



O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PSL - MS) - Inicialmente, quero dizer que é uma grande satisfação nós podermos presidir esta reunião do CEDES, o Centro de Estudos e Debates Estratégicos, cujo Presidente é o nosso Deputado Da Vitória, contando com a coordenação da Juliana e do Fábio, nossos assessores que nos têm ajudado bastante no direcionamento da obtenção dos nossos objetivos.

Em segundo lugar, eu quero agradecer à figura do meu amigo de muitos anos de plantão na Santa Casa de Campo Grande, atualmente grande Presidente do Conselho Federal de Medicina, o Dr. Mauro Ribeiro, pela sua disposição em estar conosco nesta discussão, que eu quero crer seja realmente muito importante.

Muitas das coisas que nós vamos colocar aqui, Mauro, você já bem conhece. São as nossas inquietações no que diz respeito ao atendimento primário à saúde ou atendimento básico. Infelizmente, embora o SUS tenha uma grande e fantástica estrutura, ela acaba sendo comprometida quando nós chegamos ao atendimento primário.

Mas antes de nós darmos continuidade aos trabalhos, dando a palavra ao Dr. Mauro, para ele se apresentar, e eu voltar e questioná-lo, eu gostaria que a Juliana e o Dr. Fábio sintetizassem o trabalho que já realizamos. Logo em seguida, eu retomo a palavra, concedo a palavra para o Dr. Mauro se apresentar, e eu volto com os questionamentos.

Juliana, por favor.

A SRA. JULIANA FERNANDES CAMAPUM - Bom dia.

Nós estamos aqui para mais uma reunião temática do Grupo de Estudos Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Seguindo a pauta da nossa reunião, eu passarei a palavra ao Dr. Mauro Luiz de Brito Ribeiro, Presidente do Conselho Federal de Medicina, para se apresentar e dar uma palavra sobre o nosso tema.



Em seguida, passarei a palavra para o Consultor relator do estudo, o Fábio de Barros, que gostaria de fazer alguns questionamentos ao Presidente do Conselho Federal de Medicina.

O SR. MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO - Juliana, eu quero agradecer o convite.

Houve algum ruído na comunicação — o Ovando até entrou em contato comigo.

O Ovando é mais do que um amigo; é um irmão. O Ovando já militou na política médica; agora está na política partidária. Eu, só na política médica. E o Ovando foi, é e sempre será um dos meus conselheiros, apoiador de todas as eleições que eu disputei na vida. Tenho, por isso, uma gratidão eterna. E jamais eu vou dizer "não" para algo feito por Luiz Ovando, pela nossa amizade, pelo apoio e, sobretudo, pela capacidade que ele tem.

Hoje, para mim, é um orgulho imenso vê-lo como Deputado Federal. Ele sabe disso. Eu sou um eleitor dele de anos e anos, e vê-lo hoje na Câmara Federal, com o destaque que tem, atuando em defesa da medicina é maravilhoso para nós e para a causa médica também.

É meu companheiro de plantão da Santa Casa, é meu companheiro professor da universidade também, a UNIDERP. Mas agora eu mudei de time. Não é mais ele que é meu amigo. Agora é o Luiz Ovando Filho que é meu parceiro toda segunda-feira na Santa Casa, entendeu, Juliana? Então, agora eu mudei. Minha turma é outra agora. Minha turma é a de trinta e poucos anos de idade. Não quero mais saber de velho na minha vida. E o filho dele é outro encanto de pessoa. Foi meu aluno por um período. Hoje, é meu companheiro de plantão. Já tratou da minha mãe.

Então, essas coisas vão acontecendo nas nossas vidas e vão nos ensinando. Muitas vezes, os filhos dos amigos chegam para nós ainda muito jovens e, de repente, já são homens feitos, já são médicos formados, sabem mais medicina do que nós. E o caso do Ovando comigo — refiro-me ao Ovando Filho,



porque o Ovando pai nem se compara. E já tive a honra de ter o filho do Luiz Ovando cuidando da mamãe para mim. E ele a tratou com muito discernimento.

Este é um tema fulcral em relação à assistência à saúde no Brasil. Sou testemunha do quanto o Dr. Luiz Ovando — não o Deputado Federal — defende a atenção básica e, principalmente, o papel do clínico geral. Já tivemos, ao longo dos últimos 20 anos, ou sei lá quantos anos, várias e várias conversas nesse sentido. E ter o Conselho Federal de Medicina participando com vocês é uma satisfação imensa.

Fábio, eu já tive uma oportunidade de estar com você. Eu estou puxando pela memória, Fábio, para me lembrar de onde nós estivemos juntos aí na Câmara Federal. Nós já fizemos coisas juntos aí na Câmara dos Deputados, eu só não lembro o que foi.

O SR. FÁBIO DE BARROS CORREIA - Foi na Comissão de Direitos Humanos.

O SR. MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO - Ah, na Comissão de Direitos Humanos. Sim.

O Fábio também é um técnico maravilhoso.

Então, é com muita alegria e muita satisfação que estou aqui com vocês. É uma honra estar aqui e estou inteiramente à vontade para todos os tipos de interação.

A SRA. JULIANA FERNANDES CAMAPUM - Obrigada.

Fábio, você poderia falar um pouco sobre o nosso estudo, fazendo um resumo do que nós já debatemos?

O SR. FÁBIO DE BARROS CORREIA - Certo, Juliana.

Eu vou compartilhar a tela rapidinho, para ser bem objetivo.

Vocês estão vendo a tela do PowerPoint?

(Segue-se exibição de imagens.)



O título do estudo é *Modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil*. O Relator é o Deputado Dr. Luiz Ovando. Eu o estou assessorando, pela Consultoria Legislativa, e a Juliana está organizando todo o trabalho do Centro de Estudos.

Em 2019, antes da pandemia, esse grupo do CEDES foi bem ativo. Realizou cinco audiências públicas de grande valor. Nós tivemos a presença de órgãos governamentais da gestão da esfera nacional.

Veio então o Secretário da Atenção Primária à Saúde. Esse órgão estava iniciando as atividades; havia sido criado recentemente. Tivemos o representante dos Estados, CONASS, e também o do CONASEMS. Depois, tivemos audiência com instituições acadêmicas, com pesquisadores da USP, como a Profa. Natália. Nós tivemos, do IPEA, a presença da Luciana Servo. Da FIOCRUZ, recebemos o Prof. Armando Raggio, com quem tivemos excelentes discussões. Depois, nós tivemos órgãos de controle e de informação. Da parte do controle, tivemos aqui o Carlos Ferraz, do TCU, que trabalhava como Secretário da Secretaria de Controle Externo da Saúde do Tribunal, e o representante da CGU. Da área de informação, tivemos o Presidente do DATASUS. Então, tivemos acesso a informações bem atualizadas.

