



O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Bom dia todos.

Declaro aberta a presente reunião.

Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pela Internet, no *site* da Câmara dos Deputados. Informo, ainda, que as imagens e o áudio estarão disponíveis para serem baixados na página desta Comissão logo após o encerramento dos trabalhos e que as fotos do evento serão disponibilizadas no banco de imagens da Agência Câmara, na página da Câmara dos Deputados. As filmagens poderão ser solicitadas junto à Secretaria desta Comissão.

Esta reunião de audiência pública foi convocada nos termos do Requerimento nº 188, de 2015, da Comissão de Seguridade Social e Família, para discutir os critérios de acesso à residência médica.

Eu convido para compor a Mesa o Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, do Ministério da Saúde, Felipe Proenço de Oliveira; o Presidente em exercício da Comissão Nacional de Residência Médica, do MEC, Vinícius Ximenes Muricy da Rocha; o Presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes, Arthur Hirschfeld Danila; e o Presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima.

Comunico aos senhores membros desta Comissão que cada convidado terá o prazo de 15 minutos para fazer sua exposição, prorrogável a juízo desta Presidência, não podendo ser aparteados. Os Deputados inscritos para interpelar os convidados poderão fazê-lo estritamente sobre o assunto da exposição, pelo prazo de 3 minutos, tendo o interpelado igual tempo para responder, facultadas a réplica e a tréplica pelo mesmo prazo, não sendo permitido ao orador interpelar quaisquer dos presentes.

Eu gostaria de agradecer ao MEC, ao Ministério da Saúde, ao Conselho Federal de Medicina e à Associação Nacional de Médicos Residentes, que atenderam ao chamamento desta Comissão de Seguridade Social e Família, no âmbito daquela Subcomissão. Existem alguns prazos. Esta é a última audiência sobre graduação, pós-graduação e carreira. Na sequência, nós vamos consolidar esse trabalho com a relatoria, até o final do mês de setembro, para que possamos, no dia 6, fazer a leitura desse relatório, aprová-lo na Subcomissão e entregá-lo à Comissão de Seguridade Social e Família para apreciação.



Em função das profundas modificações pelas quais passa a formação dos profissionais médicos brasileiros, do impacto dessa legislação sobre a pós-graduação, do atual momento da pós-graduação, que parece muito confuso — nós temos perspectivas de paralisações por conta de assimetrias de bolsas —, o objetivo desta audiência é dar a todos a oportunidade de colaborar com sugestões que possam ajudar a construir um mercado mais estável, que não necessite de mudanças e de medidas tão excepcionais como as que nós vimos ocorrer nos últimos anos.

Se os senhores acharem que fica bom, vamos seguir esta ordem: primeiro, falará o MEC; na sequência, a Associação Nacional de Médicos Residentes; depois, o Conselho Federal de Medicina; e, fechando, o Ministério da Saúde.

Concedo a palavra, por 15 minutos, ao Presidente em exercício da Comissão Nacional de Residência Médica, do MEC, o Dr. Vinícius Ximenes Muricy da Rocha.

O SR. VINÍCIUS XIMENES MURICY DA ROCHA - Primeiramente, bom dia a todos e a todas.

Agradeço a oportunidade de participar de uma audiência pública para discutir um tema tão relevante, tanto na nossa agenda do Ministério da Educação, quanto na agenda do Ministério da Saúde, que diz respeito à formação médica no Brasil. Nós discutiremos um pouco sobre a formação dos nossos especialistas. Obviamente, é uma satisfação grande estar nesta Mesa com o Presidente Vital, com o Presidente Arthur Danila e com o Felipe Proença.

(Segue-se exibição de imagens.)

Acho que nós conseguimos, ao longo dos últimos meses, construir agendas muito positivas juntamente com o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira. Com a participação importante do Deputado Mandetta, nós conseguimos estabelecer um texto mais claro e mais refinado sobre o Cadastro Nacional de Especialistas. Também teremos um importante referencial para o planejamento das políticas de formação para os próximos anos no nosso País.

Foi elaborada uma agenda em conjunto com a Associação Nacional de Médicos Residentes — ANMR. Na sexta-feira, iniciaremos uma série de agendas em conjunto com a ANMR. Trataremos de vários temas que envolvem questões trabalhistas, questões de regulação da residência médica, questões da formação de preceptores. Teremos a oportunidade de discutir sobre isso nos meses de outubro e novembro, em uma agenda



de negociações e diálogo que iniciamos com a Associação Nacional de Médicos Residentes.

Como já tivemos outras audiências, eu tentei fazer uma apresentação muito enxuta, para tentar não ser repetitivo em relação aos outros momentos em que nós já debatemos, de forma aprofundada, questões que envolvem a mudança a partir da Lei nº 12.871, de 2013, que é a Lei do Mais Médicos. Basicamente, eu coloquei informações sobre o panorama da residência médica no País.

Hoje, no Brasil, nós temos em torno de 6.532 programas de residência médica. Esses dados são de junho de 2015. Nós temos um período para fazer a extração de dados. Neste caso, trabalhamos com a última data no mês de junho.

Esses 6.532 programas equivalem a 20.556 vagas de residência médica hoje no Brasil. De 2013 para cá, nós tivemos um crescimento de mais de 4 mil vagas de residência médica no nosso País. Dessas, 72,4% — faço uma correção de um dado que está errado na apresentação — são destinadas a especialidades de acesso direto. Então, a maior parte das nossas vagas de acesso à residência médica são áreas básicas médicas e outras áreas cujo acesso é direto, ou seja, você não precisa fazer um pré-requisito para ingressar nesses programas de residência médica.

Geralmente, o calendário da residência médica no País tem uma uniformidade do ponto de vista da seleção dos programas. Geralmente, os processos seletivos ocorrem entre outubro e fevereiro, porque no mês de março temos o calendário de início dos programas de residência médica: residentes de primeiro ano passam para o segundo ano, novos médicos residentes ingressam. Então, nós temos um calendário da residência médica, que corre de março de um ano até fevereiro do outro ano, inclusive com previsão regulamentar pela Comissão Nacional de Residência Médica — CNRM.

A maior parte dos programas de residência médica no País faz somente uma etapa de seleção. É importante destacar isso. Algumas instituições mais tradicionais, como no Estado de São Paulo, têm um mecanismo de duas etapas: uma prova teórica e, depois, uma prova prática. Mas a maior parte dos programas de residência médica no Brasil tem somente uma fase. Esses programas têm a possibilidade de fazer com que 10% da nota se dê a partir de entrevistas com os classificados nos processos seletivos. Geralmente, os processos seletivos para residência médica são provas que têm uma distribuição equitativa de questões das áreas médicas básicas.



Quanto a tendências do acesso à residência médica, há dados importantes. Eu trouxe somente os dados. A reflexão nós deixamos para o debate.

Há uma tendência de redução de acesso a programas de especialidades básicas. O Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade tem uma ocupação de 25%. A pediatria, que é uma especialidade fundamental para o nosso País, tem um índice de ocupação de 30%. As especialidades médicas básicas praticamente não chegam a 80% de ocupação. Em várias localidades do País, os processos seletivos nessas especialidades não chegam nem a 80% de ocupação. Então, esse é um dado importante, que nos traz uma reflexão.

Há uma tendência mundial, hoje, de dificuldade de ocupação de especialidades médicas básicas. Não é só o Brasil que está vivendo esse fenômeno. Outros países têm vivido isso. No Brasil, essa questão é mais grave pelo nosso modelo de residência médica. Nós trouxemos, na década de 70, o modelo norte-americano como parâmetro para a organização da residência médica no País. E isso nos traz alguma gravidade em relação a outros países do mundo que têm outros modelos de organização da residência médica. Passam dificuldades, mas têm diferenciação na modelagem de regulação e acesso.

Há outra questão importante. Trata-se de um dado da OCDE de 2013. Hoje existe uma tendência de os profissionais médicos egressos do que é equivalente à nossa graduação em medicina no País buscarem mais de uma especialização médica. Esse é um fenômeno mundial. Isso é crescente no mundo todo. Contudo, há mais de 1 década, diversos especialistas na área da educação médica vêm discutindo que essa diminuição da procura do acesso às especialidades médicas básicas tem sido um importante fator tanto do enfraquecimento da dimensão clínica quanto do cuidado integral com os programas de residência médica. Isso tem trazido sérios problemas de formação humanística, inclusive, dos nossos profissionais. Isso nos traz, por conta da fragmentação do cuidado e da prática médica, vários dilemas do ponto de vista ético-profissional. Então, é importante também refletirmos sobre isso.

De certa forma, esse enfraquecimento das especialidades básicas, segundo diversos profissionais, tem fortalecido uma linha de formação médica baseada na centralidade da prática, baseada em procedimentos. Essa é uma reflexão muito importante.



Hoje há todo um movimento mundial no sentido de fortalecer o acesso a especialidades básicas, seja na graduação, seja na etapa de *training* ou de residência médica dos egressos do que é equivalente à residência médica no Brasil, com destaque para o fortalecimento de espaços de formação voltados à medicina geral. Então, essa é uma questão importante e é uma evidência internacional que queríamos trazer também para o debate.

Desde a década de 70, o fortalecimento da medicina geral é algo que vários especialistas consagrados têm debatido. Eu peguei um trecho de um artigo do Prof. Clementino Fraga Filho, da UFRJ, que foi uma autoridade na educação médica e na prática médica do Brasil. Ele era um dos grandes entusiastas, desde a década de 70, do fortalecimento da medicina geral no Brasil. Ele usava sempre, nos artigos dele, nas apresentações, um trechinho do Carlos Drummond de Andrade, que dizia: *"Nada mais oportuno do que a volta do clínico geral, desejada no mundo inteiro. Tantos males se acumularam sobre o homem de hoje, que este também se tornou um paciente geral"*.

Esse debate do Clementino Fraga Filho, lá na década de 70, que vem sendo reproduzido por vários especialistas nos últimos 30 anos, 40 anos, na reflexão sobre educação médica, é fundamental. Por quê? No Brasil, nós adotamos o paradigma norte-americano de formação na residência médica. Os Estados Unidos também viveram processo um pouco semelhante ao nosso. Eles ainda tinham uma grande proporção de clínicos gerais na composição da população médica. Na década de 30, eles começaram a fazer uma redução importante da sua população de clínicos gerais, de médicos gerais. Mudaram, inclusive, o nome da especialidade nos anos 60. Ela deixou de ser *general practice* e se tornou *family medicine*. Você deixava de ser um *general practitioner* e virava um *family physician*. Mudou, inclusive, o nome do especialista e da especialidade nos anos 60. E eles tiveram uma redução importante da população de clínicos gerais, em relação a de outros especialistas. Nós seguimos esse mesmo modelo. Daqui a pouco, eu vou mostrar para vocês alguns dados de outros países que têm sistemas públicos e universais de saúde.

Então, o que no Brasil nós chamamos de médico de família e comunidade outros países que não seguiram o paradigma norte-americano chamam de clínico geral. É a mesma coisa. É a mesma matriz inclusive curricular de formação no mundo todo. E é um pouquinho disso que eu vou tratar na minha apresentação.



Vários países vêm trazendo estratégias de como fortalecer esse ensino da medicina geral, seja na etapa entre a nossa graduação, ou o equivalente a ela, e a residência médica, seja no primeiro momento na formação do especialista.

Faço só uma correção nessa apresentação: suprimam a linha de Portugal, um país que mudou essa questão. Eles não estão utilizando mais o ano em medicina geral. Eles tinham 2 anos, reduziram para 1 ano e, agora, retiraram esse ano. Mas, com exceção de Portugal, estes países adotam medidas importantes.

Vários desses países, após o que é equivalente à graduação no Brasil, trabalham estratégias de estágio obrigatório ou de estágio compulsório. No Brasil, nós não adotamos na nossa legislação essa questão. O médico brasileiro egresso da graduação tem total plenitude para exercer a prática médica no Brasil. O que nós mudamos na Lei do Mais Médicos foi o modelo de pré-requisitos de acesso à residência médica, que só vai se consolidar no ano de 2019, quando nós tivermos uma vaga de residência para uma vaga de egresso nos diversos cursos de medicina do nosso País.

Então, é importante colocar que essa tentativa de fortalecer a medicina geral ou a clínica geral — através de mudança de pré-requisitos para residência, através estágios obrigatórios, através de *trainings*, através de uma série estratégias — é algo que vários países têm experimentado ao longo dos últimos anos.

Como eu tinha colocado para V.Exas., no Brasil nós utilizamos essa denominação "medicina de família e comunidade" ou "medicina geral de família e comunidade", que é equivalente a *general practice* ou medicina geral integral em outros países. Vários países utilizam denominações diferentes. Nós estamos falando do mesmo especialista. Nós estamos falando da mesma área de conhecimento. Existe uma organização de todos os *general practitioners*, de todos os *family physicians*, do mundo, que é a WONCA — World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioneres/Family Physicians. Essa organização inclusive possui diretrizes de uma matriz curricular para a formação dos médicos gerais, que é utilizada por vários países.

Nós tivemos a oportunidade de, no ano passado, publicar uma resolução a partir da Comissão Nacional de Residência Médica que constituiu os nossos requisitos mínimos para a formação do médico de família e comunidade ou clínico geral ou médico geral brasileiro. Ela segue os mesmos parâmetros. Nós aprendemos muito com o que o



peçoal da Universidade de Toronto, no Canadá, construiu ao longo das últimas décadas, que é o referencial que a WONCA utiliza para pensar a formação dos médicos de família.

Também é importante mencionar que vários consensos internacionais que trabalham a responsabilidade social para a formação médica destacam que, ao valorizar cenários na atenção primária como espaços de formação, você tem uma alta capacidade de trabalhar uma série de competências nos profissionais médicos. Esse consenso internacional foi um consenso entre várias autoridades. Sessenta especialistas fecharam esse consenso, depois de um debate bastante capilarizado que o antecedeu. Ele foi constituído em 2010, em East London, na África do Sul.

É importante destacar que trabalhar cenários de formação na atenção primária à saúde em integração com os outros níveis de formação ajuda a fortalecer aspectos da integralidade na formação dos médicos. Tanto na graduação como na residência, é importante prever espaços para formação na atenção primária. Essa foi outra coisa importante que o consenso estabeleceu.

Há a questão da responsabilidade social para atuação profissional. A atenção primária é fundamental para trabalharmos uma série de competências, pensando o perfil de atuação dos médicos de que os sistemas de saúde precisam. Há a questão das competências clínicas e determinantes sociais em saúde. Nós estamos vivendo um mundo que enfrenta a questão das desigualdades sociais em saúde e exige competência dos profissionais para enfrentar esse cenário que repercute tanto nos sistemas, nos serviços da saúde, como no acesso ao direito à saúde. E a atenção primária também é um espaço fundamental para garantir treinamento para que você tenha competência para enfrentar essas questões.

Obviamente, nós tentamos organizar os aspectos da importância de um estágio. Terminados os 6 anos da graduação, nessa primeira etapa da formação para especialidades médicas no Brasil, há uma série de competências fundamentais que a medicina geral, ou clínica geral, ou medicina de família e comunidade, ou medicina geral de família e comunidade — todas são da mesma área — consegue garantir para a formação médica.

São questões como: coordenação do cuidado; método clínico centrado na pessoa, não meramente na doença; abordagem sindrômica baseada em problemas; domínio da medicina baseada em evidências; trabalho da questão da atenção à demanda



indiferenciada; competência cultural, para se inserir em diversos cenários de atuação médica; promoção da saúde; habilidade de comunicação; abordagem das urgências básicas; prevenção quaternária. Nos Estados Unidos, há estudos que mostram que a terceira causa de mortalidade é iatrogenia, ou seja, nós estamos constituindo intervenções médicas a partir dos sistemas de saúde, o que está matando ou causando danos às pessoas. Então, como trabalhar aspectos como a prevenção quaternária, para garantirmos que os profissionais sejam muito mais racionais na oferta de cuidados às pessoas?

Tudo isso, de certa forma, é pensado quando se trata dos pré-requisitos para a residência médica no Brasil, fortalecendo a questão da medicina geral como etapa na formação dos especialistas.

Aqui eu falo um pouco sobre o que está colocado na Lei do Mais Médicos. Quanto às especialidades básicas, a lei garante que é necessário formação de 1 ano em medicina geral para você poder seguir para as outras especialidades. Para fazer outras especialidades médicas, dentro das 53 especialidades, há pré-requisito de 1 ano ou 2 anos — ainda precisa ser fixado quem vai ter 1 ano e quem vai ter 2 anos. Há nove especialidades que dão um pequeno acesso, digamos assim, a especialidades que já tenham baixa demanda de procura, que foram colocadas fora da questão dos pré-requisitos.

É importante mencionar aqui os modelos de formação. Como importamos o paradigma norte-americano de residência médica, a nossa formação ao nível de residência médica no Brasil é fortemente hospitalocêntrica. Outros países do mundo já trabalham há muito tempo a diversificação do cenário para a formação de especialistas. Há hoje o debate entre várias autoridades na educação médica do mundo de que precisamos cada vez mais propiciar cenários para a formação médica que não sejam exclusivamente hospitais universitários. Os hospitais universitários são importantes, inclusive para a formação de algumas especialidades muito específicas, muito focalizadas, mas equivale a em torno de 1% a 2% da demanda dos problemas de saúde das pessoas. Então, precisamos garantir que o futuro profissional médico consiga circular numa diversidade maior de serviços de saúde, inclusive serviços de base comunitária, para que ele consiga ter maior qualidade, especialmente no cuidado daquelas questões mais prevalentes à saúde das pessoas.



Aquela apresentação mostra um grupo multicêntrico que hoje debate educação médica. O Prof. Julio Frenk, de Harvard, é quem organiza essa rede multicêntrica que vem discutindo que nós estamos hoje numa terceira geração de reformas de educação médica baseadas em sistemas. Deve-se pensar o modelo de formação médica baseado em sistemas. Esse é o paradigma atual, o mais contemporâneo no debate sobre mudanças, sobre qualidade para a formação médica no mundo.

O pessoal da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade me forneceu esses dados. Eles pegaram vários países do mundo que têm sistemas públicos universais de saúde e compararam a sua proporção de vagas em medicina de saúde e comunidade ou *general practice* em relação a outras especialidades médicas. No Brasil, as nossas vagas em medicina de família e comunidade equivalem a somente a 7% das nossas vagas gerais de residência médica. Na Espanha, outro país em que há um sistema de saúde consagrado, chega a 30% das vagas. Na Holanda, em que há o *huisarts*, que são importantes médicos de família para organizar todo o ordenamento do sistema de saúde holandês, chega a 35%. No Reino Unido, 40% das vagas de residência equivalem à medicina geral de família e comunidade ou *general practice*, para você se formar como *family physician*, sem contar que eles têm 2 anos que são equivalentes ao nosso estágio, que é o UK Foundation Programme, uma experiência pré-residência que prepara o profissional para a medicina geral. Na Inglaterra cursam-se 5 anos de graduação, mais 2 anos do Foundation Programme, que é o equivalente ao que nós estamos propondo no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, e depois você segue mais 5 anos para se formar como médico de família. E 40% dessas vagas são em *general practice*. No Canadá, o percentual é de 45% das vagas; nos Estados Unidos, 12% das vagas — um país que não tem um sistema público universal de saúde.

Então, a nossa proporção é muito próxima à dos Estados Unidos. É claro que são correlações, e eu não estou discutindo relações de causalidade. Se fôssemos discutir causalidade, teríamos que aprofundar muito mais o debate.

