



CONSELHO  
NACIONAL DO  
MINISTÉRIO PÚBLICO

ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA DO PROGRAMA "MAIS MÉDICOS"  
(Realizada em 29/07/2013)

Aos vinte e nove dias do mês de julho do ano de dois mil e treze, às treze horas, no edifício-sede do Conselho Nacional do Ministério Público, iniciou-se a Audiência Pública a respeito do Programa "Mais Médicos", do Governo Federal, sob a Presidência do Conselheiro Nacional do Ministério Público e Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais Jarbas Soares Júnior. Presentes os Conselheiros Nacionais do Ministério Público, Almino Afonso Fernandes e Maria Ester Henriques Tavares; e os integrantes do Grupo de Trabalho de Proteção à Saúde da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais, Gilmar de Assis, Marco Antônio Teixeira, Maurício Pessutto, Maria Roseli de Almeida Pery e Isabel Maria Salustiano Arruda Porto. Presentes, também, o Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, Mozart Sales; o Procurador Federal dos Direitos do Cidadão, Aurélio Rios; o representante do Conselho Federal de Medicina, Carlos Vital Tavares Côrrea; a representante do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza; o representante do Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Jorge Pereira Solla; o representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Marcos Franco; o representante da Associação Médica Brasileira, Florentino Cardoso; o representante da Federação Nacional dos Médicos, Geraldo Ferreira Filho; e o representante da Associação do Ministério Público de Defesa da Saúde, Oswaldo José Barbosa Silva. Iniciados os trabalhos, o **Presidente** cumprimentou todos os presentes e, em seguida, manifestou o seu respeito ao Programa Mais Médicos como uma importante iniciativa do Governo Federal. Ressaltou que são respeitadas as críticas dos setores envolvidos, as quais merecem ser recebidas e avaliadas pelo Governo Federal e pelo Congresso Nacional. Enfatizou, ainda, o papel do Ministério Público, tendo em vista suas atribuições constitucionais, em especial a defesa do ordenamento jurídico e dos interesses sociais e coletivos, em âmbito judicial e extrajudicial. Em seguida, foi dada a palavra ao **Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, Mozart Sales**, que registrou que o Reino Unido, segundo maior sistema de saúde universal em termos populacionais, possui 2,7 médicos por 1.000 habitantes, de modo que o Brasil precisaria de mais 168.000 médicos para atingir esse percentual. Ressaltou que o Brasil, além de ter um menor percentual de médicos, tem uma distribuição desigual destes por todo o território. Afirmou que 22 Estados estão abaixo da média nacional, de 1,8 médico por 1.000 habitantes, e 700 municípios não têm sequer um médico. Mencionou que alguns países têm, proporcionalmente, duas vezes mais médicos que o Brasil e ofertam o dobro do número de vagas todos os anos, de modo que se não houver uma intervenção, a oferta desses profissionais poderá ser comprometida, de maneira grave, a médio e longo prazo. Citou que uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), de julho deste ano, mostrou que a carreira médica possui a maior média salarial do país, com 97% de taxa de ocupação, e o salário médio do médico cresceu 47% entre 2009 e 2012. Salientou que essa pesquisa também demonstrou que o crescimento da infraestrutura em relação a leitos hospitalares, estabelecimentos médicos e equipamentos de saúde foi maior do que o número de profissionais médicos inscritos na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). Registrou que nos últimos 10 anos foram gerados 146 mil postos de primeiro emprego formal contra 93 mil médicos formados, ou seja, há cerca de 53 mil postos de trabalho de primeiro emprego a mais do que médicos formados no