A quarta reunião foi com o setor privado, com representantes da ABRAMGE e de alguns provedores do setor privado, como planos de saúde, e, da parte profissional, com representantes do COFEN — Conselho Federal de Enfermagem.

Para finalizar, em 2019, nós estivemos com o consultor Edson Araújo, do Banco Mundial, e com a Arly Belas, da Embaixada do Reino Unido, falando sobre o sistema de saúde deles.

Em 2020, devido aos problemas causados pela pandemia, não pudemos ter atividades desse grupo, mas vou resumir bem rapidamente algumas das principais conclusões desses debates.

Eu não vou ler tudo, mas, bem rapidamente, quero citar a valorização do médico clínico, que o Deputado tem defendido bastante, um médico qualificado, experiente e valorizado pela população; a proposta de credenciamento e



habilitação de médicos para atendimento pelo SUS; a valorização de outros profissionais da equipe da atenção primária à saúde, como enfermeiros, para que tenham um papel mais efetivo particularmente nas atividades preventivas e na atuação com pacientes crônicos e na puericultura; a promoção de serviços resolutivos não apenas para tratamento sintomático, considerando as diferenças regionais, que é a resolubilidade, um ponto que o Deputado também salienta bastante; a adequada formação de profissionais de saúde direcionada às necessidades da atenção primária à saúde; a promoção da responsabilidade do cidadão pela sua própria saúde; o uso racional de novas tecnologias na atenção primária à saúde; a obtenção da regularidade sobre a efetividade da atenção primária à saúde no Brasil, porque nós observamos que há ainda uma grande dificuldade em obter dados sobre a efetividade; o aprimoramento das regiões de saúde no SUS para facilitar a gestão e incluir a atenção primária à saúde como porta de entrada efetiva.

Finalmente, agora, com o nosso retorno, ainda durante a pandemia, foi definida, na reunião do grupo de estudo, com a orientação do Deputado, que nós teríamos esta reunião com o CFM; que aplicaríamos um questionário para médicos e enfermeiros da APS em alguns locais que o Deputado vai escolher; e que faríamos uma atualização de dados com aquelas pessoas que já participaram e ficaram de nos enviar informações.

Basicamente, era isso.

Eu gostaria de agradecer muito ao Deputado e à Juliana e solicitar ao Dr. Mauro que comente alguns desses aspectos, dessas conclusões, é claro, após as perguntas do Deputado.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PSL - MS) - Muito obrigado pela sua síntese. Você tem sido diligente e exemplar inclusive na apresentação e na síntese de todas as nossas discussões, que foram realmente muito produtivas,



com os convidados que participaram em 2019 — depois disso, nós praticamente não tivemos mais reuniões, pelas justificativas já apresentadas.

Eu quero voltar ao Dr. Mauro, que conhece a nossa preocupação. Nós muitas vezes discutimos isso na Santa Casa. Quando, no Conselho Federal de Medicina, ele foi escolhido como Vice-Presidente, se não me engano, em 2015, numa das nossas reuniões lá na Santa Casa — porque ele continuou na linha de frente —, ele me perguntou se eu não gostaria de participar da Câmara Técnica da Clínica Médica. Eu acho que o Dr. Mauro se lembra disso. Eu disse: "*Sim, vou participar*".

Eu não estive na primeira reunião, mas estive, posteriormente, na segunda, que foi exatamente no dia 23 de abril de 2015, sob a orientação e presidência da Profa. Maria do Patrocínio, conhecida como Patrô, que conduziu o estudo com relação ao clínico. Muitas questões foram levantadas, principalmente no que diz respeito ao nome "clínico geral": entrevista, simplesmente clínico, enfim, várias questões ficaram estabelecidas. A discussão é muito filosófica no aspecto do nome, e nós não chegamos a um consenso na época, mas continuamos defendendo a história do clínico.

Várias reuniões foram realizadas e, por volta de agosto de 2016, eu me afastei da Câmara Técnica por questões eleitorais. Fui candidato a Vereador em Campo Grande e depois não voltei mais. Continuei a atividade na Santa Casa, e a de magistério, na universidade UNIDERP, onde o Dr. Mauro também é professor, e continuamos discutindo esses temas.

Quando me elegi Deputado Federal, em 2018, no dia 7 de outubro, se eu não me engano, a inquietação continuava, porque estávamos vendo isso de uma forma bastante desafiadora.

Eu trabalhei como clínico, cirurgião, médico que resolve o problema, que atende. Comecei muito jovem. No meu início de carreira, em 1976, eu via que era necessário, basicamente, ter um conhecimento um pouco mais lapidado das



coisas básicas e também para as cirurgias que se faziam necessárias, e ainda se fazem necessárias, nesses locais.

Então, nós trouxemos isso. A nossa primeira preocupação, quando chegamos à Câmara Federal, foi exatamente visitar o CEDES. A minha assessora Alessandra disse: "*Doutor, há um lugar bom para o seu perfil, porque eu já vi que o senhor gosta de estudar*". Eu disse: Então vamos lá! Aí vim ao CEDES e me inscrevi. Assim que houve a convocação, nós apresentamos esse projeto exatamente sobre a valorização do clínico.

A tecnologia não é um opositor do clínico. Pelo contrário, é um facilitador de uma série de situações em que, anteriormente, o clínico tinha que se ocupar e gastar tempo, o que hoje, com a tecnologia, abrevia bastante. Uma das coisas que nós vimos esse tempo todo como médico é que à medida que a tecnologia foi evoluindo, principalmente a informatização, o médico foi se distanciando do paciente, Dr. Mauro. Nos prontos-socorros — o senhor sabe disso —, principalmente nos consultórios de atendimento primário, de maneira geral, o médico se vira para o computador e se esquece do paciente. A entrevista fica vulgarizada. Não se discute e não se aprimora a entrevista como um todo, ou seja, aquela anamnese. Anamnese é a expressão técnica e a entrevista é a forma como nós abordamos e tiramos as informações necessárias do paciente.