Vários países têm mostrado que, ao ter poucos médicos de família no seu sistema de saúde, você tem uma tendência a aumentar o seu gasto privado em relação ao seu gasto público. Isso é muito importante. Se compararmos Brasil e Estados Unidos, veremos que há uma relação de gasto privado e de gasto público muito parecida com a



relação que nós temos entre médicos de família, em relação ao contexto dos outros especialistas. Esse dado é fundamental para lembrarmos que sistemas de saúde que, geralmente, não têm uma grande população de médicos de família são sistemas de serviços de saúde desprotegidos, tanto no setor público quanto no setor privado. São sistemas que tendem a uma irracionalidade do seu funcionamento e do seu financiamento e são geralmente sistemas de saúde que se tornam caros, onerosos e geralmente produzem muita iatrogenia para as pessoas.

Então, eu queria reforçar essa questão. Todo o esforço de aumentar a nossa população de médicos de família vem a partir de uma forte evidência internacional, inclusive com um estudo comparado.

Obviamente, estamos discutindo questões que não são simples, porque tudo o que estamos colocando hoje vai refletir no País, para que possamos discutir regulação da residência no Brasil, que não é um debate simples.

O Cadastro Nacional de Especialistas foi muito importante, porque vai nos ajudar a obter um parâmetro do que temos e identificar qual é a necessidade de especialistas nas várias regiões do País. Isso vai ser um substrato fundamental para planejarmos, por exemplo: na Região Norte, preciso formar muitos oftalmologistas? Preciso formar muitos pediatras? Já tenho muitos cirurgiões gerais? Eu estou fazendo aqui um "chutômetro", pois ainda não temos evidência. Vamos ter essas evidências com o Cadastro Nacional de Especialistas, que vai nos ajudar a perceber quais especialidades precisamos expandir ou aquelas que precisamos expandir ainda mais, vendo no nosso sistema de saúde e vendo as necessidades que tanto o setor público quanto o setor privado têm hoje no nosso País.

Foi constituído um grupo de trabalho — inclusive, haverá uma reunião amanhã no Ministério da Educação — que possui instituições de ensino de todo o País, mais a Associação Nacional de Médicos Residentes. Sei que vocês estão em mobilização, mas já conversamos com o Sr. Arthur sobre a participação deles nessa agenda, que vai continuar. E, obviamente, o debate da regulação da residência médica envolve um tema que é fundamental para aperfeiçoarmos as políticas de gestão do trabalho para o sistema de saúde brasileiro.

Queremos acumular esse debate com um conjunto de instituições renomadas, para pensarmos esse ordenamento de distribuição de vagas nas várias especialidades. Obviamente, o modelo que eu discuti com vocês é o modelo que está em construção. Em



2019, quando houver uma vaga de residência para uma vaga de egresso, nós vamos garantir, digamos assim, a total plenitude desse conjunto de mudanças em execução. Até lá, precisamos pensar em políticas transitórias.

As políticas de bonificação para acesso têm sido importantes medidas de transição. Eu não vou falar muito sobre isso, porque acho que o Felipe Proença, quando mencionar o PROVAB, vai falar um pouco sobre as políticas de bonificação para acesso. Isso, para nós, tem sido bem-sucedido.

Um estudo do nosso Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG tem mostrado que um em cada três participantes do PROVAB tem continuado na atenção básica, seja ingressando no Programa Mais Médicos para o Brasil, seja ingressando na residência de medicina de família e comunidade. Nós observamos o crescimento da quantidade de ingressos em programas de residência em medicina de família e comunidade, apesar de ainda termos um grande desafio de ocupação de vagas.

As políticas de bonificação têm uma forte estratégia de integração ensino/serviço e fortalecem elementos da clínica geral e da saúde coletiva para a formação médica. Obviamente, quando chegarmos a 2018, teremos 6 anos de execução das políticas de bonificação para acesso e vamos precisar reavaliar se elas já cumpriram o seu papel, se elas precisam avançar um pouco mais, quando, por exemplo, trabalhamos medidas de discriminação positiva. A lei de cotas, por exemplo, tem um prazo, e se reavalia se é preciso estender ou não esse prazo. É mais ou menos o que nós pensamos, fazendo um paralelo em relação às políticas de bonificação. Lá na frente, vamos avaliar o sucesso da política, sua implementação, e ver se ela continua ou se já cumpriu o seu papel enquanto medida de transição.

Basicamente é isso. Eu posso, então, resumir a minha apresentação. Todo esforço feito para o Mais Médicos para a mudança na formação de especialistas diz respeito a fortalecer a presença da medicina geral para a formação dos médicos no País. Essa é uma questão fundamental para discutirmos a qualidade da residência médica em nosso País, a qualidade da formação dos nossos especialistas. A partir das características do nosso sistema de saúde e das possibilidades que os legisladores nos trouxeram dessa mudança de pré-requisitos, nós almejamos chegar, a médio e longo prazo, a um crescimento da nossa população de médicos de família e comunidade no País, o que vai ser fundamental para podermos melhorar aspectos da prática médica e da execução da



medicina em nossos serviços de saúde, tanto na saúde pública como na saúde suplementar.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Muito obrigado, Vinícius.

Nós vamos dar prosseguimento com a fala do Presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes — ANMR, Arthur Hirschfeld Danila.

O SR. ARTHUR HIRSCHFELD DANILA - Bom dia a todos.

Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer a oportunidade de estar com vocês nesta manhã. A Associação Nacional de Médicos Residentes, entidade nacional de médicos residentes no País, agradece a oportunidade de estar aqui representada na discussão sobre o acesso à residência médica.

Eu vou dar alguns dados que versam sobre o panorama da residência médica no Brasil e algumas críticas em relação à situação que está colocada hoje e as perspectivas futuras.

(Segue-se exibição de imagens.)

O panorama que eu trago é bastante parecido com o que o Vinícius trouxe mais cedo, com algumas diferenças de alguns dados.

Esses dados foram colhidos em julho. Foram oferecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica. Hoje, existem 6.532 programas de residência médica em funcionamento no Brasil, totalizando, de R1 a R6, 52 mil vagas de residência médica. No primeiro ano, em 2015, haveria a possibilidade de 15 mil residências de acesso direto. Então, 15 mil residentes poderiam entrar por acesso direto. Das 52 mil vagas de residência médica no País que estão abertas hoje em dia, estão cursando-a 29.500 residentes, o que dá uma ociosidade de 23.399 vagas, correspondente a 45%.

Esse é um dado muito importante, porque traz um pouco do panorama da residência médica hoje implantada e isso talvez sirva como base para que possamos prever as políticas que vão ser feitas. Atualmente, existe uma ociosidade de 45% das vagas em residência médica no Brasil, em todas as áreas. Em algumas áreas, há maior ociosidade; em outras, menor.

A Comissão Nacional de Residência Médica está vinculada à Secretaria de Educação Superior do MEC.



A entrada na residência médica ocorre por meio de concurso público. É regulamentada a residência médica por uma série de leis e resoluções. Essas leis e resoluções foram uma conquista histórica, ao longo de mais de 50 anos, uma conquista do movimento médico residente e da sociedade civil. A última lei que versa sobre residência médica é a do Programa Mais Médicos, de 2013.

A ANMR — Associação Nacional de Médicos Residentes foi fundada em 1967. Atualmente tem em São Paulo a sede. É um dos 12 membros votantes da Plenária da Comissão Nacional de Residência Médica. A diretoria atual é composta por nove Estados representados. Faz diversos convênios. Não tem fonte de renda própria.

Passo a abordar os principais problemas que encontramos hoje em dia. Em primeiro lugar, está a abertura de escolas médicas sem qualidade. Inclusive, a Lei do Mais Médicos prevê um aumento de 11 mil novas vagas em faculdades de Medicina.

Já tivemos um *boom* de faculdades de Medicina nas últimas décadas. Essa abertura de faculdades de Medicina vai implicar, pela própria Lei do Mais Médicos, em aumento de vagas em residência médica, porque a lei também prevê a universalização da residência médica em 2018. Vejam, a universalização da residência médica no País é uma coisa muito importante — concordamos —, a questão é como isso vai ser feito, em que tempo, com que qualidade, com que infraestrutura, com que condição.

Hoje, um dos principais pontos que prejudicam a residência médica é a falta de preceptor. Preceptor é o médico que está junto ao residente, ensinando o residente. Ele está todos os dias ao lado do residente, passando o seu conhecimento. Hoje, não é remunerado. Quando é, a remuneração acontece de forma insuficiente. Apenas um exemplo: a Secretaria Municipal de Saúde em São Paulo oferece uma bolsa de 73 reais por mês pela atividade de preceptor de residência médica. Isso não dá para comprar nem um pão de queijo por dia.

O preceptor não tem tempo protegido para a atividade de ensino. Ele está lá vinculado como médico assistente da unidade de saúde, tem que fazer dupla jornada, ensinar os residentes e atender a população. Então, não consegue fazer essa atividade adequadamente.

Muitas vezes ele não tem uma qualificação adequada. Por exemplo, um médico preceptor que está ensinando no pronto-socorro, na UTI ou até na medicina de família e comunidade não tem a titulação, não é especialista na área. Como é que ele ensina ao



residente algo em que ele não tem titulação? Isso é um contrassenso. Nós fazemos essa crítica.

Não há estímulo à sua qualificação. O médico preceptor, que até pode estar lá e pode até ser remunerado, ainda que pifiamente, não tem condição de se qualificar permanentemente. Essa é outra crítica que nós fazemos.

Não há um plano de carreira para estimular sua fixação. Justamente o médico que vai ajudar o residente a se qualificar para atender melhor a população não é adequadamente valorizado, não é fixado. Isso também reduz a chance de se ter uma residência que seja qualificada para atender bem a população.

Em relação à Lei do Mais Médicos, de 2013, nós levantamos alguns questionamentos. Quais vão ser os lugares onde serão abertos os novos programas de residência médica? A lei prevê que vão ser abertas 12.400 vagas em programas de residência médica no Brasil até 2018. Onde vai acontecer essa abertura? Existem condições para ampliar vagas em programas que já existem hoje em dia, em lugares onde já há residência? Como seria feita essa abertura?

Diogo, como já falei, sobre a formação de preceptores, não há nenhum estímulo hoje em dia para que o preceptor seja fixado e valorizado. Qual vai ser a qualidade da assistência que será oferecida para a população numa residência que seja aberta a toque de caixa até 2018? Qual vai ser a qualidade da formação do médico que vai aprender durante a residência, se ele não tem uma boa preceptoria, se ele não tem uma boa assistência? E qual vai ser a qualidade da estrutura que vai oferecer esse serviço para a população? Há cortes orçamentários em diversas instituições de ensino e saúde. Acontece de o residente não ter nem luvas para fazer procedimentos básicos.

Cito o exemplo do Estado do Piauí só para que fique mais fácil compreender numericamente a implicação da Lei do Mais Médicos até 2018. O Piauí, tradicionalmente, é um Estado bastante carente em formação e assistência à população. Hoje em dia, tem 82 residentes por ano cursando residência médica. A perspectiva da Lei do Mais Médicos é garantir a universalização do acesso à residência. Hoje, 400 estudantes de Medicina se formam por ano. Então, até 2018, vai ser preciso que haja 400 vagas de residência no Estado. Depois de se fazer uma conta simples de subtração, 400 menos 82, percebe-se a necessidade de 318 novas vagas em medicina de família e comunidade — a abertura vai acontecer nessa área. Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica diz que



precisa haver um preceptor para cada seis residentes. Seriam necessários então 53 novos preceptores de medicina de família e comunidade apenas no Piauí. Agora, sabem quantos residentes estão em formação em medicina de família e comunidade no Piauí? Zero. De onde vão vir esses 53. Primeiro, onde estarão os residentes que vão atuar? Depois, quando se formarem, eles vão esperar preceptores? Quem vai ensinar esses residentes? Serão necessários 53 novos preceptores em medicina de família e comunidade. Isso não está sendo discutido.

Acho muito salutar esta discussão, Deputado Mandetta, sobre carreira médica, nesta Comissão. Enquanto não tivermos uma política que realmente fixe o médico e que lhe garanta tempo para que ensine ao residente, não vai conseguir fazer uma residência médica de qualidade. Acho que esse é um ponto crítico e fundamental.

Outra questão em termos de valores: o custo anual apenas das bolsas de residência médica vai girar em torno de 12 milhões de reais, apenas no Estado do Piauí. Quem vai pagar essa conta? O Governo Federal? O Governo Estadual? O Governo Municipal? Ninguém sabe.

Em relação ao Estado de São Paulo, trago o anúncio do Governo, este ano, das 2.290 novas vagas em faculdades de Medicina, que estão de acordo com a Lei dos Mais Médicos, que prevê esse aumento de faculdades de Medicina.

Das 2.290 novas vagas em faculdades de Medicina, 930 dizem respeito só ao Estado de São Paulo, o Estado que já é responsável por cerca de um terço da formação de especialistas por meio de residência médica.

Em 2019, será preciso haver uma vaga de médico de família e comunidade para cada egresso das instituições de ensino em saúde. Hoje, há 219 vagas de medicina de família e comunidade aprovadas para R1, das quais 28 estão em exigência. Mas, enfim, seria esta a conta: 930 menos 219. Teríamos então que criar 711 vagas de residência médica de família e comunidade apenas para suprir essa criação de vagas em faculdades de Medicina em 2015. Então, apenas o movimento deste ano de abertura de faculdades de Medicina vai implicar um aumento de 711 novas vagas em medicina de família e comunidade.

Existe aquela exigência de preceptor de 40 horas para cada seis residentes. Vão ser necessários então 118 novos preceptores em medicina de família e comunidade. Considerando que, hoje em dia, a taxa de ocupação, como o próprio Vinícius disse, é de



26% em medicina de família e comunidade, no caso dessas 219 vagas, isso indicaria que estão em atividade na área de medicina de família e comunidade, apenas no Estado de São Paulo, 57 residentes. Nós teríamos, então, de ter esses 57 residentes durante 2 anos e 100% desses 57 residentes presentes como preceptores para suprir apenas a demanda de preceptoria que a própria Comissão Nacional prevê. Se não houver uma política indutora da presença e da fixação do preceptor, certamente não se vai conseguir assegurar esses 100%. Se esses 100% não vão ser assegurados, certamente a qualidade da assistência e da formação do residente não vai ser atingida.

Onde os residentes vão atuar? Como os residentes vão atuar? O custo de mais de 25 milhões de reais apenas para criação de vagas em faculdades de Medicina foi previsto em 2015. São 25 milhões. Essa é uma conta em que ninguém está pensando. O cenário atual é de grande contingenciamento financeiro, e a questão apenas do custo de bolsas, fora a questão da infraestrutura, da preceptoria e da permanência dos residentes, não está sendo vista adequadamente.

Continuo com os questionamentos. Tendo-se uma vaga por egresso, quantas vão ficar ociosas? Como mostrei no primeiro eslaide, 45% das vagas já estão ociosas hoje em dia. Será que não é melhor considerarmos por que 45% das vagas estão ociosas, antes de criarmos vagas, que implica novos custos e outras questões que não estão contempladas hoje em dia. Nós já temos as vagas que estão abertas. Se as vagas estão abertas, é porque já existem condições mínimas para atuação profissional dos residentes. Então, temos que olhar para essa taxa de ociosidade.

Outra questão que não está definida ainda é a liberdade de escolha da especialidade médica. O estudante de Medicina que termina a faculdade tem de saber se pode escolher a sua área de especialidade no futuro. Essa é uma questão de liberdade de escolha. E se o médico residente não quiser fazer a residência médica? Outra coisa: como vai ficar o processo seletivo quando o pré-requisito de medicina de família e comunidade passar a valer? Como o Vinícius comentou, todos os egressos, pela Lei do Mais Médicos, em 2018, vão ter que passar de 1 a 2 anos em medicina de família e comunidade. Em 2019, quando eles forem para o R0 — chamamos de R0 medicina de família e comunidade —, como é que os do R1, que supririam os hospitais de assistência à população, vão ficar, porque eles não vão ter o R1, vão ter o R0, em medicina de família e comunidade? Para isso também ninguém tem resposta.



Outra questão que a lei coloca: nove áreas não vão ter que passar pelo pré-requisito de medicina de família e comunidade. Nós nos perguntamos então: por que essas nove áreas não vão ter necessidade desse pré-requisito? Uma crítica, uma leitura totalmente discordante do que o Vinícius trouxe em relação à valorização de medicina de família e comunidade, é a de que a Lei do Mais Médicos, prevendo esse R0 de 1 a 2 anos em medicina de família e comunidade para que só depois ele acesse outra especialidade em que tem interesse, não vai fixar o médico na área de medicina de família e comunidade. Vai ocorrer justamente o contrário. Ele vai passar provavelmente por uma Unidade Básica de Saúde inadequada, sem infraestrutura — hoje em dia, infelizmente, a situação das Unidades Básicas de Saúde é de total precariedade —, não vai ter uma boa leitura do que é a medicina de família e comunidade, porque 1 ano não é tempo adequado para formar um médico especialista em medicina de família e comunidade, e depois ele vai para a área em que tem interesse.

Assim, não se vai fixar o médico de família e comunidade onde deveria se fixar. Na verdade, isso é um tiro no pé. Essa medida não valoriza a medicina de família e comunidade. Pelo contrário, ela torna a medicina de família e comunidade apenas em uma passagem para outras especialidades. Digo mais, fere um dos princípios da medicina de família e comunidade: a longitudinalidade do cuidado ao paciente. Se o residente vai ficar 1 ano só na medicina de família e comunidade, não vai se fixar ali, não vai atender longitudinalmente a população, quem sai mais prejudicado é a população, que não vai ter a perpetuidade do cuidado e da assistência.

Por isso lançamos o Movimento Nacional de Valorização da Residência Médica, um movimento que está sendo capitaneado pela Associação Nacional de Médicos Residentes. Está contando realmente com o apoio não só dos residentes mas também de vários preceptores, da Sociedade de Especialidades, de associações médicas. O Conselho Federal também manifestou apoio, acha ético o movimento.

Ele é composto por nove pontos, sobre os quais vou versar brevemente. O primeiro ponto é fundamental. Sem ele, não vamos conseguir realizar nenhuma mudança que precisamos fazer na residência médica. Precisamos mudar a composição da Comissão Nacional de Residência Médica. Decreto de 1977 instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica, que tinha dez membros votantes, sendo cinco vinculados ao Governo e cinco vinculados à sociedade médica e civil. Depois, ele foi alterado por um decreto de



1985. Em 2011, um decreto alterou a composição da Comissão Nacional. A Plenária passou a ter 12 membros, sendo seis vinculados ao Governo e seis, à sociedade civil e médica. O voto de qualidade dessa comissão nacional é do Governo. Agora está submetida a uma câmara recursal, composta por três membros, sendo dois do Governo e um da sociedade civil. Então, qualquer possibilidade de mudança na residência médica fica totalmente vilipendiada, fica totalmente limitada. Não há como mudar nada na residência médica. Na Câmara Recursal, quem tem maioria é o Governo. Nós propomos a revisão integral da composição da Plenária e o fim da Câmara Recursal.

Segundo ponto: fiscalização de todos os programas de residência médica antes da abertura de vagas. Como eu disse, 45% das vagas estão ociosas. Em medicina de família e comunidade, essa taxa de ociosidade aumenta para 74%. Vamos olhar para o que está acontecendo hoje, em vez de abrir vagas de forma indiscriminada e ter uma bola quente ainda maior na mão daqui a 3 anos.

