.

Embora, eu já reconheci aqui, a gente tenha um financiamento de atenção primária que beira 20%, 25%, talvez, dos custos, e talvez para os Municípios menores quase 30% dos custos de atenção primária, não é o que a gente gostaria. A gente

quer aumentar esse valor. Mas a gente sabe que R$5 bilhões... E, aí, você vai me permitir discordar: é recurso. Eu acho que os Municípios não estão com vontade de devolver esses R$5 bilhões, mas a gente precisa fazer esse trabalho, que vocês já vêm fazendo com o Fundo Nacional de Saúde, de poder fazer uso desse recurso, para que chegue às pessoas, e não para outros lugares dentro do nosso serviço de saúde.

Em linhas gerais, eu queria reafirmar o compromisso da Secretaria de Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde, com as equipes de saúde da família, de investimento na qualidade, na ampliação, no provimento e na formação de profissionais. Esse foi um tema que a gente até não conseguiu aprofundar aqui, porque é um tema bastante amplo. A gente tem as escolas de residência de Medicina de família e comunidade e multiprofissionais que são alvos importantes. Eu acho que a gente precisa debater isso e fomentar isso no Brasil.

Nós temos esse compromisso, um compromisso em buscar, incessantemente, o aumento da responsabilidade da União em cofinanciar a atenção primária à saúde no Brasil.

Eu queria agradecer a todos. Eu acho que foi um bom debate e fico à disposição para o futuro.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Muito bem. *(Palmas.)*

Agradecemos ao Dr. Otávio, Diretor do Saúde da Família, do Ministério da Saúde.

Olhem, eu não sou médico, mas tenho um irmão que é médico, viu? Éramos dez irmãos e fizemos um movimento, os dez, para que... E ele fez pública. Todo mundo ajudava um pouquinho... Claro, eu não era Senador, eu era metalúrgico, e ele é médico: Dr. Inácio. O Dr. Inácio deve estar nos assistindo aí.

Só que agora você só viaja pelo Brasil, dando palestras, e não visita aqui o seu humilde Senador - estou falando com o meu irmão aqui um pouquinho.

Os encaminhamentos, pessoal. Se vocês entenderem que pode ser por aqui, eu posso ajustar a redação.

Aqui eu percebi que há falta de médicos. O Dr. Donizetti disse que não é que há falta de médico; a distribuição que é inadequada. Então, vamos realizar uma audiência pública em sessão temática no Plenário do Senado Federal sobre o tema, eu diria, SUS e Mais Médicos bem distribuídos.

Dois: tratar, com a urgência devida, da questão dos 2 mil médicos cubanos no contexto da avaliação da política pública, para os termos podendo estar nas suas atividades.

Chegou a Dra. Zenaide. Eu vou dar a palavra ainda a ela, se assim...

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN. *Fora do microfone*.) - Isso é hora?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Viu? Já chegou reclamando.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Não, chegou bem, chegou bem.

Então, a questão dos 2 mil médicos cubanos... A Comissão de Direitos Humanos, inclusive, se coloca à disposição, Dr. Otávio, para que aquilo que for dentro do nosso alcance podermos colaborar, para que a gente resolva a situação deles.

Realizar outra audiência pública e ampliar o debate na CDH, para instruir o Requerimento nº 52, de 2019, de autoria do Senador Paulo Rocha, que tem como objetivo discutir essa questão - entre aspas - "falta de médico" lá na ponta. Porque o doutor disse que médico existe; tem que ver como é que redistribuímos. E, claro, eu botei aqui o SUS também.

Ainda dentro da avaliação da política do Mais Médicos, fazer o debate necessário para conhecer a redução do recurso destinado à fiscalização... Está escrito bastante aqui, mas eu vou resumir: aquela preocupação sua, para a gente que trabalha aqui no Congresso, que não faltem recursos para a fiscalização. E, no caso aqui da gestão no campo da saúde, eu poderia também introduzir aqui que houve uma preocupação que chegou muito pesada aqui para nós, no campo do combate ao trabalho escravo. Claro, não tem nada a ver com a situação, mas a gente também vai trabalhar nesse sentido.

Mas a Dra. Zenaide é médica, e estamos aqui discutindo a saúde no Brasil. Eu fiquei assustado com os números e a preocupação de todos. E, quando a gente fala a preocupação de todos, não fizemos, em nenhum momento aqui... E essa é a minha posição também: não é um debate ideológico. A questão da saúde é defender a vida, e nós procuramos, de forma ampla, todos colocaram o seu ponto de vista... Tanto, que já marcamos, só vai ter que ver a data adequada.

