Signature Not Verified
Assinado por ANGELO MARCELO COSTA CAEXETA:1862 em 12/02/2014 15:30:45.521 -0400

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5.037

AUDIÊNCIA PÚBLICA

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

1. Luís Inácio Lucena Adams 5
(MINISTRO-CHEFE DA ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO)

2. Roberto Luiz D'ávila 18
(PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA)

3. Alexandre Padilha 29
(MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE)

4. Odim Brandão Ferreira 45
(SUBPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA)

5. Florentino de Araújo Cardoso Filho 55
(PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ONCOLOGISTA)

6. José Luiz Bonamigo Filho 62
(DIRETOR DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA)

7. Paulo Speller 67
(SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO)

8. Sebastião Vieira Caixeta 81
(PROCURADOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO)

9. Vagner Freitas de Moraes 94
(CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES)

10. Ruy Fernando Gomes Leme Cavalheiro 103
(PROCURADOR DO TRABALHO)

11. José Alberto Reus Fortunati 110
(PRESIDENTE DA FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS E PREFEITO DE PORTO ALEGRE/RS)
12. José Fernando Casquel Monti 123
(VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE)
13. Maria Rosely de Almeida Pery 133
(PROMOTORA DE JUSTIÇA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TOCANTINS E PRIMEIRA VICE-PRESIDENTE DA AMPASA)
14. Mozart Júlio Tabosa Sales 143
(SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)
15. Marcelo André Barboza da Rocha Chaves..... 158
(TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO)
16. Henrique Mandetta 167
(DEPUTADO FEDERAL - DEM)
17. Ronaldo Caiado 177
(DEPUTADO FEDERAL)
18. William José Bicalho Hastenreiter Paulo 187
(MÉDICO PARTICIPANTE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS)
19. Geraldo Ferreira Filho 198
(PRESIDENTE DA FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS E DO SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO GRANDE DO NORTE)
20. Jadete Barbosa Lampert 210
(PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA)
21. Lúcia Nader 223
(DIRETORA DA CONECTAS DIREITOS HUMANOS)
22. Vasco Vasconcelos 233

(REPRESENTANTE DA ASSOCIAÇÃO ORDEM DOS BACHARÉIS DO BRASIL)

23. Marcelo Côrtes Néri 246

(MINISTRO INTERINO DA SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA E PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA)

24. Matheus Stivali 255

(COORDENADOR DA ÁREA DE SAÚDE NO IPEA)

25. Juracy Barbosa Júnior 259

(ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS RESIDENTES)

AUDIÊNCIA PÚBLICA

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

(AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5.037)

ABERTURA – 25/11/2013

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - A todos que acorreram a esta Audiência Pública, registro a presença do Doutor Odim Brandão Ferreira, Subprocurador-Geral da República , na pessoa de quem cumprimento os membros do Ministério Público, de Sua Excelência o Ministro de Estado da Saúde, Doutor Alexandre Padilha, de Sua Excelência o Senhor Advogado-Geral da União, Doutor Luis Inácio Lucena Adams, do Presidente do Conselho Federal de Medicina, e de outros expositores.

A Audiência Pública visa a obter esclarecimentos sobre a matéria alvo de decisão, principalmente, em se tratando de um processo objetivo. Um processo em que não se tem interesses individualizados. É algo que possui uma feição democrática maior e, como julgador, como juiz propriamente dito, costumo ressaltar que, sem fatos, não se tem julgamento. O juiz precisa, acima de tudo, ouvir, ouvir segmentos da sociedade quanto ao tema a ser elucidado, como ressaltei, no processo objetivo.

Hoje iniciamos a Audiência Pública sobre o Programa Mais Médicos e teremos exposições nesta parte da manhã e também na parte vespertina.

Iniciaremos ouvindo o Doutor Luís Inácio Lucena Adams, Ministro-Chefe da Advocacia-Geral da União.

Nós dividimos o tempo e cogitamos dos vinte minutos, mas evidentemente aqueles que puderem utilizar o poder de síntese, conciliando, portanto, celeridade e conteúdo, merecerão a nossa admiração.

O SENHOR LUÍS INÁCIO LUCENA ADAMS (MINISTRO-CHEFE DA ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO) - Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio de Mello, Relator das ADIns 5.035 e 5.037, que tratam do Programa Mais Médicos, e Presidente desta Audiência Pública, Senhor Subprocurador-Geral, Doutor Odim Brandão Ferreira, que representa, neste momento, o nosso Procurador-Geral da República, Doutor Rodrigo Janot.

Eu, inicialmente, Senhor Presidente, gostaria de elogiar, mais uma vez, o Supremo por esta iniciativa de promover as audiências públicas. É uma oportunidade que nós, na sociedade, nós no Estado, temos de debater os temas com a amplitude, com a profundidade que se requer e que, muitas vezes, do debate processual, acaba não acontecendo, até porque aqui a

fala é dada não só aos advogados, mas também a toda sociedade, a todas as especialidades, garantindo - Peter Häberle fala, é de uma condição aberta, de uma interpretação condicional aberta à sociedade - o debate da sociedade.

Eu diria, começaria, Senhor Presidente, dizendo que a criação do Sistema Único de Saúde foi uma conquista histórica na formação da identidade do povo brasileiro. Com a sua regulamentação, por meio da Lei 8.080/90, tem-se exposto princípios constitucionais do artigo 198 da nossa Constituição da República, de universalidade do acesso, integralidade da atenção básica, participação da população e equidade no tratamento.

No decorrer de mais de vinte anos de constituição do SUS, observa-se, no entanto, que essa forma normativa, contida nesses dispositivos, ainda é um desafio. O sistema ainda não garante a universalidade de acesso à atenção a saúde. O investimento na expansão estratégica da Saúde Família vem gradativamente garantindo o acesso de comunidades mais pobres do país às ações básicas de saúde. Entretanto, embora seja evidente a inserção cada vez maior das populações de serviço de saúde, o acesso e a qualidade dos procedimentos de maior complexidade ainda são extremamente precários. Além disso, segundo pesquisas do Conselho Nacional do Secretário de Saúde, apenas 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS; 61% são usuários não exclusivos; e 8,7% não são usuários. Ou seja, esses dois últimos grupos

utilizam o sistema de saúde suplementar, que cobriu, em 2006, 42,5 milhões de brasileiros.

Longe de garantir o direito à igualdade atribuída à população brasileira de ter suas necessidades de saúde atendidas, essa situação contribui para a manutenção e a ampliação das desigualdades regionais e sociais.

A população busca e valoriza, sobretudo, o atendimento hospitalar, justificado pela dificuldade de acesso ao serviço de atenção básica. E aqui é o ponto central do que representa esse Programa Mais Médicos: é uma inversão de foco em relação ao que vem sendo a tradição do nosso atendimento de saúde no país, em que o atendimento curativo, o tratamento **a posteriori**, ele é privilegiado em relação ao atendimento preventivo, o atendimento da saúde básica, onde se concentram um maior volume de causas geradoras do atendimento de saúde no país. É o que leva, muitas vezes, as filas nos hospitais, a necessidade desse atendimento básico. E é por isso que este Programa, ele trata, ele busca dar essa inversão ao levar o médico para essas comunidades pobres que não possuem atendimento de saúde localizado.

Então, a falta e a baixa capacidade desses serviços respondem de forma adequada à necessidade da população. Ao mesmo tempo, não são raros os relatos de equipes a respeito da dificuldade de

marcação de consultas, exames e serviços especializados e ausência de retornos sobre os procedimentos e atendimentos realizados nesse serviço.

Algumas questões relacionadas à organização dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico, ambulatoriais e hospitalares pesquisados por Ana Lúcia Moura Pontes em "Organização e Atenção Básica no Brasil", em 2010, constata: concentração desses serviços em grandes centros nas Regiões Sul e Sudeste, baixa responsabilização e resolutividade desses serviços, falta de política de qualificação desses trabalhadores, predominância de prestadores de serviços privativos, financiamento baseado na produtividade com baixo controle de qualidade, incipiente política de regionalização e articulação da rede básica. Mostra que, além do financiamento de saúde, que não é objeto específico desta Audiência, um dos entraves é a redução dessas disfunções e o número de profissionais médicos no sistema, visto que, nos últimos anos, observou-se o crescimento do número de profissionais não médicos no sistema, atuando de forma diversa dos órgãos de atenção, saúde, que vem favorecendo o surgimento de novas perspectivas a respeito dos usuários e de suas demandas de saúde (**bis in idem**, Ana Lúcia Moura Pontes).

Diante do escorço histórico e jurídico, estabelece a Administração, busca fazer uma política que mude essa realidade. Para isso,

um processo amplo de reformulação de saúde já estava em gestação no âmbito Plano Nacional de Saúde, em 2002-2015. No entanto, necessitou-se a antecipação de algumas medidas efetivas observadas como urgentes e irrelevantes no contexto desse novo olhar dos afetados para com as instituições, principalmente com uma das principais reivindicações das manifestações populares denominadas "Jornadas de Junho". Entre essas medidas, tem-se o programa Mais Médicos, instituído pela Medida Provisória nº 621, e convertida com modificações da Lei nº 12.871, na qual se insere o projeto Mais Médicos para o país.

E aqui um ponto importantíssimo que se tem que destacar: até agora se enfatizou muito, focou-se muito, no debate público, o programa direcionado à vinda de médicos estrangeiros. Todavia, o Programa, ele é muito mais amplo que isso, já que ele busca tratar três grandes diretrizes.

