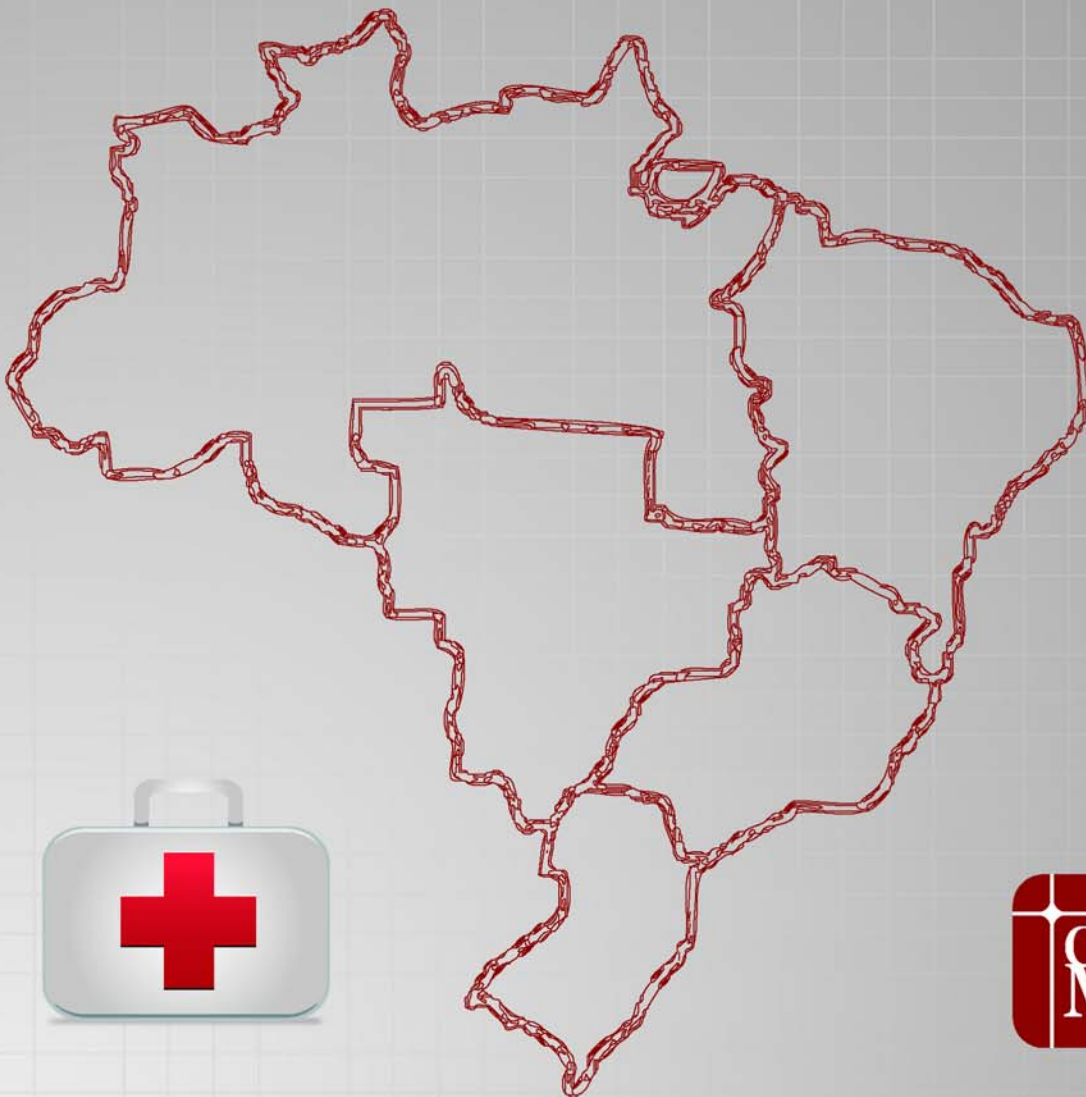


CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO  
COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS  
GRUPO DE TRABALHO - PROTEÇÃO À SAÚDE

# AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE O PROGRAMA "MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL"



CONSELHO  
NACIONAL DO  
MINISTÉRIO PÚBLICO

## ENCAMINHAMENTOS

---

**Considerando** a essencialidade do direito à saúde e à vida, previstos no art. 196 e seguintes da Constituição Federal, único valor de relevância pública assim dito na mesma Carta, cujo teor deve nortear toda a regulamentação de ações e serviços destinados à sua implementação, bem como presidir a conduta do Ministério Público;

**Considerando** os importantes elementos de informação trazidos na audiência pública promovida nesse Conselho em data de 29 de julho de 2013, oportunidade em que foram ouvidos, dentre outros, representantes do poder público e de instituições de profissionais de saúde (vide notas taquigráficas da audiência pública em anexo);

**Considerando** que o Programa Mais Médicos, instituído pela MPV 621/2013, implanta o Projeto Mais Médicos para o Brasil como política pública de saúde temporária e que também decorre da histórica defasagem no aporte, qualificação e valorização de recursos humanos no âmbito da Administração Pública federal, estadual e municipal, em relação ao SUS;

**Considerando** ser fundamental preservar a universalidade de acesso de cidadãos aos serviços públicos de saúde, o qual é ordenado pela atenção primária (art. 11, Decreto 7.508/2011), porta de entrada do SUS e alvo de incidência do Programa Mais Médicos;

**Considerando** a aparente razoabilidade dos objetivos do programa governamental no que diz respeito a: a) “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde” e b) “fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País”;

**Considerando** que são aparentemente incontroversos dados veiculados sobre a existência de centenas de municípios brasileiros com grave deficiência de acesso para profissionais médicos e sobre a necessidade de tê-los onde não há;

**Considerando** estar incluído no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (art. 200, III, CF e art. 6, III, da Lei 8.080/90), bem como, no mesmo sentido, o estabelecimento de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes para

estabelecer a articulação das políticas e programas para recursos humanos (arts. 12 e 13 da Lei 8.080/90);

**Considerando** a necessidade da “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (art. 27 da Lei 8080/90), o que torna imprescindível a contribuição dos conselhos profissionais, dentre outras organizações existentes na área da saúde, que apresentem convergência com esse propósito;

**Considerando** no mesmo âmbito ser necessária a valorização da “dedicação exclusiva ao serviço no SUS” (art. 27 da Lei 8.080/90);

**Considerando** que “os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática de ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (art. 27 da Lei 8080/90);

**Considerando** a obrigação legal de constituição de plano de carreira, cargos e salários pelos entes federativos, a qual não vem sendo cumprida em muitos dos municípios brasileiros (art. 4, da Lei 8.142/90);

**Considerando** que compete ao Ministério Público a defesa de interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127 da Constituição Federal);

**Considerando** que compete igualmente ao Ministério Público, que atua na saúde pública, priorizar as suas intervenções no sentido de que sejam adequadas as prestações de serviços aos usuários, nos termos da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS 2.488/2-11), neste âmbito também consideradas as condições mínimas para a atuação dos profissionais médicos, tais como: ambiente compatível com padrões de segurança e higiene exigíveis, fornecimento de equipamentos necessários e instalações sanitárias com o mínimo de conforto para o desempenho de suas atividades, atributos extensíveis, no que couber, ao próprio usuário;

**Considerando** que “são de relevância pública as ações e serviços públicos de saúde” (art. 197 da CF) e que compete ao Ministério Público “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição” (art. 129, II, da

CF);

**Considerando** que devem mover a atuação ministerial os critérios de utilidade e necessidade social, bem como o resguardo ao direito à saúde do usuário do SUS, constituído como centralidade da atenção de ações e serviços públicos;

**Considerando** ser “direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento” (Portaria GM/MS 1.820/09);

**Considerando** ser direito constituído a atenção ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional, capacitada e com condições adequadas de atendimento (Portaria GM/MS 1.820/09);

**Considerando** que toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos (Portaria GM/MS 1820/09);

**Considerando** a vigência legal do art. 10 da MPV 621/2013, que determina, como requisito para exercício da medicina por parte dos médicos estrangeiros participantes do programa, o registro provisório expedido pelos Conselhos Regionais de Medicina, ato que se caracteriza, juridicamente, como vinculado, sob responsabilidade das referidas autarquias;

**Considerando** que recursos humanos, disponibilizados pelo Poder Público, devidamente organizados, providos e remunerados tendem a evitar a indevida “terceirização” que pode ocorrer na atenção primária;

**Considerando** que independentemente de eventuais questionamentos legais e constitucionais acerca de temas abordados pela MPV 621/13, cumpre ao Ministério Público atuar na promoção de acesso à saúde ao usuário do SUS, colhendo preliminarmente os dados fáticos e técnicos de municípios e territórios integrantes do Programa Mais Médicos. Estes dados, reveladores da carência de ações e serviços, devem ser tomados como indicadores objetivos de grave déficit na resolutividade material do direito à saúde e, conseqüentemente, alvo prioritário da atuação ministerial, no sentido de tensionar juridicamente pelo provimento de condições mínimas necessárias, inclusive de médicos e demais profissionais de saúde, a prestação de ações e

serviços de no âmbito da atenção primária;

**Considerando** que devem integrar a atenção básica, dentre outros, os serviços relativos à imunização, saúde da criança, saúde da mulher (inclusive pré-natal), saúde mental, saúde do adolescente, saúde do idoso, saúde do homem, saúde bucal, eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão, controle de *diabetes mellitus*, DST/AIDS, vigilância em saúde, áreas de atenção que devem contar com a estratégia de agentes comunitários de saúde, além de fornecimento de medicamentos próprios desse nível de atenção;

**Considerando** que, sem qualquer juízo de valor, deve importar ao Ministério Público a incidência, dentre outras, das Portarias GM/MS 2.488/2011 (aprova a Política Nacional de Atenção Básica), a Emenda Constitucional 51/06 (contratação de agentes comunitários de saúde e agentes de endemias – regulamentada pela Lei 11.350/06), EC 63/2010 (dispõe sobre o piso salarial e diretrizes para os planos de carreira de agentes comunitários de saúde e agentes de endemias), Portaria SAS/MS 221/2008 (cria a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária), Portaria GM/MS 1377/11 (estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritária com carência e dificuldades de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família), Portaria SAS 576/2011 (estabelece novas regras para carga horária semanal de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas), Portaria Interministerial MEC/MS 2087 (institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), Portaria GM/MS 1654/2011 (institui o Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica), Resolução RDC/ANVISA 307/02 (regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde), Portaria GM/MS 340/2013 (redefine o componente d Programa de requalificação de Unidade Básica de Saúde – financiamento);

**Considerando** os princípios da legalidade, à vista da vigência do texto normativo aplicável; e da discricionariedade, que permite à Administração Pública definir as políticas públicas de governo;

**Considerando**, por derradeiro, a necessidade de se preservar a garantia da independência funcional dos Membros do Ministério Público e a inviolabilidade da atividade fim, sobre as quais o CNMP não pode se imiscuir, ressalvadas as hipóteses de descumprimento dos deveres funcionais, a teor do disposto no art. 130-A, §2º, da CF/88;

O Conselho Nacional do Ministério Público, por meio do Grupo de Trabalho de Proteção à Saúde, integrante da estrutura da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais, em vista das razões ora invocadas e das demais disposições normativas congruentes com o quanto precede,

## **RESOLVE**

tornar públicas as notas taquigráficas em anexo contendo todos os posicionamentos defendidos pelos organismos e entidades representativas participantes da audiência pública realizada na sede deste Conselho sobre o Programa Governamental “Mais Médicos”, ao tempo em que solicita, aos membros do Ministério Público com atribuições na matéria, que priorizem em suas ações a realização das seguintes diligências:

- a) mediante ofício, com prazo assinalado, proceder ao levantamento atualizado de informações detalhadas, junto aos respectivos Secretários de Saúde de Municípios que solicitaram inclusão no Projeto Mais Médicos para o Brasil, parte integrante do Programa Mais Médicos (capítulo IV da MPV 621/13), sobre as condições de funcionamento, aí abrangidos recursos humanos, equipamentos e estrutura física, da respectiva rede de atenção básica, assinalando, para além da registrada ausência/insuficiência de profissional médico, das demais irregularidades impeditivas do adequado e tempestivo cuidado ao usuário nesse nível de atenção;
- b) à vista dos dados apresentados pelo gestor público, atuar visando, inicialmente, o atendimento de requisitos mínimos para o adequado funcionamento da atenção básica de saúde, visando a implementação gradual das plenas condições técnicas previstas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS 2.488/11).
- c) dar publicidade à presente publicação, encaminhando cópia ao Conselho Municipal de Saúde, à Câmara Municipal e ao órgão regional de representação da Secretaria Estadual de Saúde.
- d) encaminhar à Comissão de Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público, no prazo de 90 (noventa) dias, informações sobre as Providências adotadas.

Para efetivação de tais objetivos, remeta-se cópia integral dos presentes encaminhamentos, bem como das notas taquigráficas da audiência pública em anexo aos Excelentíssimos Senhores



Procuradores Gerais de Justiça e ao Procurador Geral da República, solicitando sua divulgação no âmbito dos respectivos ramos.

Com idêntica finalidade, encaminhe-se cópia integral do presente despacho e das notas taquigráficas a todos os organismos e entidades representativas participantes da audiência pública.

Cumpridas as determinações anteriores, archive-se o presente Procedimento Interno da Comissão, posto que atingida a finalidade da audiência pública que justificou sua instauração, atuando-se, em separado, as informações referidas no item “d”, deste Termo.

Brasília, 04 de setembro de 2013.

**Jarbas Soares Júnior**  
Conselheiro Nacional

Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais

**Membros Auxiliares Integrantes do Grupo de Trabalho de Proteção à Saúde**

**Marco Antônio Teixeira**  
Procurador de Justiça-MP/PR

**Isabel Maria Salustiano Arruda Porto**  
Promotora de Justiça-MP/CE

**Gilmar de Assis**  
Promotor de Justiça-MP/MG

**Maria Roseli de Almeida Pery**  
Promotora de Justiça-MP/TO

**Maurício Pessutto**  
Procurador da República-MPF/SC

**Alessandro Santos de Miranda**  
Procurador do Trabalho-MPT/10ª Região

**Heiler Ivens de Souza Natali**  
Procurador do Trabalho-MPT/9ª Região



## TRANSCRIÇÃO DA AUDIÊNCIA PÚBLICA sobre o Programa “Mais Médicos” do Governo Federal

---

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Boa tarde a todos. Em primeiro lugar quero agradecer a presença dos representantes do Poder Executivo, das entidades relacionadas ao tema que atenderam o nosso pedido e se inscreveram; ao Conselho Nacional do Ministério Público. Essa é a audiência pública convocada pela Comissão dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público, com o apoio do presidente Procurador-Geral da República, Roberto Gurgel. Estão na Mesa conosco o Conselheiro Nacional Almino Afonso e a Conselheira Nacional Maria Ester que compõem este órgão, o Conselho Nacional do Ministério Público. Além disso, o Doutor Mozart, representando o Ministério da Saúde. Os colegas do Grupo de Trabalho da Saúde, do Conselho Nacional do Ministério Público, conhecidos por todos vocês, Gilmar Assis, do Ministério de Minas Gerais; o Doutor Marco Antônio do Ministério Público do Paraná, o Doutor Pessutti, do Ministério Público Federal de Santa Catarina. A Doutora Roseli, do Ministério Público de Tocantins, e minha amiga Abel Porto, do Ministério Público do Ceará. Estamos aqui aguardando a chegada do Procurador Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal, Aurélio Rios. E me desculpem se eu não posso colocar todos à Mesa, tendo em vista que o espaço é... O Plenário do Conselho é um espaço menor. Nós vamos iniciar a Audiência Pública nas seguintes considerações: o Programa Mais Médicos, ao meu juízo, é uma iniciativa, por ser um iniciativa do Governo Federal merece todo o respeito pela busca de uma solução para um problema que aflige a sociedade brasileira. Se é a melhor solução, se ela atende os requisitos constitucionais e da legalidade, princípios constitucionais, isso é uma discussão que está se travando inclusive aqui no nosso ambiente do Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério Público Brasileiro. Por certo, que por ser uma iniciativa que o Governo está buscando como alternativa. De outro lado, são respeitadas as críticas avalizadas dos setores envolvidos, os interessados, que também merecem ser respeitadamente recebidas e avalizadas pelo Governo Federal também, e pelo Congresso Nacional que vai enfrentar esse mesmo questionamento em relação à Medida Provisória inserida pela Presidência da república. De outro lado, nós todos sabemos e por isso existe, inclusive, um Conselho Nacional e o papel do Ministério Público. O Ministério Público é um ator importantíssimo nesse processo, porque estamos diante de além de um programa relacionado à saúde, o Ministério Público constitucionalmente tem atribuição para essa matéria. De outro lado, nós sabemos que... E aí eu no caso aqui, o Conselheiro Almino, que é o representante da OAB e representa muito bem a sociedade aqui nesse Conselho Nacional, a





Conselheira Maria Ester pertence ao Ministério Público. Eu falo também como membro do Ministério Público, mas me sentindo um pouco distante de uma questão mais de interesse do Ministério Público. O papel do Ministério Público é de extrema importância nesse processo, eu falo como pessoa pública, como cidadão, porque basicamente nós, o Ministério Público, é a instituição da sociedade para defender o ordenamento jurídico, defender os interesses dessa sociedade judicialmente e extra judicialmente. Na minha modesta reflexão não tenho o mínimo conhecimento desses nossos colegas aqui, especialistas no setor da saúde, mas como Presidente dessa Comissão de Direitos Fundamentais que enfrenta várias outras questões sociais relevantes, o Ministério Público tem aqui, a meu juízo, três caminhos a seguir. E a importância do papel no Ministério Público nesse processo ela é notória, e será fundamental no que virá a acontecer pela frente, diante das suas várias atribuições junto ao Supremo Tribunal Federal, desde o Município mais longínquo, da Comarca mais longínqua do País. Se o programa atende todos os requisitos constitucionais, não tem nada que possa auferir o ordenamento jurídico e princípios, eu acredito que o Ministério Público será um ator parceiro do Governo na implementação desse projeto. Se daqui se tirar conclusões dos colegas do Ministério Público, da área da saúde, se tirarem conclusões de que esse projeto precisa ser aperfeiçoado, e basicamente o Ministério Público pode fazer sugestões, eu tenho a impressão que o Governo Federal e o Congresso Nacional vão ouvir pessoas especialista nesse assunto. E a terceira posição é de entender que esse projeto fere a Constituição, fere princípios constitucionais, fere a legislação, ofende a ordem jurídica e aí o Ministério Público tem inúmeros instrumentos para agir, e eu tenho a impressão que isso pode gerar situações, inclusive nos Municípios do País. Então, para tomar uma posição, pelo menos poder esclarecer e buscando a eficiência na atuação do Ministério Público, que o Conselho Nacional do Ministério Público, que não é formado de membros do Ministério Público apenas, há uma participação social, inclusive cadeira da OAB funcionando aqui como espécie de defensor da sociedade, através do seu Presidente, o Conselho faz esta Audiência Pública exatamente porque é um tema que está na pauta da sociedade, um tema que vai se exigir uma ação do Ministério Público e esse Ministério Público tem que estar preparado para enfrentar essa questão. E buscando aqui fundamentos, esclarecimentos, um debate, se for possível, para tirar uma conclusão e orientar, se possível, as outras instâncias do Ministério Público brasileiro. Então, nesse contexto, esta Audiência Pública no estão inscritos para falar o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Nutrição, Federação Nacional de Medicina, o Conselho Federal de Enfermagem, o Conselho Federal de Farmácia, o Conselho Federal de Técnicos em Radiologia, o



Conselho Federal da Nutricionista, a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, a Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos, o Ministério da Educação, o professor da Faculdade da Medicina da Universidade Católica de Brasília e promotor de justiça, do Programa Vida, do Ministério Público do Distrito Federal, ex-Conselheiro dessa casa, Djalma Costa Ribeiro, nós vamos certamente, diante das avalizadas representações que irão participar desse debate poder colher os subsídios, não só para o Ministério Público, mas para o Poder Judiciário; para a sociedade, para a imprensa, para todo o setor médico, para o Governo. E eu tenho a impressão, tendo em vista estarmos em pleno regime democrático de um Governo Federal que se faz presente, também estará atento às conclusões desse evento. De forma que para que todos possam se posicionar dentro da lógica do programa, eu tenho o prazer de passar a palavra para o Doutor Mozart, o Secretário-Executivo do Ministério, para que Sua Excelência, em nome do Ministro Alexandre Padilha possa aqui em 20 minutos expor para nós iniciarmos então, esse debate que eu espero fecundo. E que todos possam respeitar opiniões divergentes. Até se inspirado nesse Plenário em que há muitas opiniões divergentes, debates muitas vezes acalorados, mas sempre de forma muito respeitosa. Porque como disse o Papa Francisco ontem e antes de ontem, o diálogo é pressuposto de uma sociedade e humildade é um requisito necessário para nós entendermos as posições de todos e achar, se possível, é o que nós esperamos o ponto comum. Então, senhor Secretário, com a palavra Vossa Excelência.

**O SR. MOZART SALES (Secretário-Executivo do Ministério da Saúde) –** Bom dia. Obrigado pela apresentação. Eu queria saudar o Conselheiro Jarbas Soares, Presidente de Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Cidadão, do Conselho Nacional do Ministério Público; Doutor Carlos Vital 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, Maria do Socorro, presidente do Conselho Nacional de Saúde; o Jorge Solla, representando o Conselho Nacional de Secretários de Saúde; e o Marcos Franco, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Florentino Cardoso, Presidente da Associação Médica Brasileira; o Geraldo Ferreira, Presidente da Federação Nacional de Medicina; o nosso colega de Governo, Paulo Speller, Secretário da Educação Superior, do MEC; e todos aqueles que estão aqui, Conselheiros do Conselho Nacional do Ministério Público, e também Presidente de outras instituições conselhais e todas as entidades classe que se encontram aqui nesse momento. Primeiro dizer que é muito importante esse debate, o Ministério Público, eu particularmente, dou filho de um Procurador de Justiça, fui dentro de casa acostumado a ver o embate, acompanhei a construção do Ministério Público com a Lei Orgânica 31, com a Constituição de 88, com as prerrogativas inerentes ao Ministério Público, cada vez mais consolidadas na perspectiva da defesa dos



interesses difusos, sociais e coletivo da sociedade. Os membros com a sua característica de fiscalizar a lei e defensores da sociedade são elementos importantíssimos nesse debate. Eu acho que o Conselho Nacional mais uma vez está na vanguarda dessa construção, em chamar o Ministério da Saúde, em trazer as instituições para o debate democrático, para a avaliação desse cenário. Estou bastante satisfeito e em do Ministro Alexandre Padilha colocar o Brasil e nós do Ministério da Saúde estamos aqui estudando esse tema, estudando essa matéria há mais de um ano. O Brasil se encontra em uma situação intermediária entre as nações que têm um percentual de número de médicos proporcional ao conjunto da sua população. Se nós observarmos o conjunto de países que têm Sistema Universal de Saúde, tem uma saúde pública construída e um patamar de grande evolutividade, em boa quantidade, nós estamos no patamar inferior dessa escala. Nós temos números inferiores à África e números superiores a alguns países da América Latina, mas a todos esses outros nós temos números inferiores na perspectiva da referência de médicos. Se nós vamos ter uma referência do Reino Unido, que é o segundo sistema de saúde universal em numero de população; em número de habitantes que é o chamado NHS nós tínhamos que ter mais 168.000 médicos, para atingir o percentual que hoje tem o Reino Unido, que é o percentual de 2,7 médicos por 1000 habitantes. O Brasil além de ter um número percentual de médicos menor do que o conjunto desses Países, ainda tem uma distribuição desigual. Nós temos 22 Estados que estão abaixo da média nacional de 1,8; 700 municípios que não tem sequer um médico residindo nesse próprio município. As condições de desenvolvimento socioeconômico, o desenvolvimento social. (...). Nós observamos que no ano 2000, nós tínhamos 0,76 médicos por mil habitantes. Essa faixa era toda abaixo de 1 por mil habitantes e nós já tínhamos uma melhora aqui em 10 anos chegando ao patamar de 1.83. Essa é a pirâmide etária do conjunto dos médicos brasileiros. No ano 2000 nós tínhamos aqui esse meio da pirâmide mais alargado do que a sua base e um número de mulheres menor do que o número de homens. O que aconteceu em 2010? Esse meio da pirâmide se deslocou para cá, ele diminuiu, a base está mais alargada, um maior número de médicos jovens e um maior número de mulheres. Isso fruto da diminuição das vagas de cursos de Medicina na década de 70 e 80, e a demanda por médicos ter aumentado significativamente, além de termos também um envelhecimento da população médica. Esse é o que mostra um aumento do número de cursos de Medicina nos últimos 10 anos, mostrando que apesar de não ter uma política mais efetiva regulatória por parte do Estado houve um aumento de 370% na Região Norte, 151% na Região Nordeste, 112% do aumento do número de vagas na região Centro Oeste, o que melhorou aquele quadro nacional. Essa é a relação entre os inscritos no vestibular e a oferta de vagas das graduações em saúde. A expansão dos cursos de saúde no Brasil na última década provocou uma diminuição da correlação entre candidatos por

vaga nos cursos da saúde de uma forma geral. Essa é uma perspectiva do aumento e da correlação em termos de 100% dos cursos da área de saúde e da abertura de cursos, mostrando que os cursos cresceram de forma significativa, e a Medicina, em 10 anos, diminuiu percentualmente. Ou seja, a Medicina cresceu no número de vagas, mas percentualmente em relação aos outros cursos na área de saúde, ela passou de 7% para 3,9% em relação às áreas totais da área da saúde. Nós tivemos cursos como a Enfermagem que teve um aumento de 765% no número de vagas, inclusive situações que nós consideramos inadequadas e precisamos trabalhar outra perspectiva do ponto de vista do papel regulatório do Estado, porque é impossível gerar postos de trabalho e ocupação suficiente para o aumento de vagas dessa monta. Essa é a perspectiva que nós temos em relação à evolução de ingressos e egressos em Medicina e percentual de não concluídos. A Medicina tem uma característica muito específica, além de ter essa condição aqui de 95% se formar em seis anos sem perder uma única cadeira, o que é fruto, inclusive, da condição de entrada dos alunos no curso, isso também é único, ela mostra uma perspectiva de ausência de vagas ociosas. Ou seja, nós temos hoje na Medicina em torno de 108 mil vagas, em seis anos, de alunos matriculados, para algo em torno de 16817 ingressantes. Isso mostra que o número de matriculados na Medicina é superior ao número de vagas de ingressantes. Os alunos não desistem de serem médicos, eles ficam e se formam em sete ou oito anos, mesmo aqueles 5% que não se formam em seis anos. Essa é a correlação com os outros cursos, a Medicina está abaixo de zero, o número de vagas ociosas na faculdade, aqui estão os cursos de saúde com o número de vagas ociosas significativo. Se fala que o Brasil tem muitas escolas médicas e fala que o Brasil tem muitas vagas de Medicina. Nós aqui no Brasil temos 200 escolas autorizadas, porém nós temos um patamar de vaga por escola que é da ordem de 86 vagas por escola/ano. Quando nós comparamos com o Reino Unido, o Reino Unido tem 212 vagas por escola/ano. Quando nós falamos dos Estados Unidos, tem 156 vagas por escola/ano, a Argentino e a Espanha acima de 200 vagas por escola/ano. Quando nós fazemos uma correlação do número de vagas por habitantes/ano, então nós temos aqui uma situação que a Argentino é 3,2 vagas por 10 mil habitantes, a Inglaterra com 1,5, a Espanha com 1,5, a Austrália com 1,4, e o Canadá e o Brasil 0,8. Porém o Canadá tem um processo de recrutamento da força de trabalho muito forte, em algumas das suas províncias chega a ter 66%, como é o caso de Ontário e de Quebec, chega a ter 66% do número de médicos, médico estrangeiros. Se o Brasil fosse ter o mesmo número de vagas de Medicina que tem a Argentina, teria que ter 62 mil vagas no vestibular, se fosse fazer a mesma quantidade de vagas da Espanha e da Inglaterra, seriam 29 mil, e da Espanha e Portugal cerca de 31 mil vagas no vestibular. Hoje nós temos autorizadas em torno de 19, mas em funcionamento 17.299. Portanto, os países do mundo formam... Eles têm

hoje, em alguns casos, duas vezes mais médicos que o Brasil do ponto de vista proporcional e eles formam mais do que nós, praticamente o dobro de número de vagas todos os anos, o que aponta para um cenário, se não tiver uma intervenção, gravíssimo do ponto de vista da oferta desses profissionais no médio e longo prazo, e esses são os números mundiais. Essa é a perspectiva em relação, por exemplo, à Enfermagem, que tem 133 mil vagas ofertadas, fruto daquele aumento nos últimos 10 anos, e 71 mil vagas só ocupadas, o número de vagas ociosas. Desses que se formam 42 mil, e dos 42 mil que se formam só 12433 têm vagas de primeiro emprego na Enfermagem com 11,5% de aumento do crescimento do salário real. Na Medicina nós temos um número de vínculos de médico na ordem de 900 mil vínculos no CNES, com 302 mil médicos registrados, o que dá mais ou menos 2,8 ou 2,9 vínculos no CNES por cada médico registrado. Essa é a perspectiva do número de empregos de primeiro emprego para o número de formandos no ano anterior, com 59% em sete anos do aumento do crescimento real do salário. Essa perspectiva de geração de postos de trabalho de primeiro emprego é importante que se coloque que ela é fruto da... Dados da Caged e Rais do Ministério do Trabalho, que mostram dados de carteira assinada e regime jurídico único, aí não estão incluídos os vínculos por cooperativa, que é uma modalidade de trabalho muito comum na Medicina, nem por pessoa jurídica, nem a modalidade de consultório liberal privado e nem também a residência médica. Portanto, são só regime celetista e regime jurídico único. Essa é a perspectiva do ponto de vista. Essa linha de um aqui, se nós tivéssemos um emprego formal para cada formado no país. Essa linha azul é a Medicina com o número de empregos formais de primeiro emprego, maior do que o número de formados em... No ano anterior. Essas são as outras profissões de saúde com um número de formados no ano anterior menor... Aliás, maior do que o número de empregos gerados. Então de todas as outras profissões de saúde, a Medicina com mais empregos gerados e primeiro emprego do que o número de médicos formados. O perfil da carreira médica em uma pesquisa do Ipea agora de julho desse ano mostra que nós vamos... A Medicina está em primeiro lugar com a maior média salarial, o regime de carga de trabalho, 97% de taxa de ocupação e 93% de cobertura previdenciária, e que o salário médio do médico passou... É 47% maior em 2012 do que era em 2009, dados agora de julho de 2013 do Ipea. Essa é a comparação dos salários médicos dos médicos na equipe Saúde da Família, aqui o azul no setor público e aqui no setor privado também dados da Caged e Rais, pesquisa da Unescon com a UFMG, aumentando também no setor privado. Essa é a evolução do salário médio real praticado no mercado formal segundo profissão de saúde mostrando as outras profissões em relação à evolução do salário real. Isso aqui é descontado a inflação, descontado o IPCA, e aqui a evolução do salário real da Medicina. Esse é um dado importante que é a perspectiva em relação a uma pesquisa que foi feita no