O decreto prevê que a finalidade da Comissão Nacional é promover a avaliação para melhorar a qualidade dos programas de residência. Ela prevê ainda condição básica para a comissão fiscalizar o programa. Tem que ter um membro indicado pela Sociedade de Especialidades da AMB, precisa ter um representante do gestor público de saúde local, indicado pela Secretaria de Estado da Saúde, e um médico residente indicado pela ANMR. As comissões que estão avaliando os programas de residência hoje em dia não têm essa composição, prevista na própria resolução da Comissão Nacional. Avaliações são feitas por médicos especialistas que não são da mesma área. Eu fiz a minha formação em Psiquiatria. Imaginem que um cardiologista vai avaliar um programa de residência em Psiquiatria. Ele também é médico, mas não vai ter competência para considerar o que é pré-requisito básico para se avaliar a residência em Psiquiatria.

Terceiro ponto, que já foi uma conquista: a revisão total do Decreto nº 8.497. Foi editado o Decreto nº 8.516. Eu não vou perder tempo nesse ponto.

Quarto ponto: levantamento dos cortes orçamentários e suspensão desses cortes. Todo corte orçamentário nas instituições onde há médico residente prejudica a sua formação. Falta insumo básico como luvas e gases, faltam medicações mínimas para assistência. Quem sai prejudicado é a população. Então, precisamos olhar para o que está acontecendo com a saúde pública no Brasil antes de pensarmos em promover



aumentos nessa área. Vamos tentar garantir que não haja cortes orçamentários nas instituições que já existem hoje em dia.

O quinto ponto tem muito a ver com o âmbito desta Casa: plano de carreira e valorização dos preceptores. Como eu já disse, o preceptor é o profissional que está junto ao residente, e ele precisa ter um plano de carreira que preveja seu reconhecimento, a sua valorização, a sua qualificação e a sua remuneração, com a supervisão presencial. O médico do PROVAB tem supervisão a distância uma vez por mês. Não adianta, essa não é uma supervisão adequada, não há como! A pessoa tem um caso difícil na mão, e vai ter que esperar 1 mês para discuti-lo? O paciente pode falecer no meio do caminho. Então, é preciso que haja supervisão presencial e qualificada em todos os lugares de ensino e aprendizagem.

Sexto ponto: plano de carreira nacional para médicos do SUS. Este é um ponto que está muito de acordo também com o intuito desta Comissão, que é garantir assistência de qualidade à população em todos os rincões do País. Para fixar o médico nos lugares de mais difícil provimento, é preciso ter um plano que permita sua valorização, seu reconhecimento, sua qualificação e remuneração adequada.

Sétimo ponto: fim imediato da carência de 10 meses junto ao INSS. Hoje, o médico residente é filiado ao Regime Geral de Previdência Social como contribuinte individual. Ele tem que cumprir uma carência de 10 meses para poder usufruir dos benefícios do INSS. Alguns programas de residência têm duração de 2 anos. Imaginem, por quase a metade do tempo de formação dele, ele pode ficar a descoberto. Por exemplo, nesse caso, uma residente que fica grávida não terá direito ao afastamento e às garantias previstas em lei pela Seguridade Social. Cite-se ainda a exposição contínua a riscos de acidentes biológicos e a violência em instituições de ensino que, às vezes, não oferecem a segurança adequada. Há também a questão da carga horária. No caso do residente, ela é de 60 horas semanais. Isso aumenta bastante o risco de Burnout.

Oitavo ponto: garantia do auxílio-moradia. Isso já está previsto em lei. Nós estamos pedindo apenas a garantia do que a lei já prevê. Isto faz parte da realidade do residente hoje em dia: intensa carga horária, de 60 horas semanais; elevados custos de habitação nas proximidades das instituições de ensino em saúde. Por causa da especulação imobiliária, nas regiões urbanas a taxa de aluguel chega a corresponder a mais de 50% da bolsa atual do residente. Então, como é que o residente vai conseguir se fixar próximo



ao hospital onde ele vai ter que trabalhar 60 horas semanais? Estamos pedindo apenas que seja cumprida a Lei nº 6.932, de 1981, que garante moradia conforme o estabelecido em regulamento.

Nono ponto: isonomia entre a bolsa de residência médica e o PROVAB e o Mais Médicos. É importante ressaltar que essa é uma reivindicação feita à Secretaria de Educação Superior do MEC desde outubro de 2014. Nós entregamos um ofício e tivemos reuniões com o então Secretário Paulo Speller. Desde então, 11 meses se passaram para que conseguíssemos novamente uma reunião. Nessa sexta-feira retomamos as negociações em relação a isso. A Lei nº 6.932, no art. 4º, prevê um reajuste anual, e nós não temos reajuste desde 2013. Só para que tenham uma ideia, a inflação de 2013 para cá é de 12%, e o valor da bolsa hoje em dia é de 2.976 reais. Descontando-se o custo do INSS, vai para 2.448 reais. Essa bolsa equivale a 25% do valor das bolsas do PROVAB e do Mais Médicos, sendo que o residente cumpre uma carga horária 50% maior. Ele cumpre uma carga horária maior, e recebe um quarto do valor que o médico do PROVAB ou do Mais Médicos recebe. O PROVAB e o Mais Médicos são programas de aperfeiçoamento em serviço. Portanto, do ponto de vista legal, todos têm que ter, até por uma questão de isonomia, ética e justiça, a mesma remuneração. Essa é uma pauta bastante justa e adequada.

A residência médica é realmente o padrão-ouro na formação de médicos especialistas. Precisamos fazer isso com qualidade. O Governo tem se preocupado muito com a quantidade, sempre com o mais, mais, mais, nunca com o melhor. Nós estamos pedindo qualidade.

Vou deixar aqui os contatos da ANMR. Estamos à disposição.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Muito obrigado, Dr. Arthur.

Convido o Dr. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, Presidente do Conselho Federal de Medicina, a fazer uso da palavra pelo prazo de 15 minutos.

O SR. CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA - Muito bom dia.

Deputado, eu não vou me valer, como os antecedentes expositores, de apresentação com Power Point ou multimídia, mas sim de algum apoio para fazer as considerações em nome da instituição Conselho Federal de Medicina.



Quero dizer que a nossa instituição tem, de maneira muito clara, a convicção de que o ético desempenho da medicina é exercício de cidadania em tempo integral e no mais elevado patamar da consciência, o que nos faz transitar de fim para fim e de topo para topo da existência.

É neste sentido, de preocupação com os direitos de cidadania, que nós nos manifestamos. Dentro desses direitos, é óbvio, está a questão saúde como uma das mais relevantes.

Quero também tecer os melhores elogios sobre a iniciativa da Comissão de Seguridade Social e Família e, particularmente, desta Subcomissão Especial, com seus esforços para essas análises, que são de extrema importância, como dito, aos nossos interesses mais legítimos.

Faz-se referência, muito frequentemente, quando se fala nas questões de planejamento da saúde, aos países desenvolvidos, mas às vezes se esquece de colocar alguns detalhes de muita relevância. Por exemplo, quando se cita a Inglaterra, esquece-se de dizer que nenhuma escola de Medicina tem permissão para funcionar no Reino Unido sem a autorização do General Medical Council, o conselho federal inglês que autoriza a abertura de escolas de Medicina.

Também é importante deixar muito clara a definição de que, nos países desenvolvidos, o planejamento de assistência à saúde, parece-me, tem três pontos fundamentais. Primeiro, é feito como política de Estado, não como política de governo. Segundo, é pautado por uma formação médica de excepcional qualidade. Terceiro, tem um financiamento adequado.

Aqui estamos discutindo formação médica, mais especificamente os parâmetros da Lei nº 12.871, de 2013. Questionados em certa ocasião no Senado Federal em uma audiência sobre a postura do Conselho Federal a respeito dessa lei, nós afirmamos que temos zelo e que é com esse zelo que analisamos a 12.871. Nós zelamos pelos princípios constitucionais da legalidade e, sobretudo, da moralidade na República.

A Lei nº 12.871 trata da pós-graduação, trata da graduação, trata da assistência à saúde, é uma lei híbrida. Para nós, tem alguns equívocos, alguns erros de caráter constitucional. Mas isso não é o que está em pauta. É lei, está em vigência, tem que ser cumprida. Estamos realizando análises, procurando fazer elaborações, amadurecimentos



e reflexões, porque toda norma passa por esse processo de amadurecimento, de observação, de aprimoramento.

Os expositores que já se apresentaram foram muito proficientes. Acho que, de certa forma, até esgotaram as reflexões sobre a residência médica, mas não se pode falar em residência médica, em pós-graduação sem fazer breves considerações sobre graduação, apesar de se saber que esse assunto já foi tratado nesta Comissão. Há que se ter uma relação direta aqui para que se possa fazer um todo e para que as conclusões sejam tiradas com a mais plena racionalidade.

Temos um grande problema na graduação, que é um problema também após a residência médica. Hoje existe uma lógica de mercado na medicina, uma lógica clara de mercado. Para não serem vítimas da omissão do Estado, mais de 50 milhões de brasileiros, sob hipotética cobertura de planos e seguros, submetem-se ao trato comercial da saúde. Assim, mercantilizada, a relação entre médico e paciente tornou-se estigmatizada pela insegurança e suspeição. Muitas vezes, é até exposta em pratos irrecusáveis nos banquetes judiciais das ações por perdas e danos. Nesse meio mercantil, voltado ao lucro, foram criados termos condizentes com a sua essência ou natureza. Os médicos são chamados hoje de prestadores de serviço; os pacientes são chamados de usuários, são cognominados de usuários; a área do labor é dita comumente como mercado; e os contratos estabelecidos receberam a alcunha de pacotes. É uma linguagem típica — pressuponho que concordem — do comércio: pacote, mercado, usuário, prestador de serviço. Porém, não só a prática, também o ensino da medicina encontra-se embrulhado em pacote, disponível nas prateleiras e nos balcões dos mercados, com boas oportunidades de negócios.

De fato, a lógica de mercado alcançou o ensino da Medicina, com decorrentes ações predatórias da formação profissional. Há 2 anos, o então Ministro da Educação, Aloizio Mercadante, foi a primeira autoridade a admitir a existência dessa nociva interferência. Em reportagem sobre novas regras para abertura de escolas médicas publicada na *Folha de S.Paulo*, ele declarou: *"Essa lógica não assegura necessariamente o interesse público da sociedade. O interesse da instituição pode ser do mercado de medicina, mas não do interesse público no sentido de boas práticas médicas, com equipamentos disponíveis (...). O balcão fechou"*.



São desconhecidos até hoje os mecanismos de funcionamento do balcão denunciado pelo Ministro Mercadante, que, logo em seguida a sua denúncia, anunciou rígidas diretrizes para a correção das distorções. Não obstante, nada mudou. O número de escolas de Medicina abertas sem maior reverência às exigências continua a aumentar, trazendo mais riscos ao ético exercício da profissão.

Pós-graduação significa aprimorar, elaborar, dar conhecimentos mais específicos a um discente bem formado. Ele não vai ser graduado na residência médica. A residência médica, a pós-graduação destina-se a um pressuposto egresso bem formado, o que, em grande número, não existe neste Brasil.

Aqui temos um primeiro problema, que não foi abordado pela Lei nº 12.871. Das 257 escolas já autorizadas a funcionar no País, 130 foram abertas a partir de 2003, e, dessas, 89 são privadas (69%). Nos dois mandatos presidenciais da atual Presidente da República, foram abertas 48 escolas privadas, ou seja, foram paradoxalmente autorizadas em uma gestão que revelou com uma metáfora — balcão — a realidade de um obstáculo a boas práticas médicas. Esse é um grande problema, mas desdobram-se as dificuldades.

O MEC, com a Portaria nº 13, de 2013, definiu critérios para que o Município sedie uma escola médica. Entre outros pontos precisa apresentar número de leitos do SUS por aluno em proporção maior ou igual a cinco; número de alunos por equipe de atenção básica menor ou igual a três; possuir hospital de ensino e ter estrutura de urgência e emergência. No entanto, constata-se que muitos Municípios e instituições de ensino se mantêm indiferentes a essas exigências, inclusive os que já foram autorizados a abrir escolas e mais os 22 que já estão sendo pré-selecionados, num total de 58 Municípios — mais 58 — a terem escolas médicas.

Ora, se formos verificar a estrutura assistencial, pelos dados divulgados pelo IBGE no ano passado, mais da metade dos 5.570 Municípios brasileiros precisou mandar pacientes do SUS para outros locais, em busca de internação. Apesar do reconhecido desenvolvimento, o Sudeste, com 66%, foi a região onde essas situações prevaleceram. Além disso, 52,1% dos Municípios do País foram obrigados a encaminhar pacientes para a realização de simples exames em outras cidades.

Essa prática ocorreu de forma mais intensa no Nordeste (55,3%). Na alta e média complexidade, o quadro é calamitoso. Apenas 6,5% das cidades brasileiras têm



disponibilidade de UTIs neonatais em estabelecimentos públicos ou conveniados ao SUS. Os serviços de hemodiálise e diálise peritoneal, indicados a pacientes com insuficiência renal, estão disponíveis em somente 8,7% dos Municípios. No momento em que o Governo propaga a sua intenção de reduzir o número de cesáreas, percebe-se a inexistência de estrutura para atendimento de gestantes e recém-nascidos. Exclusivamente 49,6% dos Municípios do País, menos da metade, têm estabelecimentos de rede pública que realizam parto.

Como posso entender graduação, formação médica em Municípios que não têm nenhuma estrutura assistencial ou pouquíssima estrutura assistencial? Surgem as consequências na pós-graduação, na residência.

Estão colocadas aqui todas as dificuldades, mas não podemos deixar de fazer referência também a alguns aspectos positivos da Lei nº 12.871, no que tange à residência médica. Faço referência ao Capítulo V, ao art. 27, a bolsa para preceptoria, dado o reconhecimento formal da existência da preceptoria. Sinalização da importância da formação de preceptores, isso está na 12.871, oportunidade de uma vaga de residência médica para cada egresso das escolas médicas do Brasil, esses são aspectos positivos.

Entretanto, há uma série de aspectos a serem considerados, como revisão cuidadosa do Capítulo III e do Capítulo V, das diretrizes curriculares nacionais de medicina de 2014.

Segundo, fortalecimento, independência e mudança da composição da Comissão Nacional de Residência Médica — isso já foi apresentado pelo Arthur —, de acordo com o Decreto nº 7.562, de 2011, excluindo-se a Câmara Recursal, criando-se a eleição direta, pelo Plenário da CNRM, do Secretário-Executivo. As Comissões Estaduais de Residência Médica, as CEREMs, após devido estabelecimento de infraestrutura e financiamento, acolherão os pleitos, funcionando como primeira instância. A segunda instância e última, recursal, seria naturalmente a Comissão Nacional de Residência Médica.

Essa é uma estrutura que realmente confere independência a esse plenário, não o deixa ser transformado em um plenário homologatório ou subordinado a modificações de suas decisões. A independência é fundamental. A Comissão Nacional de Residência Médica tem uma história, que precisa ser preservada.



Terceiro, aplicação do disposto na Seção III do Decreto nº 7.562, de 2011, garantindo a operacionalização das instâncias auxiliares por meio de dotação orçamentária para adequado financiamento dos níveis de regulação, incluindo a participação dos membros da Câmara Técnica, dos Presidentes das Comissões Estaduais de Residência Médica nas sessões plenárias da Comissão Nacional de Residência Médica, em torno e com retorno ao fluxo cooperativo entre Plenário da CNRM e as Comissões Estaduais de Residência Médica, as CEREMs. Sem a devida integração, o sistema não funciona.

Mas, como tudo, precisa ter um mínimo de orçamento adequado. Essa comissão não tem uma dotação orçamentária necessária às suas competências e às suas obrigações, como também os Estados e Municípios empobrecidos, endividados, desde 1988. Isso não é uma coisa recente, essa dívida vem de 1988, vem da Carta Magna, porque a partir dali a União, que tinha 46% dos recursos humanos na saúde, desonerou-se de encargos e hoje não tem sequer 6%, mas seus cortes se avolumaram, porque a arrecadação tributária, como todos sabem, cresceu em cima de contribuições de melhoria e não de impostos, pois impostos, por lei, a União tem que dividir com Estados e Municípios. Resultado: Estados, Municípios, CNRM, sem orçamento!

Temos que ter uma visão de necessária infraestrutura para funcionamento das instituições. Temos que ter visão clara do mínimo necessário para a existência de um pacto federativo neste País.

Esses são problemas graves, sérios, sobretudo numa época de crise econômica, mas precisam ser vistos de frente, precisam ser enfrentados com a coragem típica dos que fazem esta Casa Legislativa. Eu não vou me delongar. Acho que o Dr. Arthur foi muito, eu diria, cartesiano, objetivo nas suas apresentações e reivindicações legítimas.

Eu finalizaria, Deputado Mandetta, apenas reiterando os meus elogios a essas iniciativas tomadas aqui na Casa, dizendo-lhes que, não obstante a distância do mundo desenvolvido e outros obstáculos, podemos superar desafios e construir o nosso destino. A nossa Carta Magna ordena a universalidade, a integralidade dos cuidados assistenciais à saúde, por serem alicerces da dignidade humana e, assim, lastro de um Estado Democrático de Direito.

Portanto, Deputado, nós precisamos de Governos democráticos que se aproximem não do Estado enquanto poder, mas sim do Estado enquanto povo. Esse é o primeiro



passo de um Brasil com prioridade à formação médica, indispensável a uma política pública de saúde sem fronteiras entre as assistências à saúde dos ricos e dos pobres.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Muito obrigado, Dr. Vital.

Concedo a palavra ao nosso último palestrante de hoje, Felipe Proenço de Oliveira, Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe de 15 minutos.

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Bom dia a todas e a todos.

Queria cumprimentar o Deputado Mandetta e os demais Deputados aqui presentes.

Cumprimento também o Vinícius, o Vital, o Arthur. Estivemos recentemente em outros espaços. Estar sempre dialogando com colegas e debatendo este tema é bastante importante. Recentemente, estivemos num encontro de conselhos de medicina. É sempre bom este debate, este diálogo que temos feito.

O tema desta audiência é acesso à residência médica. Na apresentação, até para utilizar apenas o tempo previsto, vou me ater mais a esse assunto, mas, quando forem levantadas outras questões no debate, do ponto de vista da política para a formação no Sistema Único de Saúde, é importante analisarmos isso também. Neste momento inicial, vou me ater a falar sobre o papel do SUS na formação de recursos humanos, sobre o que o Mais Médicos propôs, através da Lei nº 12.871, no sentido de ordenar a formação de recursos humanos, e chegar à temática da residência e às ações temos desenvolvido para garantir essa formação para todos os egressos dos cursos de Medicina. Acho que este é um dos pontos que foi valorizado aqui por todos os participantes: a universalização da residência médica.

(Segue-se exibição de imagens.)

Partimos sempre dos pressupostos que estão colocados para o Sistema Único de Saúde. Acho que um pressuposto fundamental é que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Neste documento fundamental, a Constituição, também está a ordenação da formação de recursos humanos como responsabilidade do Sistema Único de Saúde. Do ponto de vista, por exemplo, da residência médica, é ainda mais claro pensar na ordenação da formação de recursos humanos no momento em que a residência médica, praticamente na sua totalidade, acontece em serviços públicos ou em serviços conveniados ao Sistema Único de Saúde. Ela tem um financiamento público,



uma participação importante, por exemplo, no pagamento de bolsas do Governo Federal. Esse é um dos temas que vou desenvolver também. Portanto, é ainda mais necessário, nesse sentido, pensar a ordenação da formação de recursos humanos conforme as necessidades do SUS e no papel que o Estado brasileiro tem do ponto de vista de regulação da formação.