Primeiro: ampliação da formação de médicos no Brasil. Uma política de graduação, de pós-graduação, coordenada pelo MEC - vamos ter os representantes do MEC falando sobre isso aqui - mas, vocacionada para que o Brasil crie mais vagas de médicos no Brasil, de forma a possibilitar que a nossa realidade, em termos de população, no uso de população por médico seja aumentada, nessa relação, em favor do maior número de médicos, permitindo que a gente consiga construir, de fato, no âmbito do Brasil, uma

realidade mais próxima daquilo que seria desejável do ponto de vista de um atendimento adequado à população.

Segundo: Investimentos. O Programa, ele está associado ao incremento de investimentos, cada vez maiores, na área de saúde. É fato que nós temos muito a desejar isso - isso, certamente, vai ser revelado, aqui, com exemplos -, mas esse não é um ponto, digamos assim, que deve ser considerado como prejuízo, já que o processo de investimento tem crescido no país, seja pelas vinculações constitucionais, seja pelos esforços necessários que os Estados, Municípios e a União têm feito, em aumentar o financiamento na saúde brasileira. Nós temos, ainda, muito o que fazer, muito investimento a realizar, mas o processo está num caminho inexorável em favor desses investimentos, das realizações desses investimentos. E isso se torna, cada vez mais, evidente dentro do processo de realidade brasileiro.

O Sistema Único de Saúde, com todas as deficiências que nós podemos refletir que existem - não se desconhece isso -, ele representa uma conquista. Ele representa a implementação de um desejo que vem sendo construído no país desde a Constituição de 88 e, mesmo antes disso, nos debates que se travavam dentro da sociedade brasileira, exatamente para que pudesse ser realizada neste país uma atenção direcionada a toda a população

brasileira. E isso tem se refletido, cada vez mais, em maior número de investimentos.

Agora, o terceiro ponto - e aqui de novo se trava a urgência -, é que é necessário que essa realidade, que vem progressivamente crescendo no Brasil, se reflita em pessoal, médicos capazes de dar o atendimento. E médico capaz de dar o atendimento não direcionado a esse entendimento curativo - porque isso o Brasil tem profissionais altamente qualificados -, mas o atendimento à atenção básica, em comunidades carentes. Normalmente são comunidades que não têm a estrutura, de fato, básica de saúde, porque são comunidades que necessitam, primeiro, estão distantes dos centros urbanos, muitas delas. Nós vamos encontrar também comunidades em centros urbanos carentes, mas, a maior parte que nós citamos em distantes centros urbanos. É o caso dos Estados do norte. São comunidades indígenas, são comunidade quilombolas que já estão grandemente isoladas, distanciadas de uma realidade urbana mais consolidada, mais estruturada. E, nessas comunidades, é necessário ter um médico presente para que se possa ter, nesse atendimento básico, que é um atendimento inicial, é um atendimento vocacionado para verificar aquelas situações mais simples, menos complexas no atendimento de saúde, mas que precisam de um profissional médico para orientar e mesmo direcionar essa pessoa, se estiver num diagnóstico voltado para uma questão

mais grave, direcionar para um atendimento mais complexo e mais significativo.

Então, nesse ponto de vista, é que reflete o que se está presente, hoje a própria aprovação da população a este Programa. A urgência aqui se dá porque a presença desse profissional representa uma necessidade evidente e compreendida pela população brasileira.

Assim, é que, por exemplo, as pesquisas de opinião que têm sido feitas mostram que o Programa Mais Médicos adquiriu um apoio de 49,7% em julho, pulando para 73,9% em setembro e 84,3% em novembro de 2013. Ou seja, a população tem percebido, com a chegada dos médicos, digamos assim, a importância desse plano e o significado dele para ela, população, em termos de atendimento de melhoria de saúde.

Isso só faz aumentar, Senhor Presidente, a responsabilidade das instituições federais, estaduais e municipais em aperfeiçoar essa política pública de saúde que tem o seu eixo central na integração ensino - serviço.

As finalidades do Programa Mais Médicos são a formação permanente de recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde e a interação de medicina brasileira nos padrões globais do processo civilizatório. Em suas vertentes, são a reordenação das ofertas de curso de medicina, com novos parâmetros para a formação médica, e o

aperfeiçoamento de médicos nas áreas de atenção básica, mediante integração ensino - pesquisa.

Uma vez que a saúde pública de qualidade passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, ficou manifesto que o Sistema Único de Saúde, segundo Ricardo Machado Lourenço Filho, passou a ser considerado o mais importante em política pública, inclusive, em movimento do País. Seu desenvolvimento, ainda com diversos limites, demonstra a expectativa da sociedade na busca de atendimento de saúde e qualidade.

Esta política, Senhor Presidente, traz uma significativa mudança nessa realidade, como eu já disse. Para a sua realização, foi necessário uma implementação de um programa que, considerados aqueles três eixos a que eu me referi, trouxesse como efeito mediado a incorporação de profissionais médicos nessas regiões. E, para isso, Senhor Presidente, constituiu-se aqui um programa que se trabalha num duplo pé. Primeiro, ele é um programa de serviço, é um programa de atendimento. Ele busca implementar serviço de atendimento de saúde junto à população carente, à população necessitada, à população para a qual os médicos brasileiros não querem ir, porque o programa é ofertado também a médicos brasileiros com prioridade. Naquelas situações em que não há inscrição, não há interesse,

busca-se médicos estrangeiros. No segundo pé, uma política de formação. Qual é a função dessas duas políticas, duas diretrizes? Primeiro, prestar o serviço; segundo, gerar uma formação a esses médicos, uma informação de especialista, que dá a esses médicos, primeiro, a condição e o foco na atenção básica. Atenção básica no país é o centro - e o Ministro da Saúde está aqui e poderá falar com muito mais consistência sobre isso -, mas é o grande centro de atendimento em saúde no mundo inteiro. É onde se foca, onde se realiza as principais soluções preventivas no atendimento de saúde. E, nessa realidade, em que não há interesse do brasileiro em situações de comunidades extremamente carentes, é que são incorporados médicos estrangeiros.

O Brasil faz uma política muito ofensiva, muito significativa na busca de ingresso no Brasil de médicos estrangeiros, que têm se tornado, nesse debate público, um verdadeiro tabu, como se o médico estrangeiro fosse, digamos assim, um médico menos qualificado do que um médico brasileiro. O fato é que a política de formação desses médicos possui diferencias e equivalências em relação ao mundo todo. Agora, o que a política brasileira faz é trazer ao Brasil médicos estrangeiros que estão autorizados nos respectivos países a atuar como médicos, mas vocacionados para o atendimento básico. Isso faz com que se permita um médico que está submetido a uma supervisão

médica e a uma tutoria acadêmica, coordenada pelo Ministério da Educação, realize um atendimento médico com formação.

O elemento formação está muito forte nesse processo, já que ele representa também um esforço brasileiro de construir uma formação não só do profissional, mas um conhecimento do brasileiro, um conhecimento das instituições federais de ensino, vocacionados para o atendimento básico de saúde. E essa formação retorna ao Brasil como conquista acadêmica, não só acadêmica no sentido de conhecimento interpessoal, mas um conhecimento científico apropriado para aperfeiçoamento, para aprofundamento, de forma que os profissionais brasileiros que vierem a ser formados nos períodos subsequentes da nossa história sejam profissionais que também incorporem esse tipo de conhecimento, que tenham, nesse tipo de conhecimento, uma diretriz de formação, que, aliás, está presente na nossa Constituição Federal, quando o SUS também tem como diretriz a formação de profissionais de saúde.

Então, isso está presente no programa Mais Médicos como elemento de formação. Ele é um programa transitório no sentido da incorporação desses programas de formação, mas ele é um programa permanente naquela lógica de formação de médico para o atendimento da

saúde e para a expansão do número de profissionais médicos no país tão necessário.

Eu acredito, Presidente, que, nessa lógica, o esforço que o Brasil fez - e aqui é importante citar também o nível de apoio que a Organização Panamericana de Saúde deu ao programa, seja viabilizando, através de um acordo internacional que o Brasil detém, com essa organização centenária, a possibilidade de incorporação e vinda de médicos, e um programa, que tem que ser dito, essa organização já realiza com mais sessenta países do mundo. O Brasil não é o exclusivo ator a ter um acordo dessa natureza com a Organização Panamericana de Saúde. É um acordo que já se repercute em mais de 600 países do mundo, com a presença de diversos profissionais de origens diversas, fundamentalmente médicos cubanos, que vêm ao Brasil com essa realidade de atuarem aqui nessa dupla atividade: formação e serviço.

Então, isso traz para nós uma oportunidade de atendimento tão indispensável. E aqui está o elemento de urgência. O processo de formação médica é um processo demorado. Tem que ser. É um processo que constitui um profissional que vai lidar com a vida e a morte das pessoas. Então, como tal, ele requer um tempo de formação que se inicia agora com essa mudança da lógica curricular que a lei vem introduzir. Mas a necessidade da população

é agora. E nós vemos acumulando **deficit** desse tempo muito grandes. Por isso que se tornou necessário construir, neste momento, uma solução que superasse uma resistência à vinda desses médicos, mediante uma política de formação e atendimento com supervisão estatal. Os médicos que vêm do exterior não vêm com atuação livre como qualquer profissional teria caso tivesse submetido ao Revalida. Qualquer profissional da saúde pode vir, submete ao Revalida, uma vez aprovado, tem uma atuação livre, em qualquer região do país, na especialidade que ele tem constituído. O que existe de diferencial é que essa política traz um profissional para regiões sob supervisão do Estado, mediante um acompanhamento adequado.

Senhor Presidente, vejo que o meu tempo acabou. Quero agradecer a oportunidade dessa fala e dizer que temos uma oportunidade muito grande no Brasil de aperfeiçoamento dessa nossa realidade médica e garantindo um atendimento da saúde. Acredito que esta Audiência Pública, em particular, é um momento importantíssimo para esses fatos se tornarem conhecidos, debatidos, refletidos e que, oxalá, melhore ainda mais esses programas.

Obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO - (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a presença e também o que veiculado

pelo Advogado-Geral da União. Informo que a Sessão, a Audiência Pública está sendo gravada e o que obtido servirá de subsídio para a decisão do Colegiado.

Ilustre Subprocurador, alguma pergunta?

Vamos ouvir agora doutor Roberto Luiz D'Avila, Presidente do Conselho Federal de Medicina.

Sua Excelência tem a palavra.

O SENHOR ROBERTO LUIZ D'ÁVILA (PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA) - Bom-dia a todos, Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio Mello, Presidente desta Audiência Pública, demais autoridades presentes.

Primeiramente, quero falar da honra de estar aqui nesta tribuna e, ao mesmo tempo, esta honra decorre da crença, da fé, da esperança que os médicos e o povo brasileiro têm no Poder Judiciário, especialmente no Supremo Tribunal Federal, a Casa que julga as questões constitucionais.

E o Conselho Federal de Medicina tem-se posicionado claramente, ao longo de toda a implantação desse Programa Mais Médicos, de maneira muito crítica, de maneira muito dura até em alguns momentos, porque acreditamos que esse Programa está eivado de equívocos. E são sobre esses equívocos que, o tempo permitindo, vamos falar.

Primeiro lugar: lembrar que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são um braço do Estado. Nós não somos, com todo respeito que tenho pelo Doutor Florentino, Presidente da Associação Médica Brasileira, e pelo Doutor Geraldo Ferreira, Presidente da Federação Nacional dos Médicos, nós não somos a associação de médicos; nós não somos um sindicato médico; nós somos uma autarquia federal especial, um braço do Governo, criado por lei para fiscalizar o exercício ético-profissional da Medicina no País. E nós cumprimos o nosso papel que a lei nos outorgou: punimos médicos, fiscalizamos, denunciamos as condições inadequadas para esse pleno exercício ético, defendemos uma isonomia entre todos os médicos, como se defende constitucionalmente a isonomia entre todos os cidadãos brasileiros.

Infelizmente, equivocadamente, esse Programa já traz aí o primeiro problema: cria médicos plenos, aqueles que são formados por universidades brasileiras e, portanto, durante seis anos de Medicina tiveram o acompanhamento do próprio MEC. Portanto, estão gabaritados, estão formados e comprovados pelo Ministério da Educação e Cultura, que podem atender a nossa gente, a nossa população. Esse é um grupo. Eles vão aos Conselhos, registram-se e podem exercer a Medicina em qualquer área, em qualquer região do País e toda população brasileira, a mais vulnerável, a mais

carente, até aquele que possui um plano de saúde, aquele que paga até diretamente ao médico ou ao hospital, ele atenderá a todos que o procurarem.

Ele criou um outro - agora, esse programa -, um segundo tipo de médico: um brasileiro formado no exterior que também, ao retornar ao País, as leis, a própria legislação, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação diz que ele tem que convalidar o seu diploma, e ele, então, também, com o diploma convalidado registra-se no Conselho de Medicina para exercer a Medicina plenamente.

E agora um terceiro tipo, daqueles que não precisam revalidar, daqueles que têm a licença nos seus países de origem. Nós não sabemos como é a formação nesses países, nós não sabemos qual é a fiscalização, se eles têm um Ministério da Educação e Cultura, nós não sabemos a competência desses médicos. E isso é muito simples de resolver, é só aplicar uma prova teórica, cognitiva, de conhecimentos, e uma prova prática de habilidades e aptidões à beira do leito. Qual é a dificuldade? Todos os países sérios do mundo, aqueles que se preocupam efetivamente com a qualidade da atenção, fazem isso. A Inglaterra faz, os Estados Unidos fazem; todo o mundo sério faz isso.

Esse Programa, equivocadamente, dispensa a avaliação da competência. E há a alegação de que tem que ser dispensado, porque senão

eles sairiam do Programa e iriam atender em outro lugar. Ora, se sairão do Programa é porque o Programa não fixa, porque, se o Programa fixasse, se o Programa fosse bom, fosse interessante, nenhum médico estrangeiro gostaria de sair do Programa e ficaria lá naquela região, naquela cidade onde foi designado a atender.

Qual é a dificuldade de se fazer um teste de competência, de avaliação de todos aqueles que nos procurarem? Os outros países fazem isso.

Temos um tratado com Portugal, um Tratado de Amizade e Cooperação, um tratado internacional com Portugal. Mas os médicos portugueses precisam fazer a revalidação do diploma aqui, como eu, que tenho raízes, tenho a origem portuguesa, fui a Portugal e preciso fazer também, mesmo sendo um professor já aposentado da Universidade Federal de Santa Catarina, um médico aposentado do Ministério da Saúde, depois de mais de 35 anos de atuação, preciso fazer uma avaliação em Portugal para ser clínico geral, porque, para ser cardiologista em Portugal, eu teria que fazer ainda mais outras provas e mais anos de formação, porque a formação de um cardiologista no Brasil é diferente da Comunidade Europeia.

O mundo funciona assim, porque os países querem saber quem são esses médicos que vão tocar no seu povo. E aí criamos já, além dessa

falta de isonomia entre médicos, porque eu não sei se eles são médicos; o diploma não tem uma tradução juramentada, não há avaliação da competência, dizem que são médicos, e, por isso, o Conselho Federal foi ao Judiciário pedir para não registrar esses médicos como os médicos brasileiros, como todos os médicos estrangeiros que fazem o Revalida. E a Justiça disse que não, que deveríamos registrar, porque era uma medida provisória e, como ela estava em vigor, nós teríamos que obedecer. E assim fizemos.

Dois presidentes de Conselho de Medicina, Minas Gerais e Paraná, renunciaram aos seus cargos para não registrarem médicos que não se sabia, com certeza, se eram médicos. Então, era muito natural que passássemos para o Ministério da Saúde, o autor desse Programa, o registro desses médicos e arcasse com a responsabilidade, com todas as consequências.

E isso está ocorrendo. Temos, pelo menos, duas castas de médicos, uma divisão: para as pessoas simples e carentes, médicos sem revalidação, sem CRM, apenas a inscrição no Ministério da Saúde; para a elite, para aqueles que podem pagar plano de saúde, para aqueles que podem pagar diretamente ao hospital ou ao médico, esses são médicos com CRM; se não são gabaritados, os que têm CRM, denuncie. O Conselho Regional e o Conselho Federal estão aí para punir. E quero informar, porque é pública esta Audiência, que o Conselho Federal de Medicina cassa dois médicos por mês,

confirma a cassação feita nos Conselhos Regionais, e cassamos dois médicos por mês.

Ainda a Lei nos garante, nos permite que possamos fiscalizar. Mas temos o entendimento que, como não são nossos jurisdicionados, nós vamos encaminhar todos os casos de denúncia ao Ministério Público para que ele, então, dê continuidade ao ato. Mas vamos continuar fazendo a função legal de fiscalizar o exercício ético da profissão. E as denúncias já começaram: prescrições erradas, encaminhamentos inadequados. E estamos só com menos de 5 meses; menos de 5 meses, ainda não mudou nada, só surgiram denúncias. Eu não sei quanto tempo será necessário para mudar essa realidade, já que são médicos que foram até anunciados, por fonte oficial do Ministério da Saúde, que são médicos especialistas em saúde da família. E, se são especialistas em saúde da família, por que vêm para o Brasil fazer um curso de especialização e pós-graduação em saúde da família? Já não são especialistas? O primeiros 400 que chegaram, foi noticiado que eram especialistas, com quinze anos de experiência. O que vem fazer um médico especialista em saúde da família, por que vem fazer novamente, a mesma especialidade no Brasil? Estranho. Onde estão os tutores e os supervisores? Cadê a lista? O Conselho Federal de Medicina - como autarquia, tem o direito de saber - e já oficiamos ao Ministério da Saúde -

pedindo a lista dos tutores acadêmicos, supervisores profissionais, e até agora isso não nos é passado. Que pós-graduação é essa que alguém fica sozinho atendendo às pessoas, sem uma supervisão direta? Como é a residência médica? Na residência médica, você tem o médico do *staff*, do serviço de residência, ao lado orientando. Que supervisão à distância pode efetivamente ajudar esse médico a se formar? Ou seria também uma deformação, que nós já estamos vendo, com a abertura de vagas indiscriminadas, sem a estrutura, sem um corpo docente qualificado? Esse é um outro problema, um outro equívoco que esse Programa nos traz. E eu vou só passar... eu trouxe uma quantidade grande de *slides*, mas vou apenas passar muito superficialmente para mostrar o que mais nos preocupa é essa urgência. Não há urgência nesse programa. Relevância social, quem é que pode dizer que qualquer programa de saúde não tem relevância? Todo programa de saúde tem relevância.

Como vamos precisar de um programa de saúde de urgência para a dengue, que está batendo às portas do nosso país e que será muito pior do que os outros anos. Todo programa voltado para a saúde pública tem relevância. A urgência, é que nós questionamos. Por que um governo que está no poder há 10 anos, por que um governo no poder há 10, 11 anos resolve, nos 45, 44 minutos do segundo tempo, criar um programa de urgência? Antes não precisava.