Isso foi dificultando. O que nós temos colocado, de modo geral, é que o SUS é fantástico nos seus propósitos e objetivos. O SUS tem princípios doutrinários e princípios organizativos. Realmente ele é muito completo. São muito envolventes esses princípios. Eles não se opõem à arte médica, mas o médico, por sua vez, se afastou do paciente e o paciente se afastou do médico. E isso tem levado a uma dificuldade no propósito maior da medicina, que é exatamente o diagnóstico.

E, através desse trabalho, buscamos várias saídas, questionadas e mostradas. E o que percebemos em todos os grupos que vieram até nós para uma apresentação e discussão foi exatamente a falta do envolvimento, a falta do treinamento, a falta do preparo do médico para exercer essa função clínica.



Nós temos em mente um projeto para apresentar na Câmara, inclusive de resgate, para aqueles que quiserem ser credenciados pelo SUS no atendimento primário em saúde tenham a prerrogativa de atender o paciente no seu consultório, para que não haja obrigatoriedade de o paciente ter que ir ao posto de saúde. E ele, é claro, diante daquilo que é exigido pelo SUS, seus princípios doutrinários e administrativos, possa suprir isso para poder agilizar e tornar mais eficiente o diagnóstico.

Nós temos levantado essa questão, Dr. Mauro. Em geral, uma das coisas que sempre colocamos é a informatização e a facilidade de comunicação, como estamos fazendo aqui. Na minha época de menino nunca passou pela minha cabeça a possibilidade de ser feita uma conferência remota, ouvindo e participando, economizando, abreviando o tempo, inclusive dinheiro. Enfim, tudo o que se possa imaginar.

Então, diante dessas situações, nós temos visto que o médico não está muito preocupado com essas questões de diagnóstico. E aí questionamos — e discutimos muito isso na câmara técnica —: por que o clínico é desprezado socialmente? São questões que estamos colocando para os senhores, e certamente os senhores têm muitos questionamentos também, mas muitas respostas, porque o Conselho Federal é o reflexo do País inteiro e também de muitos outros países. Com certeza, o Conselho Federal de Medicina entra contato, aproveita, oferece experiências, pega experiências de outros países evoluídos, menos evoluídos, para que, na verdade, possamos alcançar.

E temos um grande questionamento hoje. Nós sabemos isso de clínica, que os médicos que atendem o paciente, quando bem formados, experientes, conseguem fazer um diagnóstico, conforme um estudo de Hampton, em 1975, ano da minha formatura, que mostrou que 82% dos pacientes tinham diagnóstico feito após a entrevista completa, só a entrevista, só a anamnese e as questões relacionadas a descendentes patológicos, enfim. Esse trabalho, em 1992, foi feito por Peterson e colaboradores e chegou praticamente aos mesmos números. Eles



chegaram aos mesmos números, que foi em torno de 76%. E vemos hoje nos postos de saúde que esses números não chegam a 20%. Inverteu-se. Encaminha-se uma grande quantidade. E a tecnologia não consegue suprir essa deficiência, até porque não temos ainda robôs que talvez pudessem fazer o diagnóstico. Hoje ainda é o médico que faz o diagnóstico.

Então precisamos tentar fazer o diagnóstico do porquê que o médico não chega a essa precisão. De maneira geral, o que acontece? Oitenta por cento das doenças são autolimitadas, elas se resolvem quase que sozinhas. O clínico que não conseguir resolver a questão encaminha esses 80%. Mas, no meio desses 80%, que acabam tendo um universo agora de 100%, tem-se 20% das coisas que complicam. E essas complicações vão para as portas dos prontos-socorros, para o SAMU e acabam sobrecarregando os serviços especializados, que não são muitos, até porque não se pode, de forma muito consciente, simplesmente transformar um hospital em CTI ou algum outro tratamento especializado. Mas se faz necessário continuar com as observações de tratamento resolutivo de coisas relativamente simples que, quando não diagnosticadas e prontamente tratadas, acabam agravando e precisando de um tratamento especializado.

Para sintetizar, o SUS é fantástico na urgência, no tratamento oncológico, na hemoterapia, no programa de vacinação, no programa de transplante. No que se pensar o SUS é extremamente eficiente.

Mas, quando nós vamos para a base, para o alicerce, como se a agricultura da Nação, que é onde devem nascer todas as fontes de enriquecimento e solução do problema, não temos uma ação do eficaz do SUS. E não se consegue mudar esse perfil. Pelo contrário, a situação vem progredindo e piorando de forma a sobrecarregar o sistema.

Então, o nosso questionamento, Dr. Mauro, é por que isso não tem melhorado. O que podemos fazer para melhorar isso? Depende de uma política de Estado? Eu quero crer que sim. E, conforme a Demografia Médica do CFM feita em 2018, nós temos mais de 46 mil clínicos cadastrados no Conselho Federal de



Medicina e não achamos clínicos. Os médicos hoje têm vergonha de serem clínicos. Quando voltam da especialidade, embora tenham feito clínica — e sabemos que você fica bom naquilo que faz se você exercitar isso —, não querem fazê-la.

Nós gostaríamos inclusive de enriquecer esse trabalho, colocando o seu posicionamento, o posicionamento do Conselho Federal de Medicina nele. A palavra é sua.

O SR. MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO - Obrigado, Deputado Ovando.

Eu reputo o tema da nossa discussão hoje — e aqui não vai nenhum exagero —, fora do período de pandemia obviamente, talvez como o ponto de maior desafio a ser resolvido dentro do Ministério da Saúde, do Congresso Nacional, dos conselhos de classe voltados à saúde.

Sabemos que a Medicina, com a incorporação de tecnologia, mudou muito no mundo inteiro. Passamos a ter um modelo hospitalocêntrico, passamos a ter a incorporação de tecnologias. E isso implica inserir esses outros dentro do sistema. Houve e há uma supervalorização do médico especialista nos últimos 40 anos.

Então, já houve a tentativa por parte do Governo do Presidente Lula de se abrirem escolas médicas no sentido de formar o médico generalista, incentivando esse médico, para que ele fosse absorvido pelo Sistema Único de Saúde. Mas, na realidade, isso não é fato. Hoje, o acadêmico de Medicina, quando entra na faculdade, já sabe qual especialidade ele vai seguir.

Deputado Ovando, acho que nós temos que ter e temos um sistema de saúde excepcional, que é o Sistema Único de Saúde, criado na Constituição de 1988. Talvez ele seja o sistema de maior inclusão social da história da humanidade, porque, de um dia para outro, 70, 80 milhões de pessoas que estavam invisíveis dentro do sistema no Brasil passaram a fazer parte de um sistema de saúde.