Algumas propostas foram feitas em relação à medida provisória. Depois, com a relatoria, houve novas propostas, e a medida provisória foi convertida na Lei nº 12.871, que é outro marco fundamental para o debate de hoje, como já foi citado.

A próxima imagem é de um quadro comparativo de regulação da graduação e formação de especialistas. Mostra-se quantos desses países têm propostas regulatórias, têm propostas do ponto de vista do percurso de formação, dos locais de formação, de como deve ser desenvolvida a atuação dos profissionais no sistema de saúde. Vemos que um número importante de países da OCDE, que reúne países principalmente europeus, dos quais muitos têm sistemas públicos, sistemas universais de saúde, como defendemos aqui no Brasil, trabalham com graus diferentes, mas com algum grau de regulação. Quanto à regulação limitada a oferta de graduação, vimos discutindo muito o exemplo da Austrália, o exemplo do Reino Unido. Quanto à regulação da graduação e da formação de especialistas, cito Canadá, França, Espanha. Há então mecanismos regulatórios da graduação e da formação de especialistas. Mesmo os poucos países daquela coluna, nos quais não há regulação de oferta, têm iniciativas indutoras importantes, como é o caso dos Estados Unidos, que recentemente, com a reforma que ficou mais conhecida como Obamacare, deram um importante incentivo à ampliação da formação de médicos de família. Aquele parâmetro de 12%, portanto, tem recebido nos Estados Unidos incentivo bem importante.

Esse foi um debate muito presente em 2013, mas sempre é fundamental que relembremos alguns conceitos para reforçar o ponto aonde chegamos e o porquê das proposições. Por mais que o Estado brasileiro tenha uma base constitucional regulatória no sentido de o SUS ordenar a formação de recursos humanos, ainda era bastante incipiente essa conjuntura de regulação e de mecanismos de regulação. Acho que a Lei do Mais Médicos traz mecanismos bem importantes. E há três evidências fundamentais para o debate, que também foi muito intenso em 2013, sobre a necessidade de mais médicos para o Brasil. Para um primeiro debate, tratou-se de fundamentar o contexto do



mercado de trabalho na medicina: de pleno emprego; de postos de trabalho ofertados, registrados no Ministério do Trabalho, mas não preenchidos. Chegamos, na primeira década dos anos 2000, a ter uma oferta de 54 mil postos de trabalho a mais do que o número de médicos que concluíram seus cursos de graduação nesse período. Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA, demonstrou que, entre as áreas universitárias da saúde, a Medicina tinha a melhor remuneração e a melhor proteção social.

Um debate muito frequente nessa época foi sobre o número de médicos por habitante. O Brasil, em 2013, tinha 1,8 médico para cada mil habitantes. A média da OCDE, dos países que listei anteriormente, era de 3,2 naquele período.

Principalmente para o debate de hoje, eu queria voltar a destacar a expansão dos serviços públicos de saúde. Então, há esse investimento todo do Ministério da Saúde e de Estados e Municípios para expandir os serviços públicos de saúde, expandir a cobertura, o acesso ao sistema público de saúde, mas também há a dificuldade de fazer essa expansão, em decorrência da escassez de profissionais. Não é à toa que, com o Mais Médicos, aumentamos a cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 63% para quase 71% da população brasileira. Então, uma expansão que vinha sendo buscada nos últimos anos, para haver mais acesso da população à atenção básica, não foi conseguida, pela escassez de profissionais. Isso mostra a importância de propostas como as da Lei nº 12.871.

Eu acho que esse é um dos dados mais interessantes para o debate de hoje. Entendemos a residência médica como o padrão-ouro da formação de especialistas. Não é à toa que vem sendo feito um grande investimento público nessa área nos últimos anos. Vou falar sobre isso hoje. Mas nem todo egresso do curso de Medicina tinha a possibilidade de ter acesso direto a uma vaga da residência médica. Notem, por exemplo, esta diferença: 15.800 médicos concluíram o curso de Medicina em 2012, mas foram oferecidas 11.400 vagas de acesso direto, em 2013, para eles começarem a residência em março desse ano.

A proposição da Lei do Mais Médicos de universalização da residência médica é, portanto, fundamental no sentido da garantia de nós termos especialistas formados para as necessidades do sistema de saúde, inclusive de afirmar esse caminho de formação — notem que, pela Lei do Mais Médicos, segue não sendo um caminho obrigatório. Eu vejo



muito nos debates dizerem que a residência passou a ser um caminho obrigatório. Do ponto de vista de exercício profissional, a Lei do Mais Médicos manteve os diferentes caminhos possíveis para a atuação do médico, após a graduação: ele pode ir diretamente atuar no sistema de saúde ou pode optar pela formação de especialista via residência médica ou via Associação Médica Brasileira e sociedades de especialidades correlacionadas. Independentemente dessa possibilidade de exercício profissional mantida pela Lei do Mais Médicos, nós achamos que é fundamental que todos os egressos do curso de graduação de Medicina possam cursar a residência.

Foi feita uma série de ações. Nós seguimos destacando no debate, inclusive com a própria evidência da Organização Mundial da Saúde, que não será uma única estratégia que vai responder à questão de escassez de profissionais. São necessárias estratégias do ponto de vista da regulação, são necessários diferentes incentivos. Então, é sempre importante destacar isso, já que foram várias iniciativas para esse debate, mas é claro que hoje vamos nos concentrar na iniciativa da residência médica.

O Programa Mais Médicos tem três dimensões fundamentais: seja a questão da estrutura, e isso está colocado na Lei, seja a questão do provimento emergencial frente à enorme necessidade que foi apresentada pelos Municípios brasileiros, com o diagnóstico, por exemplo, no ano de 2013, seja a questão da formação para o SUS. Antes de chegar à formação do SUS, quero trazer alguns dados dessas outras duas dimensões que também são importantes no Programa Mais Médicos.

Do ponto de vista da infraestrutura, dobrou, nos últimos anos, o investimento em atenção básica, exatamente pelo entendimento de que o lugar que resolve pelo menos 80% dos problemas de saúde da população, garantindo o acompanhamento dessa população, vinculando um território e uma comunidade, tem que ser prioritário na política pública de saúde. Então, vejam que o investimento na atenção básica foi de 9,7 milhões em 2010 e de 20 bilhões em 2014.

Junto com esse esforço de investimento, houve um esforço fundamental que segue ocorrendo mas que já tem resultados muito claros de estrutura na atenção básica. Há esse investimento para a aprovação de 26 mil propostas dos Municípios de construção, reforma e ampliação de unidades básicas de saúde, das quais quase 12 mil já foram concluídas. São unidades com ambiência mais adequada para a procura dos usuários do



sistema de saúde e com condições mais adequadas para a atuação dos profissionais. Esse investimento no período foi de 6 bilhões de reais.

Notem que esse é o mapa de investimento em estrutura nas unidades básicas de saúde do País. Foram mais de 5 mil Municípios que receberam recursos do Governo Federal para reformar, ampliar ou construir unidades básicas de saúde, de modo que os Municípios em verde nesse mapa receberam recursos do Requalifica UBS. Notem, em azul, que somente pouco mais de 400 Municípios não tiveram propostas aprovadas no programa. Com isso, 71% das 38 mil unidades básicas de saúde que o Ministério da Saúde, com a ajuda das universidades através do PMAQ, avaliou em 2011 e 2012, naquele momento, estavam passando por obras ou em fase de construção. Até o final do ano, 13 mil unidades básicas de saúde vão estar conectadas com banda larga.

Para dar uma noção da questão da dimensão e da estrutura dentro do Programa Mais Médicos, do ponto de vista do provimento, que é emergencial, exatamente usado por uma grande parcela da população que não tinha acesso ao atendimento médico, e se precisava dar uma resposta emergencial a essa questão, chegamos a este quadro: são 18.240 médicos em 4.058 Municípios e 34 distritos indígenas; 73% dos Municípios brasileiros foram beneficiados. Esse é o percentual de presença de médicos do Programa Mais Médicos dentro da atenção básica desses Municípios.

Notem que os vários Municípios coloridos com marrom mais escuro se referem a Municípios onde todos os médicos da atenção básica daquelas localidades são médicos do programa. São exatamente os Municípios que, segundo diagnóstico da Universidade Federal de Minas Gerais, não tinham, antes do Programa Mais Médicos, um médico por 40 horas ao longo de toda uma semana. Foram beneficiados 63 milhões de brasileiros, exatamente porque cada médico compõe uma equipe, e a cobertura média das equipes de atenção básica é de 3.450 pessoas. É claro que, do ponto de vista de consultas/ano, esse número supera a cobertura de médicos nas equipes, mas nós seguimos usando esse dado de 63 milhões de brasileiros.

Esses médicos estão em Municípios, na sua grande maioria, que, como um todo, são de grande vulnerabilidade social. São Municípios de baixo ou muito baixo Índice de Desenvolvimento Humano, são Municípios com mais de 20% da população em situação de extrema pobreza, Municípios com populações quilombolas ou assentamentos rurais, Municípios populosos mas com baixa renda *per capita*.



Portanto, vejam que o perfil dos Municípios com a participação de médicos do programa já é um diferencial bem importante do ponto de vista da residência médica. Podemos tratar das comparações entre a residência médica e as iniciativas de provimento do Mais Médicos, mas, para mim, esse já é um dos dados que aparece como uma diferença clara. Os outros 25% de médicos que não estão em Municípios muito vulneráveis ou estão nas periferias de grandes cidades — apesar de terem Índices de Desenvolvimento Humano melhores, nas periferias há grandes necessidades — ou estão na zona rural. Então, essa é a clara relação entre equidade e o Programa Mais Médicos na área de provimento.

Para começar a dialogar sobre a formação, há um dado muito interessante para refletirmos sobre como o programa tem estimulado a visão dos médicos brasileiros sobre a questão da atuação na atenção básica. Este ano foram abertas 4.139 vagas de provimento do Mais Médicos. Todas as vagas foram preenchidas com profissionais brasileiros. Notem que a procura de médicos com registro no Brasil foi muito importante, bastante acima do número de vagas. Ou seja, há interesse dos médicos brasileiros de viverem a atenção básica e de isso fazer parte de sua formação, mesmo que posteriormente façam outra especialidade, e isso faz deles especialistas com uma visão generalista mais interessante do sistema de saúde.

Notem que um terço dos médicos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica — PROVAB pediram transferência para o Mais Médicos, ou seja, ficaram 1 ano na comunidade, o que é acima da média de permanência dos profissionais, manifestaram interesse e continuaram no projeto Mais Médicos após já estarem na atenção básica. É interessante analisar esse comportamento dos brasileiros e o porquê dele.

A Universidade Federal de Minas Gerais entrevistou 391 médicos participantes do programa. Desse total, 100% disseram que foram bem recebidos pela comunidade; 98% dos médicos participantes do provimento do Mais Médicos disseram que indicavam o programa a um amigo. De 0 a 10, a nota que deram em relação à equipe de saúde foi 9,6. A supervisão do programa é diferente da feita na residência médica, exatamente porque o programa, o provimento, é diferente da residência médica. É feita uma supervisão 1 vez por mês, ou seja, é diferente do conceito de supervisão da residência médica, além da especialização nas universidades públicas que eles estão desenvolvendo. A nota da



supervisão foi 9. E a nota que deram ao projeto do Mais Médicos para o Brasil como um todo foi 9,1.

Sobre os gestores, o que Prefeitos e Secretários de Saúde acham de iniciativas como essa, que aliam o provimento de profissionais à formação desses profissionais, atuando em áreas de escassez? Sessenta e oito por cento dos Secretários de Saúde de 163 Municípios disseram que melhorou muito a qualidade da atenção básica depois de intervenções como essa. E pelo menos melhorou um pouco para 23% dos Secretários de Saúde.

Nós estamos com 2 anos do Mais Médicos. Discute-se se o programa fez diferença para a atenção básica ou não. Se fosse o tema de hoje, poderíamos mencionar vários dados aqui, mas só vou destacar este; os Municípios que receberam profissionais do programa apresentaram uma redução de situações preveníveis ou evitáveis pela atenção básica maior que 4% do que comparado com outros Municípios. Quanto maior a presença de profissionais do programa, menor o número de internações por causas evitáveis na atenção básica, chegando a 9%.

O que estamos querendo debater e as universidades estão querendo analisar é a diferença que há aqui: boa parte dos médicos que estão no provimento do Mais Médicos têm formação prévia ou estão em processo de formação em medicina geral, em medicina de família, em medicina de família e comunidade. Exatamente por isso, entendemos que ações como essas, mas que sejam de médio e longo prazo, vão ter impactos importantes no nosso sistema de saúde. Daí a necessidade das mudanças estabelecidas para formação no Sistema Único de Saúde.

A questão de abertura de novas vagas de graduação é exatamente para termos parâmetros de médias de vagas de graduação por população menores que uma série de outros países. Mais de 4 mil vagas de residência foram criadas e estão à disposição onde estão sendo criadas, nas respectivas especialidades. Todas essas vagas são credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica. Todos os dados foram publicados com transparência para serem avaliados. Saindo desse parâmetro, vamos chegar a 600 mil médicos até 2026. Com isso, teremos o número que o Reino Unido tinha há alguns anos, de 2,7 médicos para cada mil habitantes.

Mas o tema central de hoje é a questão da mudança no acesso à residência médica. Eu queria reforçar a importância para o egresso do curso de medicina, que no



Brasil é de 6 anos — o Vinícius mostrou que em outros países ela pode chegar a ser de 8 anos —, de ter formação na atenção básica, venha ele a ser futuramente um médico geral de família ou vá vivenciar outra especialidade. Nós entendemos importante esse momento depois da graduação. Na graduação, há uma vivência importante na atenção básica, mas ainda não há autonomia prescritora e ainda não há responsabilidade como equipe. Nesse momento, já se tem autonomia prescritora, responsabilidade como equipe e preceptoria de 1 preceptor para cada 3 médicos residentes — estamos sendo mais rigorosos no parâmetro que o Arthur trouxe, do ponto de vista de preceptoria da residência. Esse tipo de formação vai ser fundamental também para o profissional que depois vai para alguma outra especialidade — seguimos precisando de especialistas em diversas áreas; imagino que, com o Cadastro Nacional de Especialistas, agora vamos ter um diagnóstico mais apurado. Precisamos dessa formação geral logo após o término da graduação.

O Vinícius já falou um pouco qual é o caminho. Eu queria trazer dois exemplos de outros países. Primeiro vou falar da preocupação na formação médica no País. Esse é um estudo publicado na *Revista Brasileira de Educação* médica em 2011. O professor perguntou aos estudantes que estavam no último ano do Curso de Medicina o que eles pretendiam seguir, do ponto de vista de atuação, nos próximos anos. Somente 22% disseram que queriam ser generalistas. Há essa importante dificuldade de termos profissionais na atenção básica com esse perfil. Outro dado importante: menos de um quinto dos alunos se sentem aptos ao exercício imediato, na linha da integralidade da medicina, enquanto os demais respondem que são formados para buscar formação complementar — daí a importância das mudanças na graduação e daí a importância de oferecer residência médica a todos os egressos dos Cursos de Medicina.

Isso não é novidade, já foi colocado aqui o exemplo de outros países, eu queria só trazer dois exemplos. Fizemos um seminário com representantes da Austrália, e eles destacaram esse período que eles chamam pré-vocacional, mas já depois da graduação, em que há uma inserção de vivência hospitalar e uma inserção importante de vivência na atenção básica, no caso da Austrália já com registro profissional provisório, diferentemente de outras experiências, depois de 6 anos. O Reino Unido é ainda mais claro nesse caminho. Há a escola médica, que é aquele primeiro traço verde, de 4 a 6 anos. A média de graduação no Reino Unido é de 5 anos. Depois todos vão para o



training. O *training* são 2 anos, 1 ano com exercício provisório e o outro com exercício profissional definitivo, todos os 2 anos na atenção básica. Depois disso, ainda se verifica se o médico vai querer seguir o caminho de formação do GP, generalista, que é de mais 3 anos, ou do especialista, que é o segundo caminho ali, nas demais áreas, que é de 5 a 8 anos, ou atuar no sistema de saúde. Vejam que também há similaridades entre os modelos adotados, exatamente para possibilitarmos o debate. Aí está destacado o *training*, o *foundation training*: 2 anos.

O Vinícius já falou desse modelo, proposto aqui na relatoria da Lei do Mais Médicos. Os senhores estão lembrados de que, na medida provisória, a proposta era a ampliação do tempo de graduação. Acho que foi bem importante esta Casa ter colocado a residência em medicina de família, portanto, a formação generalista, como uma possibilidade para todos os profissionais médicos.

Nesse sentido, para finalizar, eu queria falar rapidamente de duas ações. Estamos aqui para debater propostas. Esse é um ponto muito importante, já que estamos preocupados também com a questão do acesso, para dar resposta às necessidades sociais da população brasileira. Uma ação que estamos desenvolvendo é a do Plano Nacional de Formação de Preceptores para Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, exatamente com a preocupação de essas 12 mil vagas de residência médica terem uma importante composição na sua expansão de 12 mil vagas na área de medicina geral de família e comunidade. Dentro desse plano, estamos trabalhando com a proporção de 1 médico preceptor para cada 3 residentes. Isso reforça a questão do rigor nesse item e também que toda a expansão que tem sido feita nos últimos anos tem seguido os mesmos critérios da Comissão Nacional de Residência Médica, que é a área dentro do Estado brasileiro, sediada no MEC, que tem a finalidade de reconhecer os programas de residência médica. Então, estamos trabalhando com os parâmetros.

O plano busca formar os profissionais que hoje atuam como preceptor e também estimular o médico residente, ao longo do seu processo de formação, a ter um olhar também para a questão da docência. Hoje em dia, muito do perfil dos professores é ter uma prática importante na área clínica, na área cirúrgica, mas nem sempre há a mesma preocupação com a questão pedagógica, e esse é para nós um ponto importante.



De 2012 a 2015 já foram formados cerca de 4 mil preceptores. Acho que isso ajuda a responder alguns dos questionamentos. A meta pode passar das vagas que estamos trabalhando com a Associação Brasileira de Educação Médica, que me parece uma entidade fundamental do ponto de vista desse debate com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e com áreas que têm excelência reconhecida quanto à formação, de modo que até 2018 vamos ter a formação de mais 10 mil preceptores. Uma vez reconhecidos esses profissionais, a proporção pode passar de 1 preceptor para cada 3 residentes.

O próximo eslaide é sobre o Pró-Residência. O incentivo a uma expansão da residência, conforme os critérios da Comissão Nacional de Residência Médica, é datado de 2013, ou seja, é anterior a esse processo. O Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas já vem conseguindo corrigir alguns desequilíbrios, algumas iniquidades regionais em Estados como, por exemplo, Tocantins, Maranhão, Paraíba e Espírito Santo. No Espírito Santo, Estado com comportamento diferente dos demais Estados do Sudeste, foi possível uma expansão de vagas conforme critérios de correção da Comissão, que foram bem importantes.