representante do Conselho Nacional de Saúde, **Maria do Socorro de Souza**, que registrou que existe um conflito entre governo e categorias médicas e que o direito à saúde é um direito coletivo e social. Ressaltou que, muitas vezes, em uma sociedade capitalista, há uma tendência de adotar a perspectiva da saúde enquanto problema individual, quando, na verdade, é um problema de todos. Acrescentou que o debate diz respeito a questões sociais que historicamente não foram resolvidas no país, como a desigualdade, a exclusão e a pobreza, apesar de todos os esforços de governos democráticos da política brasileira. Enfatizou que a saúde é uma face de um conjunto de desigualdades que precisam ser enfrentadas e que é necessário encontrar um caminho de mediação das instituições do Estado e instituições da sociedade. Acentuou que a discussão também é sobre a garantia do direito, a garantia do acesso com qualidade, a democratização do direito através da interiorização para prover esse direito à população das periferias e das áreas de menor desenvolvimento social e econômico. Destacou os problemas estruturais que ainda precisam ser enfrentados, a saber: o subfinanciamento; a descentralização e a interiorização; e a questão das privatizações nas relações de gerenciamento do sistema. Acrescentou que o programa não é "Mais Médico" e sim "Mais Médicos e Mais Saúde", e que seu caráter é emergencial, de modo que é necessário que avance em articulação com outras ações para adquirir uma dimensão mais estruturante e dar respostas efetivas para além do que está se propondo. Salientou que a proposta do Governo foi discutida com o Ministério da Educação. Ressaltou que colocar o Estado como regulador da formação e da prática profissional é um acerto. Afirmou que a saúde é importante para o desenvolvimento do país, entretanto ainda é encarada mais na perspectiva do gasto do que na perspectiva de investimento social. Explicou que o setor saúde, incluindo a política de saúde, gera emprego, riquezas e tem um investimento de base tecnológica importante, inclusive para a soberania do país, que também precisa ser considerada. Registrou que o Conselho Nacional tem uma bandeira antiga: pensar mudanças na Lei de Responsabilidade Fiscal a fim de garantir a capacidade dos municípios de contratar profissionais de saúde de forma mais efetiva. Consignou, ainda, que embora o programa tenha um caráter emergencial importante, é preciso avançar no Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários e, também, instituir o serviço civil. Defendeu que não se pode fugir do foco da responsabilidade social e incorrer no risco de abordar a questão da autonomia profissional através da perspectiva liberal. Destacou que não é possível se analisar o Brasil enquanto algo homogêneo e que para discutir o programa é preciso olhar para as diferentes realidades brasileiras, sobretudo na Região Norte, cuja capacidade de resposta dos municípios é diferente. Finalizou mencionando que é importante que o Governo assuma o compromisso para que a discussão não fique apenas na resposta emergencial e que se possa avançar e encontrar os melhores caminhos, inclusive com a ajuda do Ministério Público. Em seguida, o **representante do Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Jorge Pereira Solla**, usou a palavra para registrar que não pode haver uma parcela da população com direito à assistência médica e outra parcela excluída. Afirmou que é dever do Estado assegurar as medidas necessárias para que o sistema de saúde chegue a todo cidadão de forma universal e integral. Enfatizou que a exclusão social, de modo perverso, provoca maior carga de doenças e maior necessidade de recuperação da saúde de uma parcela da população. Vislumbrou que os segmentos mais excluídos são, ao mesmo tempo, os que mais sofrem com os problemas de saúde e os que menos acesso têm à saúde, em especial ao profissional médico. Explicitou que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) adotou posição fechada no sentido de apoiar o programa "Mais Médicos" incondicionalmente. Acrescentou que esse programa é uma ação governamental imprescindível para o estágio atual do sistema único de saúde e que reúne, de um lado, medidas estruturais, com mais investimentos na rede de saúde e na ampliação da estrutura física; e, de outro lado, medidas visando à ampliação de vagas para formação