Tentar construir uma comissão geral no Plenário do Senado, só para resumir...

E o debate, aqui, do projeto do Senador Paulo Rocha, que é na verdade discutir como o programa... É o que interessa a ela, e vou dizer por que...

Realizar uma audiência pública para ampliar o debate aqui, na CDH, para instruir o Requerimento nº 59, de autoria do Senador Paulo Rocha, que tem como objetivo avaliar a falta de médicos lá onde eles têm que estar, na ponta, e também o SUS - eu estou ajustando -, e é bem provável - já sinalizei a V. Exa. - que V. Exa., inclusive, será a Relatora dessa proposta.

A palavra é sua.

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN) - Bom dia a todos.

Eu queria pedir desculpa. Como é que eu venho comentar, se eu não ouvi os senhores?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Mas entende tudo de saúde.

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN) - Mas eu não poderia.

Mas eu queria dizer o seguinte: eu sou médica da universidade federal. Sempre fui a favor do Mais Médicos, porque eu sabia... Eu sou de uma cidadezinha do Seridó, Jardim de Piranhas, mas eu era médica em Natal. Então, eu nem vou para o meu interior e ainda proíbo de outros irem.

Eu sempre tive uma convicção e a certeza - porque eu andei o Estado todo - de que, para os médicos cubanos, o que falta de tecnologia, por falta de recursos financeiros, eles compensam com algo que nunca vai ser substituído: história clínica e exame físico do paciente.

E eu tive, quando cheguei aqui, muitas discussões com o Mandetta, que hoje é Ministro da Saúde.

Mandetta, eu desafio o médico com um tensiômetro, um estetoscópio, um termômetro, e vamos botar uma maquinazinha de fazer um HGT, uma glicemia de periferia. Ele dá mais de 90% dos diagnósticos. Eu garanto. Agora, para isso, ele precisa olhar o doente, ouvir o doente e examinar o doente. É ou não é?

Ah, ele é médico? Você é médico também? Há algum médico? Há.

Então, o que que acontece? É justamente o que os cubanos faziam - os cubanos, seja quem for, de onde vierem. Porque, se a gente acrescentar um hemograma e um sumário de urina, aí a gente vai mais longe ainda no diagnóstico.

O que ele estava propondo?

Outra: eu nunca tive dúvida de que o médico só ia para onde os brasileiros não queriam ir. Não tinha dúvida disso. Isso foi um programa, era temporário, até a gente se erguer. O que que acontece? Medicina é básica. Você pode botar uma UPA, porque Medicina, como qualquer profissão, tem moda. Vocês têm que criar... Por exemplo: a UPA foi uma moda. Onde a saúde não funcionou se botou UPA. Uma UPA em cada esquina. Se as Unidades Básicas de Saúde, que fazem os programas de saúde, não funcionarem... Eu já trabalhei em pronto socorro: baixa a pressão, vai no outro dia para o seu médico, no seu posto de saúde, no seu centro de saúde. Ele vai todo dia, porque o posto não tem um médico.

Então, é aí onde estão os diabéticos, que não recebem mais... Com essa Farmácia Popular, diabetes, hipertensão e asmas, que a gente recebe gratuitamente nas redes de farmácias e que o Governo, uns dois anos atrás, não cortou, pela pressão da indústria farmacêutica, porque é aquele que paga... Eu, particularmente, gosto muito da Farmácia Popular do SUS, mas essa não funcionava, Paulo Paim, porque precisava de que os Municípios cedessem um farmacêutico ou um bioquímico. Tinha que haver gente. Pagavam uma taxazinha, e eu era a favor de você pagar qualquer taxa, porque tudo gratuito demais as pessoas desmerecem... Eu até, na época, dizia: "Por que a gente não amplia pelo menos dois antibióticos, um que pegasse gram-negativo, gram-positivo, para garantir um anti-inflamatório?" Junto a esses três já há asma, hipertensão e diabetes. Eu tive a coragem de dizer isso, que era como se eu estivesse defendendo a indústria farmacêutica, mas não era. Eu estava defendendo vida, vida que termina.

A gente sabe que os países mais desenvolvidos do mundo são aqueles em que a saúde funciona, são aqueles em que menos de 5% chegam ao hospital. E eu já não estou falando de uma epidemia, de acidente de moto, disso tudo, mas eu estou dizendo que, se a saúde básica funcionar, a gente chega menos. Como a saúde não funciona, o paciente vive no pronto-socorro. Aquela criança que começou com uma pneumonia domiciliar simples vai terminar sendo internada, porque ela não chega ao médico antes.