Datasus e publicada no jornal Folha de São Paulo... Aliás, Estado de São Paulo no último dia 14 de julho mostrando um crescimento da infraestrutura em relação a leitos hospitalares, estabelecimentos médicos e equipamentos de saúde, correlacionado com o número de médicos inscritos no próprio CNAES e mostrando que a infraestrutura teve crescimentos maiores do que o número de profissionais. Esses são dados de pesquisa realizada também pela UFMG e pela Unescon, mostrando a dificuldade de contratação dessas especialidades no setor privado e no setor público. São dados de pesquisa em hospitais grandes, com mais de 100 empregados, mostrando a relação das especialidades, a dificuldade das especialidades de contratação, e o percentual de postos vagos nessas especialidades em hospitais. Ou seja, para cada 100 vagas ofertadas no setor privado para Anestesiologia, nós temos 8,7 de vagas ociosas, de vagas não ocupadas. E essa é a distribuição nessas especialidades, também pesquisa da UFMG. Nos últimos 10 anos, nós geramos 146 mil postos de primeiro emprego formal contra 93 mil médicos formados, um dado que é da ordem de 53 mil postos de trabalho de primeiro emprego a mais do que o número de médicos formados no Brasil. E nós temos uma perspectiva da abertura de 38.441 novos postos de trabalho só com investimentos do Ministério da Saúde até o ano de 2014. Esses são os dados, as políticas aí colocadas, atenção básica, viver sem limite, crack, câncer, urgência e emergência, saúde indígena, aqui com o total dessas políticas e tem também, evidentemente, as UPAs, que é a política de urgência e emergência. A nossa intervenção pensada e discutida é que o Brasil possa ter um patamar de um número de médicos ativos da ordem de 600 mil médicos em 2026, quando nós observamos hoje que os Estados Unidos tem 911 mil médicos para 310 milhões, seria um pouco parecido, em torno 2,6, 2,7 em 2026. Como nós estamos apostando na perspectiva de ter 11.500 novas vagas de graduação, com 12.400 novas vagas de formação de especialistas na área de residência, que também é muito importante. Essa é uma perspectiva e um olhar em cidades que discutimos a capacidade instalada e a possibilidade que tem com investimentos e com acompanhamento, capacitação de preceptoria, estruturação da rede de aumentar a graduação em Medicina e a pós-graduação na modalidade de residência nas regiões Norte e Nordeste. E também aqui a discussão que nós temos sobre o segundo ciclo no curso de Medicina, no chamado modelo inglês, que é a perspectiva de nós termos uma intervenção e uma participação desse estudante durante dois anos no serviço público na área do SUS, no atendimento, informação e no treinamento em saúde. Por quê? Na verdade há uma perspectiva da ordem em nível mundial nos sistemas públicos de ter uma intervenção desses profissionais médicos durante o seu ciclo formativo por conta da necessidade de ter uma formação generalista expressiva, pela impossibilidade de muitas vezes ter um ciclo formativo terminal dentro dos seis anos, pela perspectiva de evitar especialização precoce e a condição de



ter muitas vezes o acesso à especialidade de forma direta sem uma visão generalista do processo formativo. Os países do mundo que utilizam um processo formativo acoplado à formação de graduação e que tem evidentemente de sete a oito anos na sua formação articulada, muitas vezes, como é o Tratado de Bolonha, na Europa, articulado com o próprio mestrado dentro da graduação. Isso varia de país para país, mas com certeza os países estão apostando nessa intervenção nos temas de saúde e na perspectiva de ter algo integrado à formação. Em relação aos dois ciclos, é o que nós estamos defendendo, a duração de dois anos, supervisão técnica pela instituição de ensino, uma bolsa custeada pelo Ministério da Saúde, aproveitamento para programa de residência, também de uma parte dessa formação do chamado dois anos no segundo ciclo, e a perspectiva de nós temos a capacitação de preceptoria e a organização da rede. O Ministério da Saúde está investindo em infraestrutura, discutindo condições que possam melhorar, nós fizemos um censo nacional das unidades básicas de saúde, na verdade o SUS expandiu muito nas últimas duas décadas, fundamentalmente na última década um investimento grande de expansão na atenção básica, nós detectamos que nós temos no SUS hoje algo em torno de 10 mil unidades básicas de saúde que estão em estruturas alugadas porque a necessidade de prover acesso foi muito mais forte e mais rápido do que a capacidade que o sistema teve de prover instalações adequadas, e é por isso que o Ministério da Saúde fez esse censo nacional com os gestores municipais e estaduais e está propondo investimentos nas unidades básicas de saúde para construir seis mil novas unidades básicas de saúde e reformar e ampliar cerca de 11 mil novas unidades básicas de saúde com recursos na ordem de 2,4 bilhões que já estão aprovados e que já estão em andamento, e outros que já começam a ser repassados para os municípios recursos adicionais do valor de 2,7 bilhões para a construção dessas seis mil e a reforma e ampliação de 11 mil. No total você vai ter algo em torno de R\$ 7 bilhões só na atenção básica para esse processo de reforma, construção e ampliação de unidades públicas de saúde básica, sem se falar nas UPAs e nas unidades hospitalares que também está aí o elenco do investimento. Nós temos feito medidas que têm sido medidas articuladas com o conjunto das instituições e com o próprio Ministério da Educação, como é o Proavab, que é um programa de valorização da atenção básica que tem a supervisão de universidades, a matrícula e a participação de médicos. Nós temos 3.592 médicos brasileiros nessa estratégia, que melhora a sua formação com um ano na atenção básica e de maneira supervisionada após um ano ele pode ter 10% de bonificação no momento de realizar a prova de residência, se for aprovado e tiver, evidentemente, a supervisão sendo favorável durante um ano de seu acompanhamento. E também a implantação do desconto da dívida do FIES, que é 1% ao mês por cada mês trabalhado na atenção básica, e nós já verificamos que tem em torno de 3.500 médicos que estão no Saúde

da Família que têm direito a requerer e que vão poder abater a sua dívida a partir de agora no momento em que realizarem trabalho na atenção básica, se eles trabalharem 40 meses no âmbito da atenção básica vão poder diminuir 40% da sua dívida, quem estudou no ensino privado e que teve acesso ao sistema do FIES. A chamada nacional é o edital para chamada para médicos brasileiros para trabalhar em periferia de grandes cidades e municípios do interior das regiões Norte e Nordeste preferencialmente, uma bolsa de 10 mil com ajuda de custo integralmente paga pelo Ministério da Saúde com duração de até três anos com curso de especialização. Esse é um arcabouço jurídico normativo do programa, desde a medida provisória, o decreto de regulamentação, as portarias interministeriais que tiveram algumas republicações por questões de datas e algumas por errata, e também os editais do Ministério da Saúde e os editais do Ministério da Educação em seu conjunto do arcabouço normativo que regulamenta o programa. A atuação dos médicos estrangeiros no mundo, os médico que se graduaram no exterior, a Inglaterra... 37% dos médicos que atuam na Inglaterra formados fora da Inglaterra, dos quais 27% fora da comunidade européia, 10% da comunidade européia. Nos Estados Unidos, 25% dos médicos que atuam nos Estados Unidos foram formados fora de lá, os Estados Unidos têm médicos de 125 países, têm um processo de recrutamento de força de trabalhos importante. A Austrália 22%, o Canadá 17%, e o Brasil 1,79%. Nós identificamos nesse processo... Evidentemente, que nós temos dificuldades em relação a nossa língua, porque ela tem evidentemente um padrão diferente em relação à própria língua latina, mas também existiam as condições de financiamento do sistema e a capacidade de competição em um mercado de trabalho extremamente especializado que tem um patamar remuneratório alto. O Brasil não podia e não tinha condições de entrar nesse jogo da discussão desse processo de recrutamento da força de trabalho e dos processos de construção disso. Evidentemente que isso tinha desequilíbrios também, tanto tinha desequilíbrios que a Organização Mundial de Saúde, em 2010, elaborou o código global de recrutamento da força de trabalho em saúde para evitar que se faça um processo de recrutamento muito brutal em relação aos países, inclusive que têm força de trabalho especializado, como era o médico, como foram os casos históricos do Malawi e do Nepal, do próprio Paquistão, casos citados no Lancet e em outras literaturas mostrando o recrutamento de força de trabalho muito expressiva e que levaram a problemas em relação a alguns países. Esses são os dados dos Estados Unidos, 941 mil médicos nos Estados Unidos para 310 milhões de habitantes, 243 mil médicos estrangeiros de 127 países, 58% deles atuando na atenção básica. Os Estados Unidos têm um programa... Primeiro, dos 267 mil médicos que fizeram a certificação entre 87 e 2006, 62% teve aprovação, eles atendem majoritariamente parte da população que não possui seguro de saúde, população vulnerável dos grandes centros e aqueles que residem em áreas rurais. São dados da Associação



Médica Americana, um artigo de 2010, acompanhando todo o papel dos médicos estrangeiros nos Estados Unidos. Os Estados Unidos definiram as chamadas áreas de escassez dos profissionais de saúde, e o departamento de saúde aprovou a renúncia do visto G1... J1 para aqueles que ficarem... Que têm que voltar ao seu país para aqueles que resolveram ficar nos Estados Unidos, mas que concordam em trabalhar durante três anos em uma área de escassez na atenção primária ou saúde mental. Não só o mercado de trabalho é regulado para aquela região, como o próprio visto também é regulado para essa região, sob pena de ele ter que voltar para o seu país. A Austrália tem um programa de certificação avançada também para regiões localizadas, enfrenta o problema da escassez de profissionais de saúde principalmente em áreas rurais e remotas, têm áreas de difícil acesso e de problemas geográficos como a nossa, criou um programa que é esse que está aí voltado para médicos estrangeiros. As críticas são de que eles ficam em áreas isoladas, recebem pouca ou nenhuma supervisão, ou de que não podem viver em um local de sua própria escolha. Essas são as críticas na Austrália, mas esse programa já tem muitos anos, dos 1.452 novos médicos em áreas rurais na Austrália entre 2000 e 2008, 82% eram estrangeiros, médicos formados fora da Austrália. Em 2008, os médicos formados fora constituíam cerca de 40% da força de trabalho em áreas rurais da Austrália, mostrando a importância desse processo de parceria, de intercâmbio, de recrutamento da força de trabalho nos países que são desenvolvidos e que têm, evidentemente, um patamar de atenção à saúde importante. Nós estamos observando o que esses outros países do mundo fizeram ao longo do tempo, chegaram a esses números expressivos de participação da força de trabalho estrangeira. Temos condições hoje de oferecer um patamar de remuneração que pode competir com essa força de trabalho especializadas nos outros países e estamos exigindo habilitação para o exercício da Medicina no país de origem, possuir conhecimento em língua portuguesa e ser proveniente de um país com mais médicos por mil habitantes do que o Brasil, portanto, só podem participar os médicos que têm exercício profissional em países com mais de 1,8 médicos por mil para evitar, evidentemente, inclusive, desequilíbrio muito grande aqui na América Latina, na África, em países que têm número de médicos inferior e que esse programa brasileiro poderia gerar esse desequilíbrio. Esses profissionais irão ter acompanhamento e avaliação por três semanas em universidades públicas brasileiras, avaliação e supervisão permanente por universidades públicas e secretarias estaduais e municipais de saúde, e essa autorização é condicionada para exercer a Medicina exclusivamente na atenção básica nas regiões do programa. Esse processo de acompanhamento e de definição do exercício de trabalho é vinculado à atenção básica com essas condicionantes de acompanhamento e de supervisão e usando o modelo de que outros países fizeram, de você poder estabelecer uma concessão de um registro para exercício profissional condicionado um rol



de atuação e de intervenção exclusiva na atenção básica. Essa é a estrutura do programa que está pensada em relação à tutoria, à supervisão e ao número de médicos, também uma referência regional administrativa para acompanhar o desenvolvimento do programa no âmbito dos territórios dos Estados, em conjunto com as secretarias estaduais, o Cosems e o próprio Ministério da Saúde, são as chamadas Coordenações Estaduais Descentralizadas que nós estamos pensando. Tem também uma ajuda para deslocamento, passagens aéreas para o médico e no máximo dois dependentes. A bolsa será de R\$ 10 mil mais alimentação e moradia, isenta do imposto de renda, está na previsão legal na própria medida provisória, e também a inscrição na Previdência Social para efeito dos condicionantes da seguridade social. Em relação à bolsa de ajuda de custo por região, essa condição, inclusive, da inscrição na Previdência Social já encontra similaridade na modalidade da residência e na modalidade inclusive da bolsa de educação pelo trabalho da Lei 11.129. Para a Amazônia Legal, região de fronteira e áreas indígenas serão três bolsas de ajuda de custo de 10 mil; para Município do Nordeste, Centro Oeste e Vale do Jequitinhonha duas bolsas; para capitais uma bolsa. No caso da Faixa I e II, 70% no início e 30% com 180 dias. Na Faixa III uma ajuda de custo única por esse processo. Essa é a modalidade... A interface de inscrição dos médicos que podem participar do programa, tem um e-mail para tirar dúvida; ciclos, nós estamos pensando em cada 45 dias para a oferta. Esse é o cronograma de recepção dos médicos brasileiros, como a própria medida provisória preconiza e nós estamos obedecendo e formatando dessa maneira. Os médicos brasileiros terão prioridade absoluta tanto no ponto de vista da escolha como também do ponto de vista da oferta e da lotação inicial nos Municípios, portanto, os médicos brasileiros irão fazer... E os possíveis médicos estrangeiros formados no exterior, brasileiros formados no exterior e estrangeiros terão esse outro cronograma mais extenso, que inclusive é dependente do cronograma dos médicos brasileiros, da lotação, da escolha prioritária e da oferta dessas vagas para os médicos brasileiros no primeiro momento. No segundo momento, os brasileiros formados no exterior e, somente no terceiro momento, aí sim, os estrangeiros. Essas são as previsões legais do modo de acolhimento e de avaliação que estão contidas na MP e na portaria. A constituição de uma comissão político-pedagógica nacional e de avaliação para a construção do modo em parceria com as federais e a aprovação na avaliação. O modo de acolhimento acontecerá em oito capitais, uma carga horária inicial de 120 horas, a língua portuguesa... Será avaliada a competência em língua portuguesa dos médicos estrangeiros em situações cotidianas da prática médica no Brasil, e essa proficiência será aferida e regulamentada pelo Ministério da Educação, e depois ele terá continuidade das aulas de língua portuguesa ao longo dos três anos de especialização em módulos subsequentes. Essa é uma perspectiva dos assuntos que serão tratados de maneira prioritária, é uma perspectiva do curso de especialização,

essa também é uma lógica colocada em relação ao curso de especialização, que ele está (...). São as responsabilidades dos Municípios no caso da moradia, da alimentação, recepcionar os médicos participantes, oferecer transporte adequado, aderir obrigatoriamente ao programa de qualificação das unidades básicas de saúde, ou seja, a melhoria na infraestrutura será necessária e fundamental. Se o Município não tiver aderido ao programa de qualificação não poderá participar do programa Mais Médicos porque nós entendemos que as situações inadequadas e insuficientes de infraestrutura precisam ser sanadas com a máxima rapidez. E também toda a parte em relação à legislação, as médicas gestantes e as garantias desses profissionais. Do ponto de vista da duração, são previstos três anos, com a possibilidade de uma prorrogação única por igual período; o registro profissional, caráter provisório vinculado ao exercício de atividade na atenção básica, exclusivamente na localidade a ser relacionada; será titulado como especialista em atenção primária no sistema de saúde brasileiro, é claro que isso... Pelas universidades públicas; o visto... Será concedido um visto de caráter especial com a vigência de três anos. Essa especialização em atenção básica no sistema de saúde brasileiro terá evidentemente que depois ser submetida ao processo de regramento da especialização *lato sensu* que é observada no âmbito da comissão de especialistas da MB, CFM e CNRM, nós temos discutido inclusive a possibilidade de podermos ampliar isso para aqueles que queiram ficar no território brasileiro e fazer o processo de revalidação plena para continuar no exercício além do programa. Será concedido visto de caráter especial com vigência de três anos, com possibilidade de renovação por igual período; e o registro de trabalho poderá ser fornecido também para seu dependente ou acompanhante. Em relação à mudança de cidade, será possível o desligamento do programa por essas causas aqui, estão previstas. Esses são dados... Estou encerrando. São dados da relação parcial do total de Municípios cadastrados prioritários, 1.676, 92% dos Municípios ditos prioritários pela relação de médicos por habitante, pela mortalidade infantil, pelos indicadores sanitários, pela perspectiva inclusive dos agravos, nós tivemos uma participação de 92% deles e o total de Municípios cadastrados, 3.511, 63% dos Municípios do território nacional. O total de médicos brasileiros com cadastro completo, nós tivemos um total de 3.891, total de médicos estrangeiros com cadastro completo cerca de 766, o total de médicos com cadastro completo, então, 4.657. São números dessa madrugada quando foi encerrado o sistema. Em relação aos médicos que conseguiram completar o cadastro, nós temos um patamar inicial de 4.657. Nós tivemos uma solicitação por parte dos Municípios, foi da ordem de 15 mil vagas nesses 3.500 Municípios brasileiros, tivemos até agora 4.687 médicos, dos quais 3.800, algo assim, de brasileiros. A questão da alimentação e moradia é algo que nós estamos discutindo, inclusive o termo de compromisso dos Municípios e será objeto de oferta. A oficina descentralizada por unidade



federativa para recepção e logística da chegada dos médicos e organização de novas etapas, nós vamos fazer durante o transcorrer do mês de agosto, na segunda quinzena, para que possamos ter uma articulação com o Conaes e o Conasems, com o conjunto das universidades também, um acompanhamento da chegada e da logística de recepção desses profissionais para que possam ter o curso de acolhimento, a integração com a realidade sanitária brasileira e que possamos também no início de setembro já com os brasileiros e na segunda quinzena com os estrangeiros. Os aspectos relativos ao financiamento nós entendemos que são importantes. O Brasil precisa avançar em um processo de financiamento da saúde, entendemos que isso é algo fundamental, percorrer o caminho que as outras nações têm, a própria Presidenta da República tem afirmado que o Brasil gasta 27% do que gasta a Argentina, 47% do que gasta o Chile, portanto, é um debate que a sociedade brasileira precisa se pronunciar e o Governo também construir caminhos para que nós possamos financiar de maneira mais adequada a saúde, somos favoráveis a isso; o aprimoramento da gestão com o Decreto 7.508, contrato organizativo de ação pública entre entes federados é algo fundamental para estabelecer o processo de oferta da carteira de serviços, a regionalização da assistência, o grau de competência no sentido da garantia da integralidade da atenção. É algo que nós precisamos, construir caminhos para isso para que possamos, no arranjo federativo do Brasil, que tem a União e 27 Estados e 5.565 Municípios, com autoridade sanitária, com autonomia federativa, estabelecer compromissos e responsabilidades adequadas com o financiamento estruturado e com o planejamento definido para oferta àquele que é fruto e é objeto de nossa intervenção, que é o cidadão brasileiro e a cidadã brasileira do ponto de vista do acesso. Eu acho que isso é uma característica fundamental. A Lei de Responsabilidade Sanitária é algo que nós precisamos também construir, debater e afirmar, fundamentalmente a construção inclusive do chamado 'ficha suja da saúde', que nós possamos ter aqueles que evidentemente utilizam de maneira inadequada, com desperdício dos recursos públicos e sem compromisso com o processo de gestão é... E é afinado, afirmado e aferido isso pelos indicadores de desempenho, desqualificados em relação a sua condição de gestor. Eu acho que esse é um processo de aprimoramento do nível de gestão brasileira. A base produtiva, que também é algo fundamental porque o Brasil tem uma balança comercial negativa da ordem de R\$ 10 bilhões por ano no setor de fármacos e equipamentos. Nós temos a Farmanguinhos, que é uma indústria farmacêutica que é a 5ª indústria farmacêutica da América Latina, só com mercado do SUS. As parcerias são chamadas de desenvolvimento produtivo, a PDP. As 48 PDPs que estão em andamento e mais as 25 que estão por contratar será algo fundamental para tirar o Brasil. E o processo de renovação tecnológica, desenvolvimento de novas tecnologias para que possamos ter um sistema de saúde adequado à população brasileira. Portanto, financiamento, marco da gestão e recursos humanos,

dentro dos recursos humanos a essencialidade. E nós estamos aqui, senhores Conselheiros, para reafirmar a essencialidade da profissão médica, a fundamental... Como é fundamental contar com profissionais médicos, mesmo na atenção multiprofissional. A saúde se faz de maneira multiprofissional, as equipes terão que ter enfermeiros, as equipes de Enfermagem, técnicos de uma forma geral, mas fundamentalmente tem que ter médicos, tem que ter médicos que possam realizar essa assistência, possam qualificar esse processo essencial. Nós do Ministério da Saúde temos clareza disso. Enfim, eu queria agradecer aos senhores, acabei me alongando bastante, mas são detalhes muito expressivos do programa. Vamos ouvir a todos, ouvir os Conselheiros, ouvir as entidades, estamos dispostos a um bom debate. A democracia é o cerne hoje que preside o nosso país. O Governo brasileiro se sentiu no direito de tomar essas decisões importantes, que outros países lá atrás tomaram e que chegaram em patamares hoje diferentes do processo de organização do seu sistema de saúde e da regulação. O papel e o caráter regulatório do papel do Estado na formação dos profissionais de saúde é algo que não se pode abrir mão. E aí não se trata de nenhum Estado Ditatorial, eu tenho aqui dados de uma pesquisa de mestrado também da Universidade Federal de Minas Gerais mostrando como é na Alemanha, na Inglaterra, na Bélgica, na Holanda, na França, nos Estados Unidos e no Canadá, a formação dos profissionais de saúde, porque um profissional de saúde, médico, custa entre 150 e 250 mil dólares para ser formado; um residente US\$ 100 mil ao ano. E a essencialidade do seu papel junto à sociedade mostra que o Estado... E aí não é Governo, e aí não é partido político, é o múnus público da sociedade que está colocado perante o Estado, determina que você tem que ter uma atividade regulatória importante para evitar que situações como a da Enfermagem com aviltamento salarial e da profissão com 765% de aumento de vagas em 10 anos, ou situações como a da Medicina, que nós precisamos alavancar... Esperamos contar quando as questões se colocarem no âmbito do Congresso e com a participação e mediação do Ministério Público para o debate efetivo e democrático com as entidades médicas brasileiras das quais eu tenho o maior respeito pelos seus presidentes e pelas suas representações, pelo que defende historicamente de valores para a sociedade brasileira e para o conjunto da Medicina e, com certeza, teremos um momento de sentarmos e construirmos esse diálogo e construirmos essas saídas para a população e para a saúde brasileira. Muito obrigado. *(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** - Agradeço ao Dr. Mozart Sales, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, convido Sua Excelência para sentar. Eu quero fazer alguns registros aqui, a presença do Subprocurador Geral da República, Aurélio Rios, Procurador Federal dos Direitos dos Cidadãos, do Ministério Público

Federal; dizer que a audiência pública está sendo gravada, será transcrita... Serão transcritas as manifestações e, posteriormente, o material disponibilizado. Também quero registrar para as entidades participantes que se assim entenderem poderão entregar os seus arrazoados, os seus posicionamentos, por escrito, que farão parte desse documento final da audiência pública. A ordem do trabalho... Dos trabalhos será feita de acordo com as inscrições, que eu já me referi aqui. E após... Os Conselheiros Nacionais do Ministério Público, o Procurador Federal dos Cidadãos... Da Defesa do Direito dos Cidadãos, do Ministério Público Federal, os membros do GT da Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público... Da Comissão de Direitos Fundamentais, farão os seus questionamentos aos expositores para exatamente formarem as suas convicções. Aí, em seguida, nós vamos também permitir alguma inscrição do público que possa fazer algum questionamento. E, ao final, nós voltaremos a palavra às considerações do Ministério da Saúde. Assim, eu tenho o prazer de convidar o Dr. Carlos Vital Tavares Corrêa para usar, pelo tempo de 10 minutos, a tribuna, em nome do Conselho Federal de Medicina.

**O SR. CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA (CFM)** - Ilustre Procurador, Dr. Jarbas Soares Júnior, em face da exiguidade do tempo, permita-me em seu nome cumprimentar os demais ilustres membros da Mesa e igualmente preclaro as autoridades senhoras e senhores. Essa audiência pública, além da oportunidade de esclarecimentos sobre o programa Mais Médicos, instituído pela MP 621, constitui espaço privilegiado para debates ideológicos, de planejamento estratégico e ações indispensáveis aos fins colimados pelo Estado Brasileiro, consolidado como Estado Democrático de Direito em sua carta magna, matriz valorativa jurídica das disposições legais, entre outras obrigações constitucionais, com atribuição de assistência universal, integral e igualitária à saúde de sua população. Portanto, o Ministério Público, por essa iniciativa, merecedor mais uma vez dos nossos melhores elogios, afinal, não estão colocados em pauta de avaliação interesses governamentais, políticos, partidários e eleitoreiros, mas garantias fundamentais coligadas aos direitos da personalidade que ultrapassam o campo do direito constitucional e alcançam o âmbito dos direitos naturais, aqueles direitos sem os quais as pessoas não são tratadas como pessoas, direitos que se impõem ao legislador e até mesmo ao legislador constitucional, aos juízes, aos juristas e a todas as pessoas, como bases ontológicas da dignidade humana, posto que se trata aqui de exigência da ideia de direito. Assim as contribuições mais substantivas de análise da MP 621 por parte do Conselho Federal de Medicina serão dirigidas à impertinente arguição da sua relevância social, e apenas serão feitas observações pontuais das suas demais inconstitucionalidades no nosso entendimento. Violação do princípio constitucional do concurso público pelo ultraje do critério da meritocracia com a instituição de um pseudorregime



de estágio para a realização de atos médicos sem habilitação legal; servidão civil dos discentes de cursos médicos no país, públicos ou privados; falta de urgência para edição de medida provisória; impropriedade por regulação de matéria relativa à nacionalidade; irreverência à exigência de proficiência na língua pátria; imposição de limites territoriais para o trabalho com decorrente violação do livre exercício profissional; desrespeito ao princípio da legalidade por desatenção à Lei de Responsabilidade Fiscal, em especial aos seus artigos 16, 17 e 24, em concordância com a Nota Técnica de nº. 26, de 15 de julho de 2013 emitida pela consultoria de orçamento e fiscalização financeira da Câmara dos Deputados. No contexto dos fatos circunstanciais de uma suposta ou controversa relevância social, os Conselhos Regionais de Medicina dirimem as dúvidas com considerável número de denúncias de sequelas e óbitos provocados por erros profissionais cometidos por médicos com diplomas obtidos no exterior sem a devida revalidação. À disposição do Ministério Público. Por outro lado, na polêmica entre a falta de médicos formados no Brasil e a necessidade de autorização aos médicos com os diplomas obtidos no exterior sem a revalidação dos seis títulos para exercerem a Medicina no país, configura-se um falso dilema. Um falso dilema. A verdadeira questão se resume à disponibilidade de médicos capacitados e legalmente habilitados. Não há xenofobia por parte das entidades médicas, e não poderia haver. Esse falso dilema foi criado para se esconder a exposição da maior e mais carente parte da nossa população a profissionais sem qualificação comprovada, omitindo-se informações acerca da discriminação social, da divisão do povo em suseranos e vassallos, em primeira e segunda categoria, sob o argumento 'coautor' o cidadão de que se aceita esse meio médico ou parte de médico ou permanença doente. A atenção primária à saúde demanda o acompanhamento de pessoas ao longo de suas vidas com diferentes faixas etárias e o atendimento de maioria das situações clínicas, o que exige uma formação complexa e significativa experiência profissional, bem como requer suficiente apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de referências e contra referências e ofertas de meios de transporte tempestivos para transferências e remoções de pacientes. Em todos os países citados como exemplo para a justificativa do programa Mais Médicos, a revalidação de diplomas é prerrogativa inarredável para o exercício da Medicina, desempenhado sem cerceamento das liberdades individuais, com garantia da qualidade dos serviços e segurança dos pacientes. Nesses países a infraestrutura é adequada à prática médica e os investimentos no gasto sanitário são quase em sua totalidade bancados pelo Estado. Os médicos estrangeiros são agregados aos nativos como medida mais razoável do que a de abertura de escolas médicas desprovidas de plenas condições de ensino. Em contradição, há outro grande equívoco da MP 621, que prevê mais de 11 mil vagas em expansões de cursos e novos cursos de Medicina, quando o número de vagas já existente no Brasil é mais do que o



bastante para a projeção do crescimento populacional em longo prazo, e quando se deveria promover a distribuição demográfica das vagas e a qualificação dos cursos já autorizados, muitas vezes em balcões de negócios. A interpretação jurídica, sociológica ou terminológica da MP 621, de modo a lhe conferir relevância social, é temerária, e pode vir a ser caracterizada como a hermenêutica do desamparo. O Brasil, a dignidade e a saúde do seu povo valem mais do que uma eleição. Nós tomemos contestações documentais à disposição do Ministério Público em estudos metodológicos resistentes a mais rigorosa das críticas a respeito dos pontos aqui elencados. Por fim, espero ter mantido o compromisso com o tempo estipulado e me coloco à inteira disposição das senhoras e dos senhores. Muito obrigado. *(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Obrigado, Dr. Vidal. Eu quero reafirmar que todas as manifestações nesse exíguo tempo de 10 minutos, obviamente resumidas, podem ser encaminhadas para a Comissão de Direitos Fundamentais, que serão juntadas ao processo que foi aberto e depois será disponibilizado não só ao Ministério Público Brasileiro, mas a todos os interessados. Convido a Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro de Souza, Presidente do Conselho Nacional de Saúde, para sua manifestação também no prazo de 10 minutos.