se formaram. Destacou seu espanto diante dos dados de que apenas 4.657 dos 18 mil inscritos conseguiram completar o cadastro e confirmar a inscrição. Na oportunidade, consignou que os números são semelhantes aos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), no qual, apesar de 13.500 vagas, apenas cerca de 4 mil profissionais médicos submeteram-se ao regime de "servidão civil" de ganhar apenas R\$ 10 mil para trabalhar na unidade básica de saúde, assistindo a população pobre do país. Em seguida, **o representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Marcos Franco**, registrou que os municípios chegaram ao extremo de começar a pagar, nos últimos 10 anos, salários maiores que o do próprio prefeito, de modo que a possibilidade de se instituir uma carreira pública de médico nos municípios era inviabilizada, tendo em vista que o salário máximo que poderia ser pago seria o do prefeito. Ressaltou que esse fato faz com que a profissão médica não tenha concursos, ou, quando há concursos, sejam raros os municípios que conseguem cumprir a plenitude das vagas oferecidas. Descreveu a situação complicada em relação à questão do médico no município, primeiramente no interior do país e nas regiões periféricas das grandes cidades, onde a população é mais carente e existe um grau de violência ascendente. Destacou que há, nesse momento, serviços de saúde sem assistência médica, de modo que a Frente Nacional dos Prefeitos recentemente lançou uma campanha conhecida como "Cadê o médico?" justamente para tentar prover esse profissional. Acrescentou que não se sabe qual é a realidade do território brasileiro em relação às demandas sanitárias, porque a atenção básica não completa 100% da cobertura. Salientou que existem municípios que pagam, em média, mais de 20 mil reais por um médico na Atenção Básica e, mesmo com esses salários, os profissionais médicos não atendem a essas demandas. Na oportunidade, consignou que o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) reitera o apoio irrestrito ao Ministério da Saúde, ao programa "Mais Médicos" e, inclusive, aos termos da Medida Provisória. Em seguida, **o representante da Associação Médica Brasileira, Florentino Cardoso**, registrou que o Brasil tem cidades com mais de 4 médicos por mil habitantes, algumas com 11 médicos por mil habitantes, índices superiores aos europeus, como o Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória, Porto Alegre e Brasília. Questionou a qualidade da saúde pública dessas cidades, a despeito de possuírem índices superiores a índices europeus. Destacou que o Governo quer sempre mais e mais, enquanto a sociedade deseja qualidade. Afirmou que não existe saúde de qualidade só com acesso. Salientou que o acesso precisa ser de qualidade. Exemplificou que se alguém for a um médico e tiver um pequeno ferimento no pé, sendo diabético, e o médico não atender adequadamente, vai causar gangrena, sepsia, acabar com o membro amputado. Acrescentou que se essa pessoa andasse mais 30 quilômetros e encontrasse com um médico de qualidade, ele resolveria o problema e não haveria amputação. Mencionou que o Brasil é um dos que mais amputa doente diabético no mundo e é vice-campeão em Hanseníase, uma doença curável que existe desde a Bíblia. Declarou que o Ceará é o estado com maior número de médicos matriculados no Provab, no entanto metade dos locais de trabalho não têm maca para examinar os doentes. Pontuou que 70%, 80% não têm fita métrica e balança para pesar e medir crianças. Enfatizou a existência de subfinanciamento, má gestão e corrupção, que é desenfreada no país. Questionou a afirmação de que se vai melhorar a saúde pública através de mais médicos, diante do quadro de corrupção nos Estados. Comparou tal afirmação com a ideia de se chamar mais cozinheiros onde o povo passa fome, sem que haja feijão, arroz, trigo. Ressaltou que deseja e defende, com muito ardor, que a saúde pública precisa melhorar, porque é caótica neste país. Consignou que Fortaleza, quinta capital do país, tem mais de 5 mil pacientes vistos por médicos esperando endoscopia digestiva alta e 4 mil esperando colonoscopia. Mencionou que alguns deles têm câncer e perdem a chance de tratamento. Acrescentou que cirurgia oncológica é sua especialidade e que, em Fortaleza, quinta capital do país, já operou