Então, eu me preocupo, porque eu costumo dizer: essa Emenda 95... Eu acho que nenhum país do mundo teve coragem de botar na Constituição que, durante 20 anos, não vai investir na saúde do seu povo, na educação, na segurança pública. Por que na saúde?

A gente só vê 62 mil pessoas assassinadas, mas as que morrem de morte evitável no SUS, por falta de investimento, por ter um cálculo de vesícula, e tem que esperar um ano, dois... Eu digo que neste País é mais fácil operar um coração do que uma vesícula. Esperam ter uma crise aguda para ser operado num pronto-socorro, sem nenhum exame. Se for um paciente diabético e tudo... Quer dizer, são pessoas que morrem porque não têm dinheiro. Não têm recursos. A gente tem que reconhecer. Vamos botar aí outras milhares de pessoas.

Mesmo se a gente partisse de uma saúde do Canadá - vou dar aqui um exemplo -, em 20 anos não nasce ninguém neste País. Você pode congelar os recursos... Quem tinha 50, que sobrevive, vai ficar com 70 e uma saúde bem mais cara. Então, por isso, eu sempre defendo saúde básica, recursos para saúde, gente.

Eu sei que pode ter gestão - eu já fui secretária de Saúde - para melhorar algumas coisas, mas ninguém faz saúde sem dinheiro.

Uma coisa que mais me chocou no Rio Grande do Norte... Estava a UTI do Onofre Lopes cheia, onde eu dava plantão, com os pacientes todos precisando de respiração assistida, e não havia... Às vezes, eu falava com um colega - eu era no hospital, e ele, na UTI: "Por favor, eu fico a noite toda com ele aqui na enfermaria, a gente estabiliza o outro...". Era uma coisa, mas a gente fazia, era uma maneira de salvar as pessoas. Aí a família toda de uma paciente olhou para mim. A paciente tinha um quadro respiratório agudo, era diabética e precisava de UTI, e eu não tinha nenhuma, porque todos estavam... Aí disseram: "Ligue aí para os hospitais, Dra. Zenaide, para ver quanto é a caução". Eles olharam, assim, os três ou quatro filhos, somaram o dinheirinho e não tinham.

Ou seja, eu sou uma pessoa católica, de fé - e fé para mim é insistir, persistir, nunca desistir de lutar por quem mais precisa -, mas eu digo o seguinte: aquilo dói. Sabemos que ela morreu porque não tinha dinheiro. Entendeu? Então, eu não consigo ver a questão de você economizar...

Eu quero passar aqui para o PLN 4, que está hoje para ser votado. Se abrir, está lá: abre ao orçamento geral da seguridade social, em favor do Ministério da Economia, disso e daquilo: São 248, quase 249 bilhões retirados da seguridade, que é onde está a saúde - saúde, assistência e Previdência. Está aqui, estava vendo hoje. E como é que não vamos votar? É claro que vamos votar, porque o Governo, em contrapartida, já disse que não vai pagar o Bolsa Família, que não vai pagar o Benefício de Prestação Continuada...

Estou só mostrando que a seguridade não é falida. O Cofins está na seguridade e é a maior arrecadação individual deste País, o que pouca gente sabe. E poderia estar aí na saúde, salvando o ser humano.

O grande problema da gente é que agora é tudo percentagem: tanto por cento disso, não sei o quê...

Mas, quando você está no interior, aquele número é aquela mãe quem se apresenta com o filho dizendo: "Salve meu filho!" Isso deixou de ser uma cifra para ser um ser humano, na sua frente, pedindo socorro.

Como o assunto é o Mais Médicos, quero dizer que o pessoal tem muito me procurado porque há médicos cubamos que ficaram por aqui, mais de 2 mil médicos, e nós estamos com a cidade do interior, a mais distante que eu vi é fica a quase 400 quilômetros da cidade de Natal, e lá eram os médicos cubanos. Isso também trouxe problema para as prefeituras, pois era o Governo Federal quem incentivava. Não estou dizendo que deveria ser definitivo, pois sempre existiu incentivo para médico brasileiro, inclusive com pontuação a mais para a residência médica. Quem fizesse um ou dois anos do Mais Médicos pontuava para a residência. Acho que é o tipo de coisa que não pode esperar.