**A SR<sup>a</sup>. MARIA DO SOCORRO DE SOUZA (CNS)** - Meus cumprimentos a todas as autoridades presentes e todos os convidados. Parabênizo aqui o Conselho Nacional do Ministério Público, na pessoa do Dr. Jarbas, pela iniciativa. Eu queria colocar que aqui eu estou representando o Conselho Nacional de Saúde, para algumas autoridades e convidados talvez haja ainda a necessidade de dizer que o Conselho Nacional de Saúde é instituído a partir do Sistema Único de Saúde com uma dimensão mais participativa, mas ele tem 75 anos de existência, em um determinado momento funcionava muito mais como uma esfera governamental de assessoramento ao Ministério da Saúde, mas com o SUS é um espaço também que tem a participação da sociedade organizada de diversos setores... De diversos atores que têm contribuído para a construção do Sistema Único de Saúde e que ajudou a conceber o SUS. Então temos lá 144 entidades. Destas, inclusive, têm 10 entidades profissionais, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Assistência Social, Medicina também, apesar de no momento estarmos com um impasse interno. Mas eu queria colocar que exatamente pela democracia participativa o Conselho tem processos eleitorais e, dentro do processo interno eleitoral, eu fui eleita presidenta do Conselho Nacional de Saúde junto com uma Mesa Diretora, nós temos a participação... Uma composição de gestores prestadores de saúde no setor privado, trabalhadores da saúde e usuários. No Conselho Nacional de Saúde, eu represento o segmento



dos usuários, mais diretamente o subsegmento dos rurais porque eu estou na condição de assessora da Contag e coloco também nesse exercício de função pública, óbvio, toda a minha militância e vida profissional dedicada aos povos do campo e da floresta. Eu quero dizer que eu também não sou da área da saúde, eu sou... A minha graduação é em Filosofia e História, a minha pós-graduação é em Política Social, pela Universidade de Brasília, e eu queria dizer exatamente isso porque nós entendemos que não dá para discutir saúde em uma perspectiva só de uma política pública. Eu acho que nós temos que colocar aqui exatamente o desafio de discutir saúde olhando direito coletivo, direito social e, nesse sentido, de fato, tem que ser tratado dentro de um ambiente muito favorável como está sendo esse aqui, do diálogo social, não dá para nós animarmos todo um conflito intercorporativo ou entre Governo e categorias médicas entendendo que o direito à saúde, inclusive pelo princípio constitucional, é um direito coletivo, é um direito social. Eu quero reforçar isso porque eu acho que nós trazemos sempre a saúde como um problema e, muitas vezes, em uma sociedade capitalista, quando nós trazemos essa perspectiva de um direito individual ou de uma dimensão como essa como vem sendo tratado o programa e as iniciativas do Governo, nós podemos incorrer no risco de que: "Olha, é um problema seu". Saúde é um problema de todos nós, mas, mais do que isso, eu acho que nós estamos aqui debatendo na dimensão de questões sociais que historicamente não foram resolvidas no país. Eu coloco isso porque nós ainda temos desigualdade, nós temos exclusão, nós temos pobreza, apesar de todos os esforços de Governos democráticos que têm nessa trajetória da política brasileira. Então, eu quero colocar aqui que a saúde é face de um conjunto de desigualdades que precisam ser enfrentadas. E nós temos que colocar isso porque... Exatamente, é em uma esfera como essa onde tem a mediação das instituições do Estado e instituições da sociedade que é preciso encontrar o caminho. E aí, nesse sentido, eu já faço uma própria rápida consideração, o programa não é 'Mais Médicos', o programa é 'Mais Médicos e Mais Saúde', e isso é fruto exatamente de uma expectativa de ter um pacto... Mais outro pacto na saúde voltado para atender os princípios constitucionais. A expectativa do Conselho Nacional de Saúde é que esse pacto seja construído com a participação efetiva da sociedade, o Governo lançou recentemente o programa Mais Médicos Mais Saúde, nós entendemos que são ações... Um conjunto de medidas, um conjunto de ações importantes, mas também já temos considerações em uma grande trajetória de debates no Conselho Nacional de Saúde que precisa avançar. Nesse sentido, eu também queria colocar que para nós não é só o debate do Mais Médicos ou mais estrutura em algumas áreas de difícil provimento. A discussão também é garantia do direito, a garantia do acesso com qualidade, é democratizar o direito. Isso é fundamental para nós do controle social. Eu acho que já foi colocado aqui que o problema não é só do Brasil, o problema de interiorizar, de prover esse direito à

população nas áreas das periferias e nas áreas mais... Com menos desenvolvimento social e econômico é um desafio, inclusive, de países ricos, não é uma prerrogativa só de países com a natureza que é, e é característico, que é o Brasil. E nós já temos feito esse debate inclusive no Fórum Social Mundial realizado em diversas edições, onde nós estivemos presentes recentemente em 2013, na Tunísia, onde o grande debate era esse, é cobertura universal, é um sistema universal, o que nós estamos defendendo para o Brasil, sobretudo para outros países emergentes. E aí reforçamos que temos problemas estruturais que ainda precisam ser enfrentados, o subfinanciamento, a descentralização e interiorização, a questão das privatizações nas relações de gerenciamento do sistema. Entretanto, nós reconhecemos que o Brasil tem uma prerrogativa diferente dos demais, que é a participação. Então, a saúde tem uma prerrogativa... O Brasil tem uma prerrogativa na saúde de ter ampla participação. E nós achamos isso muito importante porque ganhou expressão popular, ter ido à rua é porque o Brasil na verdade criou vários canais e mecanismos de diálogo nesse sentido, e onde o direito à saúde precisa ser assegurado de forma mais efetiva. Eu queria colocar também que como o Conselho Nacional de Saúde já tem 75 anos, entre dois processos, um mais concentrado como esfera mais de assessoramento governamental e outro mais democrático com a participação da sociedade, essa questão de prover condições, atenção básica, estender o serviço à população de áreas de periferias e de áreas rurais não é de hoje. Nós fizemos um levantamento em 14 conferências que o Conselho Nacional de Saúde já desenvolveu, realizou. É interessante colocar que nas conferências, a primeira, que foi em 1941, sob o comando de Presidente Getúlio Vargas, e, quando o Ministério da Saúde era coligado também com o Ministério da Educação, essa questão da falta de médicos ou da falta de estrutura no interior do país, ou em área com baixa densidade populacional, já era um problema de Estado. Já era um problema mesmo antes do advento do SUS. E é interessante que não tinha todos os recursos tecnológicos, o Governo Getúlio fez exatamente um questionário perguntando aos Estados qual era a média de médicos por 100 mil habitantes e qual era a estrutura que se tinha para dispor de serviços à população. Na década de 70... Eu estou colocando isso porque nós fizemos esse levantamento todo, na década de 70 durante o Governo Militar, inclusive do Ernesto Geisel também tinha toda essa discussão da interiorização e do acesso da população das periferias ao serviço básico de atenção à saúde, e nós já identificávamos nos anais da Conferência exatamente também as medidas que o Governo até então pensava como forma de enfrentamento. Então já havia uma posição inclusive do Governo de dizer que era utópico pensar essa cobertura com profissionais médicos ou profissionais de saúde. Havia uma proposta de voluntarismo, inclusive que sacerdotes, professores, escrivães fossem treinados para atender a população. Eu acho que temos que



colocar isso porque, com o Sistema Único de Saúde, nós vemos que tem sim avanços significativos, a estratégia da saúde da família mudou bastante o nível de cobertura, o nível de atenção. Entretanto nós queremos conjugar nesse esforço que tem sido colocado na atual conjuntura, de ter um pacto pela saúde que não seja um pacto só em nível de Governo, de gestão para gestão, não seja um pacto que crie mais ainda conflitos intercorporativos. Todos os profissionais de saúde são importantes, tanto é que o Conselho Nacional de Saúde tem uma representação de diversas entidades e muitas vezes nós convidamos essas entidades profissionais da saúde para fazer o debate, a exemplo do que foi a construção das propostas de veto ao Ato Médico. E quero também nesse sentido colocar... Nós vamos fazer um debate do programa em sua totalidade no dia 6 de agosto e convidamos também para a ocasião... Convidaremos para a ocasião as entidades médicas. Mas o parecer que o Conselho Nacional de Saúde apresenta aqui, já apresentou em outros momentos, é fruto desses 25 anos de grandes conferências e grandes debates. Nós temos registros de 35 reuniões no Conselho Nacional de Saúde discutindo essa questão. Então, o problema não é de hoje, exatamente nós podemos até perguntar o porquê não houve uma resposta efetiva. Nós entendemos que o programa Mais Médico Mais Saúde tem caráter emergencial, ele tem que avançar mais ainda articulado com o conjunto de outras ações para poder dar uma dimensão mais estruturante e mais... De respostas mais efetivas para além do que está se propondo, e aí quando o Governo traz uma proposta discutida com o MEC e com o Ministério da Educação, nós ressaltamos um caminho importante de acerto no sentido de colocar o Estado como regulador da formação e da prática profissional. Nós colocamos isso porque não foram poucos os esforços que o Conselho Nacional de Saúde já fez, por exemplo, para discutir o serviço civil. Não foram poucos os esforços que nós já fizemos de discutir a importância da equipe multiprofissional, de discutir carreira. Nós temos tido, mesmo também no âmbito do Governo e no âmbito legislativo, resistência de fazer esse debate e de enfrentar algumas dificuldades, e nós reconhecemos que o momento é oportuno e acho que está muito acertado que o Ministério Público se coloque como um dos mediadores para enfrentar alguns debates que são necessários. Eu queria só apresentar aqui no meu tempo que falta algumas considerações que nós fazemos ao programa. Primeiro... Pode passar, por favor. Eu acho que tem um debate de fundo também que ainda é convencer tanto a sociedade quanto o Estado e o conjunto dessas iniciativas... Toda uma sucessão de Governos, que a saúde é importante para o desenvolvimento do país, a saúde ainda é muito colocada em um âmbito muito mais de gasto e muito pouco de investimento. Essa concepção precisa ser enfrentada porque senão nós ficamos o tempo inteiro também resolvendo questões periféricas, tanto é que a nossa luta, inclusive para garantir que a saúde seja vista como investimento social, nós temos outras



bandeiras, entre elas um financiamento mais adequado para a saúde. E é lógico que isso também coloca e remete para nós de pensarmos a capacidade produtiva do setor. O setor saúde, olhando a política de saúde, mas olhando o setor saúde, ele gera emprego, ele gera riquezas, tem um investimento também de base tecnológica importante, inclusive para a soberania do país, que precisa também ser considerada. Nós temos, então, essa bandeira dos 10% da receita corrente bruta da União para o financiamento adequado. Com isso nós conjugamos a necessidade também de ter mudanças na lei de responsabilidade fiscal. Nós entendemos que essa forma emergencial de contratação de profissionais é importante, entretanto não dá condições de autonomia aos Municípios de contratar os profissionais de forma mais vinculada ao regime mesmo do Município. Então, se por um lado é uma medida importante, que fortalece e a ponta o caminho do Estado como regulador da formação e da alocação desses profissionais, também é preciso pensar... É necessário pensar a contratação efetiva e as condições de trabalho, inclusive os vínculos de trabalho. Por isso que o Conselho Nacional tem uma bandeira também antiga de pensar mudanças na lei de responsabilidade fiscal, garantindo a capacidade dos Municípios de contratar profissionais de saúde de forma mais efetiva. Eu já coloquei a questão do financiamento. Nós temos também como uma das nossas propostas o Plano Nacional de Carreira, Cargos e Salários para os trabalhadores do SUS, isso é recorrente em diversas conferências nacionais de saúde, nós entendemos que o pacto que o Governo está apresentando para a sociedade tem um caráter emergencial importante, mas tem que construir caminho no sentido de avançar no Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários e, como eu já coloquei aqui, exatamente, também instituir o serviço civil. Essa é uma discussão que a sociedade precisa fazer, nós não podemos fugir o foco aqui da responsabilidade social e também não pode incorrer no risco de colocar a questão da autonomia profissional em uma perspectiva liberalista. Nós estamos falando aqui de uma responsabilidade social de uma dimensão que precisa ter resposta de Estado e sociedade de forma mais efetiva, por isso o Conselho Nacional de Saúde se coloca nesse debate se dispondo a contribuir para que sejam encontrados caminhos, reconhecendo que as medidas do Governo são importantes, que precisam avançar e que a oportunidade não pode ser desperdiçada. Eu não sei se eu ainda tenho mais tempo... Eu acho que tem... Eu queria colocar aqui que tem a necessidade de regionalização da saúde. Nós sabemos que tem Municípios que têm uma limitação muito grande de prover esses profissionais. Municípios que têm dificuldades de garantir a média e alta complexidade. Municípios que têm uma infraestrutura muito precária, sobretudo na Região Norte e, como você avança nas organizações de serviço para prover as necessidades dessas populações, então discutir a outra dimensão dos 15 bilhões de investimentos é extremamente importante porque nós não podemos também olhar para o Brasil como se fosse algo muito



homogêneo. O Brasil é muito ainda desigual, inclusive na infraestrutura de serviços e o Brasil é muito desigual também do ponto de vista de outros instrumentos que conectam o Brasil e garantam uma gestão interfederativa. Eu falo isso porque quando nós vemos alguns números, o Nordeste em boa parte já tem uma perspectiva de reduzir essas desigualdades regionais e sociais, mas o Norte ainda tem uma grande diferenciação, tanto é que inclusive no nosso debate nós até levantamos a possibilidade de fatores de investimento diferenciados na Região Norte, inclusive pensando no fator de desenvolvimento que justifique orçamentos diferenciados. Então, eu quero colocar aqui que para discutir o programa, para discutir a infraestrutura, é preciso olhar as diferentes realidades brasileiras, sobretudo a Região Norte, que tem ainda uma característica muito diferenciada dos Municípios, muito diferenciada da capacidade de resposta. Se não obtiver uma ação mais efetiva de Governo e de Estado, nós vamos o tempo inteiro, como nós mostramos aqui nos dados de várias conferências desde 1941, que as medidas... As tentativas, as medidas governamentais, terminaram ficando no confronto mais corporativo, no confronto mais conjuntural, sem efetivamente dar resposta à população. Eu quero finalizar dizendo que nós estamos aqui... Eu estou na condição de presidente do Conselho Nacional de Saúde, mas lá eu represento o segmento dos usuários. Eu sou usuária do Sistema Único de Saúde, a minha família é usuária do Sistema Único de Saúde. Eu tenho duas netas, eu quero dizer que as minhas netas só veem pediatra quando vão para a emergência. Eu tenho uma mãe de 87 anos que é hipertensa, diabética, está acamada e sobrevive exatamente ao acesso que ela tem a uma equipe multiprofissionais pelo Sistema Único de Saúde e quero aqui também colocar... Eu tenho uma nora grávida de sete meses que ela só viu médico duas vezes. E eu não estou falando aqui de nenhum município da Região Norte, eu estou falando de meu Município, Valparaíso de Goiás, que é divida com o Distrito Federal. É óbvio que essa não é a maior realidade, ou não é só essa realidade, da falta de infraestrutura ou de equipes multiprofissionais para atender a população, nós temos situações bastantes também... Mudanças significativas. Eu estive em Palmas, eu estive em Borba, eu estive em diversos lugares desse Brasil já exercendo essa função pública e, de fato, nós vemos o impacto do investimento feito. Entretanto, nós reconhecemos que o Governo precisa sinalizar mais compromisso com esse pacto para que nós, simplesmente, não responda conjuntamente ao apelo da rua, mas que nós reconheçamos o esforço que o controle social, com 14 conferências nacionais de saúde, com 75 anos de existência, com 144 entidades, em sintonia com o que a sociedade brasileira discute, para que não fique simplesmente em uma resposta emergencial, mas que nós avancemos, inclusive com a ajuda do Ministério Público, a encontrar os melhores caminhos. Obrigada. (*Palmas!*)



**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Obrigado, Maria do Socorro de Souza, Presidente do Conselho Nacional de Saúde. Eu tenho o prazer de passar a palavra ao Dr. Jorge Pereira Solla, que é... Representa o Conselho Nacional de Secretários da Saúde e Secretário de Estado da querida Bahia.

**O SR. JORGE PEREIRA SOLLA (CONASS)** - Boa tarde a todos e todas. Eu queria primeiro parabenizar, na pessoa do Dr. Jarbas Soares Júnior, a iniciativa do Conselho do Ministério Público. Eu acho que é muito importante, a primeira observação que eu queria fazer, que esse debate não fique restrito à interlocução entre os gestores do Sistema Único de Saúde e representações das entidades médicas. Esse é um debate que precisa ser estendido a toda sociedade brasileira porque, em última instância, o que nós estamos discutindo é como fazer para assegurar o que está escrito na constituição do ponto de vista da universalidade da atenção. O que nós queremos é que não exista uma parcela da população que tenha direito a ter assistência médica e uma parcela que está excluída. O que nós estamos discutindo é como fazermos... Como o Estado Brasileiro pode fazer para efetivar o que está escrito na Constituição, onde diz que é obrigação do Estado, é dever do Estado, para usar o termo constitucional, assegurar as medidas necessárias para que o sistema de saúde chegue a todo cidadão de forma universal e de forma a assegurar a integralidade. E mais, nós não... Tivemos a ousadia de ir além, não basta para (...) chegar a todo o cidadão fazendo de tudo. Para alguns cidadãos deveríamos fazer mais porque seria uma forma de compensar a exclusão social que uma parcela da sociedade já tem e que faz com que ela tenha a maior carga de doença e maior necessidade de recuperação da sua saúde. Isso eu diria que é o mais perverso na nossa sociedade. Quem mais precisa, quem mais sofre com os problemas de saúde, os segmentos mais excluídos e, portanto, de maior densidade e carga de doença, de maior risco de mortalidade, são os segmentos que menos acesso têm a saúde, em especial ao profissional médico. Uma breve correção, eu não sou presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, eu sou membro da Diretoria, estou aqui representante na ausência do presidente, que não pôde comparecer, o Dr. Wilson Alecrim, o Secretário de Saúde do Amazonas, mas é posição fechada do Conselho Nacional de Secretários de Saúde o apoio ao programa Mais Médicos, um apoio incondicional ao programa Mais Médicos, compreendendo que ele é uma ação governamental, é uma ação do Governo Federal, 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, na ampliação e investimentos na estrutura física e em equipamentos, ampliação de vagas para formação de médicos na graduação, ampliação de vagas para especialização, para residência médica, mas obviamente os excluídos

da saúde no Brasil não podem esperar mais seis ou 10 anos para que venhamos formar um número um pouco maior de médicos no país. E também medidas emergenciais como um edital para a contratação de profissionais para a atenção básica. Aí algumas ressalvas importantes, eu acho que é um debate *sui generis* a essa altura do campeonato nós discutirmos se falta ou não faltam médicos no Brasil. As evidências são tão fortes, são tão gritantes, que nós não estamos falando de um problema de falta de profissionais nos pequenos Municípios, nos Municípios longínquos. Nós estamos falando de falta de profissionais nas grandes cidades, inclusive eu sou de Salvador, terceira maior cidade do Brasil, terceira maior capital, no início desse ano nós tínhamos mais de 100 postos de saúde na atenção básica, mais de 100 equipes da saúde da família sem médicos. O Município de Salvador preencheu metade dessas vagas com o Provac e está apresentado a outra metade das vagas para o Mais Médicos. Então, somente com essas duas ações é que a terceira maior cidade do Brasil vai poder... Não é alcançar uma boa cobertura em atenção básica não, porque Salvador tem a pior cobertura de atenção básica de todas as capitais. Ela vai conseguir fazer com que as unidades que existem tenham posto de trabalho médico preenchido, porque lá... A unidade existe, tem enfermeiro, tem odontólogo, tem técnico de enfermagem, só não tem médico que queira trabalhar. E essa é a primeira questão que eu queria deixar muito clara, é a carência de médicos no Brasil. Na minha compreensão, ela é uma crise de crescimento do Sistema Único de Saúde. Nas últimas semanas, tivemos a oportunidade de reunir com vários prefeitos e em todos os debates perguntar: “Quantos postos de trabalho para contratação de médicos tinha no seu Município há 10 anos?”. E aqueles Municípios que contratavam um médico, dois, agora contratam 10, 15. Nós tivemos dois processos em paralelo importantes, de um lado um gigantesco crescimento do número de postos de trabalho no sistema público de saúde com o SUS. Nós estamos vivendo quase 20 anos do programa Saúde da Família, 10 anos do Samu estamos completando esse ano, só para citar dois grandes programas que contratam profissionais médicos, mas a expansão de toda rede tem sido muito intensa na área hospitalar, na área ambulatorial especializada e na atenção básica. Essa expansão, obviamente, não foi acompanhada do crescimento do número de vagas para formação de profissionais médicos na mesma proporção. Isso não aconteceu. Diferente, inclusive, do que houve em outras profissões de saúde, afinal, não é por acaso que ninguém ouve nas pesquisas de opinião... Todas as pesquisas de opinião colocam a saúde hoje como o principal problema, e quando você pergunta ao cidadão, ao entrevistado, entre as questões relacionadas à saúde, qual é o maior problema, ele diz: “Falta de médicos”. Já está isso presente no senso comum, já está presente no cidadão. Você não ouve falar em falta de enfermeiros como resposta, você não ouve nenhum gestor dizendo da dificuldade de contratar enfermeiros, mas faltam médicos. Essa

carência é patente. Nos últimos sete anos, foram abertas mais de seis mil unidades básicas de saúde. Nos últimos sete anos, quase mil novos postos de saúde por ano o Brasil está abrindo. Nós tivemos um crescimento importante das consultas médicas na atenção básica até 2009, quando nós batemos no topo de 220 milhões... Um pouco mais de 220 milhões de consultas. A partir daí temos reduzido, pasmem os senhores, dois anos após tínhamos perdido 10% da capacidade de consultas médicas de atenção básica, em 2012 foi 200 milhões de consultas, não chegou a 201 milhões de consultas. Nós temos 33.404 equipes de saúde da família no momento cadastradas e implantadas. E é interessante que os Municípios pediram 15.460 médicos para completar os postos já existentes na atenção básica. É bom destacar isso, não me lembro de Mozart ter comentado, mas essas vagas solicitadas pelos Municípios não são vagas novas, não são vagas que não tiveram um filtro do Ministério da Saúde. Essas 15.460 vagas solicitadas pelos Municípios são vagas em unidades de saúde que já existem, que estão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e onde, nessas unidades, não constam a presença, no momento, de um médico. Nesse período em que saímos, de 98 para 2012, nós aumentamos a cobertura do PSF de 4% para 54,8%. No entanto nos três últimos anos principalmente, a partir de 2009 e 2010, a cada ano o crescimento está praticamente quase se anulando. Eu vou comentar com os senhores uma declaração do nosso Governador Jaques Wagner recente, em um ato ocorrido em Salvador, onde ele diz que tem chamado atenção a ele como, nos primeiros anos dele como governador, todos os prefeitos solicitavam convênios para construir unidades de saúde da família e que, desde o ano passado, quando ele oferece a um prefeito a oportunidade de o Estado aportar recursos para construir um posto de saúde, a resposta dos prefeitos é se negarem a construir novos postos de saúde. E argumentam que pior do que não ter um posto de saúde é ter um posto de saúde sem médicos, porque isso para a população passa uma ineficiência do poder público maior do que não ter. É interessante porque no setor saúde a oferta gera demanda. Então, se nós estamos nos ressentido da presença do profissional médico, não é por falta de estrutura. Claro que tem que ser melhorada, e até crescendo os investimentos, mas é porque já existe estrutura não ocupada, com a ausência de profissionais em número suficiente. Então eu acho que, obviamente... Eu acho que não há o porquê obrigar nenhum profissional médico a ir para Cocos, que está a mil quilômetros de Salvador, ou Mansidão, que está a 800 quilômetros de Salvador, para atuar 40 horas na atenção básica. Eu só não posso concordar é de não ter médicos que queiram, porque oportunidades de trabalho são tantas e tão bem remuneradas, tão mais vantajosas, que obviamente... É a coisa mais natural do mundo, o profissional médico prefere ficar nas grandes cidades porque lá hoje tem todas as ofertas necessárias e vantajosas de trabalho, inclusive, salarialmente, e sua família tem mais acesso a bens e serviços nas grandes



idades. O que as entidades médicas não podem é, reconhecendo que os médicos não querem, não permitir que profissionais de outros países possam vir a ocupar esses postos de trabalho, porque isso é negar à população... Uma parcela importante da população brasileira, acesso à assistência médica. Eu não posso concordar, Dr. Jarbas, que 2/3 da população indígena na Bahia nunca teve médico na atenção básica em seus territórios. Não é agora que não tem não, nunca teve e continua sem ter. E 1/3 dela tem médico esporadicamente, o profissional trabalha seis meses e vai embora, oito meses e vai embora, 10 meses e vai embora. Não é porque não tenha estrutura. O discurso da estrutura é um falso discurso, é um falso dilema. A questão é que a necessidade de profissional é tão grande que hoje nós temos que fazer leilão para contratar, tais profissionais não entram em pequenos Municípios. É leilão dentro das grandes cidades entre hospitais. No nosso Estado, nós abrimos 1.300 novos leitos hospitalares nos últimos seis anos, cinco grandes hospitais. Cada hospital desses que você abre precisa de 500 médicos e nós não formamos esse número. Eu queria registrar também um ponto importante é que o número de postos de trabalho na área de saúde por profissional, em dezembro de 2007, nós tínhamos 2,6 postos de trabalho por médico no Brasil. Em dezembro de 2010, aumentou para 3,03. Enquanto que na Enfermagem e serviço social farmacêutico a cada ano diminui o número de postos de trabalho por profissional, na categoria médica a cada ano nós temos mais empregos por profissional porque o número de postos de trabalho cresce em uma velocidade muito maior do que o número de profissionais presentes. E, outro, além de crescimento do número de postos de trabalho, houve uma mudança essencial no processo de trabalho médico. A especialização intensa, a compartimentalização do trabalho médico, faz com que você precise hoje de muito mais profissionais para exercer o mesmo tipo de cuidado ao mesmo paciente e ao mesmo cidadão. Então, a falta de médicos hoje eu diria que limita a expansão de novos serviços e, mais, se tem uma ação que pode fazer com que alavanque a contratação de outros profissionais de saúde no cenário atual é, com certeza, a disponibilidade de profissionais médicos. Outro falso dilema nesse debate, outro falso argumento, é que o problema é que não tem plano de carreira. Eu fico muito à vontade para falar porque no nosso Estado nós temos dois planos de carreira. Dois. Um contratado pelo próprio Estado com todas as vantagens de progressão para a rede pública estadual e um outro que foi criado há mais de três anos, uma fundação intermunicipal que o profissional pode migrar de um Município para o outro. E aí, pasmem os senhores, fizemos concurso como as entidades médicas reivindicam, concurso público em todas as capitais... Com provas em todas as capitais brasileiras com uma grande divulgação, com a carreira, com tudo que as entidades médicas reivindicam, 500 vagas, apenas 50 profissionais aderiram, porque dos 400 que fizeram, 350 quando eram chamados para contratar, que sabiam que tinha que dar 40 horas



mesmo, desistiam, saíam, declinavam do posto de trabalho. Eu queria só lembrar que a resistência da corporação médica a receber profissionais de outros países no Brasil não é de agora. Não é de agora. Tanto a resistência a abertura de novas vagas... É bom lembrar que com o Reuni, várias faculdades de Medicina se isolaram na não aceitação da abertura de novas vagas. Na Universidade Federal da Bahia, todos os cursos aumentaram as vagas, menos a Medicina, que continua em uma anterior. A cooperação técnica que aconteceu com Cuba antes do Governo Lula, quando o Ministro José Serra era Ministro da Saúde, é bom lembrar, ocorreram... Várias prefeituras contrataram médicos cubanos, o que nós tivemos foi uma caça às bruxas. Colegas médicos, inclusive, ameaçados de perder o CRM, e tentaram tirar o CRM, como aconteceu com o então Secretário de Saúde do Estado de Tocantins, que trouxe médicos para contratar. As entidades médicas conseguiram uma liminar, retiraram os médicos cubanos de Tocantins e, pasmem os senhores, hoje 10 anos depois, tem populações que eram atendidas por médicos cubanos em Tocantins que continuam, nesses 10 anos, sem ter um médico que viesse a substituir a falta que aqueles profissionais ali deixaram. E mais recentemente, eu não sei se os senhores sabem disso, mas como algumas universidades e alguns Municípios abriram vagas em residências médicas na atenção básica buscando atrair médicos formados fora do Brasil para, durante a residência médica, também contribuírem na assistência, o CFM baixou uma norma, pasmem os senhores, que proíbe que o médico formado fora do Brasil faça residência médica aqui se não tiver antes o diploma validado. Essa proibição não se aplica a mestrado e doutorado, apenas à residência médica. Então é muito claro o alvo, e inviabilizar de todas as formas possíveis e imaginárias qualquer brecha para que algum profissional formado fora do Brasil venha a estar atuando, mesmo que por dois anos, durante um curso de residência médica. Então, essa resistência já era esperada. Eu não posso deixar de parabenizar a Presidenta Dilma pela coragem, pela ousadia e determinação de assumir uma política tão importante para a saúde da população brasileira. Eu tenho que discordar veementemente de termos do tipo 'servidão civil', eu não acho que seja servidão um profissional devolver o mínimo do que ele conquistou do suor da população que serviu para pagar os seus estudos. Eu estudei em uma universidade federal os meus seis anos da graduação, fiz residência médica também no sistema público, fiz mestrado em universidade federal, fiz doutorado em universidade federal, sempre trabalhei no serviço público, mas por opção. Se eu quisesse eu poderia nunca ter dado uma hora de trabalho no serviço público, apesar de a população brasileira ter pagado mais de 13 anos de estudos em universidades públicas. Então, isso não é servidão. Isso é o mínimo de retorno que podemos esperar daqueles que pagam impostos e com ele pagaram acesso à educação de qualidade. E é bom lembrar que mesmo aqueles que estudam em escolas privadas, grande parte de sua



formação é feita graças à rede pública de saúde que abre espaço para estágios, para internato, para residência e etc. Da mesma forma que eu não posso considerar e tenho que repudiar veementemente essa ideia que é a violação do livre exercício profissional, definir limites territoriais para atuação. É bom lembrar que registro provisório, no Brasil, nós já temos para outras profissões, não é nenhuma novidade, talvez só para os médicos, com certeza. Vários países utilizam esses expedientes, é uma política pública de regulação... Porque eu não quero que venham médicos da Espanha para trabalhar no Hospital Aliança em Salvador, no setor privado. Não precisa trazer médicos de Portugal para trabalhar no Sírío Libanês em São Paulo. Nós precisamos trazer médicos de fora para aqueles postos de trabalho que os médicos brasileiros não querem ocupar porque não são atrativas do ponto de vista social, não são atrativas do ponto de vista dos espaços que eles têm a sua disposição hoje. Então, trazer em grande quantidade de profissionais do exterior para validar amplamente significaria apenas aumentar a disputa e a oferta de profissionais médicos nos postos mais favorecidos e mais disputados no setor privado. E, por fim, uma conclusão em relação... Um comentário sobre o revalida. Eu não sei se por causa do meu ver de epidemiologista, mas eu não consigo aceitar que um instrumento de validação nunca tenha sido aplicado para definir um padrão ouro. Não existe isso. Eu não posso fazer uma prova que se propõe em saber se o profissional formado no estrangeiro, fora do Brasil, tem uma qualificação igual ou semelhante a um formado aqui, e esse instrumento nunca foi testado com formados aqui. Eu não sei se os senhores sabem disso. Nunca foi testado. Criou-se um ponto de corte arbitrário e passou a se dizer que passa quem tiver uma nota superior àqueles 56,5%. Eu gostaria muito de saber qual seria o desempenho dos formados aqui no país. E, por fim, me assustou muito, Mozart, esses dados que você apresentou, que de mais de 18 mil inscritos, apenas 4.657 conseguiram completar o cadastro e realmente confirmar a inscrição. Não sei como é que desapareceram 14 mil inscritos nesse processo. Mas os números são semelhantes ao que nós tivemos no Provac, onde apesar de 13.500 vagas, apenas 4 mil e poucos profissionais médicos aceitaram... Submeteram-se a um regime de servidão civil de ganhar apenas R\$ 10 mil para trabalhar na unidade básica de saúde assistindo a população pobre desse país. Muito obrigado. *(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** - Agradeço ao Secretário do estado da Bahia, Jorge Pereira Solla, pelas suas palavras. Se me confundi com a figura do presidente, eu acho que falou como tal, na tribuna. E só discordar de Sua Excelência, que disse que Salvador é a terceira capital do país. Para mim, é a primeira. *(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)* E, também,



pedir desculpas, porque tinha uma faixa azul, aqui, separando os ambientes e eu só fui notar um pouco mais tarde, mas já foi retirada. Eu passo a palavra para o doutor Marcos Franco, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