emergencial diante do cenário atual. Em seguida, a **representante do Conselho Federal de Psicologia, Cynthia Ciarallo**, parabenizou a iniciativa do CNMP de fazer o debate de maneira ampla, convidando abertamente instituições, entidades outras, possivelmente por entender que a saúde definitivamente não é propriedade, não é privada de um único campo do conhecimento. Ressaltou que o coletivo, a discussão plural e as possibilidades de olhares acerca de um programa como este do Governo certamente qualificarão e darão mais elementos para compreender o processo pelo qual a saúde no Brasil vem passando, mesmo diante de uma reforma sanitária exemplar, atípica, progressista, mas que, infelizmente, ainda não conseguiu dar vazão para todos os desafios que são colocados pelo SUS. Enfatizou que o Conselho Federal de Psicologia (CFP) se coloca no debate enquanto entidade e autarquia pública, por entender que um Conselho deve se posicionar em uma perspectiva não corporativa, mas em uma perspectiva de preocupação com interesse social. Mencionou que o debate sobre um programa em que a saúde é alcançada e discutida deve ocorrer a partir da perspectiva da garantia de direitos e da oferta de serviços à população. Acrescentou que, embora não tenha expertise jurídica, tem de começar lembrando que a primeira questão inconstitucional que está em jogo é o direito à saúde, o qual não pode ser colocado em barganhas e negociações. Pontuou que as inconstitucionalidades apontadas durante o debate parecem, muitas vezes, mais vinculadas a questões de natureza corporativa do que, de fato, vinculadas à proteção e à garantia da saúde aos brasileiros do nosso país. Comentou que há muita dificuldade de diálogo com o Governo Federal atualmente e lembrou das manifestações que ocorreram no Brasil, amplamente noticiadas, sinalizando algumas demandas da sociedade que não foram escutadas, como a implementação do Plano Crack. Destacou que uma série de ações que foram colocadas sem considerar as teses e o que foi elencado nas Conferências Nacionais de Saúde, espaços legítimos para a qualificação da saúde no país. Recomendou que o CNMP retome essas teses como ponto de partida para análise do Programa "Mais Médicos", observando em que medida esse programa contempla aquilo que foi construído de maneira democrática, com participação de usuários, de gestores e de profissionais da saúde. Ressaltou que diálogo é importante e se faz fundamental dentro de um país democrático. Acrescentou que não é mais possível receber políticas de maneira unilateral e que todos precisam construí-las juntos. Por fim, consignou que sua consideração se faz em nome de um Sistema Único de Saúde integral, acessível e que considere o território de cada um na oferta de serviços de saúde não privatizados. Em seguida, o **representante da Associação do Ministério Público de Defesa da Saúde Oswaldo, José Barbosa Silva**, comentou que há grandes vitórias no SUS, como a interiorização do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos, que surgiu, inclusive, por iniciativa do Ministério Público Federal junto ao Ministério da Saúde. Acrescentou que há agora o Sistema de Relatório de Gestão, além de uma série de experiências exitosas dentro do SUS. Enfatizou que o Ministério Público Federal tem por dever a defesa dos direitos públicos subjetivos à saúde e a defesa do SUS, o qual é defendido intransigentemente, com unanimidade entre todos os membros da Associação. Pontuou que a experiência do SUS, de universalidade, de integralidade, de gratuidade dos serviços, é uma experiência ímpar no mundo, que mal ou bem está tentando crescer e atender a demanda de 200 milhões de brasileiros. Mencionou que o representante do CONASS lembrou que, infelizmente, decaiu o número de consultas feitas no Brasil de 219 milhões para 200 milhões em 2012. Declarou que esse número é espantoso, quase uma consulta para cada cidadão, e que é difícil imaginar 200 milhões de consultas ou procedimentos médicos. Opinou que não são da melhor qualidade. Observou que o discurso que permeou várias falas dessas associações é qualidade por quantidade, mas que é necessário, na verdade, de quantidade e de qualidade. Ressaltou que não se pode abrir mão da quantidade em um país de dimensão continental, com 200 milhões de pessoas e não ter, também, qualidade. Explicou que o Ministério Público, por missão