E, nesta pandemia, neste período tão triste que estamos passando no Brasil, o SUS tem sido um exemplo da força e da pujança do sistema de saúde brasileiro,



não obstante todos os problemas, que nós dois já conhecemos de muitos e muitos anos e que agora afloraram neste período de pandemia, especialmente em relação à terapia intensiva.

O SUS que nós sonhamos é um SUS de inclusão para os 215 milhões de brasileiros, não um SUS para os pobres, uma medicina dos ricos e uma medicina dos pobres.

O SUS tem coisas maravilhosas, como V.Exa. pontuou. Por razões de interesse dos próprios médicos, da população, da classe média alta, da indústria farmacêutica, enfim, 90, 95% da alta complexidade no Brasil é feita toda no SUS. Então, as cirurgias neurológicas, transplantes, cirurgias cardíacas, cateterismo são feitas pelo rico no SUS, porque esses procedimentos normalmente têm uma rentabilidade maior quer seja para os médicos, quer seja para os gestores, quer seja para os hospitais que têm tecnologia incorporada.

Mas esse desenvolvimento de grande parte da receita do SUS canalizada para alta complexidade fez com que a baixa e média complexidade fossem castigadas no Sistema Único de Saúde. Se me perguntassem qual é o grande problema hoje da saúde pública no Brasil, eu diria que a resposta a uma coisa tão complexa é a falta acesso da população ao sistema de saúde. Existe a falta de acesso ao Sistema Único de Saúde.

A urgência e emergência têm uma face, uma cara, um rosto. São aquelas fotos que nós vemos nos jornais, nas televisões todos os dias, a superlotação, o SUS sucateado, o SUS superlotado, pacientes em maca nos corredores, pacientes intubados com ventilação em sala de enfermeiros nos prontos-socorros.

Agora, a atenção básica não tem uma face. Deputado Ovando, Fábio e Juliana, nós fizemos um levantamento pelo Conselho Federal de Medicina, com perguntas aos gestores — olhem o viés, gestores — em relação às cirurgias eletivas, às quais responderam 17 Secretarias de Saúde de Estado e 12 Secretarias de Saúde de capitais. Nós chegamos ao número de 1 milhão de



cirurgias eletivas represadas no Brasil, mas de acordo com os números dos próprios gestores e de praticamente metade dos Estados e das capitais.

Quando o Governador do Mato Grosso do Sul Reinaldo Azambuja assumiu o primeiro mandato — o Deputado Ovando vai lembrar isso —, fez um mutirão de catarata no Estado. O Mato Grosso do Sul tem 2 milhões e 500 mil habitantes, Fábio e Juliana. Em Mato Grosso do Sul, foram operadas de catarata 44 mil pessoas de uma população de 2 milhões e 500 mil. Então, esse número de 1 milhão de pessoas aguardando cirurgias eletivas é totalmente aquém, é muito subestimado. Nós não conseguimos chegar nem próximos ao número de pacientes que hoje aguardam cirurgia eletivas de hérnia, de vesícula, de varizes, cirurgias oncológicas, enfim, das mais diversas etiologias.

Então, isso é um desafio imenso, porque o tempo vai passando, e a resolução desses problemas passa pela atenção básica. Esses pacientes — e isto já foi falado aqui —, se chegam à atenção hospitalar, é porque já houve uma falência em relação à atenção básica. O vovozinho que chega com pneumonia à atenção hospitalar, levado pelo SAMU, muito provavelmente, teve a prevenção através de vacina para gripe, por exemplo, falha.

Nós temos um sistema de vacinação que também é modelo para o mundo. Não existe um país no mundo que tenha o Programa Nacional de Imunizações que tem o Brasil. Não existe. A prova disso é o que está acontecendo agora, com a vacinação na pandemia. Embora a imprensa faça uma carga danada, embora a imprensa dê a impressão de que está tudo muito ruim, uma bagunça aqui no Brasil, é mentira, não está bagunçado. Em termos de imunização — e eu estou dando um exemplo, mas já aproveitando também para falar uma coisa com a qual ficamos engasgados —, o Brasil é o País que mais vacina no mundo, fora os países produtores de vacina. Somos o quarto país do mundo que mais vacina contra a COVID. Nós estamos atrás dos Estados Unidos, da Índia, da China e do Reino Unido, todos países produtores de vacina.



Eu poderia continuar com essa conversa, mas não vou desvirtuar o que debatemos aqui.

Isso é devido a quê? Porque nós temos um Programa Nacional de Imunizações maravilhoso. Nós temos 38 mil postos de saúde, mil pontos de aplicação de vacinas montados no Brasil, podendo chegar a 50 mil do dia para a noite, podendo ser prolongado o horário de vacinação para a noite. Nós temos uma capacidade instalada de vacinação no Brasil, se prolongarmos para 50 mil postos de vacinação, para 3 milhões, 3 milhões e meio, 3 milhões e 500 mil pessoas vacinadas por dia no Brasil.

Então, o SUS tem coisas boas, sim, o SUS tem coisas maravilhosas, que são exemplos para o mundo. O nosso programa de AIDS é um exemplo para o mundo, o nosso programa de vacinação é um exemplo para o mundo, os nossos programas de alta complexidade são exemplos para o mundo. O que é o nosso desafio? O nosso desafio é colocar essa excelência para o atendimento do SUS na pequena e na média complexidades, que estão totalmente estranguladas. Aí entra o papel da atenção básica, da atenção primária à saúde.

Eu divido assim, Ovando: eu acho que nós temos que ter um sistema de atenção primária à saúde estruturado no Brasil, que já existe...

A capilaridade do SUS também é modelo. A prova dessa capilaridade e da efetividade dela é vista agora, na pandemia também. Nós conhecemos o SUS, Ovando. O maior legado que eu levo do Conselho Federal de Medicina para a minha vida é o de ter aprendido a conhecer o Brasil. Ao contrário de muitos professores que ficam falando, dando aula todos os dias na imprensa, nós conhecemos o sistema de saúde do Brasil, nós conhecemos a complexidade do sistema de saúde do Brasil. O Conselho Federal de Medicina tem uma dificuldade imensa em relação a isso, porque, quando nós fazemos as nossas normatizações, as nossas resoluções, estamos falando para o médico que atende no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, para o médico que atende na Faria Lima e para o médico que atende lá no Alto Xingu. A norma é a mesma, e existem dois



brasis: um Brasil extremamente avançado, com alta tecnologia, e outro Brasil onde essa tecnologia é falha. Mas a capilaridade do sistema está aí, está pronta. Basta termos a inteligência de aproveitar.