**O SR. MARCOS FRANCO (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) -**

Boa tarde. Doutor Jarbas, eu queria agradecer, em nome do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, tanto o convite quanto a iniciativa, de fazer essa discussão com a sociedade brasileira. Eu acho que é extremamente importante, oportuna, eu acho que vai colaborar bastante no sentido de trazer à luz alguns dados importantes que possam ajudar o Estado Brasileiro a ter uma posição um pouco mais concreta e (...) a respeito dessa construção da cidadania brasileira. Eu falo, aqui, em nome dos municípios, em nome do doutor Antônio Carlos Nardi, nosso presidente e Secretário Municipal de Maringá, Paraná. A necessidade do médico no Brasil é uma situação que vem se gravando ao longo dos últimos anos. Eu fui secretário municipal da saúde desde 1982, portanto, seis anos antes do Sistema Único de Saúde ser implantado. Aliás, oito, porque, na prática, ele foi criado em 1988, mas foi regulamentado apenas em 1990, e, de fato, mesmo, os seus grandes princípios norteadores apenas começaram a ser implantados depois da norma operacional básica 96. Isso, em meados de 1996 a 1998, de fato, foi que o Estado Brasileiro começou a entender o SUS e a implantar o SUS. E, desde então, nós temos feito um processo de crescimento dessa atenção. Uma situação bastante importante para nós é compreender que a atenção básica, ou a atenção primária de saúde, como é conhecida mundialmente, deve ser estruturante do sistema. Eu não posso imaginar um número de consultas ou de especialidades médicas sem que isso reflita a necessidade dessa especialidade para a população. Se eu tenho uma deficiência na atenção básica, eu não sei, de fato, de quantos especialistas eu preciso, quantas ações hospitalares eu preciso desenvolver, quantos exames laboratoriais eu preciso desenvolver. Nós estamos, hoje, em um processo de construção, dentro do Sistema Único de Saúde, que, como disse o Solla, aqui, nos últimos 20 anos nós conseguimos construir 58% da atenção básica no país. E isso tem gradativamente sendo cada mais limitado, graças à necessidade do médico para ser militante nesse nível de atenção. Uma situação bastante importante em relação a esta questão, nós temos observado principalmente nos últimos 10 anos. Nós temos observado que os municípios chegaram a um extremo de começar a pagar, nos últimos 10 anos para cá, salários que são maiores que o próprio prefeito. Isso aí evitava ou limitava o município a ter concursos públicos, carreira pública do médico, porque, se eu fizesse um concurso público ou instituísse uma carreira pública de médico dentro do município, ele, no máximo, poderia ter um salário igual ou equivalente ao do prefeito municipal. Isso, de maneira

bem simples, fez com que, na verdade, a profissão médica não tivesse esses concursos, ou, quando tem esses concursos, são raros os municípios que conseguem cumprir a plenitude, cobrir a plenitude dessas vagas oferecidas. Então, isso gerou e tem gerado, no país, uma situação bastante complicada em relação à questão do médico no município, primeiramente no interior do país e nas regiões periféricas das grandes cidades do país. Todas as cidades de país que têm regiões periféricas, que tem regiões onde a população é mais carente, onde existe um grau de violência ascendente, nesse momento, nós temos serviços médicos, serviços de saúde sem assistência médica. Isso é uma situação bastante complicada para nós enquanto município. O Conasems, há mais ou menos uns quatro anos atrás, tem feito um processo de mobilização e de sensibilização do Governo Federal, no sentido de apontar essa realidade. E confesso que somente nos últimos dois anos, nos últimos três anos, é que nós começamos a ser ouvidos enquanto Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde da falta de médico existente no país. E foi preciso, de fato, um grande movimento, não só dos secretários municipais, mas, inclusive, dos prefeitos, a Frente Nacional dos Prefeitos recentemente lançou uma campanha conhecido como “Cadê o médico?”, justamente para tentar prover esse profissional, porque estavam em um processo de absolutamente falta desse profissional nos municípios. Então, isso tem feito um processo muito grave de construção um sistema saúde capenga. Nós, por um lado, não sabemos qual é a realidade de território brasileiro em relação às demandas sanitárias, porque nós não temos uma atenção básica que complete 100% da sua cobertura, e termos municípios, hoje, que pagam, em média, acima de vinte mil reais por um profissional médico na atenção básica e, mesmo nesses salários, tem feito com que, na verdade, esses profissionais médicos não atendam a essas demandas. Eu tive um professor de saúde pública, Carlos Gentile de Melo... Ele costumava dizer que a sociedade era um sistema de vasos intercomunicantes e que nós não conseguimos melhorar a saúde sem que haja um melhora significativa de toda a sociedade. E eu acho que a expressão de ir o médico em um determinado local trabalhar... Carlos Gentile até dizia que onde não há banco não há médico. E, de fato, é uma realidade bastante concreta, essa situação, não só em relação à questão de bancos, mas têm algumas pesquisas pelo Nescon, que é a Universidade Federal de Minas Gerais, que aponta a necessidade, inclusive assim, o médico não vai onde não tem shopping, onde não tem escola para os filhos, onde não tem um bom comércio, onde não tem uma boa residência, onde não tem segurança... Então, todos esses fatores associados fazem com que determinadas cidades tenham uma grande concentração do profissional médico em detrimento a estas regiões do país. Quando o Ministério da Saúde apontou a necessidade de criar programas que pudessem dar aporte aos municípios, no sentido de resolver essa questão da atenção básica, prontamente o Conasems apoiou essas questões, tanto



no Provac, que foi extremamente importante, que foi uma maneira de você conseguir esses profissionais médicos, quanto a necessidade de fazer valer, aí, a importância do Mais Médicos, e fazer com que, na verdade, esse programa do Ministério da Saúde seja, de fato, vitorioso nessa situação. Obviamente esta discussão a respeito do Mais Médicos hoje, no país, vai depender, inclusive, do próprio Congresso Nacional, e de uma avaliação da constitucionalidade. No nosso ver, existe, aqui, uma cegueira da nossa sociedade em não observar que nós criamos, ao longo desses últimos anos, cidadãos de segunda categoria, onde eles não têm possibilidade de acesso médico. Se a possibilidade de levar o médico é que vá, com ela, toda uma estrutura social, o que nós vamos ter, na verdade, hoje, no país, é o fechamento da maioria absoluta dos municípios ou das regiões periféricas do país. Então, por conta disso, eu acho que melhor situação seria, de fato, construir um processo de maior discussão com a sociedade em relação a isso para poder fazer valer, na sociedade, a visão de que, na verdade, o que nós estamos observando hoje, no país, é uma ausência do profissional médico para essa população. Então, nesse sentido, o Conasems reitera, de público, aqui, o apoio irrestrito ao Ministério da Saúde, ao programa e, inclusive, aos termos da Medida Provisória, porque nós consideramos da mesma maneira, que há uma necessidade de uma recomposição desses direitos civis da nossa categoria médica, na sua formação, em recompor essa dívida, que a própria sociedade investiu. Então, nesse sentido, nós consideramos que é extremamente importante que, na verdade, o programa Mais Médicos consiga trazer esses médicos para as nossas regiões hoje desassistidas. Então, o Conasems está à disposição nesse sentido, mas nós temos vivido grandes dilemas em relação a esta questão. Porque, na verdade, quando falta o médico, ele não vai conversar com o Ministério da Saúde, ele não vai conversar com o Secretário de Estado, ele vai conversar é com o Ministério Público e com o Secretário Municipal de Saúde. São lá, nesses locais, onde nós temos que dar essa resposta. E aí fica limitada, essa nossa capacidade de resposta. A nossa capacidade de resposta é limitada, exclusivamente, à questão da oferta desse profissional. Então, não há recursos para isso; para que haja esse recurso, a iniciativa do Ministério é uma iniciativa interessante, mas eu quero lembrar, Mozart, uma das limitações o que próprio Conasems colocou em relação a essa tendência que existe nessa situação, que é assim, uma das questões que nós colocamos é a capacidade de gestão do profissional médico. Se nós temos um profissional médico com vínculo federal trabalhando no município, a capacidade de gestão desse profissional fica bastante diminuída frente aos outros profissionais. Então, quando nós apoiamos integralmente, irrestritamente, o programa Mais Médicos, nós estamos considerando todos esses fatores, inclusive a nossa capacidade de gestão desse profissional no município. Só vai trabalhar no programa Mais Médicos um profissional que, de fato, o município tem a capacidade de gestão. Eu



acho que é isso, eu espero ter colaborado. (*Palmas!*)

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** - Obrigado, doutor Marcos Franco, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Eu passo a palavra ao doutor Florentino Cardoso, presidente da Associação Médica Brasileira.

**O SR. FLORENTINO CARDOSO (Presidente da Associação Médica Brasileira)** - Muito boa tarde. Eu queria cumprimentar o Jarbas, assim como a doutora Isabel Porto, querida do Ceará, que desenvolve um excelente trabalho na saúde pública lá do nosso estado. Nasci em uma cidade do interior do Ceará. Hoje, ela tem mais de 70 mil habitantes. Eu me formei na Universidade Federal do Ceará. Saí de Fortaleza, fui fazer residência no Rio de Janeiro, onde lá fiquei cinco anos e voltei para Fortaleza. Já tem mais de 25 anos. Se eu quisesse voltar, hoje, para a minha cidade, eu não conseguiria exercer a medicina com dignidade. Uma cidade com mais de 70 mil habitantes. Eu tenho o QI na média, mas, se eu quisesse, eu manipularia números, aqui. Enviesava interpretações. Eu conheço bem o país inteiro. O Brasil tem cidades com mais de quatro médicos por mil habitantes, algumas com onze médicos por mil habitantes. Superior a qualquer índice europeu. Cidade do Rio de Janeiro; cidade de São Paulo; Vitória, no Espírito; Santo Porto Alegre, Rio Grande do Sul; Brasília, capital federal, onde nós estamos. Como é a saúde pública dessas cidades? Mais é igual a saúde pública de qualidade? Índice superior a índices europeus? Parece que o Governo quer sempre mais e mais. Nós queremos é o melhor, nós queremos é qualidade. Não existe saúde de qualidade só com acesso. O acesso precisa ser de qualidade. Se eu for a um médico e tiver um pequeno ferimento no pé, eu diabético, e o médico não me atender adequadamente, vai fazer uma gangrena, sepsia, acaba com o membro amputado. Se eu andasse mais 30 quilômetros e encontrasse com um médico de qualidade, ele resolveria o meu problema e eu não estaria amputado. Se eu lhes disser que o país Brasil é um dos que mais amputa doente diabético, um dos mais que amputa no mundo? Se eu lhes disser que o Brasil é vice-campeão em Hanseníase, uma doença que é curável e existe desde a Bíblia? Moro na quinta cidade do país, Fortaleza, trabalho no Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, único do Estado que faz transplante de medula óssea, o hospital que mais faz transplante de fígado no país. Público ou privado? Ranking 1. Se eu lhes disser que, se a vigilância sanitária do meu estado fosse cumprir a RDC, resoluções, normas, fechariam o Hospital Universitário Walter Cantídio? Se eu lhes disser que, no que Provab, Programa de Valorização da Atenção Básica, só no nome, o meu estado, Ceará, é quem tem mais médicos matriculados no Provab. Se eu lhes disser que metade dos locais onde eles estão trabalhando

não tem maca para examinar os doentes? Se eu lhes disser que 70%, 80% não têm uma fita métrica e uma balança, para pesar e medir uma criança? Nós principais: subfinanciamento, má gestão e corrupção, que é desenfreada nesse país. Alguém conhece algo da saúde, corrupção? Qual é o estado que não tem? E querer dizer que vai melhorar a saúde pública colocando mais médicos... Onde o povo passa fome, vamos chamar mais cozinheiros. Sem ter feijão, sem ter arroz, sem ter trigo. Nós queremos, e defendemos com muito ardor, que a saúde pública precisa melhorar, porque é caótica, neste país. Eu sou médico, atendo, ainda, graças a Deus, doentes pobres e ricos, e fico muito mais feliz atendendo pobres, me dá mais satisfação. Tem vários doentes que eu atendi... Vamos falar da minha cidade, para não falar dos outros. Fortaleza, quinta capital do país, tem mais de cinco mil pacientes, vistos por médicos, esperando endoscopia digestiva alta. 'Ué'? Foram vistos por médicos. Tem quatro mil esperando colonoscopia. Visto por médico, examinado por médico, solicitado por médico. Alguns deles têm câncer, meus senhores e minhas senhoras. Alguns deles perdem a chance de tratamento. Cirurgia oncológica é a minha especialidade. Se eu lhes disser que, em Fortaleza – repito, quinta capital do país –, já operarei doente que tinha diagnóstico há um ano e um mês? Já tinha o diagnóstico. Falta médico? Onde? Para trabalhar sob que condições? Ganhando que remuneração? Mas é oficial, não é oficiosa, não. Recentemente, seis meses atrás, eu fui em um Congresso do Conasa, a convite do Conass, em que o presidente, Secretário Alecrim, decente, inteligente, educado, fez uma apresentação que mostrou que, no estado dele, no Amazonas, não conseguia levar médico a determinado município por dez mil reais, e eu perguntei ao secretário Alecrim qual é o salário base. R\$ 1.500,00. Se eu lhes disser que, na cidade da Fortaleza, R\$ 1.500,00 é o salário base, é com o que ele vai se aposentar. É quando ele se acidenta, a mulher fica recebendo R\$ 1.500,00. É assim que trata médico? São seis anos de faculdade, curso em tempo integral, manhã e tarde. Não satisfeitos, os médicos, eles fazem – procuram fazer, porque não têm vagas para todos, se Deus quiser vai ter – residência médica, que varia de dois a seis anos. Médico não viu doente? Que história é esta? Eu posso elencar milhares de doentes vistos por médico que não conseguem fazer exame simples. Hemograma, ultrassom transvaginal. Centenas. Milhares, nesse país. Visto por médicos, solicitado por médicos. Dizer que os médicos não veem os doentes?! Desafio quem mais tem interesse em melhoria da saúde neste país que não sejam os profissionais de saúde. Porque eles vivem o cotidiano, sofrem com os doentes. Somos nós pegando no nosso telefone para ligar para um colega para atender extra, porque, se for para a fila... Sabe como é a fila do SUS da minha cidade? Uma consulta de reumatologia, em que o doente perde a chance de estar sendo tratado e fica todo torto? Para não falar da oncologia, que cela o prognóstico, matando o doente, sem oportunidade de ser tratado. Isso faz parte do cotidiano da quinta cidade desse país. As outras





não são diferentes. Enviesar números. Ora, quanto o Reino Unido investe em saúde? Qual é o percentual do PIB? Qual é o PIB de Reino Unido? Quanto o Governo Federal investe em saúde? Percentual PIB? O Brasil? O que nós precisamos verdadeiramente é de investimento. Financiar adequadamente a saúde. Sabe por que apareceram, de uma hora para outra, milhares de postos de saúde? Desenviesando os números. Quando o Ipea coloca posto de trabalho, o médico viu, lá, trabalha 41,2h. Nos postos de trabalho, é de 20h. Então, só isso aí reduz pela metade. Se eu lhes disser que, nesse momento, está sendo patrocinado, neste país, demissões de médicos para colocar os doutores do Provac e do Mais Médicos... Porque quem vai pagar é o Governo Federal, e o Governo Federal sacrifica, minha gente, estados e municípios. Nós temos uma das maiores cargas tributárias desse país. O Governo Federal é quem mais arrecada em impostos e tributos. Ao longo dos últimos 10, 12 anos, o Governo Federal vem se desonerando na proporção de investimento na saúde. Sacrificando quem? Estados e municípios. Claro, os prefeitos têm que fazer isso mesmo! Demite, porque é ele quem está pagando, do recurso do município! E, agora, o Governo Federal paga. Recebi há três dias, no meu e-mail, um depoimento, já finalizando, que dá vontade de chorar. Eu nasci meu pai já tinha 62 anos, era um caboclo desses do sertão, macho, não tem medo de nada... Igual a mim, não tem medo de nada. Mas, da minha mãe, eu herdei a sensibilidade, e dava vontade de chorar. Uma moça, que diz, mesmo, no e-mail dela, foi atraída para o Provac por causa de 10% dos pontos na residência médica, trabalha em um posto de saúde próximo a Fortaleza, em que, há três meses, não tem água, minha frente, para lavar as mãos. Então, precisamos consertar este país de outra maneira. Nós precisamos encarar, verdadeiramente, qual é o principal problema da saúde pública brasileira e nós nos colocamos à disposição para sentar, discutir, trilhar o melhor caminho que para a saúde pública brasileira. Nós só não aceitamos trapaça, mentira, enviesar número e omitir fatos verdadeiros. Chequemos, pois, Ministério Público, quais os valores que os estados e as capitais deste país oferecem em um concurso público para 20h semanais de um médico. Muito obrigado. *(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** - Eu agradeço ao doutor Florentino Cardoso, Presidente da Associação Médica Brasileira, pelas palavras. Eu acredito que essas, também, enriqueceram muito a discussão, os pontos de vista já expostos anteriormente, e passo a palavra ao doutor Geraldo Ferreira Filho, da Federação Nacional dos Médicos.

**O SR. GERALDO FERREIRA FILHO (Federação Nacional dos Médicos)** - Boa tarde, senhores. Obrigado ao doutor Jarbas Soares Júnior pelo convite. Minha saudação aos promotores presentes, aos convidados, aos palestrantes. Bem, no dia 18 de junho de 2013, eu acho que



presidida pelo doutor Mozart, foi criado um Grupo de Trabalho para provimento de médicos para áreas da escassez no âmbito o SUS. Era exatamente para sugerir essas medidas, em relação a como fazer para este profissional chegar nessas regiões. Houve duas reuniões, aí o plano passou por cima da Comissão, do Grupo de Trabalho, nos obrigando, evidentemente, a sair. Eu acho... Foi aquela tal história, colocaram um doce na nossa boca e, quando nós fomos mastigar, não tinha sabor nenhum, porque, na verdade, era uma enganação do Governo. Porque, no dia oito de julho, aí o Governo lançou essa Medida Provisória. Parece que nasceu, assim, de uma crise existencial do Governo, porque o Governo vinho em uma política de terceirizações, de construções de unidades novinhas e entregues à iniciativa privada... Aí o Governo disse... Parece que reuniu seus técnicos, aí teve uma crise existencial, vamos puxar tudo para o Estado, agora. É a mão forte do Estado regulando e conduzindo a saúde pública. A intenção, até, viu, Mozart, era até nobre, e eu até entendo, aqui, as questões colocadas pelo Ministério da Saúde e pelos secretários. Eu acho que não há problema em se quer médico, não. Eu acho que, cidade que não tem, que quer ter, é nobre, a intenção. Se nós formos olhar, assim, a premissa que move o plano, ela é nobre, é levar médicos aonde não há esses profissionais. Embora já tenha sido exaustivamente, aqui, debatido, que tem outras coisas. Quando o povo diz que quer mais médico, o povo diz que quer saúde; Mas, vamos esquecer isso e vamos dizer que o governo quer colocar mais médicos. O cidadão diz que quer médico, então o Governo quer colocar médico. Eu acho que essa intenção é nobre, e eu acho que, no fim disso tudo, que eu acredito que nós vamos ganhar, nas nossas teses, para fazer esse programa legítimo, porque ele é ilegítimo. Mas, se nós conseguirmos torná-lo legítimo, eu acho que vão ganhar o Governo e a sociedade brasileira. Se ele se legitimar. Porque, a partir dessa premissa verdadeira, o Governo foi montar, montou uma grande fraude jurídica. Esta é a realidade, e que interessa a esse fórum. O que os secretários disseram, que precisam de médicos para assistir a população. Não é verdade? E isso é legítimo. Mas, o programa, veja bem qual é a finalidade do programa... O programa Mais Médicos tem a finalidade de formar recursos humanos. Senhores secretários, nós vamos ter mil seiscentas e tantas cidades do Brasil formando médicos, formando recursos humanos. O Governo pagar para garantir assistência à população, ele montou uma fraude monumental. Eu não sei por que, porque nós nos reunimos na presença da Presidente da República e do Secretário, e ela disse "Qual é a sugestão?" e eu, também, como eu aprendi, sou do interior, como Florentino, e eu aprendi naquela velha cartilha do ABC e as quatro operações, e, depois daquilo... Resumindo, eu vou dar quatro sugestões que foram conversadas o Ministro, e a Presidente disse "Bem, vocês se queixam e se queixam... O que é que vocês propõe?" E nós propusemos. Por isso, o Ministério formou um Grupo de Trabalho. Agora, o que aconteceu depois daí é que eu queria entender. Eu

não tive a oportunidade ainda de conversar com o Mozart, porque as coisas se extremaram, mas o que aconteceu nesse intervalo entre o dia 18 de junho e o dia oito? Eu sei que aconteceu uma coisa, que foi uma entrevista do Ministro Patriota dizendo que ia trazer seis mil cubanos. Isso existiu. Agora, eu também não quero, aqui, politizar o discurso. Eu quero... O que interessa, eu acho, às promotorias, é a parte técnica. Porque o programa, evidentemente, não se sustenta, juridicamente. Para mim, que sou leigo, imagina para promotores, para advogados, para constitucionalistas. Não tem sustentação. O Governo quer dar assistência à população e diz que vai formar profissionais, formar, com uma tutoria a 800 km de distância, através da Internet. Porque o Governo simulou isso? Para fugir das obrigações trabalhistas. Agora, por que, meu Deus do céu? O médico não pode ser contrato. Eu não entendo. Eu queria entender essa lógica do Governo que quer dar assistência à população, que é uma relação de trabalho, ele vai colocar o médico para prestar assistência à população e ele criou uma fraude extraordinária. Diz que vai ter ensino. Aí, não satisfeito com isso, aí avança na fraude. Bom, já que é ensino, para justificar eu pagar por uma bolsa, e não com os direitos trabalhistas, eu vou, aqui, melhorar meus atores. Aí estendeu o curso de medicina por dois anos, segundo o Ministério da Educação, para permitir o que médicos brasileiros tivessem contato com os doentes. Que ignorância do Ministério da Educação. Não sabe – ou finge que não sabe – que os dois últimos anos da formação do médico já é na prática clínica, já é na assistência direta à população. Agora, aí, é diferente, com professores. Nos ambulatórios com professores. Não é jogado lá no interior, na cidade que os secretários de Saúde precisam, sem ninguém, não. Porque, aí, é colocar a população em risco. Nos ambulatório das universidades, nos centros cirúrgicos, prestando assistência ao SUS, mas com professores. Aprendendo. E não simulando, como o Governo quer fazer. Depois, o Governo Federal parece que dá um passo atrás e diz “não, vamos fazer o seguinte: ao invés de dois anos do curso, vamos deixar em seis anos, mesmo, e vamos transformar esses dois anos em residência médica. Já pode ser residência”. Aí, no dizer de um médico que escreveu para nós, da Federação Nacional, disse: o Governo anarquizou a formação do médico, e, agora, quer anarquizar a residência, que é uma das coisas mais sérias que existe nesse país, a residência médica. Porque, quando o profissional termina ali, ele é especialista e ele é colocado na assistência para resolver tudo de sua área. Então, residências médicas fiscalizadas pela Comissão Nacional de Residência Médica é uma coisa séria. Aí, o Governo está propondo jogar um paciente lá para – não sei quem usou o nome – Piri-piri, passar dois anos e ser supervisionado por quem? Por uma tutoria a 800 km de distância, pela Internet? Que aprendizado esse profissional vai ter? Zero! É utilização de uma fraude, onde o médico vai ser colocado na assistência, e o Governo, para não pagar salário, fazer concurso e direitos trabalhistas, aí o

Governo lança mão desse artifício. Quanto mais nós lemos o programa, mais nós nos assustamos com o desrespeito aos trabalhadores. Vocês estão percebendo o que foco, aqui, que me interessa, como Federação Nacional dos Médicos, é esse, desrespeito a toda a legislação e agindo com a mão forte e opressora em cima do trabalhador, negando direitos universais conquistados com sangue e suor dos trabalhadores e direitos que aqueles pobres, que vão para esses locais, esses quatro mil e poucos que se inscreveram, aqui, não podem abrir mão. Por quê? Porque está lá, nos tratados internacionais, que os direitos trabalhistas são irrenunciáveis. Daí que, claro, essa batalha vai ter um cunho jurídico muito forte e nós temos que saber, as promotorias precisam saber, que a Federação Nacional dos Médicos vai a todos os fóruns. Nós demos a entrada, agora, com ação civil pública, na Justiça Federal de Brasília, mas nós vamos ao Supremo Tribunal, alegar inconstitucionalidade, e nós vamos aos Tribunais do Trabalho para combater essa fraude do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Ela não se sustenta, é inviável. Bem, aí, invade área de cidadania, também, o projeto do Governo, criando trabalho forçado. Ou seja, você só recebe seu título se você trabalhar, obrigatoriamente, para o SUS; Trabalho forçado, trabalho escravo. A Federação já assumiu publicamente o compromisso com os médicos, nós vamos lutar na justiça brasileira, mas nós estamos com um pé, também, na Corte Interamericana de Direitos Humanos e na Organização Internacional do Trabalho. Esses tratados... Por quê? Porque o Brasil assinou tratados. É proibido o trabalho escravo. Se o Governo não sabe, deveria revisar os tratados que assinou. É proibido, no Brasil, trabalho escravo, trabalho forçado. Isso é impossível. Então, o Governo tem que recuar, não tem como. Aí, o estrangeiro... Olha a característica: o Governo diz "Eu quero o estrangeiro sem revalida. Por quê?" A presidente disse. "Porque nós vamos impor um local de trabalho a ele e ele não pode se deslocar dessa área de abrangência, porque, se não, ele é recambiado para o país dele, é devolvido, e sai do programa". E, aqui, na nossa Medida Provisória, a procuradora estava até olhando comigo, ali fora, ela se assombrou quando leu. Ela disse "Mas isso é impossível". Na hipótese de ele ser excluído do programa, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo, aquisição de passagem acrescida de atualização monetária. Doutores, ele vai trabalhar seis anos ou um ano, e, se ele for excluído do programa, ele vai devolver o dinheiro. Onde o 'danado' do Governo leu isso? O camarada trabalhou, ele vai devolver o dinheiro dele? Onde esses juristas do Governo estudaram? Que 'cérebro do mal' fez uma Medida Provisória dessa? Realmente... Aí diz, aqui, os casos em que pode ser cancelado o programa. Entre eles, evidentemente, você sair da sua área da atuação, porque vai ser imposto um local para você trabalhar. Só para encerrar, aqui... Eu disse que eram quatro, mas são cinco, viu, Mozart? As sugestões. Primeiro, concurso público nacional. Concurso! O Governo tem que

fazer, concurso público nacional. O Governo Federal, porque não adianta colocar para os municípios, porque os municípios não têm dinheiro, não. 20h. O mesmo valor que o Governo Federal está pagando, aí. 10 mil reais. Nós estamos propondo R\$ 10.412,00, só que é para 20h, não precisa de 40h. 20h resolve. Se o prefeito quiser 40h, aí ele estende a carga horária. Segundo, o Governo Federal paga. Repassa para os municípios. Porque nós sabemos que esse desespero dos municípios, dos secretários municipais, é porque não tem dinheiro. Aí estão todos desesperados para colocar a mão no médico do governo, porque acha que não vão pagar. Mas, na Medida Provisória, não tem recurso, não. Não tem previsão de recurso, não. Vai ser tirado dos municípios, também. Eles parecem que não leram direito a Medida, não. Mas vai sair do 'bolsinho' das transferências do Governo Federal para o município. Nós não queremos isso, não. Queremos que o Governo contrate e pague, o Federal, contrate e pague. Postos permanentes de trabalho, assistência permanente, não pode ser feita provisoriamente. Está na Constituição. A assistência à saúde é permanente, não pode ser provisório. O Governo tem que fazer concurso e colocar aquele médico. Ele não pode... Isso não é uma crise provisória, é uma crise permanente. Então, o Governo tem que fazer o seu concurso, não pode ser diferente. Investir nas condições de trabalho, o médico não vai. Já foi exaustivamente, não vou mais nem bater nessa tecla. Um dia, nós nos reunimos lá no Ministério da Saúde, aí o Ministério disse: estamos reformando sete mil e tantas unidades em prefeituras do interior. Aí o Ministro disse: traga ali a relação para nós vermos. Município tal: não começou; município tal: não começou; município tal: não começou... Da relação de sete mil... Nós não olhamos tudo, mas, ali, das dez primeiras folhas, tinham obras em dois ou três. Nenhuma outra tinha sequer começado. Por quê? Porque precisa de uma contrapartida dos municípios. Os municípios não têm um centavo, estão todos quebrados, falidos. Então, o Ministério promete, mas não manda dinheiro, porque tem que ter contrapartida. Então, não adianta. E formação de uma rede assistencial completa, porque colocar só esse médico no interior, na hora em que ele fizer os diagnósticos, Florentino já colocou bem, na hora em que ele pedir o exame de sangue, a colonoscopia, a endoscopia, a mamografia, a ultrassonografia etc., esse paciente vai fazer aonde? Então, nós não queremos a medicina de enganação. Precisa ser diferente. Então, eu acho que o concurso público, para dar legitimidade ao programa e a acabar com essa farsa de dizer que está criando um programa de educação quando, na verdade, é um programa assistencial. Eu acho que, assim, as colocações que nós vamos fazer em todas as instâncias jurídicas são dessa natureza, porque o embate político, aí, é no Congresso Nacional. Aí é em outro fórum. Quer dizer, tamanho do estado, o estado deve ser pequeno, grande, mínimo, tal... Aí é uma esfera política. Agora, na jurídica, e nós vamos, realmente, até o limite, a nossa luta vai ser para mostrar que isso aqui é irregular, é ilegal; que a solução é muito fácil para o Governo,



não é difícil. Se o Ministro, antes de fazer essa confusão, tivesse seguido o que nós tínhamos discutido, fazer um concurso público, melhorar as condições de trabalho, o Governo Federal pagar e mandar para os municípios, essa crise não estaria nem existindo. Agora, nunca entendi por que foi feito dessa forma, do nosso ponto de vista, fraudulenta. Obrigado. *(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** - Eu agradeço ao doutor Geraldo Ferreira Filho, da Federação Nacional dos Médicos, e quero registrar que nós convidamos a doutora Roberta, juíza federal, à qual foi distribuída essa ação, e sua excelência iria participar, mas, infelizmente – até para ouvi-los – a pauta de audiências não houve condições de marcar e nem encontrar um substituto. Também eu quero registrar a presença, aqui, da Procuradora Geral de Justiça do Estado do Piauí, a doutora Zélia, com muito prazer, e dizer que, às 16h30, nós vamos ter um pequeno intervalo para um cafezinho simples, como republicana instituição do Conselho Nacional de Ministério Público, e voltaremos logo em seguida, até porque também a imprensa quer ouvir, aqui, vários dos atores presentes nesse evento. Eu passo então, a palavra à doutora Zilamar Fernandes, que representa o Conselho Federal de Farmácia. Bom, se a doutora Zilamar, no momento, não está, eu passo a palavra para a doutora Nelcy Ferreira de Silva, do Conselho Federal de Nutricionistas.