e esporte, não é o debate, pois isso deveria existir para aquela população, naquele lugar, independente da presença de qualquer outro profissional. Acrescentou que a população tem direito ao acesso a todas as políticas sociais. Opinou que não se consegue fazer promoção, prevenção, educação em saúde, pois os estudantes ainda são formados com a intenção de se tornar grandes especialistas. Exemplificou que não há docentes capacitados para a Atenção Básica, com especialização em Medicina de Saúde da Família e Comunidade, e que tenham a capacidade de ensinar e despertar a paixão pela Atenção Básica. Comentou que um dos pouquíssimos cenários de prática que garantido aos estudantes, que é o Hospital Universitário, vem sendo ameaçado com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que nega a autonomia universitária. Ressaltou que não se sabe até quando os estudantes terão seu único cenário de prática garantido, que é o Hospital Universitário, e que este ainda traz a lógica da formação 'hospitalocêntrica', negando a Atenção Básica, que é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde da população, se bem aplicada. Acrescentou que diversos problemas dos hospitais deixam clara a necessidade de um setor de Engenharia Clínica capaz de resolvê-los. Concluiu que o SUS ainda não conseguiu se estabelecer como uma rede escola e que os estudantes precisam dele para ter uma formação médica de qualidade. Destacou que, diante dos resultados apresentados pelo MEC, gostaria muito que as 11.500 vagas fossem abertas única e exclusivamente nas Universidades Públicas e que não se pode compactuar com o que vem acontecendo nas universidades pagas, que não oferecem uma docência adequada. Exemplificou que muitas delas não oferecem cenários de prática e formam os estudantes voltados completamente para a lógica mercadológica e tecnológica que vem sendo infiltrada na formação médica. Afirmou que apenas 47% dos gastos com saúde vão para serviço público, o que gera desigualdade imensa em relação ao acesso e acaba inviabilizando a equidade e a universalidade do serviço. Destacou que há 4 médicos trabalhando no setor privado para apenas 1 médico trabalhando no setor público. Discorreu sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal, indicando que tem sido utilizada como desculpa para transferir todos os setores da saúde da gestão pública para a gestão privada. Explicou que os subsídios públicos e a inversão fiscal dos planos de saúde fazem com que o médico prefira o setor privado ao setor público. Argumentou que a desorganização do sistema de saúde acaba favorecendo a concentração dos médicos nos grandes centros e para o setor privado, com a intenção de se especializar cada vez mais devido ao imperativo mercantil e tecnológico da formação médica. Manifestou que a Direção Nacional Executiva dos Estudantes de Medicina (DENEM) acredita e trabalha cotidianamente pela consolidação de um Sistema Único de Saúde 100% público, gratuito, estatal, de qualidade, com acesso universal e integral, e que nega a lógica de aprender a Medicina com a população de baixa condição socioeconômica para depois ir exercê-la no setor privado. Afirmou que os estudantes desejam um Plano Nacional de Cargos e Carreiras para profissionais do SUS, com valorização da Atenção Básica, e uma educação médica voltada para as reais necessidades da população brasileira. Por fim, defendeu que, enquanto os problemas de financiamento, gestão, contratação e formulação dos Recursos Humanos não forem resolvidos, infelizmente a população brasileira não terá um serviço de saúde 100% público e de qualidade que ela merece. Em seguida, a representante do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a médica Olga Oliveira, registrou que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem um Núcleo de Ensino muito bem estruturado e que o SAMU do Distrito Federal é diferente dos outros porque não tem prefeitos. Comentou que os médicos da Secretaria de Estado de Saúde são estatutários, concursados e que só dependem do Fundo Constitucional. Comentou que os concursados fizeram um mês de curso, diariamente, de 8h às 18h, durante 30 dias, para que fossem preparados para atender regulação, ambulância e sala vermelha, que são as salas de estabilização do paciente grave. Destacou que isso só ocorre em Brasília.