Quando era Ministro o Doutor Temporão, participamos de uma comissão de criação de uma carreira de Estado, como a solução definitiva para fixar, não somente o médico, era enfermeira, era farmacêutico e bioquímico, era odontólogo. Foi criado todo o modelo construído, que deve estar adormecido em alguma gaveta, lá no Ministério da Saúde, deve estar lá, mas adormecido, escondido, em alguma gaveta. Esse programa jamais foi para frente dentro do Ministério da Saúde, porque houve a troca, e, é claro, outros interesses, outros programas se tornaram mais importante. Mas não há saída, para você fixar um médico, uma equipe de saúde no interior, você tem que levar toda a assistência para o interior, você tem que interiorizar a assistência, e isso se faz com estrutura, com investimentos, isso se faz com carreira de Estado, uma carreira típica do Estado, como existe a do Ministério Público, como existe a do Poder Judiciário. Essa é a maneira mais lógica, mais racional; onde há urgência, e não há nenhuma medida efetiva para resolver, são esses lugares, no Brasil inteiro. As urgências e as emergências sem condições, e os médicos que trabalham aí, Senhor Presidente, nunca chegaram, nunca foram recebidos com banda de música, foguetes, nem tapete vermelho. Esses que estão ali são os verdadeiros heróis, porque trabalham em condições sub-humanas, são mal-remunerados, não têm carreira, fazem plantões de 24, às vezes dobram, 48 horas, porque não há gestão competente, não há

investimento, não há nada; em cima de maca, em cima de balcão, sem pia - eu não trouxe os piores, eu trouxe aqueles que eu poderia, honradamente, respeitando esta Casa, mostrar sem chocar a plateia - , mas são casos terríveis de descaso, de abandono; e os médicos são tratados assim, ficam reféns dos prefeitos.

Mais um equívoco. Médicos estão sendo demitidos das prefeituras para desonerar a folha do senhor prefeito e receber bolsistas. Eu não posso admitir que alguém diga que esses médicos estrangeiros só irão para onde, para os lugares aonde os médicos brasileiros não querem ir. Como médico há quase quarenta anos, foi a campanha mais sórdida, foi a campanha pior, a desqualificação pior que os médicos brasileiros já sofreram.

Para justificar a vinda de estrangeiros, vendeu-se a ideia de que médico brasileiro é mercenário, não quer ir para o interior, não gosta das pessoas pobres. Mentira! Deslavada mentira! Ofensa pública a essa categoria que tem se desdobrado, que tem trabalhado no SUS, que nós ajudamos a construir; não foi quem chegou agora, que tem calça curta, que pensa que está construindo o SUS. A minha geração construiu esse SUS, que não vai para frente por falta de infraestrutura, por falta de investimento, dinheiro que deixou de ser gasto - ao longo dos dez anos, últimos dez anos, um orçamento inteiro do Ministério da Saúde, um pouco mais de 90 bilhões deixaram de ser

gastos; 17 bilhões deixaram de ser gastos no ano passado, em 2012, e buscam uma nova forma de financiamento, uma nova fonte de financiamento. Dinheiro é pouco, mas se fosse bem-gerenciado daria para se fazer muito mais coisas.

Os médicos brasileiros querem ir para o interior. Os médicos brasileiros querem trabalhar no SUS. Mas eles, além de querer que a população seja respeitada, os médicos brasileiros querem respeito. Não é com bolsa, não é com bolsa, sem férias, sem décimo terceiro, não é uma falsa forma de especialização travestida de trabalho. É um trabalho. Os médicos brasileiros querem respeito, querem uma carreira de Estado, querem férias, querem décimo terceiro, querem condições ideais para trabalhar. Bolsas, já passamos dessa fase de residente, já recebemos as nossas bolsas.

Os médicos não estão indo para o interior, para as áreas remotas não. Florianópolis, a minha cidade, um dos Estados mais ricos do País, melhor, um dos melhores IDHs - Índice de Desenvolvimento Humano -, uma das melhores expectativas de vida, uma das menores mortalidades infantis, no meu Estado, os prefeitos se matricularam para receber médicos estrangeiros desse Programa Mais Médicos. E temos lá agora Florianópolis, Blumenau, uma cidade riquíssima, Camburiu, cheia de argentinos. Qual o problema dos argentinos? Nenhum, sem - aí vem o problema agora -, sem a

comprovação da sua competência, da sua qualidade. É isso que mais nos aborrece em toda essa história, mais nos entristece - médicos sem qualificação comprovada.

E isso poderia ser resolvido com Revalida, que é um sistema, é um exame que o próprio Governo criou em 2011, 2010, aplicado em 2011, 2012, e agora este ano, que é em torno de 10% de aprovação: de cada cem que fazem, apenas dez passam; de cada dez que fazem, apenas um passa. E não venham falar que é um exame difícil, que é um exame para especialistas, é um exame para médico, que os nossos estudantes de Medicina, como foi feito um teste na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no quinto ano, mais de 70% foram aprovados.

Nossas escolas são boas, são boas! Nós fomos aprovados nessas escolas, somos bons médicos e queremos fazer o que todo mundo faz: avalia a competência dos médicos que irão tocar nas pessoas. Não existe médico só de atenção básica, médicos só de especialidade. O médico se forma numa visão completa, num todo, e depois se encaminha para área que mais ele entende que pode ajudar as pessoas.

Vejo que meu tempo se esgota, mas nós também estamos acreditando que é possível se trabalhar com qualidade, buscar a qualidade da atenção, a qualidade da formação dos médicos, a qualidade da gestão, mas

não por medidas, muito mais do que provisórias, medidas improvisadas, medidas que, talvez - e aí apenas lanço no ar uma dúvida que eu tenho -, haja, por trás dessa medida de urgência, onde nós não vemos urgência, muito mais interesse pessoal em 2014 do que o interesse propriamente na saúde do nosso povo.

Muito obrigado, Senhor Ministro.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço as palavras do Doutor Roberto Luis D' Ávila. E aproveito para consignar que a definição dos interesses, sob o ângulo constitucional da população brasileira, faz-se presente um caleidoscópio, ou seja, faz-se presente visões diversificadas sobre a matéria.

Ouviremos agora Sua Excelência o Senhor Ministro de Estado da Saúde, Doutor Alexandre Padilha.

O SENHOR ALEXANDRE PADILHA (MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE) - Muito bom-dia, Senhor Ministro Marco Aurélio Mello. Parabenizo o Senhor, mais uma vez, pela oportunidade dada não só às visões diferentes desse caleidoscópio, como o Senhor falou, mas também ao conjunto da população brasileira, da sociedade brasileira para debater esse tema. É uma honra para o Ministério da Saúde, para o conjunto do Sistema Único de Saúde, esse debate vir para a Suprema Corte, para uma audiência pública como esta.

Quero saudar meu Colega de Governo, Advogado-Geral da União, Doutor Luiz Inácio Adams; saudar o Subprocurador-Geral da República, Doutor Odim Brandão Ferreira; saudar o meu Colega médico, Presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto D'Ávila; saudar meu Colega médico, Presidente da Associação Médica Brasileira, Doutor Florentino; em nome do Doutor Mozart Sales e Doutor Paulo Speller, saudar os membros do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação aqui presentes.

Eu, Senhor Presidente, se o Senhor me permitir, eu vou usar o microfone, com o hábito de dar aula, para poder apontar aqui um conjunto de apresentações, se o Senhor permitir essa possibilidade.

O Brasil assumiu, pela sua Constituição, um desafio que nenhum país da nossa dimensão resolveu assumir, que é buscar levar saúde pública, universal e gratuita para um país de duzentos milhões de habitantes. A rigor, nenhum país do mundo com mais de cem milhões de habitantes resolveu assumir esse desafio, um desafio muito complexo em relação ao nosso País. É um desafio que só será construído com visões diferentes, com o caleidoscópio que o Senhor falou. Mas um desafio tão complexo como esse, é muito importante que todas as instituições que participem deste debate, participem do debate recolhendo e acolhendo as visões diferentes, mas sem

querer destruir o seu interlocutor, sem querer criar adjetivos que possam, através de uma suposta desqualificação do interlocutor, tentar desqualificar a proposta ou visão diferente. Nosso País é muito diverso. Ao longo desses vinte e cinco anos, construímos, com a força dos médicos brasileiros, dos enfermeiros brasileiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, nutricionistas, todos os profissionais de saúde, números do Sistema Único de Saúde que impressionam a todos. Muito nós temos caminhar ainda. Muito nós temos que avançar. Mas o SUS, ao longo desses vinte e cinco anos, constituiu-se num patrimônio do povo brasileiro, que, ao longo desses vinte e cinco anos, foi construído com visões diferentes, com opiniões diferentes, mas é fundamental o respeito entre as partes diferentes. Qualquer postura que busque desqualificar o interlocutor ao invés de ouvir a sua opinião, e, a partir daí, construir consensos políticos no nosso País, não será o que vai contribuir para o Sistema Único de Saúde. Ao longo desses vinte e cinco anos, só alcançamos alguns objetivos por conta do SUS. A Organização, a ONU estabeleceu objetivos do milênio para 2015. O Brasil é um dos poucos países do mundo que alcançou esses objetivos do milênio de forma antecipada, em função desses vinte cinco anos do SUS. Um dos exemplos é a mortalidade infantil que o relatório da UNICEF, este ano, aponta o Brasil como o que mais reduziu a mortalidade infantil na América Latina, entre os BRICS e entre os países com

renda média elevada. Um outro exemplo, em relação à redução da malária, da AIDS, da tuberculose, do conjunto de objetivos do milênio, que foram alcançados antecipadamente, antes de 2015, por conta do Sistema Único de Saúde. Outro exemplo, em relação à tuberculose, também objetivo do milênio, onde o relatório de 2013 aponta o Brasil como um caso de sucesso importante de ter atingido as metas antes de 2015.

Mas a nova realidade da população brasileira nos traz novos desafios para o Sistema Único de Saúde. E eu não tenho dúvida nenhuma que o Programa Mais Médicos, ele ajuda o Brasil a estar mais próximo de responder a esses novos desafios e ajuda o Brasil a estar mais próximo daquilo que está estabelecido no Direito Constitucional, da saúde ser um direito de todos e o dever do Estado.