**A SR<sup>a</sup>. NELCY FERREIRA DE SILVA (Conselho Federal de Nutricionistas)** - Eu gostaria de cumprimentar o conselheiro nacional, doutor Jarbas, e, nesse cumprimento, cumprimentar todas as autoridades, as senhoras e os senhores aqui presentes; agradecer, doutor Jarbas, essa oportunidade, agradeço o convite e a oportunidade que o Conselho Federal de Nutricionistas terá em estar aqui, expressando alguns dos seus princípios, nesse ambiente democrático, que é o Conselho Nacional do Ministério Público. Nós estamos aqui para dialogar. Eu poderia iniciar citando o entendimento que nós temos, que os princípios do Sistema Único de Saúde não podem ser comprometidos sob nenhuma hipótese. Esse sistema, cuidadosa e, democraticamente pensado, construído e legalmente constituído, não pode pagar a conta das lacunas deixadas por gestões públicas que não priorizaram não só a educação, como também não só a saúde... Desculpa, como também a educação. O programa Mais Médicos não vai resolver os dilemas do Sistema Único de Saúde. O Conselho Federal de Nutricionistas defende a atenção integral à sociedade e, assim, não entende que a contratação de médicos garantirá a integralidade da atenção à saúde da população. A exemplo, o Conselho Federal de Nutricionistas, em estudo que veem observando longitudinalmente, vê, localiza, identifica a necessidade atual de mais de 500



mil nutricionistas para fazer essa atenção integral. Mas nós não viemos aqui fazer nenhuma defesa corporativa, apenas exemplificar como esta situação também é a de outros profissionais. E, aqui, hoje, nós não somos nem 100 mil nutricionistas no Brasil. Não só é necessário essa garantia, como também, eu exemplifico, aqui, a do corpo de enfermagem, profissional que assume mais de 90% das ações na atenção à saúde. A mesma coisa, o reconhecimento para o CFN se amplia, na necessidade de psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, fonoaudiólogos e, lógico, que também os médicos. Mas não somente. Por assim entender, lutamos pelo veto presidencial de alguns itens do projeto, hoje lei, chamado Ato Médico. Integrando o Conselho Nacional de Saúde, como representante do trabalhador, o Conselho Federal de Nutricionistas tem cotidianamente em essa agenda a defesa pelo Sistema Único de Saúde acessível e de qualidade. Como informou a Presidente de Conselho Nacional de Saúde, a Socorro, ao elencar a nossa pauta dentro do Conselho Nacional de Saúde, demonstrando um esforço das entidades que o compõem e refletir sobre essa a matéria, antes mesmo do lançamento dessa proposta governamental à sociedade. Temos dialogado, inclusive, com o Governo. Nessa área da alimentação e nutrição, é comum o Governo e as entidades, também, fazerem propostas emergenciais. Por quê? Aqueles que passam fome não podem ficar com fome. Então, tem que ter atitudes emergenciais que entendam a essa necessidade emergencialmente. Então, dessa forma, o Conselho Federal de Nutricionistas está entendendo a proposta Mais Médicos como uma atitude, uma intenção do Governo de estar tentando solucionar alguns dilemas do Sistema Único de Saúde. Mas, destacamos, aqui, que entendemos que não serão solucionados esses dilemas. Mas, como uma medida emergencial, nós a apoiamos. E aí, destacamos que não pode abstrair a necessidade de se tocar na questão da formação desses profissionais, de todos os profissionais. Dos profissionais que compõem essa equipe, que vão garantir uma atenção integral à sociedade. É necessário que o Governo se aproxime das entidades das instituições formadoras. É necessário discutir qualquer intenção de alteração na organização curricular com as entidades formadoras, com as instituições formadoras. A aproximação com essas instituições é muito necessária. E, aqui, CFN, o Conselho Nacional de Nutricionista, destaca essas instituições formadoras pública, porque as públicas se voltam, de fato, para formar o profissional, para fazer a atenção primária, para prestar atenção de saúde pública à sociedade. O impressionante dado que foi aqui apresentado pelo representante do Conass, de que 2/3, se é que eu entendi direito, da população dos baianos não contam com profissional da medicina, o que indica ausência de medidas ao longo de décadas. Essas lacunas foram sendo construídas. Hoje, uma medida que pode ser paliativas não vai tocar na questão de fundo. As entidades médicas tiveram, aqui, a oportunidade, agora, de estar colocando, em

municípios onde não faltam médicos, a atenção não é complementada, porque estão há meses aguardando a realização de exames que são fundamentais para fazer o diagnóstico. Então, o Conselho Federal de Nutricionistas não está contra a proposta do programa Saúde Mais Médicos, mas ele destaca a necessidade de não se abstrair a questão de fundo, que não é esta. Não é o médico que vai resolver os dilemas do Sistema Único de Saúde. Esse cenário atual é que faz o CFN conceber essa proposta como emergencial, conforme eu já coloquei. E aí eu vou, também, citar o Gentile. O Gentile falava de uma orquestra, onde os músicos tocavam os seus instrumentos sem perceber o ritmo que estava sendo tocado pelo músico ao lado. Nós precisamos afinar essa orquestra. Nós precisamos estar falando o mesmo idioma, tocando o mesmo ritmo, e não destacando apenas um profissional como grande solucionador de problemas do Sistema Único de Saúde. Aí eu gostaria de finalizar convidando, aqui, o representante Florentino, ele colocou, pela AMB, uma grande disposição de estar dialogando. Nós, no Conselho Federal de Nutricionistas, sentando em uma cadeira dentro do Conselho Nacional de Saúde, apelamos para que essas entidades estejam dentro do Conselho Nacional de Saúde para conversarmos, para esclarecermos, para avançarmos nessa discussão e nesse debate o que Conselho Nacional de Saúde entende que lá é o espaço para isso. Muito obrigada, boa tarde. *(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** - Agradeço a doutora Nelcy Ferreira de Silva, do Conselho Federal de Nutricionistas, e passo a palavra, antes do intervalo, para a doutora Cynthia Ciarallo, do Conselho Federal de Psicologia.

**A SR<sup>a</sup>. CYNTHIA CIARALLO (Conselho Federal de Psicologia)** - Obrigada. Bem, saúdo a todos os presentes, parabenizando a iniciativa do CNMP para trazer esse debate de uma maneira ampla, enfim, convidado abertamente instituições, entidades outras, possivelmente por entender que a saúde definitivamente não é propriedade, não é privada de um único campo do conhecimento. Ao contrário, é por isso que o coletivo, a discussão plural e as possibilidades de olhares acerca de um programa como este do Governo certamente vão qualificar e vão nos dar mais elementos para compreender todo esse processo que a saúde, no Brasil, enfim, vem passando, mesmo diante de uma reforma sanitária, vamos dizer, exemplar, atípica, progressista, mas que, infelizmente, ainda não conseguimos dar vazão para ela de todos os desafios que são colocados pelo SUS. E, também, é importante colocar que estamos aqui como entidade, como uma autarquia, uma autarquia pública, que é o Conselho Federal de Psicologia, porque entendemos que um Conselho deve se posicionar em uma perspectiva não corporativa, mas em uma perspectiva de preocupação com interesse social. Então, todo o debate que se faz em torno



de um programa onde a saúde é alcançada, onde ela é discutida, tem que ser na linha da garantia de direito e da oferta de serviços à população. E aí, falando em questões inconstitucionais, embora o nosso lugar não seja de expertise jurídica para isso, nós começamos, então, lembrando e apelando que a primeira questão inconstitucional que está em jogo é o direito à saúde. E o direito à saúde não pode ser colocado em barganhas, em negociações. Quando eu escuto determinadas inconstitucionalidades apontadas aqui, me parecem, muitas vezes, inconstitucionalidades muito mais vinculadas a questões de natureza corporativa que, de fato, vinculadas à proteção e à garantia da saúde a todas e todos os brasileiros aqui, enfim, do nosso país. E, nesse sentido, eu quero destacar que o Conselho Federal de Psicologia tem feito uma discussão com relação a todo esse processo que se deu nos últimos meses, onde nós temos feito toda uma batalha e uma pauta a favor de saúde, passamos, aí, ainda estamos em uma questão específica de uma legislação vinculada a uma profissão que impactava em outras profissões; isso é um fato, estamos, aí, ainda na discussão do chamado Ato Médico, mas, também, estamos, aí, diante de desafios que o Governo Federal nos coloca ao sinalizar, com o programa Mais Médicos, que faltam médicos no nosso país. Sim, de fato, faltam médicos, e o Conselho Federal de Psicologia, nesse sentido, reconhece e compreende a iniciativa do Governo Federal. Entretanto, queremos destacar que um programa dessa natureza, embora alcance e supra, de alguma maneira, as contingências que estão ali sendo postas nos municípios, e que existem, é fato, não existem profissionais de saúde em número suficiente, nós temos, também, duas preocupações, no mínimo. A primeira preocupação talvez seja ter emplacado um programa sem necessariamente ter feito um diálogo devido com a sociedade. Sem necessariamente ter chamado todas as entidades que se vinculam à promoção e garantia de direitos. E isso, talvez, teria dado não, exatamente, uma volta na decisão de se incentivar a presença de médicos no interior, mas, talvez, um rever, um programa específico para um profissional que nos dá a entender que saúde é algo de médicos. E esta limitação conceitual no programa, embora se destine a alcançar os médicos, nós vimos com certa preocupação, porque, na verdade, como já ouvimos, aqui, aqui até por outros atores que aqui já falaram, nós sabemos que a questão da saúde, hoje, se dará dentro de um campo da prevenção; hoje se dá, como o SUS preconiza, na questão da territorialidade... Quer dizer, existem agentes comunitários, existem... Hoje, a nossa saúde avança, e a complexidade do fenômeno é tão grande que é muito complicado afirmar que a saúde seja posse, e, enfim, privada de um único campo do saber. Então, o programa que se intitula Mais Médicos, embora tenha uma iniciativa interessante de dar visibilidade à ausência desses profissionais no nosso país, ao mesmo tempo, vincula a ideia de que saúde é algo que está restrito à oferta de serviços médicos. E aí, isso compromete outra dimensão também. Não só querendo trazer ou discutir uma fala



corporativa, porque esta, definitivamente, enquanto o Conselho profissional não é a nossa preocupação, mas como é que as profissões e os serviços de saúde chegam ao imaginário social. Temos, ainda, uma grande dificuldade com a questão da horizontalidade dentro do campo da saúde. Existe uma diferença de status, uma diferença de oportunidades. Sabemos do valor e da necessidade de cada profissional, mas a saúde, hoje, apesar de ainda estar vinculada, no imaginário, a uma determinada profissão, nós sabemos dos recursos de saúde, hoje, que promovem, enfim, o bem-estar da população, e que não necessariamente estão vinculados a procedimentos médicos. Existem campos do conhecimento, hoje, embora eu não seja da fisioterapia, mas o fisioterapeuta desenvolve determinados conhecimentos que positivamente o médico não teria a mesma expertise que ele. Porque são de lugares diferenciados de concepção do fenômeno. Então, quando se faz uma proposta dessa natureza, a preocupação que nós temos, enquanto Conselho Federal que quer, sim, buscar a saúde pelo interesse social, é de retificar a ideia de que a saúde seja um campo restrito e colocado aos médicos. Então, nesse sentido, a nossa fala é breve, e queremos apenas destacar que o SUS precisa ser colocado em discussão, em avanços, em um diálogo permanente. Temos, hoje, uma dificuldade muito grande de diálogo com o Governo Federal. Aconteceram essas manifestações todas no Brasil, imagino que sinalizando um pouco das demandas da sociedade que não foram escutadas; isso nós temos em várias notícias, como a implementação do Plano Crack... Enfim, uma série de ações que foram colocadas sem considerar as teses, aquilo que foi elencado nas Conferências Nacionais de Saúde. Então, as Conferências Nacionais de Saúde são os espaços legítimos para se qualificar o que é a saúde no nosso país. E a nossa recomendação a este Conselho é que retomar essas teses como ponto de partida para análise deste programa, em que medida esse programa contempla aquilo que foi construído de uma maneira democrática, com participação de usuários, de gestores e de profissionais da saúde, em que medida que essas teses apontam e ratificam a proposta colocada pelos Mais Médicos? Então, estamos aqui dizendo o que diálogo é importante, e isso se faz fundamental dentro de um país democrático. Não é possível mais receber políticas de uma maneira unilateral, mas nós precisamos construir juntos. Era essa a nossa consideração, pelo Sistema Único de Saúde integral, acessível, e que considere o território de cada um na oferta de serviços de saúde não privatizados.

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Obrigado, Dra. Cynthia. Nós vamos dar um intervalo de 10 minutos. Voltamos em seguida para os questionamentos finais e eventuais conclusões do Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

*(Intervalo)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Vamos retornando a Audiência Pública. Eu quero convidar o Doutor George Messias, Secretário de Regulação e de Supervisão de Educação Superior, representando o Ministério da Educação para estar conosco aqui à Mesa. Obrigado Doutor Jorge. Bom, nós vamos dar segmento aqui à Audiência Pública. Eu quero informar que as notas taquigráficas e todas as manifestações aqui estarão disponíveis até sexta-feira no nosso site. Da parte do Ministério Público nós vamos encaminhar a todos os promotores e procuradores do Brasil, para conhecimento e pedindo para que os mesmos se manifestem, para que o Grupo de Trabalho da Saúde aqui presente possa, enfim, contextualizar ouvindo a classe esse tema, exatamente no sentido de auxiliar o Ministério Público a chegar às suas conclusões. Dando segmento, eu quero convidar o Doutor Oswaldo José Barbosa, Presidente da Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, Ampasa, integrante da Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos, para que possa se manifestar.

**O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA (Ampasa)** – Oswaldo José Barbosa Silva, eu sou Sub-Procurador Geral da República, Procurador Geral dos Direitos do Cidadão, Adjunto. E também Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa de Saúde, a Ampasa. A Ampasa é uma Organização Não-Governamental, uma pessoa jurídica, uma pessoa de direito privado, jurídica de direito privado, uma associação civil sem fins lucrativos que congrega nos seus associados, membros do Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, do Ministério Público do Trabalho, do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, e também dos Ministérios Públicos do Tribunal de Contas. Os seus associados decidiram se congregarem para formar... Terem uma voz como pessoa jurídica distinta de seus próprios órgãos. Uma vez que quem fala pelo Ministério Público é o seu chefe, não são os seus membros, mas o chefe da instituição. E com isso nós temos um foro onde nós podemos vocalizar, às vezes até, opiniões divergentes das chefias de nossos Ministérios Públicos. Mas na maioria das vezes isso não ocorre. Muito bem, a Ampasa está aqui convidada para se pronunciar sobre a resposta que o Governo Federal deu ao clamor das ruas na área da saúde. Quem viu as manifestações verificou que um dos pontos que foi objeto de clamor da massa de pessoas, que surpreendentemente foi para as ruas nos últimos 20 dias, era a saúde. E a resposta foi uma só, o Programa Mais Médicos. Poderia ter sido uma resposta melhor como, por exemplo, a alteração da Lei Complementar 141 para que o financiamento da saúde por parte da união federal fosse 10% de receita bruta, ou 20%



da receita líquida que é o que está sendo debatido no Congresso. Mas ele escolheu a árvore e uma árvore dentro da floresta. Muito bem, não que eu ache e que presumo que os meus associados achem que não olhar a árvore no centro da floresta também não seja importante. Muitas pessoas aqui falaram que os problemas da saúde são problemas graves, históricos, e é verdade. Desde 1994, quando comecei a trabalhar junto com a reforma sanitária, nós vemos isso, que os problemas são grandes, são recorrentes, que mudam a partir da evolução da sociedade, da evolução da economia. Nós temos grandes vitórias no SUS, temos a interiorização do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos, o Siops, que surgiu, inclusive por iniciativa do Ministério Público Federal, junto com o Ministério da Saúde. Nós temos agora o Sistema de Relatório de Gestão, temos uma série de experiências exitosas dentro do SUS. O Ministério Público Federal, os membros da minha associação têm por dever funcional a defesa dos direitos públicos subjetivos à saúde. E a defesa do SUS. O SUS nós defendemos intransigentemente, há unanimidade nisso, entre todos os membros da nossa associação. Nós entendemos que a experiência do SUS de universalidade, de integralidade, gratuidade dos seus serviços, é uma experiência ímpar no mundo, que mal ou bem está tentando crescer e atender a demanda de 200 milhões de brasileiros. Há pouco o representante do Conass lembrou que infelizmente decaiu o número de consultas feitas no Brasil de 219 milhões para 200 milhões de consultas em 2012. Dissemos: “esse número é espantoso, é quase uma consulta para cada cidadão”. E é difícil imaginar 200 milhões de consultas ou procedimentos médicos. Pode-se dizer que não é da melhor qualidade. E o discurso que permeou aqui várias falas dessas associações é qualidade por quantidade. Na verdade, nós precisamos de quantidade e de qualidade, dos dois. Não podemos abrir mão da quantidade num País de dimensão continental, com 200 milhões de pessoas e não ter também qualidade. O Ministério Público, por missão constitucional tem que defender a lei, tem fazer cumprir a lei. E essa questão já está judicializada. A questão já está judicializada no Supremo Tribunal Federal, por uma Adin promovida, se não me engano, pelo Conselho Federal de Medicina, e agora tomei conhecimento que a Federação Nacional dos Médicos, que é um órgão sindical, propôs junto à Justiça Federal uma Ação Civil Pública, naturalmente tratando de eventuais ou alegadas inconstitucionalidades desta medida. Portanto esse assunto já está nas mãos do Ministério Público. O colega que está oficiando na Vara da Justiça Federal, aqui na Procuradoria da República do Distrito Federal, vai se pronunciar e eu não farei isso por ele. O Procurador-Geral da República vai ter o seu momento de se pronunciar na Adin. O que... A contribuição que nós queremos dar aqui é a contribuição de que a nossa associação ela tem uma visão positiva do SUS, tem uma visão positiva da defesa dos direitos públicos subjetivos, ela vai atuar por meio de seus associados no momento institucional deles que é fora de nossa

associação nesses processos, e nós vamos discutir isso entre os nossos associados. Eu não estou autorizado ainda, dada a recenticidade da matéria, a tomar uma posição política contra ou a favor de algumas ou outras regras estabelecidas pela Medida Provisória. Eu preciso ouvir a base para depois disso fazer essa contribuição política ao debate. O que eu posso dizer é que a nossa associação está atenta ao desenvolvimento do SUS. Ela está atenta ao fato de que o SUS é uma floresta e esse fenômeno é uma árvore na floresta. Nós temos fenômenos tão ou mais graves como o financiamento da saúde que eu citei, do que a questão dos médicos e da medicalização, que é um problema cultural brasileiro. Eu acho que a contribuição que eu posso dar é essa, é de dizer que nós estamos atentos e que vamos efetivamente, num momento próximo poder pronunciarmo-nos de uma maneira mais efetivamente política acerca do assunto. Eu pediria ao Presidente Jarbas que eu pudesse falar agora como substituto do Aurélio Rios, Procurador Federal dos Direitos do Cidadão. Então, eu estou como Dejanus, eu tenho uma face que é pessoa jurídica de direito civil, privada, e outra, como membro do Ministério Público Federal.

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Eu ia pedir a Vossa Excelência que vá ali no banheiro, mude o cabelo. Volte, sente e daqui há pouco nós vamos dar a palavra, a parte do Ministério Público. Está bem?

**O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA (Ampasa)** – Perfeitamente. Então, eu agradeço a todos e só para encerrar. É um debate extremamente profícuo, eu não faço a crítica jurídica do que foi aqui exporto, eu tenho minha opinião jurídica e cada um dos que estão sentados nessa mesa, que tem formação jurídica e expertise jurídica tem a sua própria opinião, mas nós estamos jungidos a proferi-la uma vez que a questão está judicializada. Agradeço a oportunidade de a Ampasa estar aqui para ouvir de todos que falaram hoje o que disseram, inclusive para que eu possa levar as nossas bases, para que nós eventualmente formemos a nossa opinião de natureza política. Muito obrigado.

*(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Obrigado Doutor Oswaldo. Falando pela Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, a Ampasa. E antes do último inscrito, e após três participações do público serão assistidos por nós, e eu quero... E depois vamos ouvir as considerações do Governo Federal, do Poder Executivo. Antes disso, passar a palavra para o professor Diaulas Costa Ribeiro, que integrou este Conselho Nacional do Ministério



Público, é promotor titular da Provida, do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Brasília, um dos maiores especialistas na questão da saúde, na visão jurídica da saúde, sobretudo. Mas não só da saúde porque é professor da Universidade da Faculdade de Medicina, lecionando, certamente Direito. Com a palavra o Doutor Diaulas.

**O SR. DIAULAS COSTA RIBEIRO PROMOTOR TITULAR DA PROVIDAS/MPF)** – Senhor Presidente, Doutor Jarbas, o meu imenso agradecimento por ter lembrado do meu nome para contribuir com este debate. Em nome de Vossa Excelência eu cumprimento os demais presentes, tanto na mesa quanto nossa assistência. O Programa Mais Médicos tem uma redução de sentido de alcance que não é suficiente para atender o problema da saúde no Brasil. Por que não mais médicos, mais dentistas; mais psicólogos; mais nutricionistas; mais fisioterapeutas e mais enfermeiros? Ou seja, mais todo o profissional de saúde fundamental para a convivência de todos nós no ambiente hospitalar e que são quase todos amparados pelo Sistema do SUS. Portanto, a redução para Mais Médicos ela traz um problema grave de ser superado, porque se limita a uma das únicas categorias e já foi dito aqui que é uma numericamente das mais numerosas do País, mas não é a única a fazer a saúde pública. O Brasil tem a melhor odontologia dos Américas, exceto evidentemente dos Estados Unidos, a melhor odontologia do mundo é americana em termos de artigos científicos, trabalhos, e qualidade, a segunda é brasileira. O Brasil tem uma das piores saúdes orais do mundo, por que não os dentistas nos Mais Médicos? Mas respondendo apenas a esse título: que médicos queremos? Quando eu falo “que médico queremos”, Senhor Presidente, a frase está no plural e tem um sujeito oculto, que médicos nós queremos? E eu acho que é legítimo perguntar quem é o nós. O nós seria o Conselho Federal de Medicina, responsável pela ética médica no País e pela regulação da profissão? O nós seria o Ministério da Saúde, representado pelo Doutor Mozart? O nós seria o Ministério da Educação responsável pela formação e pelas diretrizes universitárias? O nós seria a iniciativa privada querendo contratar médicos para trabalhar nos seus hospitais? Ou o nós seria todos os cidadãos brasileiros que um dia seremos obrigatoriamente, queremos ou não, pacientes de médicos? Portanto, na busca dessa resposta, quem é o médico que nós queremos? Que me parece deveria ter caminhado esse programa e deveria ter começado com uma audiência pública como essa. Ou seja, para saber onde é que a divergência entre o Conselho Federal de Medicina, o Ministério da Saúde, a sociedade civil organizada dos pacientes, os hospitais privados, a rede pública em geral, onde é que nós nos encontramos. O Revalida, a ideia aqui, me parece, que o personagem mais importante não foi consultado, porque o personagem da rua que gritou por médicos, e por mais

saúde ele não gritou por qualquer médico, ele gritou sim, como diz o Doutor Oswaldo, por um Sistema Único de Saúde que o atenda. E esse Sistema Único de Saúde não se faz apenas com médicos, muito menos com quaisquer médicos. Medicina não é uma profissão hoje mais positivista, onde você resolve a Medicina com meia dúzia de perguntas técnicas e números. Não. Medicina é uma profissão de valores e de todas as profissões que nós temos a que mais incorpora valores é a Medicina. Mais do que o Direito, mais do que quaisquer outras profissões. E valores não se importam. Os valores são cultivados, os valores são inseridos desde a formação mais tenra do estudante de Medicina e veja que algumas faculdades de Medicina começam a fazer uma entrevista pré-matrícula, para saber se vai manter ou se não vai manter aluno no curso de Medicina, porque que nós chegamos à conclusão que formar um médico não é o mesmo que formar um outro profissional, que não da área de saúde. É preciso que ele incorpore valores muito antes de ingressar numa fila para fazer um vestibular, porque esse é o médico que nós queremos, é o médico que tenha valores que nós compartilhamos, que a nossa sociedade compartilha. Por esta razão os exames para vinda de médicos estrangeiros para o País, normalmente são demandados por brasileiros que formaram no exterior, ou por estrangeiros que por uma razão ou por outra se vincularam a brasileiros, por casamento, por namoro ou por afeto da outra maneira, e querem mudar para o País, mas já começam na convivência de anos a incorporar os valores da sociedade brasileira. E o primeiro valor da sociedade brasileira se transfere pela língua, por esta razão é que nós falamos esta língua tão belíssima de Camões e não falamos a língua tão bela quando de Shakespeare. Porque eu posso desafiar que a maioria aqui, se tiver que ir a um médico nos Estados Unidos ou na Inglaterra e queixar-se de uma dor de dente ou uma dor de cabeça, de terá dificuldades. Porque a Medicina já foi muda, o positivismo do Século XIX, que saiu do Direito e foi para a Medicina, emudeceu os médicos. E quem trouxe a linguagem para a Medicina foi Freud em 1939, o último ano da sua existência, portanto, é aí que a Medicina volta a dialogar, é preciso que se fale a língua do paciente, e falar a língua do paciente é mais do que falar uma língua estrangeira. Por isso eu tenho uma posição muito dificilmente contra o modelo de importação incondicionada de médicos. A minha experiência com médicos importados vem de Roraima, quando vieram médicos de Cuba, quando vieram médicos ao Norte do Tocantins também de Cuba, e quando Brasília começou a receber médicos clandestinos vindos de países da América do Sul, marcadamente da Bolívia. Para quem não me conhece eu investigo médicos há mais de 15 anos, portanto eu conheço as tragédias da Medicina nesta Capital e nos seus arredores há mais de 15 anos. A formação de um médico insere-se na resposta à pergunta que eu fiz, qual é o médico que nós queremos? Mas há mais problemas, o problema de dar uma resposta rápida às ruas, nós sabemos que as medidas tomadas nesse contexto sempre podem ser

equivocadas, por melhores que sejam as intenções. E eu não critico as intenções, mas eu faço um desafio e se quiserem tirar a prova eu convidaria o Doutor Jarbas, o próprio Doutor Mozart e o Doutor Vital para saírem daqui do Conselho e visitarem nesse momento o Hospital Universitário, da Universidade de Brasília, que é uma das melhores que o País tem. E verifiquem há quantos anos está queimado o tomógrafo da Residência de Radiologia da UNB, mas vai mais; verifique há quanto tempo está queimada a ressonância magnética que deveria ser usada para Residência em Radiologia da UNB. Mas, se quiserem saiam agora saiam agora e vão lá e façam uma inspeção no Hospital da UNB. O problema na UNB não é médicos. Há médicos aguardando uma ressonância magnética que está há mais de um ano, Doutor Oswaldo, a espera de ser consertada, um tomógrafo. Nós estamos na Capital da República. Existe uma paciente no Hospital de Santa Maria, na Capital da República que está esperando há 30 dias uma cirurgia para tratamento de fêmur, é uma idosa de 70 anos que está aguardando há 30 dias e nós sabemos que a convivência ambiente hospitalar agrava o quadro de paciente, cria complicações, cria infecções, principalmente no paciente idoso. Está lá há 30 dias, nós precisamos resolver isso. Mas é mais problemas. As faculdades privadas que o Ministério da Educação aprovou nas últimos, eu diria nas últimas décadas, quase nenhuma delas tem hospital próprio, elas utilizam hospitais da rede pública para prestar nos hospitais da rede pública o seu internato. Internato é o estágio que equivale a 35% da carga horária de com um curso de Medicina. As faculdades privadas pagam para a rede pública de saúde, para que os seus alunos façam internato na rede pública. E como os valores são muito caros e, às vezes, inviabilizam os cursos de Medicina em alguns setores, as Faculdades de Medicina passaram a negociar o estágio por hora. E o aluno de Medicina de uma faculdade privada só vai fazer internato em uma carga horária marcada 8 horas, 3 horas, 40 horas por semana, 20 horas e etc. O aluno que quer crescer, que fazer mais do que aquilo ele recebeu para fazer, não pode fazer porque os custos são altíssimos. E se as faculdades pagarem o que as Secretarias de Estado cobram para permitirem o estágio nos seus prédios, nas suas instalações, inviabiliza-se o negócio e faculdade privada é negócio, isso pelo melhor que a palavra negócio possa significar ou do pior que ela possa significar. Então, a formação do médico por dois anos e as questões jurídicas, o Doutor Oswaldo lembrou muito bem, não serei eu que vou tratar, de direitos fundamentais eu entendo que estão totalmente violados. O seu único serviço civil e obrigatório que o país pode ter e está previsto na Constituição Federal, que é o serviço militar obrigatório, sem Constituição não pode haver restrição de direitos fundamentais. Todos nós sabemos disso, isso é aula de primeiro ano de Direito. Então, aqui eu penso que a coisa vai mal. Ou seja, eu acho que nós poderíamos ter pensado em uma solução, a saúde brasileira vai mal e nós sabemos disso, e nós rincões do País isso não é diferente, mas onde não há médico, Doutor