Então, eu divido assim: o sistema está pronto para ser mexido. Do que nós precisamos? Nós precisamos de políticas públicas por parte do Ministério da Saúde e do Congresso Nacional, que é quem formula as nossas leis. Precisamos de incentivos, para que o médico possa também desenvolver suas atividades no Sistema Único de Saúde.

Precisamos incentivar — e aí eu faço referência a vocês, e vocês sabem que concordo com vocês e sou defensor disto aqui no Conselho Federal de Medicina — a formação do clínico, do cirurgião, que eu vou chamar de clínico geral, mas é a clínica médica, e do cirurgião geral. Fizemos essa discussão aqui na Câmara Técnica de Clínica Médica, de que você participou durante um período, e fizemos essa discussão na Câmara Técnica de Cirurgia Geral. A Câmara Técnica de Cirurgia Geral imediatamente aceitou uma proposta do Conselho Federal de Medicina, que já era um pleito antigo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a de que passássemos a formação do cirurgião geral para 3 anos. Aprovamos isso na Comissão Nacional de Residência Médica. Infelizmente, por uma ação, por não termos a participação efetiva — vou colocar assim, de uma forma elegante — da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, nós nunca tivemos o apoio para pleitear juntos, na Comissão Nacional de Residência Médica, a passagem da formação da clínica médica para 3 anos. Nós precisamos formar melhor o nosso clínico, nós precisamos formar melhor o nosso cirurgião. O que acontece? Nós fizemos a proposta — o Conselho Federal de Medicina é membro votante da Comissão Nacional de Residência Médica — de a clínica médica passar para 3 anos, e houve uma série de resistências: do CONASS, do CONASEMS e da própria Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Nós ouvimos algumas falácias dessas pessoas, que são as donas da verdade.



Então, por uma iniciativa nossa, do Conselho Federal de Medicina — eu falo isto, Ovando, com muita humildade —, nós conseguimos a aprovação da emergência como especialidade médica, com acesso direto, ou seja, o médico que se formou pode fazer a prova para ser médico emergencista, com 3 anos de formação. O conteúdo programático do médico emergencista foi construído dentro da nossa Câmara Técnica de Emergência, aqui do Conselho Federal de Medicina. Conseguimos aprovar isso na Comissão Nacional de Residência Médica. Todos diziam o seguinte: "*Mauro, isso é uma loucura. Ninguém quer fazer residência de emergência, ninguém quer fazer residência de emergência*". A Universidade de São Paulo abriu 10 vagas no primeiro ano, e houve 420 candidatos para essa residência, no primeiro ano, na Universidade de São Paulo. A mesma coisa aconteceu no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. O Prof. Irineu Velasco, titular de emergência da USP, ficou surpreso com aquilo.

Então, todas as vezes que nós queremos nos aventurar para dizer o que o médico quer, quebramos a cara. O que eu escuto todos os dias?

Ah! Outra luta nossa: acesso direto para as especialidades, Ovando. Aí talvez o Fábio e a Juliana tenham dificuldade de entender, por não estarem afeitos às coisas da... A clínica médica e a cirurgia geral se transformaram numa passagem do médico pela residência, infelizmente. Do que nós precisamos? Quem quer fazer clínica médica e quem quer fazer cirurgia geral enfrenta a prova de residência mais difícil que existe, porque não concorre com quem quer fazer clínica médica e com quem quer fazer cirurgia geral, concorre com todos os que querem fazer as áreas de especialidades cirúrgicas.

Qual é a proposta do Conselho Federal de Medicina à Comissão Nacional de Residência Médica? "*Vamos voltar a como era na nossa época: acesso direto*". O cara que quer fazer endocrinologia vai fazer a prova para endocrinologia. Ele não vai fazer prova para clínica médica, para concorrer com quem quer fazer clínica médica. Por exemplo, vamos dizer que a Santa Casa de Campo Grande tenha endocrinologia. Ele faria prova para endocrinologia na Santa Casa de Campo



Grande, um programa de 4 anos. Só que, nos 2 primeiros anos, ele se apresentaria diretamente à clínica médica. Terminaria os 2 primeiros anos e iria, no terceiro ano, diretamente para a endocrinologia. A mesma coisa seria feita com a cirurgia geral. Quem quer fazer cirurgia plástica vai fazer prova na Santa Casa de Campo Grande para cirurgia plástica. Só que, nos 2 primeiros anos, vai ficar na cirurgia geral. Os que vão fazer cirurgia geral já vão entrar na cirurgia geral. Isso é o que nós defendemos. Por quê? Nós precisamos incentivar as pessoas a fazerem clínica médica e cirurgia geral, porque existe campo, sim, para o clínico geral e para o cirurgião geral. O que está acontecendo é que essas áreas estão totalmente tomadas por outras especialidades.

Você falou uma coisa certa: existem 46 mil médicos cadastrados como especialistas em clínica médica, pelo registro da Demografia Médica do Conselho Nacional de Medicina, mas, na realidade, isso é uma falácia. Por quê? Porque ele entra na clínica médica, conclui a clínica médica e aí vai para a especialidade, Ovando. Quando há um concurso para clínica médica, ele faz o concurso, entra e ocupa o posto de clínico geral, mas, na realidade, ele é cardiologista, ele é endocrinologista, ele tem outra atividade profissional, em outra área da medicina. A mesma coisa na cirurgia. Eu sou médico do Hospital Regional, sou cirurgião do Hospital Regional, e 90% dos médicos da cirurgia geral do Hospital Regional... Há endoscopistas e cirurgiões plásticos lá, que têm uma série de limitações para exercer a função de cirurgiões gerais.