O envelhecimento da nossa população vai exigir não só a reorganização do Sistema Único de Saúde, mas, sobretudo, a reorganização da formação do profissional em saúde no nosso País. Um profissional que esteja mais preparado para lidar com as doenças crônicas, que tem muito a ver com o modo de vida, o modo de moradia, o local de trabalho, os hábitos diários.

Daí, a importância do fortalecimento da atenção básica em saúde. É aquela que permite que uma equipe multiprofissional, onde um médico lidera essa equipe multiprofissional, tenha uma abordagem integral

daquele paciente, porque o hábito de vida, onde mora, onde trabalha vai ser decisivo para essas doenças crônicas, que é a hipertensão, diabetes, o câncer, que serão cada vez mais comuns neste País que envelhece cada vez mais.

Por isso é que o Mais Médicos é um passo muito importante para fortalecermos o nosso Sistema Único de Saúde, a ideia da atenção básica.

Também vamos precisar de formar especialistas. E, por isso, o Programa Mais Médicos também abre, como forma estruturante, a oportunidade de que todo médico que se forme neste País possa ter oportunidade de fazer uma residência médica, uma formação de especialista.

Estou falando aqui, só mostrando aqui rapidamente a nossa necessidade de expandirmos, por exemplo, a oferta de radioterapia para o tratamento do câncer no nosso País. O crescimento da curva mostra o quanto nós estamos intensificando essa ampliação da oferta, mas ter o profissional, que é o radioterapeuta, ter o médico oncologista, ter o médico que saiba indicar com formação especialista será fundamental para além dos equipamentos.

A mesma coisa em relação à necessidade de ampliarmos a oferta de cuidados de UTI, cuidados intensivos à nossa população.

Senhor Presidente - eu sempre tenho dito isso, foi o eixo do nosso Plano Nacional de Saúde, como disse Doutor Adams -, nós temos quatro

grandes desafios estratégicos do SUS nesse momento. Quem falar que o programa Mais Médicos vai resolver todos os problemas de saúde do nosso País está faltando com a verdade. E o Governo federal e o Ministério da Saúde sempre apontaram para isso. Mas ele é um passo muito importante, em primeiro lugar, para fortalecermos a atenção básica e, sobretudo, para resgatar a essência do SUS, porque o Mais Médicos, ele coloca, em primeiro lugar, o interesse da saúde da população, sobretudo, aquela que mais precisa, que vive nas áreas mais carentes, muitas vezes, áreas de alta vulnerabilidade, muitas vezes, áreas onde é muito difícil fixar o profissional médico, coloca em primeiro lugar esse interesse do que qualquer outro interesse que possa existir no campo da saúde, sejam interesses comerciais, sejam interesses mercadológicos, sejam interesses de uma ou de outra categoria.

São quatro grandes desafios: um, a força de trabalho; o outro desafio fundamental que é produzir aqui no Brasil os medicamentos, as vacinas, os insumos que nós precisamos; terceiro grande desafio, melhorar, aprimorar cada vez mais a gestão, transparência e combate ao desperdício; e um quarto grande desafio, garantir um financiamento estável.

Para todos eles, o Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Saúde, que foi definido pelo Conselho Nacional de Saúde que tem

participação do conjunto da sociedade, apontou políticas, estratégias que vêm sendo cumpridas com grande esforço pelo Ministério da Saúde.

Vou passar aqui rapidamente cada uma delas.

Relação e inovação tecnológica. Para oferecer saúde pública gratuita para a população é muito importante produzir medicamentos, vacinas e equipamentos aqui no Brasil. Medidas legais, alterações das leis pelo Congresso Nacional e medidas e políticas do Governo Federal possibilitaram, por exemplo, ao Brasil passar a produzir 96% das vacinas que aplica hoje, fez com que o Brasil voltasse a produzir insulina, fez com que o Brasil pudesse ter uma política para produzir e garantir a aquisição de equipamentos com conteúdo nacional.

Terceiro grande desafio. Gestão, transparência e combate ao desperdício. Aqui um conjunto de medidas do Ministério da Saúde, algumas delas inclusive com forte parceria com o Poder Judiciário, Conselho Nacional de Justiça, com forte parceria com o Conselho Nacional do Ministério Público no sentido de aplicarmos melhor os recursos.

O quarto desafio: o tema do financiamento. Mas a própria Organização Mundial de Saúde, na reunião realizada este ano aqui no Brasil, dia 11 de novembro de 2013, apontou, no seu relatório final, que a força de trabalho em saúde é fundamental para garantir saúde e sobretudo saúde

pública universal para uma população. O texto, o título do relatório dessa reunião é Uma verdade universal: não há saúde sem força de trabalho. E aponta o Brasil, a situação do Brasil abaixo dos índices da Organização Mundial de Saúde sobre a necessidade de profissionais de saúde. Coloca o Brasil, nas Américas, em 19º lugar, comparado com os outros países, em relação ao número de ofertas de saúde. E aponta algumas estratégias importantes essa reunião da Organização Mundial de Saúde, que se realizou por grande oportunidade aqui no Brasil.

Primeiro: intensificar a cooperação internacional. Nós não podemos ter uma postura arrogante de achar que médicos formados em outros países, temos que desconfiar se são médicos ou não. Como podemos falar: dizem que são médicos? São médicos formados, experientes, têm comprovada a sua universidade onde se formou, a faculdade onde se formou. Recomenda fortemente mudanças na formação médica, priorizando a atenção básica. É exatamente isso que a Lei do Mais Médicos fez. O Congresso Nacional, na sua Lei do Mais Médicos, estabeleceu que uma parte da formação médica tem que ser feita na atenção básica. A Lei dos Mais Médicos estabeleceu que uma parte da residência médica, da formação do especialista será feita na atenção básica com supervisão, e que o provimento de profissionais através de médicos brasileiros ou formados em outros países

priorizem a atenção básica. Estabelece também um conjunto de propostas, como seguir regras do Código Mundial de Recrutamento de Profissionais, que o Programa Mais Médicos segue de forma integral, e, pela fala da diretora geral da OPAS, que mais de 40% da força de trabalho em saúde de um país esteja na atenção básica. Hoje nós temos cerca de trinta e quatro mil médicos brasileiros na atenção básica de saúde; isso é menos do que 10% dos médicos que nós temos formados e inscritos no nosso País.

O Brasil precisa de médicos. A comparação com outros países revela e reforça isso. No começo do debate, muitos falavam: o Brasil não precisa de Mais Médicos. Ao longo do debate, todos os setores foram se convencendo que o Brasil precisa sim de Mais Médicos. O Brasil também precisa distribuir melhor os médicos que tem; nós temos cinco Estados que têm menos de um médico por habitante, a grande maioria dos Estados brasileiros é abaixo da média nacional, que está muito abaixo da média, quando comparado com outros países que têm sistemas nacionais públicos. E quando a gente pega o volume de profissionais que estão na atenção básica, reforça que o Brasil não só precisa distribuir melhor regionalmente os médicos que tem, os médicos que vai formar, como é fundamental ter estímulos para que os profissionais estejam na atenção básica de saúde, como eu falei, menos de 10% dos médicos brasileiros estão na atenção básica de saúde, quando a

OPAS recomenda que 40% da força de trabalho em saúde esteja na atenção básica de saúde.

Ao longo dos últimos anos, a oportunidade de novos empregos para profissionais médicos, oportunidade de espaços abertos, postos de trabalhos abertos em relação aos médicos foi muito superior, porque comparado com as profissões de saúde. Essa linha laranja nesse gráfico seria a proporção de profissionais formados com empregos ofertados a esses profissionais, ou seja, um para um. Para cada profissional formado, um emprego ofertado. Como a gente percebe, de 2002 para cá, a linha azul, que é dos profissionais médicos, ficou sempre acima dessa proporção de empregos ofertados para profissionais formados, diferente das outras profissões. Por isso, também a urgência de um programa de oferta e formação de profissionais da saúde, com foco na categoria médica, porque a realidade de mercado do médico é diferente do conjunto das outras profissões de saúde no nosso País.

O Brasil também precisa de médicos especialistas. Esse é o dado da pesquisa feita em hospitais públicos e privados. Por isso a importância do Programa Mais Médicos gerar abertura de vagas de residência médica, de formação de especialistas para que possamos ampliar a formação de especialistas em nosso País.

Os dados mostram que - essa é uma pesquisa feita por um jornal e não um dado do Ministério da Saúde -, ao longo dos últimos anos, nós aumentamos mais em equipamentos, mais em infraestrutura, mais em novas unidades de saúde do que, proporcionalmente, aumentamos em relação ao número de médicos em nosso País. Nós precisamos ampliar a infraestrutura de saúde, nós precisamos ampliar equipamentos, precisamos melhorar o conjunto da infraestrutura. O Doutor D' Ávila mostrou fotos aqui; não sei se são fotos desse momento ou se são fotos antigas, mas uma parte delas já mudou essa realidade. Nós precisamos ampliar muito os recursos, os investimentos e acelerar os recursos em infraestrutura. Mas, nos últimos anos, temos ampliado mais em infraestrutura do que em formação de médicos em nosso País.

O Programa Mais médicos não foi a única medida do Ministério da Saúde em relação a esse tema. Desde janeiro de 2011, quando começou o Governo da Presidenta Dilma, uma série de medidas vêm sendo tomadas no sentido de enfrentarmos essa realidade e fazermos com que tenhamos médicos com formação mais concentrada na atenção básica e ampliamos a formação de especialistas para podermos atrair profissionais médicos para as áreas mais carentes. Uma série de medidas foram tomadas até janeiro de 2013 em relação à criação do Provab e a ampliação de vagas de

residência. O Ministério da Saúde passou a colocar recursos próprios para a formação de residências e não só os do Ministério da Educação.