Nosso último eslaide mostra investimentos do Ministério da Saúde anteriores ao Programa Mais Médicos. Houve custeio de programas de residência médica, de formação de preceptores e também de bolsas de residência médica. Com a expansão nos últimos anos, a nossa previsão, com o edital que está em aberto até o final deste mês, é que até 2016, com financiamento do Ministério da Saúde, seja possibilitado a mais 8.535 médicos o ingresso na residência, seja no acesso direto, seja na área de atuação. Trata-se de outra proposta de política pública para aliar a necessidade de profissionais, o olhar do Sistema Único de Saúde e o que os profissionais estão buscando desenvolver. Nesse sentido, o Pró-Residência tem sido bastante exitoso.

Para um primeiro momento, era isso o que eu gostaria de dizer. Deixo o meu contato, colocando-me à disposição para debatermos propostas.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Muito bem.

Nós vimos que o tema é amplo, por isso ele foi dividido em três eixos. O primeiro foi a graduação, que fez parte da discussão anterior. Hoje discutimos a pós-graduação, mas



não dá para desconectá-la de quanto se está formando e da perspectiva de sustentabilidade dentro do SUS.

São 11h55min. Vou tentar levar os trabalhos até em torno de 12h40min, para então fazermos as conclusões finais. Temos, então, de 45 minutos até lá. Como seis Parlamentares pediram para fazer uso da palavra, vou dividir os 50 minutos por 6, o que dá cerca de 4 minutos para cada um. Em seguida, ouviremos as respostas dos convidados.

Peço que tentem se manter no prazo de 4 minutos — não extrapolem os 5 minutos.

Tem a palavra o Deputado Odorico Monteiro.

O SR. ODORICO MONTEIRO (PSB - CE) - Bom dia, Sras. e Srs. Deputados, quero saudar o Felipe, o Arthur, o Vital e o Vinícius, e também ao Deputado Mandetta por esta audiência e pela condução dos trabalhos da Comissão.

Eu me sinto em casa neste debate, Arthur. Fiz parte da Associação Nacional de Médicos Residentes. Aliás, nesta Mesa há dois fundadores da ABEM — Associação Brasileira de Educação Médica. Fui Presidente da ABEM de Fortaleza, fundada em 1986, e o Vinícius e o Felipe também foram da ABEM.

Esse é um tema que sempre nos persegue no debate do currículo da residência, pois saíamos do movimento estudantil e entrávamos no movimento da residência. Então, para nós esse é um tema extremamente importante. Acho que parte das questões que o Arthur levantou o Felipe respondeu, mas eu quero fazer duas considerações.

Primeiro, acho importante entender que nos sistemas universais de saúde é papel do Estado a articulação entre o mundo do itinerário formativo e o mundo do trabalho. Esse é inclusive um dever de casa que o Estado brasileiro não fez ainda, está começando a fazer agora. É o vazio de regulamento que nós temos a partir do inciso III do art. 200 da Constituição brasileira, que delega ao Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação dos recursos humanos na área de saúde. Eu acho que esta Comissão tem o papel de tentar fazer esse debate da articulação do itinerário formativo. No nosso caso, o itinerário formativo na medicina inclui todo o processo da graduação, mais a pós-graduação *lato sensu*, que é a residência. O Estado tem que regulamentar isso.

Como o Vital disse muito bem, na ausência disso, quem vai regular é a mão invisível do mercado. E, no caso brasileiro, a mão invisível do mercado regular a residência médica é privatizar o Estado, porque, na ausência da regulamentação pelo Estado, quem



vai regulamentar são as corporações, que passam a fazê-lo muito mais em função do seu foco e da sua necessidade do que da necessidade de saúde da população. É isso o que está em todos os processos do SUS e na própria Lei 8.080/1990. Então, como regulamentamos a questão da formação?

Arthur, eu fui da primeira turma que teve mudança de currículo e fui vítima das reduções de vagas da faculdade de medicina na década de 80. A turma anterior à minha era de 100 alunos, a minha foram de 70 alunos, e, por serem 70 alunos, houve currículo novo. Todo semestre queríamos saber como ia ser a disciplina de Fisiologia, como ia ser a Farmacologia Clínica, a Farmacologia Básica, porque nunca existiu....

Eu fui professor de um curso que, desde a primeira à última aula, da primeira turma, em dei a primeira aula, dei a aula da saudade da primeira turma, e todo ano a turma me perguntava: "*Professor, como vai ser o internado?*".

Eu pergunto ao Arthur em que área ele faz residência.

O SR. ARTHUR HIRSCHFELD DANILA - Em psiquiatria.

O SR. ODORICO MONTEIRO (PSB - CE) - Eu posso lhe dizer que, com certeza, você é muito melhor do que os seus professores. Com certeza, os meus alunos são muito melhores do que eu. A medicina é hoje de uma qualidade superior à anterior. As novas gerações estão aprendendo e, apesar de todos os problemas que você apresentou aqui, vocês sendo bem formados também. Nós temos problema de estrutura? Temos. Nós temos investimentos sendo feitos? Temos. Mas não podemos ter medo de um anseio nosso: a universalização da residência médica. Isso foi uma demanda do movimento estudantil, isso é uma demanda do movimento médico. Nós não podemos ter medo. Não há contradição entre as reivindicações que vocês estão fazendo aqui e a ampliação da residência. Nós temos que, sim, monitorar a formação de 10 mil preceptores, o que não é ser contra a universalização da residência, nem ser contra a porta de entrada. Nós estamos em boas companhias, estamos na companhia do Reino Unido e da Austrália. Podem ter certeza, nesse campo, nós estamos indo bem. Esses são sistemas semelhantes ao nosso do ponto de vista de valor. Por que valor? Porque são sistemas universais de saúde que necessitam desse ordenamento.

Meus parabéns à Mesa e ao Ministério da Saúde, pelos indicadores apresentados após 2 anos do Programa Mais Médicos. É importante que a Comissão de Seguridade Social acompanhe a evolução. Mais importante ainda é este debate ser realizado, para



que o Ministério preste contas e para que nós entendamos que todas essas questões levantadas pelo movimento médico estão sendo respondidas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, a fim de que tenhamos qualidade na universalização da residência em 2018.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Muito bem, o Deputado Odorico não cumpriu o tempo pactuado, mas agradeço a S.Exa. pela qualidade da sua fala.

Eu vou passar a palavra ao Deputado Antônio Jácome. Eu fui desatento: o Relator-Geral é o Deputado Alexandre Serfiotis, mas, nesta área, o Relator Setorial é o Deputado Jácome, que tem a prerrogativa de tecer considerações e apresentar questões.

O SR. ANTÔNIO JÁCOME (Bloco/PODE - RN) - Quero cumprimentar o Deputado Mandetta, a quem parabeno por esta audiência tão oportuna e enriquecedora para mim, que preciso elaborar um relatório sobre a pós-graduação. Nós temos múltiplas atribuições neste Parlamento, mas sou testemunha da dedicação do Deputado Mandetta ao tema da carreira médica.

Quero cumprimentar os convidados que compõem a Mesa e registrar que nós temos recebido apoio das entidades, principalmente do Conselho Federal de Medicina.

Com relação ao Mais Médicos, entendo que o programa avançou, que trouxe benefícios, que apresentou resultados. Agora, convenhamos, não chega a ser um programa genial, perfeito, completo, como às vezes o Governo ou o próprio Ministério tenta passar para a opinião pública. Há muita coisa no programa que precisa ser corrigida e aperfeiçoada.

Com relação à residência que o Governo está propondo, eu acho uma ideia louvável, mas que precisa de vários ajustes. A lei precisa ser melhor debatida, algumas controvérsias precisam ser equacionadas, como, por exemplo, a questão da obrigatoriedade. O próprio Deputado Mandetta mesmo tem argumentado, muitas vezes, que algumas especialidades têm pouco a ver com esse tipo de residência. Como questionou o Dr. Arthur, ela vai ser obrigatória mesmo para o médico que quer ser neurocirurgião? Claro que uma formação generalista é sempre importante para todas as especialidades, mas temos que pensar também no tempo de graduação: 15 anos de formação, do início da graduação até o fim da pós-graduação, é já praticamente metade da vida laboral, da carreira de um médico. Será que não é muito tempo?



Enfim, acho que a questão da obrigatoriedade precisa ser melhor resolvida.

Outro problema é a compatibilização de salário. A bolsa de um residente é de 2 mil reais, a do PROVAB é de 10 mil reais, a do Mais Médicos também. Como vamos compatibilizar uma discrepância tão grande entre um médico que tem que se submeter a uma residência obrigatória, a contragosto, ganhando 2 mil reais, e um médico do PROVAB, talvez trabalhando com aquele na mesma unidade, no mesmo bairro, na mesma rua, que ganha cinco vezes mais?

Outra questão: será que não está na hora de pensar, sem fazer muita distinção, nos egressos das faculdades privadas e nos egressos das universidades públicas? Eu, por exemplo, se não fosse a universidade pública, jamais teria condições de cursar medicina, e entendo que quem teve a oportunidade de frequentar uma universidade pública, como eu e tantos, deveria dar um retorno, algo como 1 ano na comunidade, até para justificar que, durante 6 anos, foi mantido com recursos públicos.

O REVALIDA, sem querer misturar muitas coisas, entra nessa história também. Existe um projeto de chegarmos a 600 mil médicos em 2026. Fala-se — peço ao Vinícius ou o próprio Felipe que me confirme — em cerca de 20 mil médicos brasileiros formados no exterior...

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Não, são 26 mil entre formandos, estudantes, e formados na Bolívia — 26 mil.

O SR. ANTÔNIO JÁCOME (Bloco/PODE - RN) - Só na Bolívia?

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Só na Bolívia.

O SR. ANTÔNIO JÁCOME (Bloco/PODE - RN) - Pois bem, então o número é ainda maior do que os 20 mil. Esses médicos estão com a carteira do conselho regional desses países, estão aqui lutando desesperadamente para conseguir entrar no Mais Médicos — não conseguem entrar —, tentam revalidar o diploma. O índice de aprovação nessa prova hoje é em torno de 15%. Existem universidades públicas com convênio com particulares; hoje o médico consegue fazer sua complementação gastando 60 mil reais no ano. Assim está conseguindo. Quem não pode pagar tem que esperar o REVALIDA.

Então, não está na hora, também, de voltarmos a atenção para esses médicos? Não acho que seus diplomas devam ser revalidados graciosamente, afinal, a qualidade tem que ser preservada. Medicina é coisa muito séria, lida diretamente com a vida. Não podemos, claro, abrir mão da boa qualidade, da boa formação acadêmica. Mas me



parece que o Governo não está tendo tanta generosidade ou um olhar mais complacente para com esses brasileiros que estão sendo formados lá fora, enquanto os cubanos vêm com tanta facilidade, sem precisar passar pelos conselhos regionais, etc.

Por fim, gostaria de perguntar objetivamente ao Dr. Vital — ele disse que a lei é híbrida e eu concordo — se o CFM tem uma proposta formatada para debatermos nesta Comissão e mudarmos essa lei, emendando ou apresentando nova proposição legislativa. De que forma o Conselho Federal de Medicina está se posicionando com relação à lei mencionada pelo Deputado?

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Obrigado, Deputado Jácome.

Agora eu volto à sequência, concedo a palavra ao Deputado Adelmo Carneiro Leão, pedindo novamente, pois já extrapolamos bem o tempo, atenção para o prazo de 3 ou 4 minutos.

O SR. ADELMO CARNEIRO LEÃO (PT - MG) - Eu quero cumprimentar o Deputado Mandetta, que preside esta audiência pública, e os convidados, Dr. Vinícius, Carlos Vital, Arthur e Felipe.

Quero fazer aqui as seguintes considerações, primeiro acerca da residência médica e das ações de Governo. Eu espero que caminhemos para o aprimoramento e os avanços, e nada melhor do que o espaço dialógico permanente, em que todos nós aprendemos. Temos que cuidar para que os preconceitos que eventualmente carreguemos — e carregamos preconceitos, pela própria estrutura, formação, pelo sistema no qual nós vivemos — não sejam barreira para aprendermos uns com os outros.

O que eu posso perceber aqui é que, na fala de cada um, existem elementos muito positivos e que, no processo do diálogo, do debate, podemos aproveitá-los no sentido de aprimorar as ações de Estado para que tenhamos realmente um sistema de saúde e, nele, médicos capazes de atender e fazer valer a saúde como direito fundamental da pessoa humana, fazer valer o princípio constitucional do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto nós temos muito o que aprender. Todos nós, Ministérios, Governo, Conselho Nacional de Educação, residência médica, professores, universidades, todos temos que tirar daqui bons aprendizados.

Entendo que, diante da evidência de que na realidade temos um processo de mercantilização ainda muito forte no setor de saúde, que é do próprio sistema que nós



vivemos, é preciso combatê-lo de maneira vigorosa. Então, o desafio que está colocado para nós todos é no sentido de que a atividade mercantil não prevaleça sobre os fundamentos da ética e da moralidade, aqui postos pelo Dr. Carlos Vital.

Eu queria fazer uma pergunta ao Dr. Vital para nos ajudar a refletir sobre uma realidade dos nossos serviços médicos: tem sentido, por exemplo, do ponto de vista ético e moral, o conselho, ou a medicina, ou as nossas universidades aceitarem como regra, como ato médico natural, normal, as cesarianas no País? Sabemos, por todos os dados já fornecidos, que as cesarianas, quando não indicadas adequadamente... Quando indicadas, elas são condição vital para a mãe e para a criança. Mas, quando não indicadas, pergunto que sentido tem admiti-las ainda como uma prática médica, já que nós estamos discutindo a questão da formação médica dentro desse contexto do olhar para a saúde e do compromisso com a saúde e com a vida das pessoas.

Arthur, eu queria dialogar com você. Não há dúvida, se nós tivermos um País capaz de melhor atender do ponto de vista de salários, de atenção, de direitos a todos, em todos os níveis, será muito bom. Nós vivemos uma situação de profunda distorção nas relações salariais, em todos os sentidos, mas devemos tratar o residente como se fosse médico do PROVAB ou do Mais Médicos? É a mesma coisa? O residente não está ainda em seu período de formação? E, estando ele em período de formação, não mais vale a formação do que eventualmente o salário? Eu repito: se nós tivermos condições, vale a pena melhorarmos o salário? Mais vale dar ao residente direitos que são dos trabalhadores do que sua formação médica, embora garantir e expandir direitos sejam condições importantes do ponto de vista das conquistas sociais e necessárias?

E, ainda, a pergunta que não quer calar, sobre a situação do chamado direito de escolha: dentro da proposta do Governo, alguém está sendo constrangido a fazer residência médica para a qual não é convidado ou pela qual não fez opção? Parece-me que não há essa diretriz. O que há, na realidade, é abertura para que haja diferentes possibilidades de escolha, para que a partir delas as pessoas sejam formadas e, uma vez formadas, possam cumprir... Aí, sim, vem o papel do Estado. Se eu, como indivíduo, tenho direito de fazer a escolha, o Estado tem o dever de estabelecer os espaços necessários para que possa formar as pessoas para atender às necessidades sociais. Então não há, na realidade, um conflito entre a liberdade pessoal e os deveres de Estado. O Estado tem um papel, tem uma diretriz, tem o dever de criar condições e formar as



peçoas para atender a todas as demandas necessárias. Quem quiser optar, de modo diferente, por pagar por isso, tudo bem.

Dentro desse conceito, temos também as escolas públicas — o que é público é para servir o bem comum e a comunidade —, e não há que se dizer que há um cerceamento, há um impedimento, há um constrangimento de liberdade no sentido de cada um fazer a sua escolha. Se alguma escolha for feita para atender a demandas e interesses pessoais, não há nisso constrangimento, mas isso não pode ser uma garantia de Estado diante de suas responsabilidades sociais.

Então, não vejo conflito nessa situação. Os eventuais conflitos nós temos que superar nessa construção dialógica e num projeto de Estado, preservando os direitos individuais, que me parecem sagrados também.

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Obrigado, Deputado Adelmo Carneiro Leão.

Passo a palavra ao Deputado Raimundo Gomes de Matos.

O SR. RAIMUNDO GOMES DE MATOS (PSDB - CE) - Meus parabéns a todos os palestrantes.

Sr. Presidente Jácome, o Deputado Mandetta, lado a lado com V.Exa., também por designação desta Comissão e do Presidente Antonio Brito, está nos dando esta missão de elucidarmos, de damos clareza a todas as atividades dos profissionais de saúde. É claro que não seria nem necessário estarmos aqui, se não estivesse faltando sintonia interna do Governo e sintonia com as entidades. O Governo, antes de editar decretos, antes de editar leis, poderia ouvir as categorias. Essa é a nossa questão na área da saúde.

Vários outros decretos, várias outras leis estão exigindo do Parlamento um posicionamento. Há poucos dias, a Presidente Dilma assinou um documento em relação aos militares: nenhum militar poderia ser transferido se não fosse pelo Ministro da Justiça. Até um capelão teria que ser designado pelo Ministro da Justiça. Agora estamos aqui com o embate das loterias, com um decreto suspendendo-as. Essas leis são publicadas, com exigências, faltando diálogo.

É claro que o Parlamento vai ter a missão de elucidar e dar clareza, para levar tranquilidade a toda essa categoria que contribui diuturnamente para o bem-estar social, para a saúde da nossa população. O grande questionamento é até que ponto esta Casa e



o Senado Federal vão ter amplitude para normatizar, de uma vez por todas, a questão salarial, a questão orçamentária, para garantirmos a saúde, em termos constitucionais, que é dever do Estado e automaticamente direito da população.

Esses profissionais não podem ter instabilidades nas suas relações trabalhistas. Por que o juiz e outras categorias têm toda uma estrutura bancada pelo Governo, e a saúde não? É claro que há toda a história do financiamento, mas financiamento é prioridade. Todos os dias eu vejo lá em casa propagandas do Programa do Mais Médicos. Para que essa publicidade toda? Quantos milhões são gastos? Que empresas estão ganhando dinheiro enquanto o reajuste de procedimento não se processa? Não existe dinheiro para reajustar procedimentos, mas todos os dias nós cearenses vemos publicidade, no rádio e na televisão, do Mais Médicos. Ora, isso também é Custo Brasil!

Nós estamos numa situação difícilíssima. E dizem que não há dinheiro, que é preciso criar mais impostos. A questão não é a criação de mais impostos, mas o tamanho do Brasil, o gigantismo do Brasil, com não sei quantas estatais, 40 estatais, com várias autarquias levando o dinheiro do povo brasileiro. Mas, para uma atividade essencial, que é a saúde, há essa dificuldade.

O mais grave é que, neste momento em que há um centro de excelência, com as especialidades, com toda uma formatação de redes de atenção à saúde, nós nordestinos sempre levamos uma desvantagem por causa das universidades e das estruturas laboratoriais em relação ao demais centros — nós nordestinos levamos certa desvantagem. Então, na hora de aprimorarmos o pacto federativo, precisamos ver todas as distorções que existem em termos regionais no nosso País, que a cada dia se agravam.

Creio que o Deputado Mandetta, nosso Relator, e esta Comissão vão ter essa missão de, em curto prazo, pode-se dizer assim, aprimorar todas as relações para que, com os subsídios que V.Sas. nos deram, possamos fortalecer todas as ações. Essa era a minha observação.

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Agradeço ao Deputado Raimundo Gomes de Matos.

Passo a palavra à Deputada Carmen Zanotto.

A SRA. CARMEN ZANOTTO (PPS - SC) - Obrigada, Deputado Antônio Jácome, que preside esta audiência pública.