Jarbas, também não tem dentista, também não tem enfermeiro. Brasília tem uma tem uma indústria da ambulância, que é a 'ambulancioterapia' por que os Prefeitos de Goiás, quase todos nessa região mais próxima, os Prefeitos da Bahia, de Barreiras para cá, e eu costumo dizer que o entorno de Brasília começa em Miami, tudo de Miami para baixo é entorno de Brasília. A única coisa que eles fazem é mandar ambulância para cá, por uma razão muito simples, os Prefeitos não querem ter médicos porque o dia em que Prefeito tiver médico no Município ele perde a popularidade, porque o médico é instrumento de barganha, a ambulância é instrumento de barganha. E quando o paciente vem na ambulância para Brasília e morre, e o Prefeito manda levar de volta, a família fica devendo dois votos, um por quem o trouxe e um por quem levou. Os prefeitos não querem médico no Município. Eu posso indicar se os senhores quiserem, em reservado, quem são os prefeitos de Goiás, da Bahia, que eu represento todos os dias ao Procurador Geral de Goiás, da Bahia, de Minas que não querem médico nos seus Municípios. Eu posso indicar, se os senhores quiserem, em reservado, quem são os Prefeitos de Goiás, da Bahia, que eu represento todos os dias ao Procurador Geral de Goiás, da Bahia, de Minas, que não querem médicos nos seus Municípios. Portanto, por que não há e aqui eu termino, já me mandaram calar, por que não há no Brasil uma obrigatoriedade da especialidade na Medicina? Por que, Doutor Jarbas, que o que médico sai da faculdade e pode fazer uma neurocirurgia? Por que um médico sai da faculdade e pode fazer uma cirurgia plástica? Quando para se formar legalmente ele demora o dobro do tempo da Graduação para ser cirurgião plástico. Por que não se exige especialidade? Porque os políticos não querem, porque o dia que for obrigatório contratar um especialista o Prefeito vai ter que contratar um obstetra, um pediatra, um cirurgião, e eles não querem isso. O que os Prefeitos querem? Uma grande maioria deles é ter ambulância para mandar o paciente, para a família ter que bater na porta da casa dele e pedir a ele para mandar ambulância levar o doente e ficar devendo o favor. O problema é muito maior. É muito maior e me parece que nós precisamos pensar. E aqui eu termino como professor de Medicina, responsável pela formação ética, acadêmica. A minha formação médica, eu não sou médico, mas eu tenho formação médico feita no estrangeiro, eu quero saber se eu posso revalidar a minha formação médica no exterior para trabalhar no Mais Médicos? Mas eu pergunto mais, o meu diploma, um dos meus diplomas foi do estrangeiro, para validá-lo eu tive que percorrer inúmeras universidades. O Brasil não revalida sequer diploma de Direito. Nós temos um caso no Mato Grosso do Sul, que a Doutora Filomena pode saber, de uma brasileira que é inscrita na Ordem dos Advogados, como advogada, de um diploma em Portugal, que as universidades brasileiras exigem dois anos de adaptação para ela receber um diploma no Brasil. Ela é advogada, ela pode advogar, mas não pode tomar posse como juíza, como promotora porque o diploma dela é estrangeiro e o Brasil não



aceita. A última vez, e aqui eu termino, que o Brasil aceitou diplomas estrangeiros incondicionais, foi com a Convenção do Caribe, que é de 1974, ela foi revogada em 1998, que Brasil denunciou e ela tinha um ano de validade após a denúncia na UNESCO. Então, o Brasil fez uma experiência péssima de validar diplomas automaticamente com a Convenção do Caribe, assinada no México em 74. E o Brasil de lá para cá não aceitou mais validação automático exigindo um processo de validação. Isso vale para Doutorado, vale para Mestrado e vale para Graduação. Não me parece que seja constitucional aceitar o diploma de médico estrangeiro e não aceitar dos advogados estrangeiros, dos dentistas estrangeiros. Então, o princípio da isonomia sai arranhado em todos os aspectos com essa proposta. Ela pode ser melhorada. Eu tenho a consciência de que mais eu ainda que sou do Ministério Público e sou por paixão do Ministério Público, a minha incursão na Medicina foi uma circunstância da vida, mas a paixão pelo Direito e pelo Ministério Público me dizem que só um louco, insano mental a merecer uma força poderia ser contra qualquer programa que busque melhorar as condições de vida e de saúde do nosso povo. Mas o caminho talvez, e aqui é minha divergência, o caminho não pode ser este. Dois anos sem novos médicos no mercado, são 30.000 médicos, o Brasil forma 30.000 médicos a cada 2 anos, 15.000 por ano, 2 anos sem novos médicos para a iniciativa privada; 2 anos sem novos médicos para as pesquisas, a idade média de um médico no Brasil são 40 a 45 anos, 2 anos sem médico para poder repor as mortes, aposentadorias e etc. 2 anos na Medicina é uma vida que pode se perder nas pesquisas, na substituição. Obrigar um médico a fazer 2 anos para o SUS e impedi-lo de ser médico para por mais 2 anos na formação, é inviabilizar, inclusive sucesso de muitas possibilidades que nós temos. Se nós tivéssemos todas as pesquisas médicas paralisadas por 2 anos para cumprir uma proposta pública, talvez o resultado fosse muito inferior ao mal que vai se fazer. Eu não quero abordagens, nenhuma, que não fossem acadêmicas e técnicas. Essa é a minha pequena contribuição que eu gostaria que de nesta tarde oferecer ao Senhor Presidente, ao Conselho Nacional do Ministério Público, que tive a honra de integrar por um período de 2 anos, estou sempre às ordens para esse debate. Eu espero que nós possamos todos desse diálogo encontrarmos soluções, porque ninguém ganha com enfrentamento entre pacientes e médicos. Essa é uma relação de confiança, de carinho e esta depois da mãe é a primeira profissão de cuidado é esta depois da mãe. Depois da nossa mãe a primeira profissão de cuidado é a Medicina. Todas as outras são importantes, mas esta é a primeira e não é com enfrentamentos que nós podemos resolver este problema. Existem mais diálogos a serem feitos e o Ministério Público Nacional está de parabéns pelo seu Conselho tomar esta iniciativa. Muito obrigado senhor presidente.



*(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Agradeço ai professor Diaulas pelas suas palavras. Certamente servirão de reflexão para aqueles que têm a responsabilidade das decisões. Finalizando esta parte das inscrições, foi facultada ao público, que não se inscreveu, a possibilidade de falar. Eu peço a possibilidade da síntese e passo a palavra à Geysiane Rodrigues Ferreira, que é Diretora Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina do Brasil.

**A SR<sup>a</sup>. GEYSIANE RODRIGUES FERREIRA (DENEM)** – Boa tarde a todos. Eu sou Geysiane, acadêmica do curso de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, esse ano estou na Coordenação Nacional da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, entidade legítima, que representa todos os estudantes de Medicina do Brasil e aqui eu falo em nome deles. Com certeza todos os dados que nos foram apresentados são inegáveis de que faltam médicos no Brasil. Existem mais de 700 Municípios que não possuem um único médico residindo no Município, ou próximo à região e nós não podemos compactuar com essa desassistência da população. Mas para nós o que traz de mais interessante no Programa Mais Médicos é um debate que há muito tempo não era travado, e nós precisamos começar a centrar forças nele, que é a questão da Atenção Básica. Nós sabemos que o Programa Mais Médicos não vai resolver os problemas estruturais que perpassam o SUS desde sua criação e acaba responsabilizando uma categoria por diversas mazelas, que ao longo da história diversos governantes não tiveram a intenção de resolver. Nós entendemos que a Atenção Básica é extremamente estratégica para consolidar o SUS, para conseguir uma universalidade e uma integralidade de fato no Sistema de Saúde, e nós queremos mais do que a interiorização e fixação dos médicos, nós queremos a interiorização de todas as políticas públicas de saúde a todos os cidadãos brasileiros. Então, esse debate de que o médico não vai para interior porque falta cultura, lazer esporte. Não é o debate. Porque isso deveria existir para aquela população, naquele lugar, independente da presença de qualquer outro profissional. A população ela tem direito a acesso a todas as políticas sociais. Trazendo mais a visão do estudante nós temos 12 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação médica que traz uma perspectiva diferente para a educação, com a intenção de formar um médico generalista, mais humano. Mas ainda assim, das 208 escolas médicas que nós temos no País, aproximadamente a metade que fez a transição curricular, mais ainda assim tem o currículo muito centrado na visão do hospital. Nós ainda não conseguimos ter a compreensão das reais necessidades da população brasileira, do que a população brasileira precisa de fato enquanto saúde promovida pelos médicos. Então, quais os

finanças de fato que nós tivemos? Nós não conhecemos, nós não conseguimos, não aprendemos fazer promoção, prevenção, educação em saúde, nós ainda somos formados com intenção de nos tornarmos grandes especialistas. Nós não temos docentes que são capacitados para a Atenção Básica, que são especialistas em Medicina de Saúde da Família e Comunidade, que tenha a capacidade de nos fazer ensinar e enxergar e nos apaixonar pela Atenção Básica. Muitas vezes, muitas vezes não, essa docência ela é negligenciada à educação continuada e permanente para eles. Outro problema que nós encontramos é a falta de cenários de prática para que aconteça uma integração de fato entre o serviço, o ensino e a comunidade. Nós ficamos a mercê das gestões Municipais e Estaduais, que de 4 em 4 anos nós temos que rever todos os contatos nos leitos dos hospitais públicos, nas UBSFs. Sendo que muitos desses Municípios e Estados negociam, vendem, alugam esses locais para as universidades pagas, o que coloca as universidades públicas numa situação muito complicada. Além disso, um dos pouquíssimos cenários de prática que nós temos garantidas, que é o Hospital Universitário, vem sendo ameaçado com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que nega a autonomia universitária. Então, nós não sabemos até quando nós teremos o nosso único cenário de prática garantido, que é o Hospital Universitário e que ainda assim 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. Além disso, diversos problemas dos hospitais deixam bem claro a necessidade de um setor de Engenharia Clínica capaz de resolver o problema desses hospitais. Não é só a questão dos médicos. Então, com tudo isso nós podemos concluir que o SUS ainda não conseguiu se estabelecer como uma rede escola e nós necessitamos dele para nós termos uma formação médica de qualidade. Também tendo em vista que os resultados que o MEC tem apresentado, nós gostaríamos muito que essas 11.500 vagas fossem abertas única e exclusivamente nas Universidades Públicas, nós não podemos compactuar com o que vem acontecendo nas universidades pagas. Que não oferecem uma docência adequada, muitas delas, não oferecem cenários de prática e formam os estudantes voltados completamente para a lógica mercadológica e tecnológica que vem sendo infiltrada na nossa formação. Com relação ao financiamento, aproximadamente 47% dos gastos com saúde, apenas vão para serviço público o que gera uma desigualdade imensa em relação ao acesso e acaba inviabilizando a equidade e a universalidade do serviço. Com isso nós temos 4 médicos trabalhando no setor privado para apenas um médico trabalhando no setor público. Além disso, por conta de Lei de Responsabilidade Fiscal, nós temos tido a desculpa de entregar a gestão pública para a gestão privada, de todos os setores da saúde. E também nós temos os subsídios públicos e a inversão fiscal dos planos de saúde, que favorecem com que o médico prefira ir para o setor privado ao



setor público. Nós entendemos que com a desorganização do sistema de saúde acaba favorecendo a concentração dos médicos nos grandes centros para o setor privado, e com a intenção de se especializar em especialidades ainda mais especialistas, devido ao imperativo mercantil e tecnológico da nossa formação. Nós acreditamos, a Denem acredita e trabalha cotidianamente pela consolidação de um Sistema Único de Saúde 100% público, gratuito, estatal, de qualidade, com acesso universal e integral. Nós negamos a lógica de aprender Medicina com a população de baixa condição socioeconômica para depois irmos exercê-la no setor privado. Nós queremos um Plano Nacional de Cargos e Carreiras para profissionais do SUS, com uma valorização para a Atenção Básica. E nós queremos uma educação médica voltada para as reais necessidades da população brasileira. 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, nós queremos sim entender a essa população de acordo com as necessidades dela. Obrigada.

*(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Obrigado Geysiane Rodrigues Ferreira, da Diretoria Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Denem. Passo a palavra agora à Olga Oliveira, do Samu, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

**A SR<sup>a</sup>. OLGA OLIVEIRA (Samu/SES/DF)** – Boa tarde. Meu nome é Olga Oliveira, sou médica, Neonatologista, cirurgiã pediatra, pediatra e 'samuzeira'. E já fui Do Sindicato dos Médicos de Brasília, saí por ter problema de saúde, resolvido, e por ter que assumir uma chefia das UPAS de Brasília, que não tinham dos gestores anteriores, como fazer a regularização dos documentos para receber a verba que o Ministério repassa. Em 2 meses e 17 dias, nós, juntamente com dois enfermeiros e mais um técnico, conseguimos regularizar a documentação, e hoje as UPAS de Brasília recebem o dinheiro. 2 meses e 17 dias. O que eu vou falar aqui hoje é sobre o médico novo, solto, alguns de fora sem fazer a revalidação, solto em um lugar onde ele não tem um apoio. Nós tivemos um concurso no Samu/DF, agora em fevereiro, março eles assumiram. No Samu nós temos um Núcleo de Ensino muito bem estruturado, o Samu do Distrito Federal é diferente dos outros porque nós não temos Prefeitos, graças a Deus. E nós somos da SES, nós somos estatutários, nós somos concursados e não dependemos deles, e nós dependemos do Fundo Constitucional. O nosso salário. Esses meninos que vieram fizeram esse concurso, um mês de curso diariamente de 8h00 as 18h00, durante 30 dias para prepará-los para



atender regulação, ambulância e sala vermelha, que são as salas de estabilização do paciente grave. Que isso só tem aqui em Brasília. Depois de um mês, com todo o custo esses meninos que acabaram de sair da escola, algumas escolas boas, Distrito Federal, Goiás, Minas, Tocantins, algumas não muito boas, algumas reprovadas pelo Ministério da Educação, mas um mês com médicos, com hora extra, junto deles na regulação e na ambulância, porque eles não tinham condições de assumir um paciente. E esta ambulância ou faz uma transferência de um paciente grave ou ela atende o paciente na casa. Ou ela atende um acidente na rua. Hoje nós tivemos mais uma rescisão de contrato. “Doutora, eu descobri que sem fazer residência eu não tenho condições de ficar”. Mora em Goiânia. Grande parte do pessoal do Samu de Goiânia veio para o DF por quê? Mudou o Prefeito. Mudou o Prefeito e aqueles que têm o conhecimento, treinamento de anos a fio, não são amigos do partido. Detesto partido. Adoro a democracia. Estão pedindo rescisão de contrato lá e vindo para cá, os experientes, para nós foi maravilhoso, mora lá, pega a estrada, já teve dois capotamentos nesse período de março para cá. Mas estão aqui conosco, são médicos experientes. Nós temos 14 meninos do Provac, que têm que fazer o Provac que vêm de Brasília, Planaltina de Goiás, Águas Lindas, periferia de Goiânia, que vêm para cá trabalhar no final da semana. Mas o meu telefone não para por causa da dúvida. Só que nessa hora, às vezes eu tenho que tirar um médico da regulação, que tem mais experiência, que é dos mais antigos, porque nós éramos 32, e mandar para ir numa viatura operacional para ir discutir o caso com o aluno. Agora, eu vou tirar esse aluno recém-saído da escola e enviá-lo lá para o Amazonas, eu já fui para o Amazonas atender índio, numa ONG. Eu já andei de barco para tratar uma pneumonia com Penicilina, Benzatini e Dispacilina. E eu fazia isso porque eu tinha uma experiência, eu tenho 9 anos de curso, três de residência e isso há muito tempo atrás. Agora como é que você vai soltar um jovem recém-saído da escola se a base da escola não está adequada para ele sair dali em condições de aprender, como eu ouvi hoje do rapaz que está voltando para Goiânia, porque vai estudar para fazer a prova de Residência porque senão ele não passa. Eu vou acreditar em um Governo que está cuidando dos filhos de alguém, amigos de quem eu não sei e não quero saber, que foi fazer curso lá fora porque não tiveram competência ou condição que o Governo não deu para que ele passasse no vestibular aqui. Gente, isso é crime. É crime. E eu acho que o que a população fez para criar um SUS, anos e anos de rua para em 1988, com em 5 itens na Constituição criar uma saúde, chega alguém que se diz trabalhador, representa o trabalhador, o trabalhador não fica rico de uma hora para hora, o trabalhador luta e continua cheio de contas para pagar, continua a trabalhar como. Estou no ar desde sábado à noite porque eu tenho que trabalhar no particular porque eu tenho uma filha fazendo Mestrado fora o País e que depois que voltar vai fazer validação, tem que fazer. Não tem como. Agora, fica rico de repente começa a



dizer coisas sem sequer voltar os olhos para lei que já existe. Vamos cuidar da lei que está aí, vamos cumprir essa lei, mas também não vamos colocar um menino novo igual essa menina representante dos estudantes, eu mato essa moça com um problema psicólogo. Aí ela vai precisar de um da saúde que cuida da sua saúde mental. O médico ele é chamado na hora de cuidar que a morte chegou perto. Sem médico na hora da morte ninguém cuida, profissional nenhum. A barriga aberta é o médico, o câncer o médico, a pressão incontrolável é o médico, patologias outras que podem ser evitadas são os outros profissionais. O atestado de óbito é do médico. Obrigada.

*(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Obrigado Doutora Olga Oliveira, do Samu do Distrito Federal. Convido finalmente o Doutor Ilton José Patrício, do Conselho Federal de Enfermagem.

**O SR. WILTON JOSÉ PATRÍCIO (CFE)** – Meu boa tarde a todos e todas. Eu gostaria de cumprimentar a Mesa na pessoa do Jarbas Soares Júnior. E eu venho aqui em nome do Presidente do Conselho Federal de Enfermagem, representá-lo nessa audiência. O Doutor Oswaldo, por motivos extras à sua vontade não foi possível estar aqui e nem a Doutora Irene, a qual estava designada por ele, mas nós do Conselho Federal de Enfermagem entendemos que é um grande problema social, pois diz a nossa Constituição que saúde é dever do Estado e direito de todos. Ou ao contrário. Que todos são iguais perante a lei. Mas isso, Doutor Jarbas, entendemos que é uma grande falácia. Porque muitas pessoas têm direito e têm acesso a todas as especialidades da área médica, têm acesso a todas as tecnologias, mas também senhores, muitas pessoas estão morrendo no nosso País por diarreia, muitas mulheres ainda estão morrendo no nosso País. Cerca de três a seis mil por ano, por não ter detectado o câncer de colo em condições de ser tratada. Então, isso nos entristece muito. Aonde todos são iguais perante a lei? Aonde todos têm direito à saúde? É ver em um programa de TV uma mãe levar um filho em convulsão, seis horas de barco no Pará para ter um acesso à saúde. Isso não é só médico. Entendemos que a saúde, todo indivíduo ele tem direito a uma assistência de qualidade, tem que ter uma assistência digna e justa. E tem que ser avaliado, e assistido por uma equipe multiprofissional, pois assim, eles terão condições de avaliar o melhor tratamento para esse indivíduo. E é por isso que nós nos preocupamos e entendemos que há uma grande necessidade sim de um contingente ainda de médicos para atender esses rincões onde essas pessoas morrem



pela falta de assistência básica. A enfermagem vem contribuindo muito junto ao PSF, ao SF para melhorar a qualidade de vida, o IDH dessas pessoas. Pois assim já tiramos muitas pessoas de sequelas ou evitamos que muitas pessoas estivessem junto com a equipe multiprofissional de um tratamento justo e digno daquela pessoa, para que ela pudesse se restabelecer ou até evitar com que ela viesse a adoecer e a trazer sequelas para sua vida. Serei breve. Só parablenizo ao Ministério Público por essa iniciativa, entendemos que esse é o caminho, precisamos de mais debates para decidir e avaliar qual é a saúde que nós queremos construir para nós e para os nossos filhos. Mas também é um grave problema, como o CRM irá fiscalizar esses profissionais? Eu falo porque eu já fui fiscal de enfermagem por 4 anos, já fui presidente do Conselho de Enfermagem do Estado do Espírito Santo e vi junto com os colegas médicos a dificuldade de fiscalizar. Muitos desses profissionais vão trazer outros profissionais que não serão legalizados. E estará também atendendo a população. Eu tenho certeza que o CRM terá uma grande dificuldade, pois, fiscalizar é muito difícil. O número de fiscais é muito pouco. E nós não teremos perna. Assim outros profissionais virão e com a assistência que nós estamos levando com essa política. Precisamos avaliar sim, construir políticas que venham a atender aquilo que almejamos, aquilo que necessitamos e que nós temos direito. Obrigado.

*(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Muito obrigado Doutor Wilton José Patrício, do Conselho Federal da Enfermagem. Para a parte das conclusões, antes de passar a palavra aos representantes dos poderes Executivo e Federal, eu concedo a palavra ao Doutor Gilmar Assis. Que é Coordenador do GT, Grupo de Trabalho da Saúde, da Comissão de Direitos Fundamentais deste Conselho Nacional e também integrante do GNDH, o Grupo Nacional dos Direitos Humanos, na área de saúde, do Conselho Nacional de Procuradores Gerais, para suas rápidas considerações em nome do Grupo, obviamente.

**O SR. GILMAR ASSIS (MPMG)** – **Senhor** Presidente, Conselheiro Jarbas Soares Júnior, fico honrado e em nome de cada um dos demais colegas que integram esse importante Grupo de Trabalho dessa Comissão de Defesa de Direitos Fundamentais, presidido por Vossa Excelência, de estar aqui falando pelo grupo. Eu quero crer que alcançamos já parte dos nossos objetivos em razão de um debate profícuo, qualificado, heterogêneo, em muito dos pontos, mas ficamos contentes por saber que o Ministério Público, na pessoa do Doutor Jarbas, permita a todos nós aqui participantes de fazermos esse depoimento. Por estar sendo esse ator visionário de um



Ministério Público inovador, transformador, não do seu pensamento subjetivo, mas porque assim o diz a Constituição Federal. O Ministério Público é o Ministério Público constitucional que potencializa ou tem o poder, dever de potencializar dois dos principais fundamentos republicanos, cidadania e dignidade da pessoa humana. E a área da saúde, como direito fundamental, direito humano fundamental, faz parte de toda essa atenção do Ministério Público brasileiro na pessoa do Doutor Jarbas, que preside com muita maestria essa Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais. Penso que é uma nova ferramenta colocada à disposição da sociedade, o Ministério Público é por excelência o defensor da sociedade, desse Ministério Público mediador, haja vista que a saúde é de relevância pública, seja ela pública ou privada, é de relevância pública. E ficamos com a grave responsabilidade porque essa mesma Constituição Federal de forma expressa. Doutor com exclusividade, o Ministério Público como a instituição, com a responsabilidade de zelar pelo respeito dos poderes públicos e por esse serviço de relevância pública. Adotando as medidas necessárias para a sua promoção, palavra mágica, e eficácia. Daí a nossa percepção de que iniciamos hoje, não é um fim em si mesmo, o Doutor Jarbas oportunamente vai falar a respeito, como presidente dessa Comissão, haverá desdobramentos. Penso que estamos na travessia da construção desse Sistema Único de Saúde, da qual Doutor Jarbas, me permita, o Ministério Público não tem como ficar de fora, o Ministério Público tem que ser por poder e dever constitucional, participante desse processo de engenharia coletiva e social. E nós temos certeza que haverá por parte o Ministério Público, como esse novo mediador, mas essa ferramenta constitucional colocada à disposição da sociedade haveremos de apresentar um grande contributo nessa matéria que é, por excelência, uma matéria de relevância pública. Muito obrigado.

*(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Muito obrigado. E para falar, finalmente, pelo Ministério Público Federal, a Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos, passo a palavra agora sim, ao Doutor, Subprocurador Geral da República, Oswaldo Barbosa, vice-chefe daquela Procuradoria.

**O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA (Ampasa)** – Bom, eu já me apresentei a todos vocês e pela Procuradoria... A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão é um órgão criado, previsto, constitucionalmente criado e regulado pela Lei Complementar 75, cujo objeto é fazer valer e garantir o direito público e subjetivo à saúde no âmbito federal. Também no Ministério

Público Federal, nós também temos o dever de zelar pela boa aplicação das verbas federais da saúde. Esse papel quem desenvolve é a 5ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público e lá eu sou relator desse tema. A Audiência Pública de hoje é um marco e o seu resultado, o seu produto que está sendo objeto de anotações taquigráficas e vai gerar um documento. Será distribuído pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão aos Procuradores Regionais dos Direitos do Cidadão, um deles, o de Santa Catarina que está aqui do meu lado, o Doutor Maurício Pessutto e aos Procuradores do Direito do Cidadão nos quase 180 Municípios onde existe sede do Ministério Público Federal. E eu gostaria apenas de anotar uma questão, aparte as questões que já estão judicializadas sob eventual constitucionalidade da Medida Provisória, ou ilegalidade, ou dessa outro tipo de vício que possa... Que foi suscitado certamente na Ação Civil Pública movida pela Federação, uma questão chama atenção do Ministério Público, e chamará a atenção do Ministério Público Federal na execução dessa Medida Provisória, Doutor Mozart. É como garantir a qualidade da tutoria e da supervisão desses médicos. Esse assunto foi suscitado agora pela nossa Doutora Médica Samuzeira (*Risos!*), desculpe, esqueci o nome. Olga. Porque esse é realmente é um problema. Essa é a questão, você mandar um médico para o interior, ter um tutor, 10 supervisores para atender 100 pessoas. E essa é uma... Eu vou dizer claramente, Doutor Mozart, que isso vai ser uma grande preocupação do Ministério Público Federal, que se assim for, se a justiça então considerar constitucional, legal, e não criar nenhum impeço à execução dessa Medida Provisória, que ainda estará sujeita ao exame do Congresso Nacional. Então, nesse caso, nós focaremos na qualidade dessa tutoria e desse monitoramento. O Ministério Público Federal é a favor do Revalida, sempre foi. Nós somos a favor do Revalida, conhecemos a história do Revalida, conhecemos as histórias das Universidades Federais de alguns Estados do Brasil, que faziam ouvidos moucos e validavam diploma de qualquer lugar. Conhecemos 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. Nós somos a favor de qualidade. O Governo Federal entendeu que deveria então, submeter esses médicos formados no exterior a um regime de residência no Brasil. Eles serão monitorados, assim como o residente é monitorado pelo seu docente, eles serão monitorados também. Criou uma nova, vamos dizer assim, 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, fez todo um trabalho legal nesse sentido. Essas questões trabalhistas, constitucionais de natureza trabalhista, certamente estarão aos cuidados do Ministério Público do Trabalho. Os nossos colegas do Ministério Público da União. Mas eu gostaria apenas de frisar, repito, a questão que chama atenção é a possibilidade de ter eficácia ao



sistema, um sistema de monitoração como esse. Tutoria, supervisão sobre o aluno. Espero que o Governo consiga apesar da experiência já trazida aqui pela Doutora Olga, vencer esse enorme obstáculo. Nós então agradecemos, o Ministério Público Federal agradece esse Conselho Federal do Ministério Público esta oportunidade de reunir esse valioso material para que os colegas Procuradores Regionais de Direitos do Cidadão e Procuradores do Direito do Cidadão em todo o Brasil possam acompanhar esse processo. E eventualmente, na medida em que ele venha a ser plenamente executado, nós possamos exercer o nosso dever constitucional de fiscalização. Não só da eficácia desse trabalho, mas também da aplicação das verbas federais nele empregadas. Muito obrigado.

*(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Obrigado, Doutor Oswaldo Barbosa, Subprocurador Geral de República, vice Procurador Federal dos Direito dos Cidadãos. E eu vou passar a palavra ao Doutor Mozart, e também ao Doutor Messias, do Ministério da Educação. E fiquei lembrando aqui, Doutor Mozart, fui sabatinado duas vezes na Comissão de Constituição de Justiça do Senado. E lá não há opiniões divergentes entre sabatinado e Senadores, eles simplesmente vão questionar o meu conhecimento e saber as minhas posições sobre o assunto. E efetivamente não é um momento fácil. Agora Vossa Excelência tem aí um mundo de questionamentos que demonstra a complexidade do assunto, a importância e obviamente que terá toda a oportunidade, pelo que eu vi das anotações, antes de 11 de noite nós não saímos daqui não. Com a palavra o senhor. Se o senhor preferir o Doutor Messias fique à vontade.