Aqui não é uma questão de partido, nem de cor, e, diante de tudo isso que a gente está vivendo, só existe algo que me preocupa demais: é a não geração de emprego e renda. Não existe uma proposta para a gente sair. E a gente sabe que, mesmo que a seguridade não esteja falida, ela vai falir, porque nós temos o IBGE mostrando que entre subempregados e desempregados existem 30 milhões. Isso é tanta gente... A população de Portugal são 11 milhões de habitantes. Soma Portugal e outros...

Então, eu acho que não é hora de a gente estar aqui... O Presidente da República foi eleito, o povo escolheu, e a gente está aqui para tentar ajudar, para minimizar, passar por cima dessa coisa muito minuta, muito pequena de ser direito, esquerda, centro. Do que a gente precisa aqui é o seguinte: o Governo tem jeito? Tem! Nós temos cinco bancos estatais - cinco: A Caixa Econômica Federal, o Banco do Brasil, o BNDES, o Banco do Nordeste e o Banco da Amazônia, sem falar no Banco Central, e eles tiveram lucros exorbitantes no ano passado.

Estão matando, por exemplo, a construção civil. A Caixa Econômica, por exemplo, 100% do povo, que emprega. Eu acho que a construção civil é uma das únicas áreas que emprega do analfabeto ao doutor. Ela mobiliza rápido a economia e o Governo arrecada. Não é preciso ser economista para entender que, se eu não tenho comprador, o comércio não vende, e o Governo não arrecada; a indústria não vende, e o Governo não arrecada. Então, esse tem que ser o olhar diferenciado de cada brasileiro, seja ele amarelo, verde, azul, vermelho... Eu gosto de saber que eu posso vestir qualquer cor. As cores não são de ninguém, não é, Paulo Paim?

Então, se não alavancarmos a economia... E tem como. Aí eu cito o exemplo dos americanos, pois me chamou a atenção em 2008. Faliram a indústria automobilística e a indústria da construção civil. O Governo lá não tem nem o Banco Central, porque ele é privado, mas tem o Tesouro. Ele chamou... Eu perguntei isso numa reunião com o Banco Mundial no meu Estado, o Rio Grande do Norte. A mulher me disse o seguinte: "Olhe, Senadora, o BNDES é três vezes maior do que o Banco Mundial." Eu tomei um susto: "E é?!"

Como você tem vários instrumentos desses à disposição para investir na agricultura familiar, na construção civil, na infraestrutura para as nossas grandes empresas, e você não investe, você mata a economia. Está matando a economia, desempregando as pessoas...

Isso me chamou a atenção porque eu sou médica, mas os engenheiros me procuraram, jovens cujas famílias eu tenho certeza de que ajudaram, fazem uma pequena construtora, constroem dez casas, vendem, e a Caixa Econômica paga. Eles me procuraram e me mostraram... Os imóveis prontos, há mais de oito meses. Eu fui à Caixa Econômica ver se era verdade. Para cada imóvel, havia pelo menos cinco pessoas com cadastro apto. Um ano sem repassar esse dinheiro para esse pessoal, sem autorizar!

Vários engenheiros, fora os armazéns de material de construção, fora tudo, desempregando pedreiros, todo mundo, e eles pedindo um emprego de dois salários mínimos para sobreviver. E devendo, porque, quando você não recebe, você não paga aos trabalhadores. Fichado em Serasa, SPC, essa coisa toda.

O que eu quero dizer é o seguinte: o País tem jeito. São decisões políticas. E os americanos fizeram isso. O Presidente chamou indústria e bancos. Tirou 5 trilhões do Tesouro Nacional. Cinco trilhões. "Está aqui, bancos: dois anos de carência vocês vão dar, e eu quero os meus empregos de volta.". Aqui nós temos os bancos brincando de ganhar dinheiro, os estatais... E eu digo: se eu fosse banqueira, o céu de brigadeiro é o Brasil. Quase 50% do Orçamento da União - é só olhar, não sou eu quem está dizendo, está lá - vão para pagar juros e serviços de uma dívida que ninguém sabe...

Se eu tenho 40% da oitava ou nona maior economia do mundo, por que eu vou me preocupar em emprestar, Paim? Claro que eu não vou, porque eu já tenho garantido... Entendeu?

Eu sei que me estendi, mas é só para mostrar que isso é bem maior do que a gente pensa. Não é só o médico ir para lá, em defesa da saúde básica e fundamental. Não quer dizer que você não tenha que ter a média e alta complexidade, que vamos ter sempre, mas, se a básica funcionar, a gente já reduz o número de gente. Vão ficar praticamente os acidentes de moto, que já são uma epidemia.