Eu quero saudar todos os expositores, mas vou me ater um pouquinho mais à apresentação do Felipe, que eu consegui acompanhar, assim como a do Dr. Carlos Vital. Eu gostaria de saber se não existem dados mais atualizados. Consegui anotar os dados de egressos de 2008 a 2012 e os dados de residentes de 2008 a 2012. O que me chama atenção é que, com os dados de cada uma das turmas, tanto de egressos quanto de residentes, o número de egressos quase dobrou com relação ao número de residentes médicos. Na minha leitura, a residência não está acompanhando o número de egressos do curso de Medicina, o que é uma preocupação quando vemos o Governo falando do Mais Especialidades.

Esse conjunto de 11.468 vagas de residência médicas está realmente distribuído? Como estão as vagas daquelas especialidades que, na gestão, percebemos o maior gargalo? Refiro-me à cardiologia, à ortopedia e, em especial, à anesthesiologia, que não existe hoje. A grande justificativa, em algumas unidades hospitalares, é que há a residência de clínica médica e de clínica cirúrgica — falo isso com base na minha cidade — e que não há a residência de anesthesiologia. Ela está para ser aprovada pelo Ministério, mas ainda não foi. Então, em algumas regiões, há, sim. Nesse total de 11.468 vagas, há mesmo aquelas vagas que representam a grande demanda de acesso pelo sistema público de saúde, em especial dos médicos especialistas?

Para mim, essa questão tem dois vieses: um é a formação dos médicos residentes; o outro é a remuneração. Olhe que quem está falando é uma enfermeira que foi gestora. Eu não sou médica. Então, estou falando sem o olhar remuneratório do profissional trabalhador médico. Qual é a grande dificuldade dos gestores hoje? Contratar os médicos especialistas pelos valores que recebem por consulta ou dentro do conjunto dos tetos financeiros dos Municípios e dos Estados. Portanto, continuo insistindo em que precisamos melhorar o subfinanciamento ou buscar uma saída para o financiamento, mas também defendo que precisamos revisar a tabela do Sistema Único de Saúde, pelo menos para um conjunto de procedimentos, para atrairmos de volta o médico especialista, em particular, porque é quem não conseguimos contratar, na grande maioria dos Municípios, pelos valores que os Municípios repassam. Os próprios consórcios de saúde estão repassando baseados naquilo que eles recebem pela produção, porque, quando fazemos uma contratualização, não adianta negarmos um fato claro: ela é baseada, sim,



na série histórica de uma produção, e há o valor mínimo do repasse. Então, a minha preocupação está nesta lógica do número de médicos residentes sendo formados.

As especialidades, segundo os dados apresentados, não estão equilibradas, na minha leitura. Com relação à remuneração, se formos olhar e fazer um paralelo, é o que o médico cubano ganha no Brasil hoje. Até o nosso médico residente ganha um pouquinho mais, só que a carga dele é de 60 horas. Mas, líquido, o que o médico de Cuba ganha no Brasil são 2 mil reais, depois de uma grande luta. Não vamos discutir a questão do Governo deles, mas é o que eles recebem. E eu entendo que o médico residente tem ajudado muito, sim, na grande maioria dos hospitais, porque ele faz com que tenhamos um médico para nos assistir nas nossas intercorrências dentro da unidade hospitalar — são eles que nos socorrem. Quando eu digo isso, é a enfermagem, porque, no momento em que há alguma intercorrência, ela chama o médico: *"Doutor, por favor, socorra o paciente aqui no andar, porque precisamos da sua ajuda"*.

Eu vejo que, além de darmos a eles um espaço de formação e conhecimento, eles nos dão, de retorno, a questão do auxílio na assistência dentro da unidade hospitalar. Eu acho que é uma via de duas mãos a instituição hospitalar que acolhe o residente, e o residente que está ali sendo acolhido. Assim, nós construímos o SUS, quando o residente tem esse olhar.

Eu queria ouvir um pouquinho mais o Felipe em relação a essa questão da formação dos médicos especialistas no País, para fazer frente às demandas do Sistema Único de Saúde.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Obrigado, Deputada Carmen.

Passarei a palavra à Deputada Conceição Sampaio.

Convido o Presidente Mandetta a reassumir a Presidência.

O SR. MANDETTA (DEM - MS) - É que vou fazer perguntas no final. Então, como só faltam dois oradores, faço as perguntas daqui, Deputado Jácome.

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - O.k.

Tem a palavra a Deputada Conceição Sampaio.

A SRA. CONCEIÇÃO SAMPAIO (Bloco/PSDB - AM) - Sr. Presidente, Deputado Antônio Jácome; querido amigo Deputado Mandetta; queridos colegas Parlamentares;



Deputada Carmen; nossos convidados que nos honram com a presença; plenária; primeiro, quero destacar a importância que tem, dentro da Comissão de Seguridade Social, a Subcomissão Especial da Carreira Médica, que trata desse tema tão importante para que todas as cidades e Estados brasileiros possam se sentir contemplados com esses profissionais, mas lá no local de origem.

Eu fiz questão, e conversei muito isso com o Deputado Mandetta, de participar desta pauta de discussão, que muito nos interessa, a cada um que está representando aqui um Estado desta Federação.

Venho do Estado do Amazonas. No meu Estado — eu ainda era Deputada Estadual —, tivemos a chance de aprovar na Assembleia a carreira médica para o Amazonas. Ela ainda não está implementada, mas, pelo menos, a lei foi aprovada. Mas lei boa é lei cumprida, então, queremos que ela saia do papel. Da mesma forma, nós vamos lutar, estamos lutando para que esta Casa dê uma resposta à sociedade e aprove a carreira médica, no mês de outubro, se Deus quiser. Nosso Presidente, Deputado Mandetta, e todos nós que compomos esta Comissão de Seguridade Social estamos lutando para que se realize esta perspectiva bem próxima.

Tenho vários questionamentos. Nós estamos falando sobre a carreira médica e, dentro dessa construção, residência médica é muito importante, o curso que é oferecido e a residência que é oferecida.

No meu Estado, por exemplo, geograficamente, há uma situação diferenciada. Por isso, quando nós tratamos desse assunto, não podemos deixar de trazer à discussão a diferença regional de cada lugar, porque este País é muito complexo, e precisamos analisar cada item.

Uma discussão que nós estamos fazendo dentro da Subcomissão, não é, Deputado Mandetta, é justamente sobre as vagas ofertadas para o programa de residência. Nós não podemos deixar de lembrar que o nosso País está envelhecendo. Lá no meu Estado, por exemplo, não há geriatria ou, se há, é um número muito reduzido.

O Deputado Adelmo dizia: "*O profissional precisa ter a liberdade de escolha*". Não é isso, Deputado Adelmo? Eu também entendo assim. Acho que isso é importante. Mas nós não podemos deixar de lembrar também do que a sociedade está necessitando. Daqui mais um pouco, em 2025 — esses números foram trazidos na reunião, Deputado Mandetta —, o número de pessoas acima de 60 anos será muito maior do que o número



de pessoas abaixo de 20 anos. Essa é a realidade que nós vivemos. Se nós estamos envelhecendo, para envelhecermos com qualidade de vida, precisamos também da presença do geriatra nas unidades de saúde.

Então, a bolsa de residência também não pode se distanciar da realidade da sociedade brasileira, que nós aqui servimos.

Lembramos a importância dessa temática. Hoje, certamente, a saúde pública é um dos grandes gargalos que nós enfrentamos. Reconhecemos os avanços, porque, em Estados como o meu, na Região Norte, a presença de um médico, seja de onde ele for, é importante. Agora, é claro, nós vamos lutar para que seja assegurada a formação dos nossos médicos no nosso País. Acho que essa realidade nós não podemos deixar de trazer nessa discussão. Os próximos 4 anos são decisivos. A Deputada Carmen dizia isso com relação ao Programa Mais Médicos, que tem a sua importância, sim, mas também tem seus problemas, que precisam ser corrigidos.

Como é que fica a questão dessa residência nos próximos 4 anos, na opinião dos senhores, que estão trabalhando nisso no dia a dia e têm uma percepção clara do que acontece hoje? Em que nós precisamos avançar?

Eu acho que nós não podemos deixar de trazer à discussão essa demanda e essa oferta.

Obrigada, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Obrigado, Deputada Conceição.

Passo a palavra à Deputada Rosângela Curado.

A SRA. ROSÂNGELA CURADO (PDT - MA) - Bom dia a todos.

Eu quero cumprimentar todos os palestrantes e também os nobres Deputados, o Deputado Antônio, o Deputado Mandetta.

Quero deixar um abraço especial para o Deputado Odorico, que já esteve várias vezes na minha terra, em Imperatriz, no Maranhão, como palestrante.

Quero focar algo que o Arthur colocou aqui e que acho de extrema importância, Vinícius: o perfil dessas unidades formadoras de profissionais. O MEC precisa ter um olhar diferenciado sobre qual aspecto, qual perspectiva essas universidades formadoras estão sendo colocadas.



Eu digo isso porque, na minha cidade, em Imperatriz, no Maranhão, hoje há um curso de Medicina. O Maranhão é o Estado que tem a menor quantidade de médicos para cada mil habitantes. Sabemos da importância da existência de uma universidade formadora ali, considerando os princípios norteadores do SUS, que é a equidade, para tratar desiguais como desiguais. Aí vem também a questão da formação, mas precisamos ver, Arthur, de que maneira está sendo estruturada a formação desse profissional.

Você colocou muito bem as dificuldades que muitas vezes há no próprio Município, quando se começa a fazer os atendimentos, quando se vai para o posto de saúde, para as unidades, e falta tudo. Faltam luvas, faltam condições até mesmo para o profissional fazer um estágio supervisionado.

Uma das coisas com que me preocupo muito é realmente a questão dos preceptores. Pergunto ao Felipe qual é o comprometimento do Governo Federal com essa política de financiamento para acompanhamento desses médicos residentes. Nós precisamos entender que a formação desses médicos residentes também tem que ter o acompanhamento dos preceptores. E, para isso, como bem colocou o Carlos, precisamos ter uma política de financiamento. Qual é a política de financiamento que há para se fazer realmente essa residência?

O Maranhão é o Estado em que faltam médicos residentes intensivistas, anestesistas. Isso não é diferente em outros Estados do Nordeste, onde sabemos também da dificuldade de esses profissionais terem essa formação.

O Estado do Maranhão hoje tem o menor PIB *per capita* do Brasil, assim como o Piauí, seu vizinho. Enfrentamos todas as dificuldades visíveis e aparentes. Estamos trabalhando ainda, Deputado Odorico, com uma PPI de 2004, em 2015, sem o financiamento devido.

Então, eu queria focar isso. Temos visto o Ministério enfrentando uma série de dificuldades. Inclusive, o serviço de oncologia, na cidade de Imperatriz do Maranhão, há 5 anos tenta fazer o credenciamento junto ao Ministério da Saúde, e não consegue. Os residentes de lá são jovens de Imperatriz que fizeram sua formação no INCA, no Rio. Agora voltaram, têm a clínica, mas nunca conseguimos fazer o credenciamento desse serviço de oncologia. O Estado do Maranhão tem uma grande deficiência nos serviços de oncologia. Faltam, em média, cinco a seis serviços, para contemplar toda a população no atendimento de quimioterapia e radioterapia.



Preocupo-me muito com a formação desse residente, porque hoje um jovem advogado, Vinícius, que se forma e vai fazer um estágio no Judiciário, na Promotoria, por exemplo, recebe 4 mil reais por mês. E o médico residente, que está ali na luta, no dia a dia, enfrentando as dificuldades muitas vezes sem a presença do preceptor, tendo que se virar nos 30, tem uma bolsa no valor que tem.

Portanto, queria deixar esta pergunta para o Felipe: qual é realmente o comprometimento do Governo para que se estabeleçam critérios financeiros — financiamento — a fim de que essa política possa ser efetivada e tenhamos profissionais que correspondam, com sua formação, lá na ponta, ao usuário do Sistema Único de Saúde?

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Obrigado, Deputada Rosângela.

Passo a palavra ao Presidente Mandetta.

O SR. MANDETTA (DEM - MS) - Reforço o agradecimento a todos.

Eu vou procurar ser bem objetivo nas minhas perguntas.

Vimos trabalhando, nos últimos 6 meses, com estes temas: graduação, pós-graduação e mercado. E encontramos a seguinte situação: houve uma abertura muito grande e rápida de cursos. O que preocupa todos na Comissão? Com que qualidade vai terminar esse desafio conduzido pelo Governo? Nós já temos um capítulo chamado qualidade, e todos querem ter mais profissionais.

Segundo, quanto à famosa discussão, de 2012 e 2013, sobre os números absolutos, temos 1,8 médicos por grupo de 1.000. No último anuário de Demografia Médica vimos que o número de médicos está extremamente concentrado nas capitais. Vitória, no Espírito Santo, tem 11,6 por 1.000. É a capital com maior concentração de médicos no Brasil. Temos capitais com dez, com nove, com oito, com sete médicos, parece-me que em Curitiba são nove, e assim por diante. Numa formação nessa escala, sem nenhuma proposta de distribuição, vamos hipertrofiar a concentração se não tivermos uma proposta para essa classe de trabalho.

Outro ponto: vamos analisar aquele número que você apresentou, Felipe, que mostra que, em 2026, nós vamos ter 600 mil médicos. E vemos que não se fecham cursos. O tempo médio de trabalho de um médico é em torno de 43 anos. Se nós vamos formar a razão de 300 mil médicos por década, que é o número a que chegamos nas



avaliações aqui, vamos ter ao término de 40 anos 1 milhão e 200 mil médicos trabalhando. Hoje esse é o número aproximado de técnicos de enfermagem. E você tem todos os outros recursos humanos da saúde para poder fazer a correlação. Você tem uma relação médico/técnico de enfermagem, médico/enfermeiro, médico/laboratório, médico/bioquímico, médico/fisioterapeuta. Portanto, essa análise é muito maior.

Setenta por cento dos indivíduos que se formam, ao término do sexto ano, são oriundos das faculdades privadas. Nós vamos para uma relação em torno de 70% formados na rede privada e 30% na rede pública. Partindo-se de um valor de mensalidade de 6 mil para o curso médio — e existem particulares autorizadas para 11 mil, para 12 mil —, aplicando as regras do FIES de hoje, com a taxa de juro de hoje, iniciando o pagamento 2 anos após a formatura, porque eles têm que começar a pagar, o médico vai ter uma dívida a pagar em 18 anos de 1 milhão e 300 mil reais. Dividindo-se essa dívida pelo valor da consulta do SUS, ele terá que dar algo em torno de 130 mil consultas no SUS para poder pagar a dívida. Se ele tiver que pagar a mensalidade após 2 anos e se for estabelecida a obrigatoriedade de ele ficar por 2 anos no Saúde da Família e depois fazer a residência... A bolsa da residência é de 2 mil e o valor da mensalidade do FIES é de quase 5 mil.

Nós temos aqui um problema grave quando criticamos a mercantilização, porque jogamos com a força de mercado. Estamos dizendo a eles: "*Endividem-se!*" Vamos fazer uma geração de médicos endividados — muito endividados! E, depois, dizer a eles: "*Nós só temos isso para lhes dar*". Qual é a consequência disso? Em que isso vai culminar? Em práticas não convencionais, nas clínicas de periferia. Temos um termo, "trambiclínica", muito feio, que era para clínicas de aborto, clínicas ilegais, de estética, área que não tem cobertura de plano de saúde, não tem cobertura pública e tem uma procura grande por esse tipo de *performance*. Esse é o problema que estamos plantando.

Aqui sempre faço questão de dizer às pessoas que não estou falando de governos — os governos mudam. Daqui a 40 anos quem será governo? Sei lá! O que nós, Estado, vamos colocar como princípios nessa história? Vamos ter alguns princípios, marcos legais, é a essa função que estamos tentando chegar aqui. Se não houver carreira pública de qualidade, esse esforço todo vai por água abaixo. Colocar meninos recém-formados e dizer-lhes: "*Você é obrigado a atender por 1 ano. Tome aqui o seu número do CRM. Você pode carimbar o pedido de exame*", é uma aventura completamente inconsequente.



Não temos leis sobre preceptoria. Não temos lei sobre tutoria. Há a necessidade de definir em lei o que hoje está sendo trabalhado como políticas de governo.

A Comissão Nacional de Residência Médica é uma instância que também tem o seu funcionamento com câmaras recursais, algo completamente assimétrico. Há a necessidade de se prever em lei essa composição, esse fórum? É outra pergunta que faço.

Estamos concluindo este trabalho. Hoje é a última audiência pública, teremos 10 dias agora para ouvir as sugestões de projetos de lei, as sugestões de recomendações aos órgãos governamentais e às autarquias — o Conselho é uma autarquia e as associações que colaboram. Neste momento peço àqueles que estão no Governo que remetam quais são as suas impressões e as suas necessidades de leis ou de aprovações de medidas nesta Casa.

A carreira de Estado para atenção básica do médico já tramitou na Comissão Especial e está pronta para ir a Plenário. Vocês são a favor ou contra? Isso para que possamos começar um debate e colocar a matéria em votação, a fim de evitar que, no momento da votação, os governos digam: *"Não! Nós somos contra"*. E tenho feito essa pergunta reiteradas vezes. Não quero ir para votação sem o Governo dizer se é a favor ou contra, de uma maneira bem aberta, um jogo bem aberto. Se for contra, por quê? Se for a favor, a Casa está com muita vontade política de avançar nesse quesito.

Se vamos formar essa quantidade de gente, qual é a proposta de trabalho estável que daremos? Os demais comentários sobre o Programa Mais Médicos, sobre as pessoas que estão indo para o PROVAB, porque adoram atenção básica, têm vontade da atenção básica... Ela vai porque tem 10% de nota para ir. Aquilo é um purgatório! Ela vai, porque diz: *"Se eu tirar 8, minha nota vira 8,8 e passo na residência; senão não passo"*.

A lei de mercado é dura de você vencer? Sim. E a lei de acesso à vida? Se o seu filho tiver um problema grave de saúde, você vende o rim para ir para Nova York, onde está o maior especialista no caso dele. As pessoas fazem o que for possível.

Nós estamos com um megadesafio. Quando se coloca pré-requisito, por que não se colocou pré-requisito para as carreiras clínicas? Eu sou ortopedista, nós temos a sutileza de uma chave inglesa. Por que eu vou deixar o ortopedista na atenção básica para poder fazer ortopedia, com uma epidemia de trauma arrebatando o suporte de entrada de pronto-socorro? Para que eu vou deixar o anestesista, peça chave para cirurgias no Brasil



inteiro, 2 anos na atenção básica para fazer anestesia, se o máximo que ele vai falar para o paciente é: *"Bom dia, vamos ter um soninho? Já pegou a veia?"* Esse é o relacionamento médico/paciente, e ele ainda dá Dormonid, porque esquece os 15 minutos anteriores no qual conversou com ele.

Então, há situações em que essa filosofia, essa discussão tem que ser mais pragmática. Outra coisa que é um demérito é falar: *"Vamos para a atenção básica, porque lá se resolvem 80% das situações"*. Não deveria se chamar "atenção básica". É muito mais complexo o que se chama de básico do que a especialidade. Um cirurgião geral é muito mais complexo do que eu, que sou ortopedista pediátrico verticalizado na minha área de atuação. É preciso valorizar o conhecimento amplo do clínico da atenção básica, e isso só se valoriza com proposta de carreira.