**O SR. MOZART SALES (Secretário-Executivo do Ministério da Saúde)** – Boa tarde a todos e a todas aqui. Eu vou procurar me ater aos assuntos e as questões mais complexas e relevantes. Evidentemente são várias e depois nós vamos passar ao Doutor Messias que está aqui como Secretário de Regulação do MEC, para que ele também faça... Inclusive o Ministério da Educação estava previsto e aí nós preferimos que ele fizesse no final, até para poder também enquanto elemento do Governo, responder algumas questões que são atinentes ao Ministério da Educação. Eu vou fazer a minha resposta, até porque eu venho de uma tradição democrática, eu fui do movimento estudantil, fui presidente da Direção Nacional dos Estudantes de Medicina, fui Secretário Geral da NMR, Secretário Geral dos Médicos de Pernambuco, eu fui vereador da cidade de Recife e vendo a tradição democrática do debate. Então, se tem algo que eu não tenho problema é de debater. A minha formação é essa, não tenho nenhuma dificuldade, inclusive nos

momentos do debate mais duro, mais acirrado, eu terei a tranquilidade de me ater e de perdoar aqueles que em alguns momentos usam da forma agressiva ou termos 'xulos', inadequados para tratar quem está de forma muito respeitosa e muito digna lutando para trazer saúde população brasileira. Então, vamos nos ater aqui aos fatos relevantes e que merecem o posicionamento. Do ponto de vista da questão dos erros em relação à exposição da população no meio médico, no meio profissional, nós entendemos que existem experiências já no mundo inteiro de países que têm feito o trabalho nesse sentido, de colocar determinadas regiões do seu território. Aqui mesmo eu citei alguns países que têm feito isso, que têm vinculado o exercício profissional a determinada área e determinadas atuação. Essa presença desses profissionais em nenhum momento tira nenhum tipo de capacidade, ou determina que é um profissional com meia atuação, ou com meia intervenção. É, na verdade, um processo de recrutamento da força de trabalho por parte do País e que têm a capacidade de determinar onde é que aquela força de trabalho estrangeira poderá participar e deverá participar, de acordo com os interesses soberanos da nação. Isso não significa dizer que essa intervenção é desqualificada ou inadequada. Aí todos os países que têm feito isso, aqui mesmo na Argentina nós temos Programas de Formação de Pós-Graduação com intervenção restrita aos serviços de formação de Pós-Graduação, que é uma modalidade que nós estamos querendo criar aqui no Brasil, na Atenção Básica, com vinculação com o Sistema Unasus, com as universidades federais, ou seja, com a modalidade de formação na Atenção Básica, durante um período, e que pode ter essa intervenção restrita. Do ponto de vista da projeção da necessidade de médicos para o ano 2030, hoje o que está colocado no âmbito dos países em relação ao Brasil mostram um distanciamento cada vez maior, ano a ano, se nós não fizéssemos essa intervenção. Em relação ao número de médicos dos países, ao número de presença de estrangeiros e ao número de médicos formandos atualmente, na correlação com a população. E nós mostramos esses dados, são dados reconhecidos internacionalmente, todos eles têm fonte, na apresentação existe dificuldade, mas todos eles têm fonte. Não foi nenhum dado desse criado por nós, ou que com o subterfúgio da verdade. Do ponto de vista de dados de oferta de vínculo de profissionais, nós para procuramos tirar os dados todos em relação ao número de vínculos e a estrutura de vínculos do Ministério do Trabalho, vínculos formais e a estrutura dessa vinculação. Em relação ao plano e desenvolvimento da carreira, nós entendemos que é um debate importante, nós somos a favor. Eu acho que tem na tramitação no Congresso Nacional uma PEC da carreira de Estado, nós sugerimos inclusive ao relator a possibilidade de alterações nessa construção dessa carreira. Achamos que é algo importante para a consolidação do Sistema Único, temos clareza de que o arranjo federativo brasileiro e a especificidade da profissão médica, com o patamar seu de remuneração e a especialidade dele demonstra uma



incapacidade de ordenar esse processo de carreira no âmbito do território, só para os Municípios. Essa é uma função e uma articulação tem que ser tripartite. É evidente que o conjunto dos Municípios tem que estabelecer um regramento desse processo de contratação, porque eles são autônomos do ponto de vista federativo, têm implicações em relação aos órgãos de controle do ponto de vista do exercício fiscal e de comprometimento com a questão de recursos humanos. Isso é um ditame, inclusive da própria legislação brasileira. Esse arranjo consorciado é o que nós estamos a buscar, que nós entendemos. Estamos, inclusive financiando proposta nesse sentido, no âmbito do Ministério da Saúde, para fazermos carreira de base regional, com financiamento tripartite, inclusive com maior aporte de recurso por parte do Ministério da Saúde, para as áreas que você possa ter desprecarização desses vínculos e a articulação no conjunto da rede, de maneira consorciada. É evidente que a proposição de uma carreira federal única, ela não é uma questão exequível no âmbito da atenção básica. Se assim o fosse a própria carreira que é referência, que é a carreira da magistratura e do próprio Ministério Público, que tiveram como referência, ela seria única no País. E nós sabemos que tem a magistratura federal e a magistratura estadual, Ministério Público Federal e Ministério Público Estadual. Não possível que na estrutura federativa brasileira você queira estabelecer uma carreira única, de âmbito e dê conta de estabelecer todas as diferenças do ponto de vista geográfico e da aplicação disso no território brasileiro. É preciso que nós saibamos e condicionemos esses processos de aplicação. Agora a União entende que é fundamental que ela participante, tanto do ponto de vista do estímulo à formação disso, como do ponto de vista do aporte de recursos que garanta a efetivação. Sabendo que os pequenos Municípios têm uma condição menor de construir essas carreiras no âmbito do seu território. É um complicado o Município que tem 4 equipes de Saúde da Família fazer uma carreira que possa permitir isso. Ao mesmo tempo nós temos pesquisas internacionais que mostram que o processo de provimento de profissionais médicos. E isso é no mundo inteiro. Tem correlação inclusive com a questão do desenvolvimento socioeconômico na região do ponto de vista de oferta de escola para filho, de oferta de escola para as coisas. E não sou eu que estou dizendo são pesquisas que existem no mundo inteiro. É evidente que se nós pudermos ter uma carreira com flutuação em relação à acessibilidade, que possa um médico começar em um Município menor e depois de um tempo ele ir se deslocando para Municípios maiores, terá uma condição de execução e de atração do profissional médico maior pelas suas próprias características, que são colocadas. E que o grau de desenvolvimento no país, ele é um grau de desenvolvimento que não é homogêneo e não será. Evidente que tem também outras propostas em regiões mais inóspitas, e mais difíceis, para que você possa realizar política de provimento temporário, que significa ter o profissional, mas não necessariamente um profissional, mas o

profissional no ramo de atuação. Essa é uma perspectiva que nós estamos olhando, que o Canadá está fazendo, é uma perspectiva de provimento e de lógica de formatação. Eu entendo que nós estamos em um momento de construir esse processo. Essa é uma perspectiva que nós não abrimos mão. Agora não entendemos que isso seja uma condição *sine qua non* para outras estratégias, *pari passu*, e em paralelo que possam ocorrer com a construção dessa modelagem jurídica, administrativa da carreira de Estado e da carreira articulada com os entes federados na base regional do Estado, com Estados e Municípios. Um treinamento em serviço, eu entendo que é algo que é importante, a sustentação jurídica está colocada por várias estruturas, esse é um debate que o Judiciário irá se pronunciar. E eu entendo que nós temos o nosso corpo jurídico para fazer a defesa, fazer a sustentação. Trabalhamos muito. É preciso que se diga que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, eles construíram uma política pública que não é fomentado somente pelas passeatas de junho. Ninguém constrói um programa desse com um arcabouço normativo dessa monta, com dados que olharam o nosso país e olharam o exterior em 15 dias. Esse programa nós estamos construindo e discutindo ele há muito tempo. Essa intervenção regulatória no mercado de trabalho e talvez essa nomenclatura doa nos ouvidos. A intervenção regulatória não é ditatorial, ela é um dos públicos necessários e eu estou aqui com esse estudo aqui, essa tese de Mestrado aqui, é no mundo inteiro, o mundo ocidental democrático. O processo formação de formação de médico e de especialistas é articulado pelo Estado. Palavra única? Dono da verdade? Não. Jamais. Ouvindo, conversando, dialogando, mas é um apanágio do Estado. O Brasil pecou por isso. E por isso nós temos essa situação tão dramática. Jamais, em tempo nenhum nós iríamos dizer que a categoria médica é responsável pelos processos de desassistência, de maneira total. É óbvio que não. São processos complexos de financiamento, de gestão, de pactuação, de construção modelada. Agora, é evidente que os médicos brasileiros, e eu sempre falo isso, porque eu sou médico, a minha esposa é médica, eu tenho inúmeros colegas médicos, militei a minha vida inteira na Medicina. Inúmeros colegas que estão no Sistema Único de Saúde, no sistema privado salvando vida e dando a sua contribuição. Nós respeitamos muito a categoria médica. Agora, nós entendemos que os médicos eles não podem, porque é impossível fisicamente, ocupar todos os seus espaços no mercado de trabalho que estão sendo colocados hoje. Nós pecamos lá atrás, nós estamos com a população médica que está envelhecendo, nós estudamos a curva de mortalidade proporcional dos médicos, nós sabemos que os médicos demoram mais a falecer cerca de 5 pontos a mais que o conjunto da população geral. Nós projetamos para 2030 e 2040. Esse estudo de 43 anos no mercado de trabalho para nós chegemos em 2035 com 3.0 médicos por 1000; a Inglaterra tem 2.7 hoje, e está com programa de expansão com criação de 10 faculdades de Medicina para chegar em 3.2 em 10

anos. Então, mesmo nessas projeções nós não vamos ter um número de profissionais que seja inadequado. E seria uma leviandade, enquanto gestor propor teoria do ‘esbordamento’ do copo, para medicina. Isso é impossível. Não é possível porque os médicos, pela sua importância, essencialidade, pelo custo que é a sua formação não seria uma política pública correta gerar um número de profissionais que pudesse pela pura e simples condição da lei da oferta de mercado, da lei de oferta e da procura, baixar o valor da remuneração médica de maneira absurda. O que nós não podemos é ter uma situação que é do pluriemprego, do pleno emprego, mais que um emprego e as dificuldades de provimento que são frutos, inclusive desse debate. Evidente que isso é algo que nós precisamos ter construção. O processo de formação com mais de dois anos e a visão não ‘estalocêntrica’ e a ausência de serviço, acho que é fundamental. Nós em nenhum momento estamos tentando anarquizar o ensino médico. Eu mostrei uma tabela dos países que usam a formação integrada após a Graduação ou integrada por dentro da Graduação. NHS é um sistema de saúde respeitado. Eu estive olho no olho com o Secretário de Estado da Saúde de Inglaterra, que é o Ministro da Saúde de lá, e o processo de formatação da vinculação desses profissionais no sistema público de saúde é algo considerado por eles fundamental. Os *Foundations Years*, que são os anos de fundação no modelo inglês, são fundamentais para a abrangência da formação geralista do médico. Estamos querendo aperfeiçoar o modelo de formação nosso, que nós sabemos no que 5º é utilizado por uma super especialização precoce, por uma busca incessante do conhecimento teórico para a realização de uma prova de residência. E muitas vezes o próprio estágio de dois anos no internato, que as Diretrizes Curriculares Nacionais e a mudança de um ano para dois anos no internato, todos nós sabemos que durou oito anos no debate na Academia. Oito anos para realizar essa mudança de 6 meses no curso médico. Evidente que algumas questões são urgentes e precisam ser modificadas e é isso um pouco que nós estamos construindo agora. Em relação à questão das despesas de ajuda de custo, eu acho que tem as justificativas no próprio texto legal, não se trata de impedir que se haja um retorno do treinamento em serviço e da parcela objeto do trabalho em relação ao treinamento civil. Não se trata disso, mas se trata de sanções em relação às ajudas de custo e despesas de deslocamento, que são questões colocadas, inclusive pelo zelo do processo dos recursos públicos envolvidos para aqueles que têm uma postura de má prática e má condução, que possa inviabilizar a sua permanência no programa. Inclusive em relação ao *locus* do exercício e a abrangência da especialidade envolvida. É com esse sentido e não, jamais realizar um processo extorsivo de devolução dos recursos para a União. Do ponto de vista em relação ao posto permanente e a discussão da condição de trabalho, nós temos aqui feito um esforço muito grande. Essas unidades de espaços de saúde elas já contam com 10% dos recursos depositados nos Município,

nós temos um sistema que aí nós convidamos aqui o Ministério Público para ir lá ver, não tem nenhuma dificuldade, chamado Sismob, que é um sistema de verificação das obras dessas Unidades Básicas de Saúde, que verificam o andamento delas em todo o território, das que estão aprovadas, com recursos liberados e que acompanham o andamento, inclusive com a liberação das parcelas iniciais, as parcelas subseqüentes. Os órgãos de controle determinam isso. Nós estamos cumprindo, para acompanhar o andamento dessas reformas, ampliações e construções em todo o País. É claro que às vezes você tem um processo mais lento em uma cidade ou outra, mas isso está aberto, está lá na sala de gestão e pode ser acessível ao cidadão comum. Evidente que o Ministério Público pode também lá ver, para acompanhar o investimento nessa área, o monitoramento da questão do envolvimento das obras. A integralidade da atenção. Eu acho que é fundamental a participação de todas as profissões, a compreensão do aspecto do atendimento multiprofissional. Mem saúde ela é... Nós não temos nenhum debate sobre isso, pelo contrário, nós sabemos que a perspectiva da atenção e da integralidade da multiprofissionalidade é algo fundamental, a saúde ela hoje é muito importante e os níveis, e o patamar de reconhecimento. Na Medicina nós temos 107 formas de atuar reconhecidas no Brasil, 54 especialidades e 53 áreas de atuação. Ora, se no conjunto dos médicos nós temos 107 formas de atuar e é evidentemente que ainda há um pleito de discussão dessa fragmentação ou não, quanto mais o rol dos conhecimentos na área da saúde, com a profissão avançada de pesquisa e a divisão entre as profissões. É evidente que a participação das outras profissões é fundamental e nós defendemos isso. Agora tem uma condição que aí é um debate que eu particularmente tenho compreensão, que é a questão do elemento definidor da profissão médica e essencialidade a da sua atuação, que é a característica da semiótica e o processo em definição da diagnose da terapêutica. Num conjunto dos aspectos nosológicos, e nós temos essa defesa, eu particularmente defendo isso, o médico tem uma condição de ter de um lado um conjunto de sinais e sintomas e histórias, exames laboratoriais e clínicos, que estabelecem um patamar de intervenção, e no outro a prateleira de informações e conhecimentos que foi dada ao longo da sua formação profissional, para poder efetivar a tradução dessa linguagem de sinais, sintomas efetivamente desses dados e transformar isso em um diagnóstico e em uma intervenção terapêutica. O médico na grande maioria das situações é quem faz isso de maneira exclusiva, evidentemente que se tem Odontologia, se tem em alguns aspectos esse médico funcional a Fisioterapia em outros a Psicologia; em alguns programas de saúde pública essa coisa compartilhada com a enfermagem, mas é evidente que você tem uma maior intervenção e isso é no mundo inteiro. Portanto, não há como você agregar acesso com esse componente sem ter a profissão médica junto. Agora, é claro que o médico na hora que ele constitui a equipe, e que evidentemente se agregam outros profissionais junto, como





é o profissional de enfermagem, porque o médico também não atua só, nós não reconhecemos a Equipe de Saúde da Família só com presença do médico. Agora, o que nós no Ministério da Saúde não aceitamos, e evidentemente temos feito esse debate lá, porque em alguns momentos de crise aguda e de desespero alguns gestores chegaram a propor isso, é a oficialização das Equipes de Saúde da Família sem médico. Nós não aceitamos porque você não pode transferir para outros profissionais essa responsabilidade, porque ele não tem formação suficiente, portanto, nós não oficializamos em nenhum momento. A Equipe de Saúde da Família após dois meses sem a presença do médico é descredenciada porque você não pode aceitar que haja esse funcionamento. Então, essa perspectiva da multiprofissionalidade e da intervenção integrada é comum e nós, inclusive acreditamos que com essa expansão da oferta médicos nós vamos ter de cara logo uma enfermagem e o técnico de enfermagem no nível médio, vamos ter também a equipe de odontologia associada porque na Saúde Bucal já desde 2003 havia uma Portaria anterior que determinava um para dois e isso caiu e um para um. Então, tem equipe de odontologia associada, embora seja um trabalho mais complexo de montar a equipe de odontologia do que a própria equipe de Medicina e Enfermagem. E queremos evidentemente trabalhar isso aí. E tem o Nasf, que é o conjunto do rol das outras profissões, inclusive o Ministério da Saúde flexibilizou as regras de implantação do Nasf, que é o Núcleo de Assistência à Saúde da Família complementar à equipe de Atenção Básica em que estão todas as outras profissões de saúde, a Nutrição, a Psicologia, a Assistência, o Serviço Social, enfim, todas as outras profissões que estão lá agregadas, com suporte para o núcleo de ferro que nós chamamos, que é a Medicina, Enfermagem e Odontologia do processo de assistência e Atenção Básica. Então, é evidente que nós vamos ter um ganho e uma oferta dessas vagas, concomitantemente da estruturação da Atenção Básica como um todo. A política de carreira e as medidas estruturantes, eu acho fundamental que nós articulemos isso em conjunto. Da mesma forma eu entendo que o Inciso III da Constituição do Artigo 200 coloca que é dever do SUS realizar ordenamento da formação de Recursos Humanos em saúde, e aí nós estamos procurando fazer isso. Nós estamos procurando nos colocar na condição de fazermos e aproveitarmos a demanda constitucional, de realizarmos essa lógica de formação de ordenamento a partir da necessidade do Sistema Único. A prática, ainda em relação às profissões, é evidente. Eu acho que no conjunto da atuação das profissões, no aspecto multiprofissional, tem as anotações legais, o marco legal que estabelece o rol de intervenção de cada profissão. Mas tem uma coisa que ninguém tira, e que ninguém estabelece por Decreto, que é o processo da prática social reconhecida. O que define o conceito da profissão é a prática social reconhecida. Quando eu tenho a minha crise de hérnia de disco, eu vou para o fisioterapeuta, porque ele é o cara que tem, evidentemente, o conhecimento para fazer



a intervenção. Evidentemente que, no processo inicial, para eu diagnosticar que eu tinha uma hérnia de disco, eu fui a um neurocirurgião. Mas hoje eu vou ao fisioterapeuta porque eu tenho já a referência do conhecimento técnico que ele tem para poder fazer a intervenção no processo de tratamento da hérnia de disco. Ou seja, essa característica da prática social reconhecida é que determina, inclusive, a busca por essas profissões. A Medicina tem isso, porque é a mais antiga delas, a que tem o maior reconhecimento e que tem o maior apanágio, a maior condição, a maior característica de amplitude e intervenção. Então, eu acho que é isso que coloca a participação conjunta, e isso, em nenhum momento, significa dizer que as outras profissões não estão sendo observadas e não estão sendo olhadas nesse programa. Agora, nós temos um problema grave de intervenção regulatória no processo de trabalho, de formação, e no processo do mercado de trabalho. Em relação à questão da saúde de qualidade, e da questão do acesso, e os aspectos que têm em relação aos problemas de diagnóstico, do número de exames, da dificuldade acesso... Eu entendo que são construções em conjunto. No momento, nós estamos nos ausentando de perceber a dificuldade do nosso país, o aspecto de construção do Sistema Único, uma sociedade que tem 500 anos, que tem 25 anos em que a condição e a saúde é direito de todos e dever do Estado está escrito para o povo brasileiro. É evidente que é uma construção ainda recente, temos as dificuldades de financiamento, de ordenamento no país, de articulação federativa, é um processo de... Inclusive, como expressar integralidade em um conjunto regional das ações de serviço. Esse é um aspecto fundamental, porque a carteira de serviço que expressa integralidade e vai garantir acesso ao usuário é que é o elemento fundamental para que nós não tenhamos, por exemplo, uma explosão de acesso na Atenção Básica, que isso fique travado na média e na alta complexidade. Reescrever, resignificar um processo de atenção no Brasil, inclusive com a determinação das necessidades estruturais para os hiatos epidemiológicos históricos que nós temos, por desassistência histórica em relação à hipertensão e diabetes, aos processos das doenças crônicas, a epidemias de acidentes de motocicleta... É claro que isso tudo cria. Brasil tem aquilo que alguns países subdesenvolvidos têm, e tem uma boa parte das doenças do mundo moderno. 500 mil novos casos de câncer por ano, aspectos em relação à obesidade, que são patamares evidentemente próximos daqueles do mundo ocidental, desenvolvido, muito próximo disso, que significa dizer que nós temos que ter uma intervenção ampla e muito forte em relação a uma série de aspectos. Agora, nós não podemos, por conta disso, deixar de reconhecer que essa intervenção só vai ser completa na medida em que nós pudermos realizar uma planificação das necessidades e um olhar sobre essas necessidades, discutindo-as com o olhar das características do processo de assistência e formação. Por exemplo, nós estamos, aqui, querendo construir o Cadastro Nacional de Especialistas, porque,



hoje, se você perguntar ao Ministro da Saúde, ao Ministro da Educação, à Presidente da República ou a qualquer presidente de entidade médica, quantos são os especialistas no Brasil e onde eles estão ninguém pode responder isso. Ninguém sabe responder isso. Porque nós temos um cadastro nacional de estabelecimento de saúde que tem uma inscrição de médicos no âmbito do Ministério da Saúde. Nós temos um cadastro do Conselho Federal de Medicina que pega parcialmente uma parte dos médicos especialistas. Nós temos o Sistema MB, que forma especialista pela sociedade de especialidade. E nós temos o Sistema CNRM, do MEC, que forma especialistas. Nós estamos querendo construir o Cadastro de Especialistas para unificar essas bases de dados. E pilotar, no território nacional. Nós temos X cirurgiões vasculares, tantos formados pelo Sistema MB, tantos sombreados MB, CRNM, tantos pelo sistema RN, no Estado do Ceará, no Estado de São Paulo, no Estado da Paraíba, no Estado de Pernambuco. Hoje, isso não é possível. E nós, inclusive, estamos aqui reiterando o pedido ao Presidente da MB, porque a única parte que falta para que nós formemos o Cadastro Nacional são os dados do MB, do número dos profissionais especialistas no Brasil. Fizemos todo um conjunto de tratativas para que nós possamos, inclusive nessa linha de base, dos especialistas brasileiros, nós programarmos a intervenção das 12.400 vagas novas de formação de especialistas, que, na área de residência médica que nós queremos construir no Brasil até 2018. E, também, articular com a sociedade de especialidades, com a própria MB. O processo de formação de quem está no mercado de trabalho que, por exemplo, citando um exemplo de Minas Gerais, eu tenho 3.430 médicos obstetras assinando, aí RH no Estado de Minas Gerais, porque eu vejo isso pelo Ministério da Saúde. Eu tenho 1.450 formados pelo sistema CNRM. Eu tenho 720 registrados no Conselho Federal de Medicina como obstetras. Eu não sei quantos são formados pela Febrasgo com título de especialista pelo sistema MB. Portanto, eu não sei, desses três mil e tantos que estão, aí, assinando aí RH, quantos, de fato, têm formação e quantos estão atuando como obstetras sem formação. Até para desenvolver um trabalho conjunto, porque eu entendo que aquele profissional não tem condição de voltar ao processo de formação na modalidade residência para desenvolver, com a Sociedade de Especialidade, modalidade de treinamento e de formação conjunta que possam garantir essa qualificação no processo de formação de especialista brasileiro. Para poder fazer essa linha de base nós precisamos e estamos aí, e espero contar com a colaboração do presidente Florentino para nos ceder esses dados que já reiteramos, por diversas oportunidades, essa necessidade. E depois discutirmos com as próprias entidades a planificação na necessidade de especialistas, as entidades que estão sentadas na Comissão Nacional de Residência, estão discutindo conosco, com o Conaes e Conasems essa formação, e nós precisamos construir esse caminho de maneira conjunta. Em relação à carreira, nós temos exemplos vários. Aí tem um

debate. A carreira é fundamental e importante, mas, no processo de referência e de simbolismo da Atenção Básica no Brasil, nós fizemos pesquisa com estudantes de Medicina recém-formados, com médicos do Provac, lá pela Unidade da Federal de Minas Gerais, o que é que acontece? A modalidade de contratação preferida do médico brasileiro é a modalidade de contratação por procedimento, por número de consulta, e não por carga horária. Isso não foi dito por mim, foi dito pelos médicos. Na cidade do Recife, nós temos um plano de carreira que inicia com R\$ 10.000,00, regime estatutário, estatal, Regime Jurídico Único para a Saúde da Família, com 40h, que tem 42 vagas ociosas, e já fez dois concursos e não consegue preencher, dentro de uma capital, com carreira estabelecida. Por que essa modalidade de mercado de trabalho não é interessante. Vamos, aqui fazer a discussão correta. Pela pluralidade e a fragmentação da oferta no mercado de trabalho. O médico ganha mais. E se nós formos querer regular só pela oferta em relação salarial, uma oferta de salário com patamar de piso de saída por 40h a nível de 7 mil euros, traduzindo para a moeda estrangeira, eu andei a Europa inteira e não vi nenhum país que remunere per capita com saúde maior o que Brasil e per captas populacionais de rendas maior que o Brasil. O Brasil é a quinta economia do mundo, mas o nosso per capita é 16 mil dólares. Metade, praticamente da per capita da Espanha, que é 32 mil dólares. Então, nós temos. Como remunerar nesse patamar exigido se nós formos pela variável do salário para 7 mil euros, que é R\$ 20.800,00, para 40 horas? Essa é uma situação que nós precisamos nos debruçar. Talvez, uma construção que leve um tempo para chegar a esse patamar, e discuta uma integração com 20h iniciais, com os Estados e Municípios. Nós estamos abertos a construir isso para que nós possamos chegar a uma solução que seja satisfatória para a profissão médica, e que, em nenhum momento, leve a dificuldade, do ponto de vista do patamar da remuneração, mas que seja exequível no conjunto dos Estados e da União. Em relação à posição da necessidade e dos valores de formação, eu concordo. Os valores de formação da profissão médica são fundamentais. O ordenamento da formação de Recursos Humanos está lá escrito na constituição. É do Sistema Único de Saúde, evidentemente que ouvindo a sociedade e dialogando, e com o Ministério da Educação em conjunto. Mas é uma 'planagem', uma condição escrita na constituição que nós precisamos, agora, procurar fazê-lo de maneira mais evidente e efetiva, mesmo com uma postura refratária das entidades médicas. As entidades assinaram uma carta colocando que a composição da Comissão Nacional de Residência Médica, que agora tem a presença do Conaes e do Conasems, deveria voltar ao patamar anterior, que não tinha a presença dos Secretários Estaduais e dos Secretários Municipais. Como nós temos o sistema SUS que é tripartite, federativo... Hoje, nós temos 23.000 bolsas de residência médica, das quais sete mil de MEC, e três mil do Ministério da Saúde e 13 mil de Estados e Municípios, como é que eles não podem



participar do processo de formação, se eles estão pagando a maior parte da conta, inclusive hoje? Então, são posições dessa monta, com algum grau inclusive, de dificuldade de compreensão, que são ruins, porque nós não podemos deixar de debater com os Secretários Estaduais e Municipais o processo de formação de especialista no Brasil. A lógica, inclusive, na rede pública e a interface com o sistema privado é evidente. A forma de remuneração do setor público e do setor privado é diferente; a lógica, inclusive está estabelecida. Do ponto de vista do serviço civil, nós entendemos, e eu acho o que Doutor Messias pode se debruçar sobre isso, que não há nenhuma perspectiva de serviço civil, não é uma questão... Nós estamos mudando um modelo de formação. Não estamos, inclusive, dizendo qual é o aspecto da regional da referência dessa escola. A perspectiva de fazer a partir de 2015, é uma perspectiva, inclusive, para dar conta de você poder ter um debate no Conselho de Educação efetivo, que faça e construa as diretrizes curriculares com uma condição adequada do debate, porque não é uma operação simples montar esse novo escopo. O componente docência, no âmbito da atenção básica, é algo fundamental. Hoje, as dificuldades aqui relatadas, em relação a compartilhamento do campo de prática na Atenção Básica, no setor público e no setor privado, nós não reconhecemos, porque nós não construímos um modelo de preceptoria e do componente docência. Não há um modelo de acreditação profissional e de avaliação de desempenho com componente docência que seja reconhecido no âmbito da Atenção Básica, para fazer com que quem tem Unidade Básica de Saúde com a presença de estudante ter reconhecimento. A parcela variável que incorpore isso no campo da carreira, e nós estamos investindo, aqui, com a Fepecs, no Distrito Federal, que tem uma Faculdade de Medicina na Secretaria de Saúde, para um modelo de remuneração em docência e avaliação de desempenho, é a algo fundamental para nós construirmos, inclusive para 2021, a perspectiva da capacitação da rede em um componente de preceptoria, de remuneração e de articulação nesse sentido. Nós estamos falando porque achamos que isso é fundamental. Hoje, o modelo não está correto, inclusive no delineamento dessa rede. Fica funcionando, muitas vezes, a capacidade de pressão e negociação com os gestores e com os diretores de faculdade, coordenadores de curso. E isso, muitas vezes, leva ao canibalismo e ao processo, evidentemente, de dificuldade de montar isso na estrutura de rede. O MEC, na Portaria 2 e 3 desse ano, já avançou com uma avaliação no campo de prática, consubstanciado nos dados do Ministério da Saúde, para evitar uma superposição de escolas no mesmo espaço de formação, com a referência de leitos por aluno, e de Equipe de Saúde da Família por aluno, e agora, com edital de chamada nacional, vai ampliar mais ainda esse aspecto de intervenção positiva, visando buscar os vazios assistenciais e de formação e ofertar, que é papel do Estado, a iniciativa privada, de maneira regulamentada, aonde, evidentemente, ela poderá fazer o seu investimento e prestar esse serviço nos locais que tenham

essa necessidade. Além de fazer uma forte expansão no setor público, previstas, aí, mais 3.000 vagas, fora as 1.400 da Portaria 109 de 2012, que ainda estão por ser abertas no setor, isso falando só das universidades públicas federais. E nós estamos também investindo e fortalecendo o papel das estaduais, que tenham uma perspectiva de abertura até de 970 vagas, pelo menos é o que tem demonstrado os reitores, e temos conversado com eles. Isso aí é um debate que nós estamos querendo construir com o médico. A revalidação do diploma plena ou não plena é uma característica da medida; essa lógica, inclusive, de fazer uma revalidação ou um reconhecimento da autorização de exercícios profissionais de países que têm grade curricular e período de formação, carga horária similar à brasileira, e que os seus órgãos de classe, em seus países, reconhecem essa capacidade de exercer profissionalmente a Medicina nos seus países e colocá-lo na Atenção Básica. Que é o rol de intervenção primária em saúde. Eu entendo que é algo diferente da revalidação plena para um exercício profissional completo em todas as especialidades. E assim seria, por exemplo, para a área cirúrgica, para UTI, para UPA, para emergências, e não é o caso. Isso se dá, esse programa especificamente para a Atenção Básica. Essa é a perspectiva. Do ponto de vista da abertura de vagas, eu já coloquei, e também em relação ao financiamento. Concordamos que temos que avançar. O plano de carreira, também já fiz um comentário sobre isso. Em relação à questão da posição das Prefeituras e dos Municípios, eu acho que o Conasems é quem maior propriedade para fazer essa defesa, mas eu entendo que é uma construção conjunta, o espaço de atuação e de intervenção, até pela própria Constituição Brasileira, é o território do Município. Nós vamos ter, claro, que avançar, no conjunto de pactuação, o Decreto 7508, que é o Decreto que fala do contrato de ação pública entre entes federados, estabelece normas de pactuação conjunta; tem a lei de responsabilidade sanitária em debate no Congresso Nacional, que estabelece responsabilidade dos gestores no âmbito de cada esfera de atuação. Eu entendo que isso é uma construção efetiva, nós não vamos resolver todos os processos de articulação do ponto de vista federativo. Agora, precisamos melhorar isso de forma conjunta em todos os espaços de intervenção. A capacidade que os jovens formados no Brasil têm de atuar naquilo que é determinado como rol de intervenção na Atenção Básica em saúde, eu entendo que é um rol de intervenção plena. E que nós vamos melhorar a possibilidade, inclusive, de ter, nas áreas mais afastadas, um diagnóstico precoce, uma possibilidade de uma orientação, de uma avaliação, de uma intervenção no primeiro momento do aparecimento do desequilíbrio do processo saúde-doença. Essa é uma coisa fundamental do programa. Colocar profissionais ali vai, com certeza, agregar capacidade resolutiva naquela região e, conseqüentemente, melhorar o estágio da efetivação de diagnóstico. No primeiro momento, um número maior, talvez, até de pacientes para o sistema público, mas, com certeza, no médio e

longo prazo, uma forte capacidade resolutiva e, melhor que isso, evitar que as pessoas procurem serviço de saúde pela porta de entrada mais dramática, que é a urgência e emergência, que é desestruturante, que é, muitas vezes aquilo que está sendo colocado no processo agudo, deslocado da capacidade maior de articulação. Eu acredito nisso. E, evidentemente, se o perfil do médico brasileiro não deixa com capacidade de atuar na Atenção Básica recém-formado, fortalece ainda mais o nosso discurso de que nós precisamos melhorar a formação generalista desse médico, e, por isso, a intervenção no segundo ciclo. Se o médico tem esse diagnóstico de que ele tem dificuldades para fazer o rol de diagnóstico e intervenção na atenção básica, que é o nível mais primário da intervenção, fortalece mais ainda que nós precisamos melhorar essa intervenção na atenção básica e melhorar essa formatação com o segundo ciclo e com essa discussão. A garantia e a qualidade da tutoria, respondendo ao Procurador Oswaldo, ela será assegurada em discussão com o Ministério da Educação, as escolas de saúde pública, as residências de medicina de família de todo o país. Nós temos conversado com o conjunto dos professores nesse sentido, temos discutido com o grupo deles a formatação, inclusive, da modelagem disso no sistema UnA-SUS, e vamos investir muito fortemente. É evidente, estamos dispostos a conversar a construir o aperfeiçoamento do modelo, mas essa será uma preocupação muito forte no sentido do acompanhamento das ações de atenção básica no país como um todo. Eu vou passar para o Messias, mas agradeço muito ao presidente Jarbas, a todos que participaram desse debate. Eu acho que é uma matéria realmente de alta indagação, como se diz no meio jurídico, e de alta discussão, mas eu entendo que nós estamos aqui para construir um caminho da oferta de profissionais médicos no nosso país. E que outros países já adotaram medidas semelhantes em um determinado tempo da sua época e da sua formação do seu sistema de saúde; e que nós precisamos fazer isso de maneira conjunta com a população, com o Ministério Público, com a Sociedade Civil, com as entidades médicas, porque nós entendemos que em nenhum momento nós vamos nos negar e vamos deixar de procurar as entidades para dialogar. E eu tenho certeza que, passadas as questões mais emergenciais, nós vamos construir esse programas com toda a condição de deixá-lo à disposição da população brasileira e levar os médicos brasileiros para mais perto da população, nas regiões de preferia das grandes cidades e do interior de Brasil.