Nós temos que formar bem o clínico geral, nós temos que formar bem o cirurgião geral. Esse é o segundo ponto. O primeiro ponto é termos um sistema de saúde capilarizado, o que já temos. O primeiro ponto é termos políticas públicas de incentivo, por parte do Ministério da Saúde, e a elaboração de leis, por parte do Congresso Nacional, de incentivo ao clínico, para que o clínico possa ocupar o seu lugar no Sistema Único de Saúde. O pediatra também, como clínico. Para quê? Para fazer prevenção, promoção, vigilância à saúde ou supervisionar isso dentro de uma equipe de saúde. A Medicina de Família e Comunidade é



fundamental, para que o clínico geral e o médico de família e comunidade atuem juntos na atenção básica à saúde. Hoje nós temos 74%, Ovando, das vagas da Medicina de Família e Comunidade em residência médica ociosas. Elas estão ociosas. Por quê? Porque não existem políticas públicas de indução do médico da Medicina de Família e Comunidade, de indução do clínico para atuar na atenção básica. Não existe essa política. Esses profissionais têm que ser muito bem remunerados. Por quê? É o que você falou: nós temos que acabar com esse sistema, no Brasil, do hospital (*ininteligível*), em que o paciente que sente dor de cabeça procura um pronto-socorro. Nós temos que ter médicos resolutivos na atenção básica à saúde, nos postos de saúde. Nós temos que ter médicos que têm conhecimento.

Eu passei um drama com a minha mãe. Minha mãe foi operada, houve uma complicação na cirurgia, foi reoperada, estava intubada, no ventilador, 5 anos atrás. Ela tinha um cirurgião, ela tinha um intensivista, ela tinha um nefrologista, ela tinha tudo, mas ela não tinha um clínico, o que visse a minha mãe como um todo. Eu cheguei para a Tânia Bertolotto e falei: *"Tânia, pelo amor de Deus, assista a minha mãe como clínica geral, assista a minha mãe como clínica médica, veja a minha mãe como um todo, integre essas diferentes condutas que estão tendo em relação à mamãe"*. E ela fez isso.

Quem pode questionar a importância do clínico? Não se pode questionar a importância do clínico.

Então, o que nós precisamos fazer? Ter um sistema de saúde capilarizado — e eu já estou terminando a minha fala, Ovando —, o que já temos. Temos que ter políticas públicas de indução do clínico e do médico de medicina de família e comunidade, que acho que têm que atuar juntos na atenção básica, assim como o pediatra também. Temos que ter médicos bem formados, resolutivos, porque com isso também vamos impedir que os prontos-socorros fiquem superlotados como estão hoje. Temos que formar melhor o clínico, garantindo para o médico que quer fazer clínica médica que ele concorrerá com quem quer fazer clínica médica, e



não com todo mundo que vai fazer as áreas clínicas. Há também essa proposta de passarmos a residência médica de clínica médica para 3 anos, de forma que o médico possa se formar melhor. O médico, o clínico bem formado — e eu falo isso para você com muita tranquilidade, porque você é um grande clínico, além de cardiologista — e que tem resolutividade otimiza os recursos dentro do Sistema Único de Saúde. Ele é um médico barato para o Sistema Único de Saúde. Por isso, ele pode ser muito bem remunerado pelo Sistema Único de Saúde.

A maneira que o Conselho Federal de Medicina tem, Ovando — e eu vou pedir para vocês que coloquem um filtro na minha fala, porque tenho um viés —, de induzir um médico, um clínico, um cirurgião, um pediatra, a ir para a atenção básica, a ir para os rincões do Brasil, que nós defendemos, é (*ininteligível*). Eu não vou me alongar nessa conversa, mas o médico bem remunerado, o médico com a atenção dedicada 100% ao SUS, o médico que pode ascender na carreira com plano de cargos, carreira e salário, o médico que entra como funcionário público, através de concurso público, aberto a todos os médicos brasileiros que tenham essa especialidade... Então, esta discussão é essencial. É um desafio para nós fazer essas políticas públicas, formar melhor o nosso clínico, colocar esses clínicos na atenção básica. Esse é o caminho. Basta ver o que acontece na Inglaterra. A Inglaterra é o melhor exemplo disso. A Inglaterra, o Reino Unido tem 80 milhões de habitantes, tem um sistema único de saúde também, um sistema integrado, um sistema universal, e lá não existe essa de o paciente chegar e dizer que quer consultar com o cardiologista, que quer consultar com o neurologista, que quer consultar com o neurocirurgião. Ele tem que passar pelo clínico, ele tem que passar pela atenção primária, e o clínico é que vai decidir para aonde o paciente vai.

Políticas públicas também, Ovando — e aí eu falo uma coisa que é muito delicada, só para encerrar a minha fala. Nós não podemos ter um sistema de saúde universal em que se garanta tudo para o paciente, independentemente do custo, com uma população de 215 milhões de habitantes. Políticas públicas não



se fazem assim. É necessário se criarem protocolos de atendimento no Sistema Único de Saúde, quer seja na atenção primária, quer seja na atenção hospitalar, quer seja na atenção secundária.

Por exemplo: qual é o melhor tratamento para pneumonia bacteriana comunitária? O que o SUS oferece, vamos dizer, é penicilina cristalina. Então, é preciso se estabelecer que é isso que o SUS oferece, dentro de determinado protocolo.

Da forma como isso é feito hoje, quem aguenta pagar? Ninguém aguenta pagar. Uma das queixas que nós mais temos, no Conselho Federal de Medicina, por parte dos gestores, é a judicialização da saúde. Também não vou me estender nesse assunto, mas se trata de coisa de quase 10 bilhões de reais por ano. Quer dizer, não dá. Esse dinheiro tem que ser mais bem canalizado, e não ser usado para atender uma elite que tem condição de judicializar e ser privilegiada. Nós temos que pegar esse dinheiro e o canalizarmos para todos os brasileiros que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Parabenizo todos vocês. Esse tema é essencial, é empolgante, é prioritário. E o nosso desafio é sensibilizar o Ministério da Saúde e o Congresso Nacional para que possamos fazer alguma coisa em relação, principalmente, à atenção primária do SUS, especialmente a de baixa e média complexidade, que é onde está o problema. A alta complexidade, hoje, é muito bem assistida, tem verbas para isso, e 90%, 95% dos procedimentos já são feitos no SUS, tanto para os ricos quanto para os pobres.

Nosso desafio é ter um SUS para toda a população brasileira. E o Conselho Federal de Medicina está aqui pronto para o debate, Deputado Ovando.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PSL - MS) - Mauro, muito obrigado pela sua explanação, argumentação, defesa. Em relação a muitos pontos, inclusive, nós temos uma pequena divergência, mas isso aí pode ser resolvido. O objetivo é exatamente qualificar o debate.