O cidadão vai para Cárceres, Tefé, Eirunepé, porque diz: *"Vou ficar lá por 3, 4, 5 anos, depois vou para outra cidade, depois para outra; vou começar ganhando 15, depois 20, depois 25, depois me aposento com tanto"*.

É como fazem no Ministério Público, no Judiciário. As pessoas vão por que gostam de promover justiça? Então, os advogados passaram a ser carinhosos na promoção de justiça? Tem que ser um pouquinho mais pragmático.

Esta Comissão, nestes 10 dias, vai fazer os encaminhamentos. A Lei nº 12.871, de 2013, foi muito mal discutida nesta Casa, foi discutida com foco em médico cubano. E as minhas restrições são históricas, há um flagrante problema trabalhista ali. Se o problema fosse limpeza urbana, Deputada Carmen, estaria resolvido ao trazer 10 mil haitianos e dar uma bolsa para eles, já que lá não há emprego, não há perspectiva, para eles limparem a porta da sua casa? E a limpeza da sua casa estaria resolvida com uma bolsa de estudos para o haitiano? Que país é este que se associa a um flagrante mal uso de ser humano, um tráfico internacional de utilização da cabeça dessas pessoas? Mas esse é outro capítulo, é a minha impressão de outro capítulo. É uma exceção, espero que acabe, assim como Governos acabam.

O que nós precisamos propor de leis para o Estado brasileiro poder ter limite? Ou nós vamos continuar deixando o Estado totalmente sem limites, brincando com a vida das pessoas?

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Obrigado, Deputado Mandetta.



Terão a palavra os convidados para responderem aos questionamentos e fazerem suas considerações finais. Vamos começar da direita para a esquerda.

Concedo a palavra ao Dr. Felipe Proenço.

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Obrigado por todas as colocações e todos os questionamentos, mas eu vou tentar seguir um pouco alguns questionamentos que foram mais direcionados pelos Deputados, para que possamos dialogar algumas temáticas.

Queria começar pelas colocações do Deputado Jácome. Acho que são temas bem pertinentes para estamos discutindo do ponto de vista das relações entre o provimento do Mais Médicos e a questão da residência. O Deputado colocou a questão dos brasileiros que estão fazendo formação na Bolívia.

Nós temos um critério dentro do projeto Mais Médicos para o Brasil, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que estabelece que só pode ocorrer a atração de profissionais de países que tenham médicos registrados a mais que o Brasil. Como os médicos que se graduam naquela localidade acabam registrando seu exercício profissional na Bolívia, temos, do próprio ponto de vista da Lei nº 12.871, de 2013, uma vedação à atração de médicos com atuação profissional na Bolívia. Esse é um dos temas que estávamos avaliando.

Do ponto de vista da questão de analisar qual o significado da bolsa de cada um dos programas, buscamos deixar claro que a bolsa do provimento tem outras questões relacionadas, como a própria questão de os profissionais estarem em áreas de vulnerabilidade, como, por exemplo, aqueles 700 Municípios onde, antes do Mais Médicos, não conseguíamos ter 40 horas semanais de médicos desenvolvendo suas atividades. Muitos desses casos eram — depois vou ver com a Deputada — como no Estado do Amazonas, onde também fizemos uma avaliação importante nesse sentido.

Algumas falas, tanto da Deputada Carmen quanto da Deputada Rosângela, trouxeram essa questão da relação entre vagas de residência de egressos dos cursos de Medicina. Acho que o Vinícius está com alguns dados mais atualizados sobre isso. Nós trouxemos dados com a preocupação da proporção que havia anteriormente ao Mais Médicos, inclusive com uma justificativa naquele período da necessidade de universalização, que me parece foi um tópico talvez o mais próximo do consensual dentro



de algumas questões que debatemos, a necessidade de universalizar a residência médica.

Naquele período anterior ao Mais Médicos houve essa diferença do número de egressos de graduação e vagas de ingresso de residência médica, mas acho que o Vinícius vai poder trazer os dados mais atuais. Hoje volta a se aproximar o número de egressos dos cursos de Medicina com o número de vagas de acesso direto, até porque naquele período, em 2013, eram 11 mil vagas de acesso direto, e em 2015, por vagas de acesso direto, foram mais de 15 mil vagas ofertadas. Então, houve um aumento importante das vagas de acesso direto, exatamente por essa preocupação.

Trouxe a realidade de Santa Catarina, um Estado onde o Pró-residência, inclusive, teve um papel importante. Nós tínhamos muitas vagas de residência no Rio Grande do Sul e no Paraná. No estudo da Região Sul, havia uma dificuldade no Estado de Santa Catarina. Com as bolsas ofertadas pelo Pró-residência, houve um aumento de 50% nas vagas do Estado, e isso leva a uma maior possibilidade de que esses profissionais permaneçam no próprio Estado de Santa Catarina, não vão fazer a residência em outras localidades. Mas temos trabalhado com algumas projeções.

O edital que lançamos para oferta de vagas de novas bolsas de residência médica traz preocupações quanto à, por exemplo, anestesiologia e à ortopedia, áreas bem colocadas pelos Deputados, mas o diagnóstico mais apurado de necessidades de especialistas agora é que vai ser possível, com o Cadastro Nacional de Especialistas.

Um dos debates que fizemos nessas últimas semanas foi demonstrando a situação da oftalmologia. Se eu for olhar o dado da Comissão Nacional de Residência Médica de oftalmologistas no País, tenho 3 mil médicos especialistas em oftalmologia formados pela residência médica. Segundo dado do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, existem 17 mil oftalmologistas atuando no País. Por um dado, parece-me que faltará em todos os Estados; por outro, essa falta seria só em algumas localidades. Estamos trabalhando com projeções, com percepções dos gestores públicos, que colocam a necessidade de médicos de família, de anestesiológicos, de pediatras. Mas, parece-me, com o Cadastro Nacional de Especialistas — o novo decreto já foi publicado —, conseguiremos ter essa informação mais fidedigna, contando com a participação nesse debate do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira.



Do ponto de vista da questão de vagas, a Deputada Conceição, por exemplo, colocou a importância das vagas de geriatria. Com o Pró-residência, conseguimos expandir mais 66 vagas de geriatria no País, infelizmente nenhuma ainda no Estado do Amazonas. Nesse sentido, estamos com editais abertos para estimular essa área, porque sabemos que, do ponto de vista da mudança, tanto epidemiológica quanto demográfica, a população brasileira está envelhecendo, está chegando a um percentual de população idosa maior, está adoecendo mais de situações crônicas do que de situações agudas. Então, aquele modelo de pronto-atendimento em que havia um problema infeccioso, ele iria ser atendido, iria ser resolvido e não precisaria mais, pelo menos do ponto de vista de esse problema de saúde ser acompanhado, estamos hoje no momento de um sistema de saúde que é diferente. Há doenças crônicas, a maior causa de mortalidade são as doenças cardiovasculares, e nesse contexto é importante termos profissionais geriatras, com formação através da residência, e profissionais na atenção básica.

O Deputado Mandetta externou sua preocupação com a atenção básica, o que acho bastante pertinente. Parece-me que é uma preocupação de toda a Mesa. Termos profissionais com o perfil generalista, com esse perfil de acompanhar a população, de conhecer a família, de entender as necessidades das pessoas, é fundamental. Então, a necessidade de médico generalista vem muito junto dessa discussão da necessidade de médicos geriatras também.

A Deputada Rosângela é do Maranhão, onde também tivemos um aumento importante. Aumentaram em 40% as vagas de residência médica, em virtude desse investimento. Nós estamos plenamente de acordo, sabemos que, em 2013, o Maranhão tinha 0,58 médicos a cada 1.000 habitantes. Então, são importantes os esforços de fortalecimento nesse Estado.

O debate que vimos fazendo de preceptoría tem que ser entendido do ponto de vista da modelagem, da concepção e do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Um dos grandes avanços do Sistema Único de Saúde diz respeito à articulação interfederativa, ou seja, nossos papéis como gestores do SUS, nos 5.570 Municípios, nos 27 Estados, no Distrito Federal e na União, através do Ministério da Saúde. Nesse sentido, notamos várias iniciativas dos Estados e dos Municípios em fortalecer os processos de preceptoría.



O que vimos discutindo na Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde, que é um espaço que já vem trabalhando esse tema e que tem a representação, não só da categoria médica mas de todas as categorias, dos profissionais de saúde, é exatamente ter diretrizes, para que o Ministério da Saúde, o Governo Federal, possa estimular a questão da preceptoria, como vem fazendo, mais marcadamente nos últimos anos, através de programas como o PET Saúde, que tem uma relação muito importante com as instituições de ensino, principalmente orientando essa questão de como os Municípios e Estados também podem estar incentivando a preceptoria. Acho que colocamos aqui um dado, que deve ser acompanhado por esta Comissão, que é a questão da formação de 10 mil preceptores. Inclusive, vai haver repercussão quanto a isso do ponto de vista da graduação, não só na residência, mas em outras áreas da formação em saúde.

Com relação às questões do Deputado Mandetta, eu acho até interessante. Nós estamos já nos últimos momentos da primeira etapa desse trabalho da Subcomissão, mas temos uma portaria de 2012 que inclusive traz essa preocupação do FIES, e acho que era um dado que era importante estar agregado à Subcomissão, exatamente para aquele médico que, ao longo da graduação, se beneficiou do financiamento estudantil, ele ir trabalhar na atenção básica ou desenvolver as atividades na residência médica. Esse médico que terá questões diárias prioritárias terá o abatimento da sua dívida, isto é, o médico que se beneficia do FIES e que vai desenvolver as atividades na atenção básica tem abatimento de 1% da dívida ao mês. Essa situação seria recalculada. Eu concordo que é uma preocupação que o Deputado colocou quanto à questão da extensão da carência, ou seja, a carência dos juros com relação àquele que vai desenvolver atividades na residência médica.

O SR. MANDETTA (DEM - MS) - Depois eu queria ver, porque 1%, acho que muda completamente o meu raciocínio. Depois, vou refazer a conta.

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Isto: 1% ao mês, Deputado, do recurso do financiamento estudantil. O Vinícius vai poder falar mais dessas questões da abertura de cursos, das relações e tudo o mais. Mas, parece-me, isso demonstra como são necessárias estratégias diferentes, estratégias diversificadas, para conseguirmos combater o problema da escassez de profissionais. Já vou concluir, então.



O SR. MANDETTA (DEM - MS) - É que nós temos outra Comissão pedindo para usar o plenário. Agora, nós vamos ter que concluir em 2 minutos cada um, porque a outra Comissão já está me apertando aqui.

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Já vou concluir.

Vamos acelerar. Acho que nós vamos precisar aprofundar as questões das projeções de médicos — também documentamos isso. Temos uma visão de certo período de crescimento, mas, depois de um tempo, teremos que reavaliar essa questão, acho que em 2026, quando haverá uma estabilização. E, se considerarmos a aposentadoria, numa idade média de 70 anos, e os médicos que não estão desenvolvendo atividades clínicas, como, por exemplo, médicos que estão em funções gerenciais, acabaremos mudando um pouco essa questão das projeções. Mas teremos que nos aproximar desses temas.

Do ponto de vista do PROVAB, o dado que eu queria destacar não é o fato de que o médico ficou 1 ano no PROVAB, mas o de que o médico quis ficar mais tempo do que 1 ano, e, então, pediu a transferência do PROVAB para o Mais Médicos.

O SR. MANDETTA (DEM - MS) - Não passou na prova, nem com os 10% do PROVAB. Estamos ficando com os piores, é seleção negativa.

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Nós teríamos que fazer essa avaliação, Deputado Mandetta, para ver qual foi essa repercussão, mas 33% dos médicos manifestaram interesse em permanecer na mesma equipe. Acho que é necessário esse diálogo, inclusive do ponto de vista de demonstrar que a atenção básica é extremamente complexa, que ela atua com problemas que são frequentes, mas não com problemas simples, e que, portanto, precisamos de cada vez mais medidas para fortalecer essa formação. Acho que medidas que apontam nesse sentido são importantes.

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Peça que conclua.

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Eu acho que havia alguns outros temas...

O SR. ODORICO MONTEIRO (PSB - CE) - A responsabilidade da continuidade do cuidado não é do médico, mas do sistema. É importante isso, porque às vezes se vincula ao médico, enquanto a responsabilidade da continuidade do cuidado é do sistema.

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Um ortopedista que vivenciou 1 ano de autonomia prescritora, responsabilidade de uma equipe da atenção básica, vai ser um ortopedista com uma formação interessante também.



Mas, em virtude da questão do tempo...

O SR. MANDETTA (DEM - MS) - Vai aprender a chorar junto quando chegar uma fratura. (*Risos.*)

O SR. FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA - Não é só isso. Nós fazemos coisas bem mais complexas, como o Sr. Deputado disse, na atenção básica também.

Em virtude da questão do tempo, vou concluir. Quero agradecer o convite, a oportunidade de debatermos este tema aqui e dizer da disponibilidade do Ministério da Saúde para seguir debatendo essas questões.

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Agradeço ao Dr. Felipe Proença, representante do Ministério da Saúde, pedindo-lhe desculpas, e também aos debatedores, pela exiguidade do tempo.

Passo a palavra ao Dr. Arthur Hirschfeld Danila, Presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes — ANMR.

O SR. ARTHUR HIRSCHFELD DANILA - Vou tentar ser bastante breve, em virtude do tempo exíguo, e responder mais especificamente às perguntas que me foram feitas.

Iniciarei pela resposta ao Deputado Odorico: sim, é de fato papel do Estado regulamentar a residência médica. Nós nunca fomos contrários a isso. Mas é muito importante conseguirmos garantir o amparo técnico e a qualificação para que o debate aconteça nos melhores moldes para o atendimento da população. Isso, hoje em dia, infelizmente não acontece na Plenária da Comissão Nacional de Residência Médica, que também, até a título de exemplo, conta com três membros que não fizeram nem residência médica. Então, fica bastante difícil discutir residência médica não tendo passado pela experiência da residência médica no País.

No que tange à questão da universalização das vagas de residência médica, é óbvio que nós também estamos de acordo e queremos garantir isso, só que, também, de novo, levando em consideração a questão da qualidade. Não adianta universalizar as vagas de residência médica e continuar com uma taxa de ociosidade, como a que já existe hoje em dia de 45%, que, provavelmente, indica a falta de qualidade desses programas que já estão abertos.

Em relação aos questionamentos do Deputado Antônio Jácome, é muito importante realmente a questão da formação generalista, e nós nunca fomos contrários a isso, mas acreditamos que talvez essa formação deva existir já desde a faculdade de Medicina. A



formação do médico generalista tem que partir do primeiro ano da faculdade. E o médico egresso da faculdade tem que se formar realmente em um médico generalista no final dos 6 anos da faculdade, e não na R0 da medicina de família e comunidade, como propõe a Lei do Mais Médicos.

É importante também explicar um pouco melhor o que o Felipe Proença fala sobre a questão do médico generalista ou do médico especialista. Vejam, quanto ao estudo que ele traz, de 2011, publicado na *Revista Brasileira de Educação Médica*, de que sessenta e tantos por cento querem ser especialistas e 22% querem ser generalistas, os sessenta e tantos por cento que querem ser especialistas podem querer ser especialistas em medicina de família e comunidade, ou seja, vai ser possível ter um profissional qualificado na atenção básica. Isso não é demérito algum, ser especialista em atenção primária, e é isso que defendemos.

Quanto à compatibilização das bolsas da residência médica, do PROVAB e do Mais Médicos, que o Deputado Antônio Jácome mencionou, esse é um dos nossos questionamentos, até porque — e, aí, entrando um pouco no comentário do Deputado Adelmo — os três programas são programas de aperfeiçoamento médico em serviço. Então, todos os três programas, ainda que, do ponto de vista de ideias possam ser diferentes, são, do ponto de vista legal, iguais, tanto é que, na Lei do Programa Mais Médicos, é oferecida a chamada bolsa-formação, isso está na lei. Então, se é bolsa de formação, assim como a residência médica, tem que ser isonômica.

Em relação às propostas que o Deputado Jácome busca — no caso, ele endereçou ao CFM —, a ANMR tem uma série de propostas. Ao final desta fala, vou dizer o que vamos propor e o que pensamos a respeito.

Quanto ao direito da escolha, que foi ressaltado pelo Deputado Adelmo, nós não somos contra. É óbvio que somos a favor do direito de escolha, e não acho que o Governo está tolhendo esse direito. Mas, ao pressupor a passagem pelo PROVAB, porque se tem uma bonificação de 10% ao final de 1 ano, cria-se um fluxo que, infelizmente, acaba fazendo com que as pessoas sejam levadas a praticar 1 ano de atenção básica pelo PROVAB, para que consigam ter possibilidade de depois atingir a residência nas áreas que elas, de fato, desejam. Então, não fica definida abertamente a impossibilidade do direito de escolha, mas, veladamente, pressupõe-se uma passagem obrigatória pela atenção básica, que não sei se todos os médicos querem fazer.



A respeito do que o Felipe Proença comentou, sobre um terço ter continuado no Mais Médicos, então, se realmente eles estão tão interessados em continuar na atenção básica, vamos tirar os 10%. Se é para valorizar a atenção básica, não se pode valorizar às custas de uma bonificação para depois, em outras áreas de acesso à residência médica. Vamos valorizar a atenção básica de fato, dar condições, valorizar a permanência desses profissionais na atenção básica.

As falas do Deputado Raimundo Gomes de Matos, da Deputada Carmen Zanotto, da Deputada Conceição Sampaio, da Deputada Rosângela Curado e do Deputado Mandetta estão bastante de acordo com o nosso pensamento enquanto ANMR. Então, não vou me ater muito especificamente a essas falas.

Gostaria, portanto, de finalizar, sendo bastante consciente com relação ao uso do tempo, agradecendo à Subcomissão Especial da Carreira Médica, que faz parte da Comissão de Seguridade Social e Família desta egrégia Casa. E gostaria de dizer que é realmente uma oportunidade enorme para nós estarmos aqui. Nós gostaríamos de oficializar a entrega conjunta — o Deputado Mandetta foi o requerente desta reunião de audiência pública, mas entrego aqui ao Presidente da reunião, no caso, o Deputado Antônio Jácome — de uma carta redigida pelas três entidades médicas, CFM, AMB e ANMR, que versa sobre sugestões à Lei do Programas Mais Médicos, Lei nº 12.871, já antecipando o pedido do Deputado Mandetta de que sejamos propositivos para a melhoria da formação médica no País.

Muito obrigado pela oportunidade. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Antônio Jácome. Bloco/PODE - RN) - Obrigado, Dr. Arthur. Obrigado pela entrega da proposta de modificações na Lei nº 12.871, que eu passarei às mãos do Deputado Mandetta.

Com a palavra o Dr. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, Presidente do Conselho Federal de Medicina — CFM.

O SR. CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA - Muito obrigado, Presidente.

O Deputado Odorico Monteiro foi o primeiro a apresentar uma questão, ou melhor, uma consideração a respeito da relação do MEC e do Ministério da Saúde, da programação do Estado, no sentido de determinar o que é necessário nos recursos humanos, nas especialidades, em síntese, no planejamento. É fato que, durante décadas, foi omissos. Agora vem atuando. E é necessário dizer quantos especialistas são precisos e



em quais áreas. Isso é missão, sim, da assistência, do Ministério da Saúde, mas a formação é do Ministério da Educação. É importante que haja a sinergia, mas eu não posso aceitar que haja inversão ou cumulação de competências; eu não posso aceitar que o Ministério da Saúde subtraia o protagonismo do MEC, porque o MEC tem que se responsabilizar pela qualidade do profissional que vai ser formado, e não pode haver interferência do Ministério da Saúde nisso. O Ministério da Saúde aponta quais são os horizontes, qual é o norte a ser seguido, para a formação adequada à assistência que é necessária. Mas a responsabilidade e o direito de fazer é do Ministério da Educação. Não se pode perder o protagonismo do MEC. Parece-me, salvo um grande equívoco meu, que isso vem acontecendo.