verbas federais da saúde, papel desenvolvido na 5ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público, em que é relator desse tema. Afirmou que a Audiência Pública é um marco e o seu produto está sendo objeto de anotações taquigráficas e vai gerar um documento, o qual será distribuído pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão aos Procuradores Regionais dos Direitos do Cidadão, e aos Procuradores do Direito do Cidadão nos quase 180 municípios onde existe sede do Ministério Público Federal. Pontuou que gostaria de anotar uma questão, aparte as questões que já estão judicializadas sob eventual constitucionalidade da Medida Provisória ou ilegalidade. Vislumbrou que chama atenção, e chamará a atenção do Ministério Público Federal na execução dessa Medida Provisória, a garantia da qualidade da tutoria e da supervisão desses médicos. Salientou que esse é realmente um problema. Explicou que a questão é mandar um médico para o interior, ter um tutor, 10 supervisores para atender 100 pessoas. Ressaltou que essa é uma grande preocupação, se a justiça, então, considerar constitucional, legal, e não criar nenhum empecilho à execução dessa Medida Provisória, que ainda estará sujeita ao exame do Congresso Nacional. Explicou que o Ministério Público Federal é a favor do Revalida e que conhece a história das Universidades Federais de alguns estados que validavam diploma de qualquer lugar. Destacou a luta que o Ministério da Educação teve para obter o consenso dessas Universidades Federais, que abriram mão de sua autonomia universitária para todas aderirem afinal ao Revalida, um processo que demorou dois ou três anos. Destacou que é a favor da qualidade. Mencionou que o Governo Federal entendeu que deveria submeter os médicos formados no exterior a um regime de residência no Brasil e que eles serão monitorados, assim como o residente é monitorado pelo seu docente. Explicou que foi criada uma nova conformação para poder trazê-los, não na condição de trabalhadores vinculados ao regime celetista, mas na condição de bolsistas, portanto, fugindo das obrigações da CLT. Observou que as questões trabalhistas certamente estarão aos cuidados do Ministério Público do Trabalho. Frisou que chama a atenção a possibilidade de um sistema de monitoração como esse ter eficácia. Por fim, consignou que o foco da associação será na qualidade dessa tutoria e desse monitoramento e agradeceu ao CNMP a oportunidade de reunir valioso material para que os Procuradores Regionais de Direitos do Cidadão e Procuradores do Direito do Cidadão em todo o Brasil possam acompanhar esse processo. Em seguida, o **Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, Mozart Sales**, teve a oportunidade de se manifestar sobre todos os depoimentos. Registrou que em relação à questão dos erros em relação à exposição da população no meio médico, já existem experiências, no mundo inteiro, de países que trabalham dessa forma, vinculando o exercício profissional a determinada área e determinada atuação. Explicou que a presença desses profissionais, em nenhum momento, tira a capacidade ou determina que é um profissional com meia atuação ou com meia intervenção. Esclareceu que se trata, na verdade, de um processo de recrutamento da força de trabalho por parte do país, que tem a capacidade de determinar onde aquela força de trabalho estrangeira poderá e deverá participar, de acordo com os interesses soberanos da nação. Salientou que isso não significa dizer que essa intervenção é desqualificada ou inadequada. Ilustrou com o exemplo da Argentina, em que há Programas de Formação de Pós-Graduação com intervenção restrita aos serviços de formação de Pós-Graduação. Acrescentou que se pretende criar modalidade semelhante na Atenção Básica brasileira, vinculada ao Sistema da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), com as universidades federais, ou seja, com a modalidade de formação na Atenção Básica, durante um período, e que pode ter essa intervenção restrita. Em relação à projeção da necessidade de médicos para o ano 2030, comentou que o Brasil vem se distanciando cada vez mais dos outros países quanto ao número de médicos, ao número de presença de estrangeiros e ao número de médicos formados atualmente, na correlação com a população. Em relação ao plano de desenvolvimento da carreira, pontuou que é um debate importante e que o Ministério da