Em janeiro de 2013, nova leva de prefeitos fez solicitação muito concreta à Presidenta Dilma e começou, a partir dali, uma intensa campanha chamada também Cadê o médico? Da importância do Ministério da Saúde fazer o que outros países do mundo fazem, que é ter programa de atração de médicos de outros países. Daí surgiu a Medida Provisória do Programa Mais Médicos, que já é Lei amplamente debatida no Congresso Nacional. Uma parte do debate que nós estamos fazendo aqui já foi feita no Congresso Nacional, e o legislador considerou não só que a medida provisória, naquele momento, era correta, tinha urgência e relevância, como aprimorou a Medida Provisória.

Uma das ações, inclusive, desse aprimoramento da Medida Provisória, é não só ter ações que provejam médicos a curto prazo, ações que ampliem a formação de médicos, que ampliem a formação de especialistas e que busquem melhorar a qualidade da formação do médico brasileiro, instituindo o chamado Teste de Progresso, que também é uma experiência ocorrida em outros países do mundo. A Lei, no Congresso Nacional, estabelece isso a partir de um debate, inclusive com o próprio Ministério da Saúde. E o Congresso Nacional tomou uma decisão de passar para o

Ministério da Saúde o registro dos profissionais não formados no Brasil que participam do Mais Médicos.

Aí eu queria aqui fazer um parênteses: não é verdade dizer que se criou agora uma categoria diferente de médicos que atuam no Brasil e que não têm a validação do diploma aqui no Brasil. Antes mesmo do Mais Médicos, já havia regras claras para trazer médicos estrangeiros para o Brasil, que não validam o diploma e que participam de programas de intercâmbio, de formação de residência, de formação de especialistas, que atuam aqui no Brasil em serviço, atendem pacientes com acompanhamento, supervisão ou programa de formação sem necessariamente fazer a validação do diploma.

O próprio Conselho Federal de Medicina tem um convênio com Cabo Verde, onde traz médicos de Cabo Verde para um programa de formação e de residência médica, que é formação em serviço, atende pacientes num programa de formação em serviço. A maior parte - o Doutor D'Ávila sabe disso - desses médicos de Cabo Verde foi formada em Cuba, em escolas médicas de Cuba, e faz um programa, inclusive em parceria com o Conselho Federal de Medicina. Então, não estamos criando agora uma nova categoria. Já existia essa categoria anteriormente. Havia a possibilidade de médicos formados fora do Brasil participarem de programas de intercâmbio, formação, formação em serviço e que atendem pacientes com programa de supervisão

acompanhada pelas universidades, e o Congresso Nacional, a Lei - agora é lei - estabeleceu regras claras, específicas para o Programa Mais Médicos, de como esses profissionais podem atuar no nosso País.

Primeira ação do Programa Mais Médicos é o investimento em infraestrutura. E aqui é importante o conjunto de mudanças que estão acontecendo nessas unidades de saúde. Agora eu posso afirmar por experiência pessoal, Presidente Marco Aurélio Mello, eu tinha acabado a minha residência médica, tinha passado no concurso de médico-assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, e, naquele momento, nós assumimos um desafio que foi não assumir o concurso de assistente e poder montar um núcleo do meu departamento da Faculdade de Medicina da USP no interior do Estado do Pará. Nós fomos chamados para esse desafio. Fui sozinho no primeiro momento, depois outros médicos foram comigo, depois médicos-residentes, estudantes. E eu posso dizer: a presença do médico no Município que não tem estrutura de saúde também contribui para essa mudança, para a organização da estrutura de saúde desse Município. Aquelas regiões que nós fomos no final dos anos 90 hoje têm uma realidade diferente do que tinham antes de termos ido nesse programa nesse núcleo da Faculdade de Medicina da USP.

Outros países do mundo têm programas de recrutamento de médicos estrangeiros: Inglaterra, 37%; Estados Unidos, 25%.

Não é verdade também que outros países não têm programas onde o médico venha a atuar sem fazer a revalidação. Nós fomos estudar essas experiências. Vimos experiências em Portugal. Portugal tem programas onde atua, com atuação exclusiva em algumas áreas rurais, sem fazer revalidação. No Canadá, por anos. Na Austrália, até dez anos sem fazer revalidação, fazendo um processo de avaliação por órgãos designados pelo governo australiano.

Aqui resultados, já terminando o meu tempo, o que é a expressão real do Programa Mais Médicos. Aqui o conjunto dos Municípios que aderiram: grande concentração na Região Norte do País, embora tenham, sim, realidades de periferias das grandes cidades de Sul e Sudeste, que também aderiram.

Aqui, já na primeira etapa do Programa, vamos chegar, até dezembro, a mais de seis mil médicos atuando, e vejam o colorido do mapa, para onde estão indo esses profissionais médicos, mas não vão sozinhos, vão com supervisão, vão com universidades próximas a eles, e com isso poder provocar mudanças na realidade dessas realidades. Nós vamos chegar, já em dezembro, à situação de todos os municípios do semiárido brasileiro do

Nordeste; todos os municípios da Amazônia brasileira; todos os municípios de regiões empobrecidas como Vale do Jequitinhonha e Vale do Ribeira, que participaram e que aderiram ao Programa receberem pelo menos um médico com supervisão, com universidade e com os investimentos em estrutura. Esse é o impacto, já em dezembro, do aumento das equipes de atenção básica. Sairemos de 34 mil equipes para mais de 41 mil equipes de atenção básica nas áreas mais carentes do País.

Poderia falar aqui do relato dos pacientes, das pessoas, da própria imprensa que ficam bastante evidentes, do impacto inicial do Programa e que - acredito - irá só se consolidar, porque a presença do médico nesses municípios certamente vai provocar mudanças na estrutura.

Eu vi, por exemplo, Doutor William Bicalho, que está no município de Itaboraí, aderiu ao Programa Mais Médicos, chegou lá. O município logo depois pegou recursos para reformar e ampliar a unidade de saúde, pegou esses recursos para reformar, ampliar e construiu. Já está com recursos para construção, reforma e ampliação de três unidades de saúde, e a presença desses médicos nesses municípios vai fortalecer, sem dúvida alguma, a reestruturação desse serviço de saúde.

Já vi que meu tempo se esgotou, Senhor Presidente. Quero agradecer mais uma vez a possibilidade de podermos fazer este debate nesta

Casa em conjunto com a sociedade brasileira em relação a esse passo que faz com que o Brasil se aproxime mais da sua responsabilidade constitucional de levar saúde para todos, sobretudo para aqueles que mais precisam.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço o que veiculado pelo Ministro Alexandre Padilha, o gestor maior do Programa Mais Médicos, médicos ultrapassando, portanto, fronteiras. E devo registrar que é importantíssima a junção desses dois predicados: o predicado técnico-constitucional e o predicado humanístico, já que a ordem jurídica existe para beneficiar os cidadãos em geral.

Vamos ter a participação do nosso Subprocurador-Geral da República, Dr. Odim Brandão Ferreira. Com a palavra Sua Excelência, e, mais uma vez, muito obrigado ao Ministro Alexandre Padilha, por ter acorrido a este encontro. E o encontro será, não tenho a menor dúvida, salutar para o bom desfecho das duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade.

O SENHOR ODIM BRANDÃO FERREIRA (SUBPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA) - Eminente Presidente, Senhor Ministro da Saúde, eu queria formular duas perguntas para ver se entendo um pouco melhor o sistema da Lei.

Quando a gente lê a Lei, e depois nas exposições que já se fizeram aqui, a gente percebe que há duas grandes questões. A primeira

questão é a reformulação dos cursos de medicina no país, e uma segunda questão é a aceitação ou recepção de médicos estrangeiros.

Eu pergunto se essas duas coisas estão ligadas ou são, pelo menos, relativamente autônomas, de sorte que eventual invalidade de um aspecto poderia não contaminar o outro.

O SENHOR ALEXANDRE PADILHA (MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE) - Eu diria que as duas são questões são ligadas. Primeiro, elas caminham de forma conjunta, a ampliação de cursos de medicina, sobretudo no interior do país, na periferia das grandes cidades, e a ampliação e mudança do perfil de residência médica, formação de residência médica, será, em primeiro lugar, decisiva para que medidas de formação na atenção básica, de provimento na atenção básica, de atração de médicos de outros países possam ser medidas cada vez mais transitórias e não permanentes no nosso país, podermos ampliar a formação de médicos no nosso país, aproximarmos mais dos padrões de outros países, em relação a número de médicos por mil habitantes, e mudar a formação de médicos em nosso país são mudanças muito estruturantes na escola médica e na formação de residência médica; irá prover o conjunto da população brasileira não só em número, mas em qualidade de médicos que conheçam mais a realidade da saúde do nosso povo.

Isso pode permitir que, com o tempo, não se precise tanto atrair médicos de outros países, que são médicos com experiência, com formação - vários deles de especialista, ou em saúde da família ou em outras especialidades - e que veem nesse sistema de intercâmbio, não só se aprimorarem também no Brasil, conhecerem a realidade brasileira - é muito bom um médico especialista conhecer outras realidades, realidade tão diversa quanto do nosso país. Eu sou infectologista e acho que qualquer profissional médico, qual seja a sua especialidade, não tem que interromper o seu processo de formação. Ser especialista numa área não significa você se aprimorar cada vez mais. Você poder fazer outras especialidades, e a oportunidade de poder fazer uma especialidade em outro país é muito importante para o aprimoramento da formação desse médico.