O que eu pude sentir é que o que você coloca é concordante com aquilo que nós defendemos. Nós precisamos, na verdade, de políticas públicas de resolubilidade para essas questões primárias em saúde. Não há dúvida quanto a isso. O senhor é bastante claro em relação a essa situação. E a questão da defesa do aumento do treinamento do clínico visa exatamente isso.

Eu quero dizer ao senhor que isso passa, prioritariamente — o senhor concorda com isso; o senhor já colocou isso —, pelo Ministério da Saúde. Mas, basicamente, isso é muito mais marcante no Congresso Nacional. Então, nós estamos fazendo este trabalho exatamente para podermos entrar com uma lei. Nós vamos estudar a melhor maneira de fazer com que essa lei chegue ao Ministério da Saúde, para que, conseqüentemente, nós consigamos alcançar, na verdade, os grandes objetivos, que são a qualidade do pleito.

Quanto a isso que o senhor falou, todas as vezes que temos dificuldade para alcançar determinada situação ou determinado *status*, nós não desistimos, nós lutamos mais, nós buscamos mais recursos e aprimoramos a capacidade de lutar, a capacidade de vencer.

Na verdade, em relação ao que foi colocado no País — e nós temos que ter bastante cuidado principalmente em relação ao REVALIDA —, no Governo Dilma/Lula, ou seja, durante 6 anos, criaram-se mais escolas médicas no Brasil do que no século passado inteiro, mais ou menos 152 escolas médicas. E, de fato, nós não estamos conseguindo fazer frente a isso.

Então, o que acontece? Aquilo que o senhor muito bem colocou. Existem grandes centros abarrotados de médicos, com 5, 6, 12 médicos por mil habitantes, como é o caso de Vitória, ao passo que, no interior do Piauí, há 0,6 médico por mil habitantes. Isso mostra que o interior do Piauí, o interior do Amazonas, o interior do Maranhão estão desassistidos, mas por quê? Exatamente porque falta uma política. O SUS é importante nesse aspecto, principalmente no que diz respeito à sua condição de descentralização, o que permitiria que os princípios doutrinários e os princípios administrativos fossem deixados por conta do Prefeito.



Há Prefeito que diz assim: *"Eu tenho médico"*. Eu tenho tido dificuldade em convencer os Prefeitos. Falo a eles: *"Você precisa ter coragem de fazer uma seleção de alto nível e não pode ter medo de pagar, porque, pagando bem, você vai resolver o problema, você vai economizar na gasolina, você vai economizar no exame, você vai economizar na ambulância, você vai economizar numa série de ações que, infelizmente, acabam onerando muito o Município"*. Mas eles não têm coragem de fazer isso, porque a prática é exatamente esta: por o paciente na ambulância e ir para uma vaga zero em Campo Grande, em Dourados, onde quer que seja.

Na verdade, a política de saúde passou e passa ainda por um viés doutrinário muito grande, que é exatamente a questão ideológica.

Nós temos hoje a chamada residência multidisciplinar. Eu vivo me questionando para que serve essa residência. Trata-se de praticamente 13 profissões, Dr. Mauro, que fazem residência, ganhando um salário de 10 mil, 11 mil reais — o nosso residente não ganha isso. O indivíduo faz, dentro de um hospital, a chamada residência multiprofissional — ali há fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, professor de educação física, um monte de profissões —, e depois, quando ele sai de lá, nós não sabemos o que fazer com esse indivíduo.

Na verdade, nós deveríamos ter uma política efetiva — isso nós temos que estudar — de aprimoramento e de qualificação. A prova disso é o que você falou: 74% das vagas de medicina de família e comunidade estão vazias. Isso é um viés ideológico.

A pergunta que se coloca é: por que não aproveitar o clínico? Nós estamos em uma sociedade capitalista, se você oferecer um bom pagamento, não vai precisar pedir. Se houver no interior uma política de qualidade, uma política de qualificação e uma política de oferta com resolubilidade, haverá filas de médicos, e o gestor não vai precisar pedir, implorar para um indivíduo ir para lá.

Nós temos aqui um projeto, cujo parecer já está praticamente pronto — eu sou o Relator —, que é sobre redução do imposto de renda para incentivar o



peço pessoal ligado à saúde a ir para cidades do interior, para cidades com menos de 20 mil habitantes. Eu, inclusive, participo da Comissão de Seguridade Social e Família — CSSF, na qual sou Relator, e talvez agora tenhamos que falar sobre isso.

Na verdade, o que está faltando é estímulo em várias frentes para atrair para o interior esse indivíduo capaz de resolver a situação. Se houver um bom salário, ele vai querer.

Então, aquilo que você colocou é sintético. Eu lhe agradeço e deixo a palavra aberta para você fechar. Antes, porém, vou passar a palavra ao Fábio, caso queira colocar alguma coisa, e à própria Juliana. Ao final, Mauro, a palavra será sua, para suas considerações, deixando aqui o nosso agradecimento.

Fiquei sensibilizado por ouvir a sua experiência, que sintetiza a realidade brasileira, aquilo que temos visto.

Tem a palavra o Fábio de Barros Correia.

O SR. FÁBIO DE BARROS CORREIA - Obrigado, Deputado.

Obrigado, Dr. Mauro, pela sua exposição bem abrangente, tocando em vários pontos em que nós tínhamos interesse.

Eu fiquei apenas com uma curiosidade a respeito da visão sobre o impacto das tentativas do Governo e do Congresso, que aprovou a lei, de solucionar a questão da desigualdade na distribuição de médicos e na formação por meio dos Programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil. Qual é o impacto que se observa a partir dessa lei, que foi aprovada em 2013?

O SR. MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO - Fábio, quaisquer tentativas de indução de políticas públicas para levar o médico a áreas de difícil provimento, onde não há médicos, como Ovando bem pontuou aqui, são bem-vindas. Nós não concordamos é com levar médico sem CRM, porque aí não dá certo.

Nós somos totalmente favoráveis ao REVALIDA. Nós imaginamos que hoje já há de 80 mil a 100 mil brasileiros estudando fora do Brasil.



Eu falo isso sem ironia — o Ovando me conhece. Não tenho nenhum sentimento de xenofobia, zero. Eu fiquei nos Estados Unidos 3 anos, e o Ovando ficou lá também uns 2 anos. Então, eu sei o que é estudar fora.

O que o Conselho Federal exige de quem fez o curso fora? Que seja feito o REVALIDA. Só! O médico tem que fazer o mínimo para mostrar conhecimento, mostrar que ele pode atender a população brasileira, como acontece em tudo quanto é lugar do mundo.