A lógica de mercado, Deputado Odorico, é exatamente nesse sentido. Eu coloco, aliás, coloquei uma frase de um ex-Ministro da Educação, o Ministro Aloizio Mercadante à época. Eu citei aqui a fala dele, que versa sobre a lógica de mercado dentro do ensino da Medicina. Isto é reconhecimento: quando um Ministro diz que vai fechar um balcão é porque há um balcão aberto. Isso é muito grave. Ele reconhece que existia um balcão aberto dentro do MEC e disse que ia fechá-lo. Isso está na *Folha de S.Paulo*, tenho um *fax*, trago aqui se precisarem.

O Deputado falou da proposta do CFM em relação aos médicos da Bolívia e sobre a carreira, se há alguma proposta que venha ao encontro das soluções que nós desejamos.

Sobre os médicos da Bolívia, hoje nós temos uma clareza: no sistema conselheiral de medicina, o cadastro encontra-se virginalmente novo. Não há ninguém inscrito nos seus cadastros que não tenha sido capacitado por uma escola de medicina reconhecida pelo MEC ou que tenha revalidado aqui o seu diploma. Não há ninguém ali registrado que não tenha uma dessas duas origens; os outros estão no Ministério da Saúde. O nosso cadastro está virginalmente novo, por ele nós nos responsabilizamos.

O outro ponto é a questão da proposta que já foi reiterada. Nós já encaminhamos às autoridades e fizemos até publicidade disso muitas vezes. Nós defendemos uma carreira de Estado, como já foi aqui apresentado pelo Deputado Mandetta em considerações. Refiro-me a uma carreira que fez, no passado — ainda de calças curtas, faz tempo, eu a alcancei —, um Juiz de Direito deixar o cargo e fazer concurso para ser caixa do Banco do Brasil. Deixou o cargo da magistratura e foi ser caixa do Banco do Brasil, que era muito mais bem pago e tinha uma carreira. Na hora em que saiu a carreira da



magistratura isso não mais aconteceu, na hora que ele é valorizado isso não mais acontece.

Os médicos não estão isentos da condição humana, precisam de dignidade para eles e suas famílias, precisam também ter projeções funcionais, estrutura e segurança.

Nós não podemos é ficar lá na cabeça do cachorro sem saber que ele nunca vai sair dali, ganhando, com dificuldades mil, e a família sendo prejudicada. É preciso ter condições de trabalho.

Eu conheço um arrimo de família — e arrimo de família precisa ganhar bem no interior — que nada podia fazer. As pessoas morriam à sua volta e ele se sentia impotente, sem poder utilizar o mínimo do que podia fazer para salvar aquelas vidas ou mitigar aquele sofrimento. Em 1 mês e meio, abandonou o emprego, mesmo precisando dele para sustentar sua própria família. Ele não podia transferir para os seus ombros a responsabilidade do Estado. E não ia absolutamente acrescentar nada! Para fazer carinho e dar o ombro para alguém chorar não precisa ser médico, qualquer um faz isso. Então, tem que haver um mínimo de condições de trabalho, sistema de referência, contrarreferência, um transporte tempestivo.

E eu cito novamente aqui o exemplo do Sudeste, que é a região mais desenvolvida. Está aqui um exemplo muito claro — veja bem: nós temos no Sudeste um índice de 66% de transferência de pacientes do interior para uma outra região onde possam ser internados. Na medida em que se tem um universo maior de atenção básica, eu começo a transferir mais pacientes. Nem no Sudeste há estrutura nos Municípios para internação dos pacientes: 66% têm que ser transferidos. Então, tem que haver sistema de referência e contrarreferência, transporte, condições de trabalho. Senão vai jogar o médico para sofrer junto com a população e nada mais; é fazer de conta, é propaganda equivocada.

O Deputado Adelmo Carneiro Leão nos fez uma pergunta sobre a cesária. Sem dúvida nenhuma, a polêmica é controversa, é absolutamente equivocada também. A discussão não é essa. Não é parto normal *versus* parto cesária. A discussão é parto seguro.

O maior ressarcimento das operadoras de plano de saúde feito ao SUS é relativo ao parto normal, porque as maternidades credenciadas na área suplementar não têm leitos suficientes para receber a demanda dos seus contratantes. Então, vão fazer o parto no SUS, depois ressarcem o SUS. No SUS, por sua vez, as maternidades não têm a mínima



estrutura para um parto seguro, na imensa maioria das vezes: os recursos humanos são superdimensionados, trabalham com demanda imensa, até um partograma fica difícil de se fazer. Inverte-se todo um fluxo de trabalho. Em síntese, esse é o problema.

Agora, há outro detalhe quanto à cesária: a questão da autonomia da gestante. Por formação cultural, educacional, por vários fatores, fazem a opção pela cesária. Elas têm que ser demovidas disso, na medida do respeito à sua autonomia, mas até por questão constitucional não podemos contrariá-las, nem devemos contrariá-las. Há vários fatores envolvidos, mas a discussão está absolutamente levada por caminhos não recomendáveis.

Não há estrutura para o parto. Citei aqui que mais da metade dos Municípios brasileiros não realizam um parto. Temos que ver isso dentro de uma questão multifatorial, e não apenas com a responsabilidade médica.

O Deputado Raimundo Gomes de Matos falou do financiamento. Concordo plenamente, Deputado, mas quero fazer um adendo. Nos últimos 12 anos, o Ministério da Saúde deixou de utilizar o orçamento de 1 ano do SUS. Nos últimos 12 anos, não se utilizou o orçamento de 1 ano. Com esse dinheiro teriam sido construídos postos de saúde e uma série de infraestruturas necessárias. Por que não se utilizou ele? Porque os Prefeitos, os Secretários de Estado não sabem fazer projetos e vêm buscar verba. Ora, vão lá se capacitar! Tem que se capacitar. Eu não posso é não utilizar um orçamento inteiro do SUS durante 12 anos, um orçamento que já é inadequado.

Deputada Carmen Zanotto, concordo com V.Exa. Realmente, a tabela do SUS é completamente defasada. Temos um levantamento sobre isso.

Deputada Conceição Sampaio, do Estado do Amazonas, parabéns pela carreira de Estado!

O envelhecimento do País também é nesse sentido da geriatria e até mais do que isso. O indivíduo, desde o século passado, passou a depender, em média, 4 anos antes de sua morte de terceiros. Então, precisa de cuidados paliativos, precisa de uma série de assistências. O mais grave é que vamos inverter em 2030 o nosso bônus demográfico. Vamos ter uma população inativa maior do que a ativa. Um país que não se desenvolve enquanto jovem, não se desenvolve depois que envelhece. Temos só uma década e meia para resolver os nossos problemas e nos desenvolvermos antes de envelhecermos.



Mário Quintana já dizia que a velhice é a coisa mais inesperada que acontece na vida de um homem. Em analogia, eu diria que a velhice é a coisa mais inesperada para um governo de Estado — parece-nos —, porque desperdiçam décadas.

Sintetizando, Deputado Mandetta, a Deputada Rosângela falou-nos sobre o perfil das entidades formadoras. Nós falamos isso aqui. Não precisamos formar mais médicos. Precisamos de bons médicos, precisamos de bons programas de pós-graduação, de médicos capacitados. Isso porque, enquanto não existir um clínico bem informado, que atenda realmente 80% da demanda, vamos ter a inversão do processo, especialista na área suplementar. Um paciente passa pelo endócrino, passa pelo clínico, pelo reumatologista, vai para o neuro, quando podia estar sendo atendido por um só.

Enquanto a área suplementar sugar médicos do SUS, não sei de quantos médicos o Brasil vai precisar. Tem que se formar bem. É isso que os países desenvolvidos fazem. Quando me falam da formação na Austrália, no Reino Unido, percebemos que investem de maneira diferente. Os médicos formados antigamente, com exceção das ilhas de excelência, que têm toda uma seleção especial, eram formados de maneira muito melhor. Esse é o meu pensamento.

Deputado Mandetta, para fechar, sobre as escolas, o PROUNI e FIES, não há só a questão da dívida. Hoje o PROUNI e o FIES subsidiam escolas que têm origem de capital estrangeiro e 80% dos alunos pagam a escola com FIES e PROUNI — 80% é capital estrangeiro. Em São Paulo e no Rio, há exemplos clássicos disso: pagam com PROUNI e FIES, e 80% dos proventos da escola vêm desses financiamentos do Estado brasileiro — em escola privada.

Nós temos que nos preocupar em não satisfazer o gáudio empresarial, e sim com uma formação de qualidade.

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Muito obrigado, Dr. Vital.

Vinícius, peço a você que faça o resumo do resumo da ópera, porque os lotéricos já estão querendo invadir este plenário. (*Risos.*)

O SR. VINÍCIUS XIMENES MURICY DA ROCHA - Com certeza, Deputado.

Inicialmente, vou usar minha capacidade de síntese. É claro que há algumas polêmicas aqui, e eu não vou insistir nas polêmicas. Vou tentar pegar as questões centrais que acredito que sejam uma boa agenda para nossa construção de consensos e entendimentos.



O nosso papel, como representante do MEC, acredito, numa subcomissão para discutir carreira médica, é passar as melhores informações possíveis, enquanto equipe técnica, sobre o perfil de profissional que se busca formar e quais são as necessidades de saúde do País, porque em qualquer debate de carreira há uma perspectiva prospectiva.

Obviamente, eu acho que as perguntas que o Deputado Mandetta fez e as audiências que nós tivemos ao longo do tempo mostram como o tema é totalmente complexo. Por exemplo, o Felipe trouxe-nos os dados de chegarmos a 600 mil médicos no Brasil em 2026. Em todo este nosso estudo, nós nos baseamos na entrada de médicos, na saída de médicos, nas horas de trabalho que os médicos têm dedicado para a questão da prática assistencial. Em relação, por exemplo, à qualidade de vida dos médicos, vários estudos mostram que os médicos querem trabalhar menos horas. Isso é um estudo que impacta, assim como o aumento da população feminina. Todas essas questões, para podermos chegar a uma equação e fazer nossa visão prospectiva, foram consideradas.

Mas, independentemente de ficarmos no debate sobre numerologia, há algo muito importante. Um dos maiores estudiosos da parte de provimento e formação no mundo, um inglês chamado Cooper, disse — isto foi um achado dele — que alguns países, há 20 anos ou 30 anos, acharam que teriam sobra de médicos ou de especialistas para frente. Então, eles decidiram: *"Vamos parar de abrir vagas de residência e de graduação e tentar ajustar a qualidade."* Todos os países que fizeram dessa forma, vivem hoje o fenômeno de déficit de médicos que pressiona seu sistema e seu serviço de saúde.

Os Estados Unidos, na década de 80, pararam de abrir cursos de Medicina e congelaram a abertura de vagas de residência. Em 2011, eles já tinham um déficit de 20 mil médicos com a mudança do modelo assistencial deles. Estão chegando a um déficit de mais de 70 médicos.

Nós não estamos tratando de uma coisa simples. Precisamos construir uma expansão, porque para nós inclusão não é contraditório com o debate de qualidade. Precisamos garantir uma possibilidade. Em estudo da UFMG, verificou-se que mais de 700 mil jovens brasileiros queriam fazer Medicina no País no ano de 2010. É importante ressaltar isso. Com muita clareza, precisamos garantir esse processo de expansão e ao mesmo tempo aperfeiçoar os mecanismos de qualidade de avaliação.



Nesse sentido, eu queria dizer, Presidente Carlos Vital, que nós do MEC não estamos secundarizados. Não é nada disso. Quero deixar isso bastante claro. Na verdade, há um claro entendimento por parte dos Ministérios sobre o horizonte estratégico que temos. E temos tido uma afinidade muito grande entre os dois Ministérios, no sentido de trabalharem com isso.

Acho que para este debate todo, Deputado Mandetta, muitas variáveis precisam ser consideradas. Por exemplo, a categoria médica, na área da saúde, é uma das que têm expansão progressiva mais importante em termos de massa salarial. Acho que, no debate da preceptoria, não podemos perder o horizonte, porque ela é uma função ou atribuição, o preceptor não é uma ocupação. Isso é muito importante.

Se considerarmos os hospitais universitários federais, que ainda são os maiores provedores de vagas de residência médica deste País, observamos que há mais 5 mil médicos dos hospitais universitários contratados para serem médicos assistenciais desse serviço e que, ao mesmo tempo, no seu processo de trabalho, já é prevista a atividade de preceptoria. Nós vamos constituir dupla remuneração para esses profissionais? No Distrito Federal e em São Paulo, há gratificações previstas para os profissionais de preceptoria.

Eu acho que existe uma situação muito complexa. Eu gostaria de chamar a atenção dos legisladores para essas questões complexas. Estamos muito dispostos a colaborar na etapa posterior às audiências. Se precisarem de um apoio do Ministério da Educação, estamos à disposição para ajudá-los a trazer essas perguntas norteadoras, que são importantes para que os senhores cheguem à melhor proposta que queiram apresentar a esta Casa.

Como são muitas questões, eu só estou focando nas ideias principais.

Por último, eu só queria falar sobre a questão do debate sobre residência médica. Mudar pré-requisitos para a residência médica já foi feito em outros momentos da história da residência médica do País. No final dos anos 90, nós definimos que antes de se fazer outra especialidade é preciso fazer ou clínica médica, ou pediatria, ou ginecologia e obstetrícia, ou cirurgia geral. Nós já tivemos a experiência de mudar pré-requisitos para acesso à residência médica. Obviamente existe um tempo de adaptação, de mudança para todo o sistema, mas isso não é nenhuma novidade.



Na verdade, o mais importante na nossa proposta de valorizar a medicina geral para a formação dos especialistas como etapa preliminar é realizar um debate principalmente de valor.

Eu acho que alguém deu o exemplo da anestesia: *"A anestesia é uma prática fortemente baseada em procedimento"*. Para mim, *a priori*, todo o médico tem que ter uma base consistente na medicina geral antes de atuar na sua parte mais procedimental; ele deve focalizar na sua formação enquanto especialista. Isso é uma coisa fundamental. Hoje os anestesistas do País têm tido destaque — o Presidente que me corrija se eu estiver errado —, têm tido uma forte participação no debate do cuidar da dor. Esse debate não existe, pois a dor é uma questão, do ponto de vista clínico, psicossocial, da mobilização da rede de saúde e das redes de atenção, é um tema extremamente relevante. Então, como podemos conceber um anestesista que não consiga ter uma boa formação geral? Isso é muito importante.

Deputada, estamos fazendo um esforço não somente para aumentar as vagas de graduação, mas também as de residência médica. Existe um pouco mais de 22 mil egressos do curso de Medicina no País. Já existem 20.556 vagas de residência médica no Brasil. Quando chegarmos à Lei do Programa Mais Médicos, haverá um pouco mais de 29 mil egressos de vagas de residência para realizarem o acesso direto. Os números já estão se aproximando, e a tendência, neste período de 2016 a 2019, é intensificar esse processo e aumentar um pouco mais o ritmo da expansão da residência médica, já que, neste primeiro momento, aceleramos a abertura de vaga de graduação no Mais Médicos e abrimos mais de 4 mil vagas de residência médica.

Essas seriam as questões fundamentais que eu queria colocar para o debate. Arthur, acho que estamos em pleno processo de diálogo, de construção junto à ANMR. Você está no seu papel. Residente e sindicalista bom pede. O papel dele é colocar-se nos processos. Não temos divergências quanto ao fato de vocês trazerem reivindicações. Fizemos uma primeira rodada, em todos os pontos colocados pela ANMR, trouxemos comentários ou propostas para este nosso primeiro momento. Há outras agendas colocadas frente a vocês, e queremos investir muito nelas.

Nós fizemos um esforço importante em relação aos médicos residentes. De 2010 para cá houve um aumento de mais de 45% para a categoria dos médicos residentes. Trata-se de um acúmulo importante se considerarmos o que temos conseguido de



correção ou melhoria na questão das bolsas. Mas temos de fazer a proposta com muita calma, muita tranquilidade, muita factibilidade. Algumas propostas que estão sendo colocadas na mesa como teto, de uma hora para outra, iríamos aumentar cinco ou seis vezes nosso gasto com bolsa de residência médica no País. Nós iríamos sair de um pouco mais de 240 milhões para mais de 1,5 bilhão de bolsas de residência médica. Se pensarmos no atual cenário em que estamos, obviamente precisamos ter muita racionalidade administrativa.

Para concluir minha intervenção, quanto ao Mais Médicos, tudo que está previsto do ponto de vista da lei temos feito um planejamento minucioso para garantir administrativa e orçamentariamente a melhor execução. Para isso há um compromisso. A Sônia, Coordenadora Geral de Residências em Saúde, pode nos mostrar, ano a ano, o aumento de recursos que temos colocado na residência médica do País, inclusive para a Comissão Nacional de Residência Médica.

Nessa lógica com o Parlamento e nesse esforço de tentar construir os melhoramentos legais, vale ressaltar o grande esforço que estamos fazendo para garantir aquilo que já está colocado na lei. Em relação a tudo aquilo que for proposto, que cause impacto orçamentário, espero que tenhamos, obviamente, muito senso de razoabilidade, de factibilidade.

Por fim, espero que possam construir o melhor diálogo conosco, pois nós estamos à disposição para o diálogo.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Mandetta. DEM - MS) - Muito bem, gostaria de agradecer novamente a todos e informar aos membros da Comissão que hoje é dia 22 e teremos até o dia 1º para receber as propostas de recomendações e os projetos de lei.

Nós vamos fazer uma leitura preliminar, no dia 1º, da graduação, da pós-graduação e da carreira para que cheguemos a um texto preliminar.

No dia 6, nós vamos fazer a leitura na Subcomissão, deixar uma semana para debate, para, no dia 13, nós concluirmos os trabalhos desta Subcomissão e apresentá-los à Comissão de Seguridade Social e Família.

A audiência pública de hoje teve o objetivo de lançar a luz. Acho que ela foi muito proveitosa para todos os Parlamentares que aqui estiveram.



Deixo aqui, Arthur — acho que posso falar isto —, o apoio maciço desta Casa à luta dos médicos residentes. Esta luta é tanto por qualidade de ensino quanto por remuneração digna. Todos nós queremos, todos nós objetivamos isso. Aqui há um histórico de luta suprapartidária pela residência. Nós estamos solidários ao movimento dos residentes médicos brasileiros e queremos saber passo a passo da negociação. Se vocês puderem, mandem cópias aqui para a Comissão de Seguridade Social e Família para vermos o que eventualmente evoluiu daquela pauta.

Aos Ministérios eu peço mais uma vez a gentileza de fazerem suas considerações sobre carreira, porque o País não pode fazer todo este investimento, ter todo este gasto para depois se dizer: *"Bom, agora nós não temos proposta nenhuma ou a proposta do Governo é que os médicos sejam bolsistas rotativos ano a ano com recém-formados"*. Nós temos que ter uma proposta de trabalho para todas essas pessoas.

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