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Agradeço ao Doutor Mozart, e eu quero dizer, aqui às entidades que participaram, ou estão acompanhando pela Internet, que, aqui na sistemática da Audiência Pública não tem a tréplica. Então, de toda forma, os eventuais arrazoados, as manifestações que podem ser encaminhadas ao Conselho, para instruir o procedimento que foi instaurado, que redundou nessa Audiência Pública, como eu disse, a partir

da sexta-feira, possivelmente essas notas de tudo o que foi falado aqui estarão em nosso site, até para difundir, refletir, discutir, reanalisar, sobre tudo que foi feito. E esse é o papel dessa Audiência Pública, com a devida complexidade dos assuntos, o clamor que foi criado, a discussão... Então, é nesse sentido que nós temos buscado, aqui, dar ao Ministério Público brasileiro esses dados, essas informações, esses posicionamentos às vezes divergentes em certos modos, na forma, no conteúdo... Enfim, para que, no caso do Ministério Público, possa se formar uma opinião, pelo menos média. E obviamente que, ouvindo, aqui, sobretudo o Doutor Mozart, representante o Governo Federal, posso também... As próprias posições contrárias, também, serem reafirmadas ou, então, modificadas, não se sabe. E ajudar a construir, aí, uma alternativa. Antes de concluir, vamos ouvir o nosso ilustre Doutor Messias, do Ministério da Educação, cujo cargo é de Secretário da Regulação e Supervisão da Educação Superior. Sobre os temas afetos à sua pasta.

**O SR. JORGE MESSIAS (MEC)** – Senhor presidente, senhoras e senhores conselheiros, muito boa noite. Em primeiro lugar agradecer a oportunidade de o Ministério da Educação participar dessa Audiência Pública. Na casa que é responsável por um dos papéis mais nobres dentro do nosso sistema constitucional, que é a defesa da ordem jurídica, defesa dos interesses da sociedade. Nós reconhecemos essa importância, e ter uma oportunidade de debater um tema tão caro para a sociedade, para a cidadania, aqui é um momento único e ímpar para o Ministério da Educação. Sendo muito breve, Senhor Presidente, e senhoras e senhores, porque o meu colega Mozart fez uma importante ação de esclarecimento aqui, no dia de hoje, ao longo de todo o dia, das razões que levaram o Governo Federal a encaminhar e ter, a Presidenta da República adotado a Medida Provisória nº 621. Acredito que os esclarecimentos o Doutor Mozart foram exaurientes em vários aspectos, mas que alguns aspectos mereceriam ser esclarecidos notadamente sobre o Plano Educacional. Primeiro, de todas as falas, fica muito claro que todas convergem em uma única direção, qual seja, a necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. E eu acredito que, nesse sentido, a Medida Provisória já tem um mérito de pautar a defesa e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde na centralidade do debate. E foi com esse espírito, Senhor Presidente e senhoras e senhores, que o Governo Federal encampou e encaminhou à senhora Presidenta essa medida, e a senhora Presidenta encaminhou ao Congresso Nacional essa medida. E por que eu coloco esse aspecto? Porque o preceito constitucional que moveu a ação governamental é um preceito que está há 25 anos na Constituição, e só agora o Governo coloca no centro do debate para regulamentação por meio de Medida Provisória, qual seja o Artigo 200, Inciso III da Constituição. O inciso III é muito claro em conferir, em cometer ao SUS, ao Sistema Único de Saúde, o papel de regulamentação, de



ordenação da formação de Recursos Humanos no âmbito de saúde. No âmbito dos recursos humanos de saúde. E aqui, Senhor Presidente, nós demos um passo que, se não é um passo exaustivo, é um passo fundamental para a concretização e o fortalecimento do SUS, que é a colocação do SUS no seu papel regulatório. O Secretário Mozart colocou, aqui, trouxe, na apresentação inicial, os dados estatísticos que falam muito forte para toda a população, que é a carência de profissionais na área de saúde, e aqui, destacadamente, o profissional médico, é muito clara. Os dados estatísticos estão colocados. Ou seja, para além de uma percepção da sociedade, que é muito clara, há uma questão estatística muito forte. E, com todo respeito às colocações que foram feitas em relação a não necessidade de mais médicos, e que o problema se limitaria a uma questão geográfica. A questão não se limita só a uma questão de distribuição geográfica, ela passa necessariamente pela melhor distribuição geográfica, mas ela se exaure com uma melhor distribuição geográfica, porque a questão é numérica. Nós temos 1.8 médicos por 1000 habitantes, enquanto países de referência que nós podemos destacar aqui, Reino Unido, Estados Unidos, Argentina, Uruguai, Espanha, Portugal têm... O Reino Unido, 2.6; os Estados Unidos, 2.7; Portugal, 3.4; Espanha, 4; Argentina, 3.2; Uruguai, quase quatro médicos por mil habitantes. Agora, no Plano Educacional, e aqui eu quero destacar a frase do meu colega, é muito clara a necessidade de uma ação firme do Governo Federal no aspecto educacional. Por quê? Porque, enquanto os Estados Unidos, enquanto o Reino Unido possuem, hoje, 2.5, 2.6 médicos por mil habitantes, na outra ponta, que é a ponta de formação, eles possuem 1.5 vagas de ingressantes de medicina por 10 mil habitantes, e nesse número é que a nossa é mais aguda. Por quê? Porque nós temos, hoje, um número de vagas por 10 mil habitantes de 0.84. Então, é uma questão matemática. O que nós podemos concluir? Nós temos, hoje, menos médicos por mil habitantes em relação a esses países de referência e vamos continuar tendo! Por quê? Porque o nosso aparelho formador é insuficiente para fornecer mais profissionais médicos para o atendimento da população. Então, nós não vamos promover uma intervenção regulatória clara no mercado de trabalho se não enfrentarmos uma intervenção regulatória no plano do sistema educacional. Evidentemente, qual foi a análise que o Governo Federal fez? Na última década, o nosso sistema federal de ensino cresceu uma média de 5% nas vagas dos cursos de Medicina. Bom, considerando a manutenção dessa estatística, nós só atingiríamos um número de médicos por mil habitantes em patamar semelhante ao Reino Unido e aos Estados Unidos em 2035. Ou seja, a partir desses dados, fica muito clara a necessidade que o Governo tem de promover uma intervenção regulatória no plano educacional. E aí repito, a intervenção regulatória no plano educacional exige, sim, a criação de mais vagas de Medicina. Agora, o Governo Federal não pode, evidentemente, pelo papel que tem no plano educacional, a Constituição é muito clara, o

dever do Estado na educação, o dever do Estado na regulação da educação e na avaliação da qualidade da educação ofertada, e aí, no caso, em especial no ensino superior, por força da Lei de Diretrizes e Bases. Ora, Senhor Presidente, senhoras e senhores, nós temos que dar uma resposta à necessidade colocada aqui, da população, com qualidade. Então, nesse sentido, o Governo Federal, colocando o SUS como centro do processo de formação, estabelece, na Medida Provisória um formato inovador de autorizações de cursos de Medicina. E eu quero chamar atenção a isso, porque, hoje, a nossa proposta, a proposta colocada na Medida Provisória para a discussão com o Congresso Nacional, faz uma mudança significativa no processo de autorização de cursos. Saindo de uma lógica de demanda espontânea, em que prevalecia o interesse do empresário, prevalecia o interesse econômico, para uma lógica em que prepondera o interesse público, e sob várias formas, sob vários aspectos. Primeiro que é o Estado que está, agora, dirigindo o processo, e dirigindo o processo segundo as diretrizes constitucionais, os princípios constitucionais. Por quê? Porque antes, alguns aqui que me antecederam colocaram com muita clareza, eu acho que a própria estudante trouxe a preocupação de que o estudante de Medicina, hoje, no curso público, fica colocado em segundo plano em relação ao curso privado. Existe, hoje, por falta... Existia antes, por falta de regulação, um processo de canibalização de vagas, em que o estudante de Medicina de um curso público concorria com o estudante de medicina de um curso privado, em que o interesse econômico prevalecia, preponderava em detrimento do interesse público, e o gestor do SUS local acabava formulando vários convênios com vários cursos de Medicina, criando superposições de campo de prática, o que incidia em um processo forte de precarização da oferta. E nós sabemos que o curso de Medicina, e os cursos na área de saúde, em especial, são cursos em o que campo de prática, em que o regime de internato, de ensino e serviço, formação e serviço, correspondem a uma etapa fundamental do processo de formação. Então, como é que o Governo responde a essa problemática? Por meio do princípio constitucional do chamamento público, em que vai vencer a melhor proposta. Agora, por que nós indicamos essa medida? Porque não se faz formação em curso na área de saúde sem o Sistema Único de Saúde, e o Sistema Único de Saúde, como um sistema público, deve ser ofertado para quem oferecer a melhor proposta, de forma impessoal, de forma republicana, de forma transparente. Esse campo de prática, primeiro, o gestor local do SUS só vai poder se comprometer com um curso de Medicina, e não com vários cursos de Medicina, como acontecia antigamente. Segundo, a partir da nova sistemática de autorização de cursos, aqui trazida pela Medida Provisória, esse campo de prática agora dedicado a um único curso de Medicina vai ser afetado a um processo de formação por meio de um processo de chamamento público em que a melhor proposta será a selecionada para a implantação do curso. Ou seja, não mais atendendo ao interesse privado, ao

interesse particular, que prevalecia no cenário anterior. Agora, o Estado não faz isso descorado dos interesses outros, também, do próprio Sistema Único de Saúde da sociedade. A nossa proposta, trazida pela Medida Provisória, é que o processo de chamamento público seja concebido a partir de uma definição de critérios técnicos, e aí é colocada a questão acadêmica em essência, a partir da avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, os SINAES, em que as dimensões projeto pedagógico, corpo docente e infraestrutura prevalecerão, sob o ponto de vista acadêmico, mas também preocupado com dois aspectos importantes, econômicos sobretudo. Primeiro, a necessidade que o parceiro privado vai ter de ofertar uma contrapartida ao Sistema Único de Saúde. Ele não vai utilizar aquela rede pública gratuitamente, sem uma contrapartida. Ele deverá ofertar uma contrapartida ao Sistema Único de Saúde. E, em segundo, o equilíbrio econômico dos contratos, de modo que a mensalidade a ser cobrada do estudante seja razoável, e que não seja exorbitante, para que o estudante acabe se afastando de um curso fundamental que o país precisa. Então, são esses aspectos que eu gostaria de chamar atenção no ponto específico de criação de novos cursos. Hoje, o número que foi anunciado pelo Governo, 11.477 vagas, é um número factível, é um número concreto. E parte de que pressuposto? Parte do pressuposto da aplicação das regras estabelecidas de qualidade acadêmica. Ou seja, dentro de um processo de localização de campo de prática, nós identificamos a necessidade de pelo menos cinco leitos SUS por vaga; no máximo, três estudantes por Equipe de Atenção Básica; a necessidade de hospitais com mais de 100 leitos de atendimento de urgência e emergência; a necessidade de que o município tenha aderido ao Programa de Melhoria à Atenção Básica, o PMAQ; a existência de CAPS, Centro de Atenção Psicossocial... E essas são regras que já existem dentro do nosso sistema, hoje, e que foram trazidas para o contexto legal para dar mais força à ação regulatória do Estado. Então, eu quero dizer que o processo de criação das 11.477 é um processo consistente. Nós já sabemos, hoje, quais são todos os Municípios que têm potencial claro de abertura de novas vagas. Por quê? Porque o Estado fez um mapeamento muito claro a partir da infraestrutura em termos de equipamento público existente, e nós vamos colocar esses municípios, esses critérios de seleção em Audiência Pública para discutir, junto com a sociedade... Aproveito para convidar, aqui, todas as associações médicas e escolas médicas para discutir conosco os critérios de seleção dos novos cursos. Mas, sem me alongar, senhor presidente, em relação a outro aspecto muito caro para a discussão, que é a instituição do segundo ciclo, eu acredito que o meu colega Mozart tenha detalhado esses aspectos, mas nós estamos convencidos, dentro do Governo, de que a ampliação do processo de formação do curso de Medicina é um processo que vai ao encontro do reclamo da sociedade e das próprias associações médicas. Que há muito tempo reclamavam,



com o próprio Governo a necessidade de melhoria do ensino nas escolas médicas. Hoje, após um ciclo de seis anos e um curso de Medicina, o estudante sai com um registro profissional, e aí ele pode fazer um atendimento de urgência e emergência e, também, fazer um atendimento de alta complexidade. A instituição do segundo ciclo, para além da questão constitucional, que, na nossa perspectiva, está muito clara a partir do Artigo 200 do Inciso III da Constituição, é uma medida que se impõe não só por ser um movimento global, como foi colocado pelo nosso colega de Governo, em que vários outros países instituem e adotam o mesmo modelo, mas como o momento único de qualificação desse profissional no ambiente de urgência, emergência, atenção básica no SUS, para que ele possa ser confirmado com o seu registro profissional. Por quê? Hoje, a partir do momento em que ele é graduado, ele é titulado, ele é profissional. E ele, como profissional, pode exercer plenamente a atividade médica. No SUS, a partir do momento de licença provisória, que equivaleria a uma permissão, ele estaria colocado em um processo de supervisão específica no âmbito do Sistema Único de Saúde, de modo que esse profissional poderá ser confirmado ou não como um profissional médico. E aí impor a ele, ante a uma deficiência verificada na supervisão acadêmica, uma medida de retorno para correção de um déficit de formação profissional. Então, considerando o bem colocado aí, maior, que é a vida da população, eu acredito que é uma medida que deve ser refletida no âmbito do Congresso Nacional. Por quê? Porque eu não atendo, aqui, à questão constitucional, porque a questão constitucional nós já trouxemos, aqui, aos elementos. Eu me atendo, aqui, à questão da evolução da qualidade, de ter um profissional mais preparado, de ter um profissional mais qualificado para atendimento à população. É um debate que já está colocado no âmbito do Conselho Nacional de Educação. O Conselho Nacional de Educação já instituiu uma comissão temática e já está discutindo a reformulação do currículo médico. Então, nós apostamos em um diálogo com a comunidade, toda a comunidade acadêmica, toda a comunidade médica está convidada a debater conosco, com o Ministério da Educação, por meio do CNE, a adoção de um novo currículo de formação médica. Presidente, sendo estas as considerações que o Ministério... Ah, por fim, para não me olvidar, é importante deixar claro que o Ministério da Educação em momento algum pensou na extinção do Revalida. O Revalida é um programa importantíssimo, já demonstrou o seu valor, a sua correção, e a ideia, a intenção o Ministério da Educação é fortalecer o programa. Eu acredito que a razão colocada pelo meu colega de Governo para não aplicação do Revalida nesse caso é muito clara. A partir do momento em que o profissional tem o seu título revalidado, ele vai atuar em qualquer lugar, e nós não queremos replicar o modelo que está em vigor hoje, que é um modelo que não tem privilegiado o atendimento à atenção básica, à urgência e emergência, e ao atendimento das necessidades do Sistema Único de Saúde. Então, sendo estas as considerações, eu agradeço a possibilidade de

participar e me coloco aqui, mais uma vez, à disposição. Muito obrigado.

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Obrigado, secretário. Eu consulto o Conselheiro Almino Afonso, se deseja se manifestar.

**O SR. ALMINO AFONSO (CNMP)** – Senhor presidente, inicialmente, eu gostaria de cumprimentá-lo por esta brilhante iniciativa, como Presidente da Comissão de Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público, porque o tema é de extrema relevância, é indispensável dizer a importância da saúde como um direito fundamental, que é dissociável da própria vida. Mas, me preocupam alguns argumentos trazidos ao longo do debate desse tema aqui no Conselho Nacional, e especialmente nessa Audiência Pública. A forma com que, muitas vezes, essas informações são levadas às pessoas do povo. Preocupa-me muito a adjetivação, sobretudo, de um plano como este, porque é controverso, no meio da sociedade, portanto independe até de prova, à luz da interpretação jurídica, é o caos em que a saúde brasileira vive atualmente. Costumam dizer que a nossa saúde está na UTI. E imagino que a proposta do Governo Federal, do plano do Governo Federal, de Mais Médicos, se justificaria tão somente por um único argumento, porque, em que pese, e todo respeito àqueles que divergem das estatísticas aqui trazidas, e também comungo com as preocupações aqui trazidas pelo presidente da Associação Nacional dos Médicos, que, em brilhante explanação soube abordar sob o ponto de vista de instrumentalização da saúde brasileira, as deficiências que nós encontramos atualmente e a necessidade premente de se aumentar esse investimento, se não nos patamares aqui propostos, 10% das vinculações das receitas para a saúde, mas que, se pudesse, sem dúvida nenhum haveria mais investimento para a saúde. Mas, me parece uma coisa muito clara: que nós temos no Brasil e não foi contraposto. Porque uma coisa é dizer que esse plano é enganoso, que é fraudulento, e outra coisa é trazer números que contrapõem, sob o ponto de vista científico, aqueles que foram apresentados. E não ouvi ao longo, pelo menos da minha participação aqui, qualquer contra-argumento científico, porque me parece que a metodologia realizada em pesquisas tem um conteúdo científico de grande relevância. Então, dentro dessa perspectiva, me preocupa muito esses argumentos falaciosos e que trazem, para mim, na discussão, no debate, amplamente democrático, uma preocupação de que esse insultos trazem, por si, um conceito de falta de argumento. Então, eu acho que a questão é seria, nós não podemos restringir esse debate tão somente a questão corporativa. É legítima a representação aqui, e, para isso, evidentemente, foram constituídas associações para defender o interesse dos médicos brasileiros. Eu acho que os médicos brasileiros têm muitas pessoas para defendê-los:

advogados e a sua própria associação de classe, que, institucionalmente, tem esse dever. Diversamente da OAB, que tem um papel, digamos, mais amplo, inclusive com exceção estatuto-constitucional de defender os interesses da sociedade. Parece-me 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. Parece-me, assim, que cada Ministério Público Brasileiro, como legítimo representante da sociedade, buscar, através dessa legitimação, que é implícita a qualquer um do povo, da necessidade de nós mudarmos esse sistema. Eu acho que é um projeto audacioso, e que tem as reações naturais, presidente Jarbas. São reações que confrontam com quê? O que é a dignidade para o exercício da medicina? A dignidade... Nós temos, no país, 700 Municípios que não tem um médico sequer. De que ainda seria nós termos lá ultrassom, um sistema moderno em um posto de saúde de atendimento, se nós não tivermos um profissional da medicina? O que me parece é que está a defender, e legitimamente eu digo, por sua própria essência, pela forma genuína com que foram concebidas associações, um interesse eminentemente corporativo. E, para se deparar com situações como esta, me parece que o debate não pode passar pelo crivo dessa defesa meramente corporativa. Qual é a outra solução? Se os estudiosos da matéria, se aqueles que conhecem o mérito, que não cabe a este conselho adentrar, mas de promover o debate, me parece que essa foi a iniciativa brilhante do presidente da Comissão, penso que o que Ministério Público tem que refletir para além da questão do aspecto de legalidade, do controle da constitucionalidade e da legalidade. Porque a legitimação me parece que está pelas denúncias reiteradas que são feitas no âmbito do Ministério Público, que não raras vezes deságuam no poder judiciário, mas que têm, sim, uma importância e uma relevância que jamais foi enfrentada na república. O que ocorreu com as demais ciências no Brasil, ao longo das últimas décadas, foi uma evolução de uma democratização do ensino, uma democratização de todos os serviços essenciais. No que diz respeito à medicina, houve um processo. Retrocesso por quê? Porque, antigamente, nós tínhamos, e eu digo isso com a compreensão de que, quando o regime geral de previdência criou o SUS para delegar a atividade que diríamos do exercício da assistência médica hospitalar, porque ele não conseguia administrar, dentro dos seus próprios quadros, ele fez isso com o objetivo de dar eficiência a um serviço que não era compatível com aqueles recursos que o INSS recebia e que tinha que aplicar para pensão, aposentadoria... Enfim, ele separou serviços, dando a importância necessária da assistência médica hospitalar, e houve um retrocesso, infelizmente, na saúde, no que se refere ao atendimento, sobretudo, aos mais carentes, porque a medicina no Brasil, é lamentável dizer isso, senhor secretário, senhor presidente da Associação, elitizou-se de forma tal que nem aqueles que subscrevem um plano da saúde, que pagam muitas vezes mais de três salários mínimos para ter

uma assistência médica hospitalar, como se fosse privada, são clientes privilegiados do SUS, porque não conseguem uma agenda dos médicos que têm um contrato com o plano de saúde, e que relegam esses pacientes a uma segunda, terceira agenda, porque, antes, tem um cliente privado. Então, se elitizou de forma tal que nem os detentores de plano de saúde, hoje, têm uma medicina digna. E o monopólio da saúde, desculpe-me, não é dos médicos brasileiros. O monopólio da saúde é um direito constitucional dos carentes e, sobretudo, daqueles que necessitam de um serviço essencial. Aí a importância da intervenção do Estado. E eu acho que o Estado está enfrentando com muita coragem e destemor, inclusive sob a pecha de estar fraudando um sistema; mas quem está faltando com a contribuição que deveria ter... Nós não temos médicos sanitaristas no Brasil, nós não temos médicos públicos em que pese o *múnus privado* da medicina, assim como é da advocacia, na medicina, ou que se exerce uma atividade privada. Não se exerce uma atividade pública de Medicina no Brasil. Parece-me que esse programa pretende levar pelo menos a debate esse tema, mas sem ser diminuída a dimensão e a perspectiva dessa discussão ao ponto de se taxar um projeto desafiador, corajoso, como esse que está sofrendo uma reação muito forte porque está mexendo na maior corporação que nós temos hoje, no Brasil, que são os médicos que têm, para si, o monopólio da Medicina, o monopólio da saúde, e há uma meia dúzia da elite brasileira que têm acesso, porque podem consultar no Einstein, podem consultar em outros hospitais. Só fosse essa única estatística que não foi combatida, sob o ponto de vista científico de nós termos 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. E digo isso como cidadão, não como Conselheiro do Conselho Nacional do Ministério Público. Digo como detentor de uma condição de classe média, que paga um plano de saúde, e que nós temos, do outro lado, uma Agência Nacional dos Planos de Saúde que, a mim, me parece que precisa ser revista. Porque o único papel que até hoje só tem demonstrado é quando se publica, foi autorizado, e, mês passado, foi autorizado mais 10% de reajustes nas tarifas, e aí, sim, pode entrar a Associação Médica e dizer: aquilo que se paga para o médico não é digno, porque estamos capitalizando instituições privadas para prestar um serviço que deveria ser público. Mas não com esse argumento de que a proposta não deve sequer ser debatida, porque afronta princípios constitucionais inerentes a qualquer proposição de caráter técnico. Está aí 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. E acho que, em circunstâncias como essa, não devemos



nos abater por manifestações de meia dúzia de médicos, de meia dúzia de acadêmicos que não conhecem a realidade da Medicina. Porque é muito fácil se falar em concurso, quando nós vamos para o interior do nosso país e que são abertos, os concursos, e muitas vezes até por contrato se propõe vinte, trinta mil reais para se pagar um médico e os médicos não aceitam para lá se deslocar. Por quê? Porque eles veem, atrás do exercício de Medicina, a profissão e um comércio através dessa profissão, sem qualquer sensibilidade social, esquecendo que, antes de serem profissionais da medicina, são, acima de tudo, seres humanos, e que podem estar sujeitos, amanhã, às mesmas agruras que passa a sociedade brasileira nos dias de hoje. Eu não queria nem me manifestar, mas, uma vez franqueada a palavra não poderia deixar de externar, aqui, o meu sentimento, e mostrar a minha preocupação em relação aos limites da atuação do Ministério Público nesse episódio, não só para legitimar o debate, que é de grande envergadura e que merece todo o nosso respeito pelos dados científicos aqui trazidos. Então, seriam apenas essas breves considerações. Muito obrigado, senhor presidente.

*(Palmas!)*

**O SR. JARBAS SOARES JÚNIOR (CNMP)** – Eu agradeço ao Conselheiro Almino Afonso pela a sua participação, em grande parte dos debates, a sua opinião respeitável de um advogado militante, homem vivido, experiente, que é ouvido no Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, e que está concluindo o seu segundo mandato aqui, nesse Conselho, deixando muitas lições, muitas experiências, e haverei de reportá-las mais adiante, no momento próprio. Eu queria, aqui, registrar que suas palavras também constarão nos anais das notas taquigráficas que farão parte desse procedimento que será disponibilizado à sociedade. Eu quero aqui, eminentes secretários, nós últimos, aqui, que ficamos, do que eu pensei, nós íamos terminar exatamente às 19h. É o tempo, mas, fazendo o registro final, que eu acredito que esse essas questões terão outros e tantos desdobramentos lá na ponta, aqui, já tem alguma questão judicializada no Supremo, mas, ainda assim, muito outros e tantos desdobramentos. É muito bom que Ministério Público se abra a acolher posições, informações, opiniões conflitantes, divergentes, mas eu tenho certeza que todos procuraram a mesma finalidade, de certa forma, um serviço de saúde eficiente. O Conselho Nacional do Ministério Público tem esse grupo da saúde dentro da Comissão de Direitos Fundamentais, colegas especialistas, experientes, certamente saberão ponderar tudo para clarear o assunto para o Ministério Público Brasileiro em determinado momento. O assunto é complexo, são muitas justificativas, muitas razões, o programa, também, como eu disse desde o início, é meritório, o Governo tomou a iniciativa, tem que louvar. É uma iniciativa, não está parado





aguardando que as coisas aconteçam. E obviamente que o Ministério Público vai ter muita maturidade para tratar desse assunto. Aqui, nesse grupo, tem o Ministério Público Federal, o Ministério Público dos Estados, o Ministério Público do Trabalho, cada um nas várias vertentes que foram ditas aqui. Então, inclusive, tem outras interfaces com outras áreas, relacionadas em outros grupos, e certamente, Conselheiro Almino, eu acho que nós marcamos, aqui, hoje, no Conselho Nacional do Ministério Público um marco, que nós somos instrumentos do Conselho Nacional... Não de atuação, isso aí é dos promotores e procuradores, mas de promover esse debate, fornecer, no caso do Ministério Público, essas informações, e, aqui, foi a representatividade de todos os níveis da mais alta envergadura. E nós pudemos, assim, trabalhar no sentido de buscar eficiência do trabalho do Ministério Público, porque se pode errar, agora, pelo menos, nós vamos errar menos, porque informações não vão faltar, e certamente nós vamos traduzir a linguagem que, muitas vezes, eu não entendi nada, para o cidadão, inclusive, entender. Mas, na maioria das vezes, deu para sentir que nós temos, aí, um Governo procurando acertar, as instituições e entidades procurando subsidiar, mostrar seus pontos de vista, enfim, é a velha democracia fortalecida, secretário, e, repetindo o Papa Francisco, que queixou tão boas impressões ao povo brasileiro, é um diálogo. A simplicidade e humildade, inclusive para reconhecer, eventualmente, se nós estamos errados nas nossas posições. Como disse o Papa, a verdade é que deve prevalecer ao final. Agradeço muito aos que vieram; aos que nos assistiram; e aos colegas do Ministério Público que aqui estiveram presentes; aos servidores da casa. Muito obrigado.

*(Palmas!)*