O REVALIDA não é do CFM, é do MEC, e é aplicado pelo INEP. A influência do Conselho Federal de Medicina no gabarito é zero — zero! Aos médicos brasileiros que fizerem o REVALIDA e concluírem a revalidação, braços abertos: venham para cá, registrem-se no Conselho e exerçam a medicina na sua plenitude.

O Ovando é muito feliz quando diz que a demografia médica é péssima. Em lugares como Brasília, Espírito Santo e Vitória, há um número exagerado de médicos por mil habitantes, enquanto que no Maranhão — no interior do Maranhão a situação é pior ainda — não há nem 0,5 médico por mil habitantes. Nós precisamos corrigir isso.

O médico que é o culpado? Muitas vezes, Fábio, nós escutamos assim: "*A Prefeitura da cidadezinha tal do Mato Grosso do Sul está oferecendo 30 mil reais, e não há médico que vá para lá*". Não irá ninguém mesmo, porque lá o médico não terá segurança quase nenhuma. O contrato, que é praticamente de boca, o Prefeito rompe na hora em que quiser. Ele não tem segurança de nada, pois o vínculo é totalmente precarizado. Ele não tem condição de absolutamente nada e não tem direito nenhum.

O que nós temos que ter? Por exemplo, esse Programa Médicos pelo Brasil nos contempla. Não é o que nós sonhamos, mas nos contempla. No final da gestão do Ministro Pazuello, nós estivemos lá três vezes e, nessas três vezes, colocamos para ele a necessidade que nós temos de fazer o Médicos pelo Brasil, porque é um programa de indução, de alocação de médicos. São 18 mil médicos



que vão estar ali agora. E hoje já existem quase 18 mil médicos no Programa Mais Médicos, que têm todo o apoio nosso. Não há problema nenhum, mas tem que ter política de indução.

Por que o médico está indo para o Mais Médicos? Porque o Mais Médico tem um salário digno, porque o Mais Médicos dá alguma segurança ao médico. Na hora em que fizermos o Médicos pelo Brasil, como o Deputado Ovando falou, vai haver uma fila de médicos querendo entrar, uma fila de médicos querendo fazer a prova do Programa Médicos pelo Brasil. Embora essa não seja uma carreira de Estado, embora o vínculo seja celetista, esse programa garante segurança ao médico para ele não se aventurar e ficar nas mãos do Prefeito de uma cidade do interior. No momento em que chega um embate eleitoral, pronto, o médico tem que tomar partido de algum lado de tão pressionado que ele é. Se ele ficar do lado do Prefeito que ganhar, vai ter 4 anos; se ele ficar do lado do Prefeito que perder, vai ser demitido. Quer dizer, ninguém aguenta viver nessa insegurança.

Nós vemos com bons olhos qualquer política de indução que dê segurança e boas condições de atendimento ao médico. Entendemos também que a assistência à saúde é multiprofissional. Hoje, a assistência à saúde se faz com equipe de saúde. Então, o médico é importante, mas temos que ter também o médico clínico, o pediatra, o médico de medicina de família e comunidade. O enfermeiro é fundamental, o técnico de enfermagem é fundamental, o dentista é fundamental. Tudo isso se complementa.

A presença do dentista é fundamental na atenção básica. Não sei se Fábio e Juliana conhecem, mas Campo Grande tem um Sistema Único de Saúde muito robusto. Nós temos dentistas na Unidade Básica de Saúde, inclusive de plantão, o que faz toda a diferença. Nós vemos hoje a importância do dentista, inclusive em terapia intensiva, que não é o nosso assunto aqui. Os dentes são fontes importantes de infecções que vão acometer outras áreas do corpo.

Nós temos que ter essa visão, sim, e temos que ter políticas indutoras. Qualquer uma dessas políticas tem o nosso apoio, contando que dê garantias ao



médico para que possa atender nessas regiões. Mas o que nós sonhamos realmente é com a carreira de Estado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PSL - MS) - Juliana, você gostaria de comentar alguma coisa?

A SRA. JULIANA FERNANDES CAMAPUM - Eu queria parabenizar o nosso convidado pelas contribuições que foram muito importantes e também o Deputado e o consultor Fábio.

Podemos verificar se o Fábio tem mais algum questionamento, senão, passamos para o encerramento da reunião.

O SR. FÁBIO DE BARROS CORREIA - Obrigado.

Eu agradeço a todos.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PSL - MS) - Dr. Mauro, na condição de Coordenador deste estudo, eu quero agradecer a sua gentileza em nos atender, de colocar sua experiência, do ponto de vista médico, administrativo e de líder do Conselho Federal, com mais de 500 mil médicos no Brasil todo, e, naturalmente, conhecedor da realidade por ter andado por todos esses rincões, de uma maneira geral, e continuar na linha de frente atuando como médico ainda. Isso é muito importante. Não podemos nos afastar.

Muito obrigado. Vamos continuar contando com o seu auxílio.

Nós também nos colocamos à disposição. Vamos atrás dessas soluções ou desses acenos de soluções que possamos ter, mas que dependem basicamente da Câmara e do Senado, no caso do Congresso Nacional, estendendo, inclusive, ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação, que são dois grandes Ministérios envolvidos na formação médica.

Muito obrigado. A palavra é sua para suas considerações finais. Mais uma vez, agradecemos.

O SR. MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO - Só quero parabenizá-lo e me desculpar novamente com V.Exa. e com a Juliana por termos demorado tanto



para vir aqui. Mas o CFM está totalmente à disposição, de coração mesmo. Esse é o grande desafio que nós temos.

Parabéns pela iniciativa. Pode contar conosco para o que precisar. É uma honra estar aqui hoje com V.Exa.

Muito obrigado. Um abraço.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PSL - MS) - Obrigado. Sucesso. Até mais, Mauro.

A SRA. JULIANA FERNANDES CAMAPUM - Obrigada a todos.

Podemos encerrar, não é?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PSL - MS) - O encerramento é com você, Juliana.

A SRA. JULIANA FERNANDES CAMAPUM - Sim. Então, encerramos a reunião. Depois, nós marcamos a próxima para poder dar o encaminhamento.

Obrigada, Fábio. Obrigada, Deputado Dr. Luiz Ovando.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PSL - MS) - Eu que agradeço. Até mais.

A SRA. JULIANA FERNANDES CAMAPUM - Até mais.