Mas, além disso, nós temos um ganho imediato com a presença desses médicos que vem em formação. Um ganho mais imediato é, inclusive, poder - uma proposta de formação em serviço -, poder garantir atendimento médico a uma parcela da população que não tem esse atendimento. Mas nós temos um outro ganho: que é a presença desse médico, com a formação que ele faz aqui no Brasil, com a supervisão que é feita e com a experiência que ele tem, ajuda também a organizar os serviços de saúde aonde ele está. Isso nós temos colhido das experiências muito concretas, de

secretários municipais, de secretários estaduais ou mesmo de relatórios, que são repassados para todos nós através do processo de supervisão. A presença desses médicos ajuda a organizar o serviço, a trazer experiência que eles trazem, a aprimorar o conjunto da equipe de saúde que atua com ele. Ou seja, essa estratégia de prover o profissional médico com formação e serviço, com supervisão, com curso de especialidade para esses profissionais tem contribuído também com o papel e a formação dos outros profissionais que atuam com esse profissional médico. Quer dizer, ganha o conjunto do sistema de saúde.

E a combinação de mudanças na formação, da direção em ampliarmos os cursos de medicina para áreas mais carentes do país, com a vinda de profissionais que têm experiência em atenção básica, e atuaram, inclusive, em missões, em situações de extrema vulnerabilidade, cria, não só para nosso sistema de saúde, mas também para o nosso sistema de formação de profissionais de saúde, um conteúdo fundamental e uma prática - o que a gente chama de campo de prática em serviço fundamental - para formarmos médicos que conheçam mais a realidade da saúde da nossa população.

Nós só vamos formar médicos que conheçam a realidade da saúde da nossa população se eles puderem, ao longo do curso de medicina, exercitar - no que nós chamamos de campo de prática - na unidade básica de

saúde, nas áreas mais carentes. A vinda desses médicos de fora, quando for necessário, quando não temos número suficiente de médicos brasileiros para cumprir o atendimento na atenção básica, ajuda a fortalecer um campo de prática para a formação dos profissionais que nós estamos formando.

Vou aqui, mais uma vez, falar da minha experiência pessoal. O fato de termos definido, na Faculdade de Medicina da USP, montar um núcleo da Faculdade de Medicina da USP no interior do Pará teve um impacto imediato para as populações, para a saúde da população daqueles municípios do interior do Pará, mas teve um impacto decisivo para a formação da Faculdade de Medicina da USP e da residência médica em formação de especialistas em saúde da família, em infectologia, clínica médica e outras especialidades, porque criou um campo de prática no interior do Pará onde os profissionais em formação poderiam atuar.

Então, por isso, são indissociáveis, as ações de vinda de profissionais têm um impacto imediato na saúde da nossa população, mas consolidam um campo de prática na atenção básica em saúde em áreas vulneráveis - não só em municípios remotos, mas no interior, na periferia das grandes cidades -, que será fundamental para a expansão da escola médica, para a expansão da residência médica.

Citar um exemplo daqui, Subprocurador: eu fui visitar - toda a semana eu faço questão de estar numa unidade básica de saúde, onde tem médicos do Mais Médicos, sejam médicos estrangeiros sejam médicos brasileiros - aqui em Samambaia, aqui em Brasília. Temos um posto de saúde que estava reformado, estruturado, equipado com recursos, inclusive, do Programa do Ministério da Saúde, e que não tinha todas as suas equipes completas para a atenção básica de saúde; agora passou a ter com médicos brasileiros e médicos estrangeiros que vieram; agora ele se consolidou como um campo de prática para a formação, não só desses médicos que vieram, mas também para alunos de faculdades estaduais aqui de Brasília, de faculdades particulares de Brasília, tanto na graduação quanto na pós-graduação. Por isso, são indissociáveis; fortalecer a atenção básica, consolidar a atenção básica é consolidar um campo de prática fundamental para formarmos médicos que conheçam mais a realidade da saúde do nosso povo.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Satisfeito Doutor Odim?

O SENHOR ODIM BRANDÃO FERREIRA (SUBPROCURADOR GERAL DA REPÚBLICA) - Muito.

Eu teria uma segunda objeção, e ela compartilha do Dr. D'Avila: Qual seria a objeção à submissão dos médicos estrangeiros ao exame convencional brasileiro?

Perdão, permita-me uma reminiscência da minha clínica forense: eu tive um mandado de segurança em segunda instância, passou pelas minhas mãos um médico estrangeiro que pedia a revalidação. E a entidade pública encarregada disso fez tantas exigências descabidas, tantas mesmo, que ele teve que ir ao Judiciário para obter algo que evidentemente não se queria dar propositalmente. Então eu indago: Há razões objetivas pelas quais não se possa submeter um médico desse ao Revalida, por exemplo?

O SENHOR ALEXANDRE PADILHA (MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE) - Eu diria que nós fomos conhecer as experiências mundiais, Dr. Odim. Citei aqui três exemplos: Portugal, Canadá e Austrália. Todas essas três experiências mundiais, que são países, alguns deles com estágio de fortalecimento da atenção básica muito superior do que o nosso, outros em processo de estruturação, por exemplo, como acontece na região rural em Portugal. Todos esses três países adotaram estímulos de atração de médicos estrangeiros, mas com autorização exclusiva para poderem atuar exclusivamente naquela área. Ou seja, eles não passam pela validação do diploma nesses três países nesses três programas, passam por uma avaliação

por órgão designado pelo governo, pelo Ministério da Saúde, ministério de recrutamento naquele momento. Assim como a Lei no Congresso Nacional estabeleceu um sistema de avaliação, esses profissionais terão que passar por um processo de avaliação dos conhecimentos de atenção básica, mas não ganham o diploma validado exatamente para terem uma autorização exclusiva para atuarem naquelas áreas. E acho que isso é uma prerrogativa do país que faz um processo de recrutamento de profissionais, que faz um processo de recrutamento de profissionais por processo de intercâmbio e de formação de especialistas.

Interessa ao Ministério da Saúde do Brasil oferecermos, em primeiro lugar, para médicos brasileiros, se não tivermos número suficiente de médicos brasileiros, trazermos médicos de outros países num programa específico de intercâmbio, de formação, para atuar em áreas vulneráveis, com a autorização exclusiva para atuar. E, por isso, não obrigar esses profissionais a fazer o seu processo de validação. Na medida que fizesse o processo de validação, teriam possibilidade de atuar em outras áreas, que não é de interesse do Ministério da Saúde do nosso país atrair esses profissionais para esse Programa.

Essa é a única situação específica? Não. Nós temos outros programas de atração de médicos estrangeiros muito mais restritos. Existiam,

muito tempo antes do Mais Médicos, que também atraem o profissional sem exigir que ele faça uma validação do diploma aqui, com a autorização exclusiva para participarem ou de programas, que é de serviço e com formação, como residência médica - e aí em geral, são em hospitais de alta complexidade -, ou de troca de experiências e intercâmbios com as nossas instituições de informação, ou com a atuação, por exemplo, na área de cooperação técnica que nós temos; já tínhamos antes, por exemplo, a vinda de médicos de outros países para supervisionarem ações de vigilância de cooperação técnica, ou seja, com autorização exclusiva para isso.

Então, a ideia de criar autorização exclusiva não é algo inicial no Brasil, como também não é em outros países do mundo. A ideia de ofertar esses profissionais com autorização exclusiva - por isso ele fazer a revalidação do diploma - passa por avaliação pelas universidades. São as universidades brasileiras que o avaliam através do Ministério da Educação - certamente, vai apresentar mais detalhadamente esse processo de avaliação. A Lei, o Congresso Nacional aprimorou. Então, passaremos a cumprir aquilo que o Congresso Nacional estabeleceu na Lei, onde ele vai passar por uma avaliação. São avaliações de conhecimentos onde ele vai atuar, que é na atenção básica de saúde, para que você não traga um profissional que venha a disputar um mercado de trabalho que está extremamente aquecido. Então, nós

faremos um grande esforço de atração de profissionais, e eles viriam para cá, disputando um mercado de trabalho extremamente aquecido, reforçando a ideia de atendimento de alta complexidade, superespecialização.

Nós achamos que o Mais Médicos vai ajudar a mudar também uma mentalidade, que hoje existe no SUS, que saúde só se faz dentro de hospital.

Muito Obrigado.

O SENHOR ODIM BRANDÃO FERREIRA (SUBPROCURADOR GERAL DA REPÚBLICA) - Muito Obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Mais um vez, o agradecimento ao Ministro Alexandre Padilha, inclusive, quanto às respostas veiculadas, tendo presente o que sustentado e o que arguido pelo nosso fiscal da lei, que é o Ministério Público, personificado aqui no Doutor Odim Brandão Ferreira.

Vamos prosseguir, porque temos um cronograma a ser observado, e agora há uma dualidade, sendo o tempo o mesmo. Eu peço que os expositores dividam esse tempo de vinte minutos. Chamo os Doutores Florentino de Araújo Cardoso Filho, Presidente da Associação Médico-Oncologista, e José Luiz Bonamigo Filho, Diretor da Associação Médica Brasileira, ABEM.

O SENHOR DOUTOR FLORENTINO DE ARAÚJO CARDOSO FILHO (PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ONCOLOGISTA) - Muito bom-dia a todos. Eu queria cumprimentar o ilustre Ministro Marco Aurélio Mello, que certamente tem dado um forte exemplo ao nosso País, e, com certeza, incentivando muitos jovens a seguir a carreira do Judiciário, diferente do que tem ocorrido hoje com jovens querendo desistir da medicina brasileira. Eu cumprimento os expositores, na pessoa do Ministro Padilha, por quem nós temos grande respeito.

E vamos falar sobre o tema. Para que fique bem claro algumas observações, eu sou médico formado há quase vinte oito anos; daqui menos de um mês, faço vinte oito anos de formado. Formei-me na Universidade Federal do Ceará, estive fora, voltei e estou lá até hoje, em Fortaleza. Trabalho no Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, uma das mais importantes universidades deste País. Se eu lhes disser que se a vigilância sanitária do nosso País fizer cumprir todas as normas e resoluções, esse Hospital deveria estar fechado; se eu lhes disser que esse hospital é o hospital único que faz transplante de medula óssea no Estado do Ceará; se eu lhes disser que é o hospital do País, quer público ou privado, que mais faz transplante de fígado no País, o que significa dizer que, graças a Deus, nós temos pessoas, médicos dedicados neste País, porque falta

investimento na saúde, falta gestão qualificada na saúde e, infelizmente, a corrupção é desenfreada no nosso País.