atendimento multiprofissional em saúde. Comentou que não há nenhum debate sobre isso, apesar de a perspectiva da atenção e da integralidade da multiprofissionalidade ser fundamental. Explicou que, na Medicina, há 107 formas de atuar reconhecidas no Brasil, através de 54 especialidades e 53 áreas de atuação. Ressaltou que isso evidencia o pleito de discussão dessa fragmentação à medida que o rol de conhecimentos na área de saúde avança e promove a divisão entre as profissões. Mencionou que sua atuação está respaldada pelo Inciso III, do artigo 200, da Constituição, que dispõe sobre o dever do SUS realizar ordenamento da formação de Recursos Humanos em saúde. Pontuou que o direito à saúde foi escrito há 25 anos e que sua construção ainda é recente, de modo que há dificuldades de financiamento, de ordenamento no país e de articulação federativa. Destacou que a carteira de serviço que expressa integralidade e vai garantir acesso ao usuário é um aspecto fundamental para que o acesso da Atenção Básica não fique travado na média e na alta complexidade. Enfatizou que a modalidade de contratação preferida do médico brasileiro é a contratação por procedimento, por número de consulta, e não por carga horária. Exemplificou com a cidade do Recife, em que há um plano de carreira que se inicia com R\$ 10.000,00, regime estatutário para a Saúde da Família, com 40h, e que possui 42 vagas ociosas. Acrescentou que já houve dois concursos nessa capital, sem preenchimento das vagas, mesmo com carreira estabelecida. Argumentou que a pluralidade e a fragmentação da oferta no mercado de trabalho faz como que o médico ganhe mais. Defendeu que na Europa inteira não há nenhum país que remunere mais a saúde, *per capita*, que o Brasil. Questionou a possibilidade de regulação através da oferta salarial no patamar de R\$ 20.800,00, para 40 horas. Vislumbrou que a construção até chegar a esse patamar leva tempo e comentou sobre a possibilidade de discutir uma integração com 20h iniciais, com os Estados e Municípios. Sugeriu abertura para chegar a uma solução que seja satisfatória para a profissão médica, e que seja exequível no conjunto dos Estados e da União. Manifestou a intenção de expandir o setor público através da abertura de mais de 3.000 vagas, fora as 1.400 da Portaria n. 109 de 2012. Acrescentou que há investimentos para fortalecer o papel das faculdades estaduais, com a perspectiva de abertura de até 970 vagas. Afirmou que o programa confere a possibilidade de haver o diagnóstico precoce, a orientação, a avaliação, a intervenção no primeiro momento do aparecimento do desequilíbrio do processo saúde-doença, inclusive nas áreas mais remotas. Defendeu que a existência de profissionais nessas áreas irá agregar capacidade resolutiva na região e, conseqüentemente, melhorar o estágio da efetivação de diagnóstico. Explicou que, em um primeiro momento, talvez houvesse um número maior de pacientes para o sistema público e, a médio e longo prazo, o fortalecimento da capacidade resolutiva, evitando que as pessoas procurem serviço de saúde pela porta de entrada mais dramática e desestruturante, que é a urgência e a emergência. Explicitou que, se o perfil do médico brasileiro não confere a capacidade de atuar na Atenção Básica quando recém-formado, torna-se evidente a força do discurso de que é preciso melhorar a formação generalista desse médico, e, por isso, a intervenção no segundo ciclo. Acrescentou que, se há a constatação de que o médico tem dificuldades para fazer o rol de diagnóstico e intervenção na Atenção Básica, que é o nível mais primário da intervenção, há mais força no discurso de que é preciso melhorar a intervenção e a formatação com o segundo ciclo. Enfatizou que a garantia e a qualidade da tutoria será assegurada em discussão com o Ministério da Educação, as escolas de saúde pública e as residências de medicina de família de todo o país. Mencionou que tem discutido a formatação com os professores e a modelagem disso no sistema UNA-SUS e que pretende investir nisso fortemente. Registrou que está disposto a conversar e a construir o aperfeiçoamento do modelo. Por fim, afirmou que haverá forte preocupação quanto ao acompanhamento das ações de atenção básica no país como um todo. Em seguida, o representante do Ministério da Educação, Jorge Messias, registrou que o Secretário Mozart trouxe na apresentação inicial os dados estatísticos que mostram a