Mas é isso aí.

Eu quero mais vez agradecer a cada um, pedir desculpa, mas eu vou pegar... A gente pode pegar as palestras, e, com certeza, eu vou usar.

Eu gosto dessas audiências públicas, porque eu costumo dizer: a gente dá visibilidade ao problema, porque pode não haver nenhum Senador aqui, só o Paim, mas o Brasil todo está assistindo. Então, conhecimento é poder, e isso aqui é o que vocês estão fazendo.

Obrigado ao Otávio, ao Heleno, ao Donizete... O Senador Paulo Paim, que esse é...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Achei que iria passar por mim e não iria me citar...

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN) - Antônio Gonçalves, Jorge Alves e Denílson Magalhães.

Eu fui secretária de saúde, havia dificuldade de médico, e uma vez eu fui para uma reunião, aqui... Era a Associação dos Secretários Municipais de Saúde. Aí, havia um do Maranhão, que se levantou, e eu ri. Ele disse: "Eu não perco nenhuma formatura de médico na região todinha.". Eu disse: "Por quê?". Ele disse: "Porque eu já quero ver se contratam". Entendeu?

Então, não são médicos...

Outra coisa: congelaram os cursos de Medicina. Tudo bem que não fossem criar novos, mas por que proibiram às faculdades de Medicina, que são excelência até para o mundo, por 20 anos, abrir qualquer vaga para médico. Entendeu? Não criam novas faculdades de Medicina...

E frisando: o que falta em tecnologia para os cubanos sobra em examinar o doente e visitar a casa e ver as condições sanitárias, essa coisa toda. Por isso que Zenaide sempre foi a favor, apesar de a maioria dos meus colegas não ser, mas eu sempre tive essa opinião. E Mandetta riu porque na primeira semana aqui como Deputada botou nós dois. Aí, quando eu digo: desafio, isso os cubanos sabem fazer.

E outra coisa, o Revalida, na hora em que você faz em qualquer país do mundo, você tem os mesmos direitos dos outros médicos. Quem fizer o Revalida vai dizer: "Eu não quero ir para o interior, não, eu vou para a capital". E aquilo era um programa da Opas, entendeu? Por isso que a Zenaide teve coragem, mesmo como médica, de defender.

Obrigada a vocês.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Muito bem, Senadora Zenaide Maia. Meus cumprimentos pela fala, uma bela fala de encerramento.

Se alguém quiser fazer alguma consideração... Senão, nós encerramos. O.k.? Posso encerrar? *(Pausa.)*

Eu agradeço a todos.

Vou dizer, porque foi citada a Emenda 95... Sabe que chegou aqui, de uma iniciativa popular, a proposta de que a gente derrotasse de forma definitiva, revogasse a Emenda 95. Aí, eu tive a ousadia - como sou Presidente da Comissão -, avoquei a relatoria, dei o relatório final. E sabe que o Plenário lotado aprovou por unanimidade a revogação da Emenda 95? Esta Comissão já fez o dever de casa, agora foi para as outras Comissões.

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN) - Como se bota na Constituição que mesmo que o País saia da crise econômica não pode investir em saúde? O próprio Governo agora já está revendo isso, porque fica difícil. É muito difícil você... Eu considerei a Emenda 95 assim: quem já morre hoje por recurso, morra por mais 20 anos; quem já vê seus entes queridos serem assassinados, veja por mais 20 anos. Porque, na verdade, o que o Congresso disse naquela época ao povo brasileiro foi isso. E eu botei o dedo: Não! Embora parecesse um ET.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Para dizer que com a Emenda 95 todos aqui demonstraram preocupação, começou com o Denílson de lá e veio. E eu informei agora aqui que esta Comissão já tinha aprovado que deveria ser revogada a Emenda 95. Claro, depende das outras comissões.

Muito, muito obrigado a todos, àqueles que assistiram a nós durante todo esse período aqui e nas suas casas, também pela Rádio Senado e pela Agência Senado.

Voltaremos porque esses são temas que nós vamos ter que debater sempre: saúde, educação, segurança, previdência... Eu sempre digo que a saúde tem que estar em primeiro lugar. Sem saúde, você não estuda; sem saúde, você não consegue...

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN. *Fora do microfone*.) - De olho no PLN 4.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RS) - Isso! Agora ela está já anunciando que ela vai para lá, porque é agora.

Está encerrada a audiência pública. *(Palmas.)*

Obrigado.

(Iniciada às 09 horas e 04 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 11 minutos.)