instituiu uma comissão temática e está discutindo a reformulação do currículo médico. Ressaltou que apostam no diálogo com a comunidade e que toda a comunidade acadêmica e médica está convidada a debater com o Ministério da Educação, por meio do CNE, sobre a adoção de um novo currículo de formação médica. Por fim, o **Conselheiro Nacional do Ministério Público, Almino Afonso Fernandes**, ressaltou a importância da saúde como um direito fundamental, que é dissociável da própria vida, e registrou sua preocupação com os argumentos trazidos ao longo do debate e a forma com que essas informações são levadas às pessoas do povo. Reconheceu o caos que a saúde brasileira vive atualmente e mencionou que a proposta do Governo Federal se justificaria somente por um único argumento, porque, em que pese as divergências em relação às estatísticas trazidas, há necessidade de aumentar os investimentos para a saúde diante das deficiências que encontradas atualmente. Enfatizou que não ouviu nenhum contra-argumento científico a respeito do plano. Saliou que a questão é séria e que o debate não pode ser restrito somente à questão corporativa. Mencionou que a representação das associações para defender o interesse dos médicos brasileiros é legítima e que os médicos brasileiros têm muitas pessoas para defendê-los: advogados e a sua própria associação de classe, que, institucionalmente, tem esse dever. Explicou que a OAB é diferente, pois tem um papel mais amplo, inclusive com previsão constitucional de defender os interesses da sociedade. Sugeriu que não há esse compromisso, pelo menos à luz da nossa Constituição e das leis regentes no país, que obrigue a associação médica, o Conselho Regional, a defender essas bandeiras. Defendeu que o Ministério Público Brasileiro, como legítimo representante da sociedade, precisa mudar esse sistema. Opinou que o projeto é audacioso e que as reações são naturais. Questionou a dignidade para o exercício da medicina diante da realidade de 700 municípios sem um médico sequer. Defendeu que de nada adiante um sistema moderno em um posto de saúde de atendimento, se não houver um profissional da medicina. Argumentou que o Ministério Público deve refletir a questão para além do aspecto da legalidade e do controle de constitucionalidade. Declarou que as demais ciências no Brasil, ao longo das últimas décadas, evoluíram para a democratização do ensino e dos serviços essenciais, enquanto a Medicina retrocedeu. Explicou que houve um retrocesso no Brasil no que se refere ao atendimento de saúde, sobretudo, aos mais carentes, porque a medicina se elitizou de tal forma que nem aqueles que subscrevem um plano da saúde conseguem uma agenda dos médicos, que relegam esses pacientes a uma segunda, terceira agenda, porque, antes, tem um cliente privado. Defendeu que o monopólio da saúde não é dos médicos brasileiros, mas um direito constitucional dos carentes e, sobretudo, daqueles que necessitam de um serviço essencial. Enfatizou a importância da intervenção do Estado e opinou que o Estado está enfrentando com muita coragem e destemor, inclusive sob a pecha de estar fraudando um sistema. Pontuou que não há médicos sanitaristas no Brasil, nem médicos públicos, em que pese o *múnus privado* da medicina, assim como é na advocacia. Reiterou que, sob o ponto de vista científico, a existência de 700 municípios no Brasil que não tem sequer um médico, já demonstra, de forma irrefutável, a necessidade, pelo menos, de se debater isso em alto nível e se respeitar uma proposição de seriedade, como esta que foi apresentada. Declarou que fala como cidadão, não como Conselheiro do Conselho Nacional do Ministério Público, e que é necessário rever a Agência Nacional dos Planos de Saúde, pois o único papel que demonstrou até hoje foi a publicação de mais 10% de reajustes nas tarifas. Criticou o argumento de que a proposta não deve sequer ser debatida, porque afronta princípios constitucionais inerentes a qualquer proposição de caráter técnico. Citou que o judiciário, que detém o monopólio de dizer o Direito, a se manifestar, inclusive, através da sua Suprema Corte, Supremo Tribunal Federal, que, negando a liminar, sustentou a impropriedade de qualquer decisão que pudesse representar um retrocesso naquilo que se tem, pelo menos como avanço de discussão, de se enfrentar o problema. Opinou que, em circunstâncias como essa, não se