Para falar do subfinanciamento, que nós julgamos ser a principal causa do caos instalado na saúde pública brasileira. Já foi falado, mas só para citar o exemplo de 2012, foram deixados de utilizar cerca de 17 bilhões do orçamento da Saúde. Queremos saber para onde foram esses recursos, se, reconhecidamente, reiteradas vezes, dizem-se membros do Governo, inclusive, que faltam recursos para saúde pública brasileira.

Fotografias todas de 2013. A data, que não tinha nos outros, tem em todas aí.

Esse é o retrato nu e cru das emergências do nosso País, onde pacientes se avolumam em corredores, macas, até no chão. Visitamos emergências que têm doente internado embaixo de uma maca.

Esse é um posto de saúde no Maranhão - 2013.

Nós investimos menos em saúde pública do que média dos países africanos - percentual PIB; menos do que Chile, Uruguai, Argentina.

O gasto público tem, quando estratificamos pelos três entes federativos - Estados mais Municípios -, cada vez mais, compõe uma equação maior, um percentual maior quando se relaciona ao investimento federal, uma inversão em relação aos últimos dez, doze anos. Quem mais arrecada em

tributos, impostos é a União, mas quem mais contribui na saúde pública são os Estados e Municípios.

Financiamentos, nós temos tentado, através de um projeto de lei de iniciativa popular, porque não tivemos eco em todas as observações que nós fizemos. Colhemos aí 2,3 milhões de assinaturas, está no Congresso Nacional, para que a União coloque pelo menos 10% da receita corrente bruta, ou 18,7% da receita corrente líquida, porque os Estados são obrigados a 12% e os Municípios a 15%.

Corrupção na saúde, não preciso lhes dizer que faz parte de todos os meios de comunicação. Programa Mais Médicos foi lançado dessa maneira, o que significa dizer que houve, talvez - talvez -, pela repercussão dos movimentos de rua, uma pressa e um açodamento no lançamento do projeto.

Então, o inicial era curso de Medicina para seis para oito anos, dois anos de serviço obrigatório no SUS, ampliação de vagas, muito bem-dito. É importante que tenhamos vaga na residência médica, porque nós qualificamos, como residência médica, o modelo melhor para assistência e saúde. Foi aprovada da maneira que todos conhecem, eu não vou me deter, porque quem conhece as leis são as pessoas ligadas ao Direito.

É importante dizermos o seguinte: em nenhum momento, nós somos contra médicos formados em qualquer lugar a vir trabalhar no Brasil, absolutamente. São todos muito bem-vindos, porque vários de nós fomos para fora do Brasil estudar. Muitos voltaram, mas têm muitos brasileiros que lá ficaram. Por que não repatriar esses brasileiros que lá estão fazendo medicina com qualidade? Por que trazer médico estrangeiro não cumprindo a atual legislação vigente, revalidando diploma? Por que dizer que médicos vários do Programa Mais Médicos estão vindo e eles são extremamente qualificados, especializados em medicina de família e comunidade? Eles vêm aqui se especializar, se eles já são ultraespecializados? Eles vêm aqui trabalhar, mas a remuneração é feita com bolsa. As nossas leis trabalhistas ficam à margem. Por que, exercendo o mesmo trabalho, médico de diferentes países tem tratamentos diferentes? Por que que o médico que vem de Portugal e Espanha tem a sua bolsa depositada na sua conta, e o médico de Cuba recebe do governo cubano um percentual que nós não sabemos qual, intermediado pela OPAS? Seria bastante interessante, para que nós pautássemos a nossa vida com verdades e transparências, que nós conhecêssemos todos os convênios existentes do Governo com a Organização Panamericana de Saúde. São vários. Nós não conhecemos. Por que, quem faz o mesmo trabalho, o Governo gasta mais? Porque a OPAS retém 5% do valor.

Então, custa mais caro aqueles que a OPAS intermedeia, e eles recebem menos, por quê? As nossas leis brasileiras, vigentes, precisam ser cumpridas. Se alguém discordar delas que faça o devido curso para mudá-las.

E o Revalida, que foi uma pergunta. O Revalida é uma prova pra revalidar diploma de médico formado fora do Brasil, feita pelo INEP, que é um órgão do Ministério da Educação. Quem faz o Revalida é o Governo. A prova é fácil. E por que, quem está vindo fazer essa prova no Brasil, o índice de reprovação é tão alto? Último. Primeira etapa tão somente, ilustres magistrados. Mais de 90% de reprovação. Ainda falta a segunda etapa. Será que é esse tipo de médico que nós queremos colocar para atender a nossa população? Esses médicos, vários que foram reprovados, já estão trabalhando no Mais Médicos. Trabalhando, sem tutoria, vários deles. Trabalhando. Trabalhando e recebendo bolsa. Quem vem de Cabo Verde é diferente. A Universidade Federal do Ceará recebe estudantes de pós-graduação de Cabo Verde. Eles são obrigados a voltar para lá. Eles trabalham o tempo inteiro sob supervisão direta. É *hands on* no trabalho. Eles não ficam soltos, à margem. E por que eu, que posso escolher quem me trata, permitir que médicos, sem que haja comprovação da sua qualidade, conhecimento, habilidade, atitude, conhecimento da língua, possam atender a população mais pobre e carente deste País, que já sofre demasiadamente sadia? E eu expor a população pobre

a médicos, que nós não sabemos qual a sua qualificação? Por que fazer isso? Que País é este?

Pobre já sofre muito sadio, Ministro, escorraçado. E nós, que pautamos a vida em falar verdades e gostar de verdades, não manipularmos números nem informações, e falarmos somente daquilo que conhecemos, porque ainda hoje atendo pobres e ricos; se pudesse, só atenderia pobres, Ministro.

Inconsistência do Programa. Já temos aí várias, está noticiado publicamente, são cerca de 4.000 mil que já estão aí trabalhando - não bolsa, com a bolsa, mas é trabalho. Já temos vários problemas em relação à prescrição e diagnóstico, num universo de 4.000 mil, Ministro. Já temos vários. E a população sofre, minha gente, e essa é a pobre que está sendo assistida. Por que criar uma medicina diferente para pobre? Absolutamente. Falta estrutura? Verdade. Dizer que os médicos intercambistas "estão indo trabalhar onde os brasileiros não querem ir trabalhar?" O que é isso, minha gente! Eu moro num dos Estados mais pobres deste País, tem 184 municípios no Ceará; existem vários processos, especialmente na área trabalhista, Ministro, em que os médicos levaram calotes de Prefeitos, Ministro, em que eles são - para usar um termo bem sertanejo - boias-frias; eles não têm vínculo formal de trabalho, Ministro; eles vão atraídos por salários altos, mudam-se, levam a família,

daqui a pouco, o salário cai e atrasa. É só fazer uma pesquisa rápida da quantidade de processos que têm, aí País afora, por calotes. E dizer que o médico...

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Doutor Florentino, permita-me dizer que reconheço a sua qualidade de Presidente da Associação, mas devemos ser bons amigos do Doutor José Luiz, e Vossa Excelência já está aos 14 minutos de exposição.

O SENHOR FLORENTINO DE ARAÚJO CARDOSO FILHO (PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA) - Eu combinei com ele que seriam 5 minutos, desculpa, desculpa. O Senhor fez muito bem em ter interrompido. Eu já vou terminar.

E perdão, já finalizando, dizer, Ministro Marco Aurélio Mello, é que o que muda em qualidade em assistência em saúde não é somente acesso, é acesso com qualidade. E não é isso que está sendo oferecido ao nosso povo.

Vou dar um exemplo, já finalizando, para dizer ao Senhor o seguinte: imagina que eu sou um diabético, descompensei e tenho uma feridinha no pé. A cem metros, duzentos metros, tem um médico. Eu vou ser atendido pelo médico, e ele não tem qualificação, não compensa meu diabetes, a ferida infecta, vira uma gangrena, amputa meu pé, mas eu não tenho esse

médico a duzentos metros, eu tenho a quarenta quilômetros. E lá eu encontro um médico qualificado, compensa meu diabetes e eu ando com o meu pé. Se eu lhes disser também que o país Brasil é um dos países que mais amputa diabéticos no mundo, é um País que tem índices alarmantes de hanseníase - como os senhores bem sabem, uma doença bíblica, curável -, precisamos, sim, juntar todos nós, desenhar o que é melhor para o nosso País e verdadeiramente falar com quem também entende, sabe e faz saúde neste País.

Muito obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço o que veiculado pelo meu concidadão, porque também sou cidadão cearense, embora nascido na cidade maravilhosa do Rio de Janeiro, Doutor Florentino de Araújo Cardoso Filho, e passo a palavra ao Doutor Bonamigo.

O SENHOR JOSÉ LUIZ BONAMIGO FILHO (DIRETOR DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA) - Ministro, obrigado pela lembrança ao Presidente. Na verdade, como Presidente, a prerrogativa de tempo é dele. Também sou Diretor da Associação Médica, formado há menos tempo.

Eu queria pontuar, ao Representante do Ministério Público, que percebeu em uma das ações que ele trabalhou, uma dificuldade que era imposta pela universidade: a revalidação do diploma. Isso acontece, mas também acontece o contrário, uma facilitação. Incomodado por isso, o governo instituiu o Revalida, em 2007. Então, é importante sublinhar que, devido à heterogeneidade da avaliação que era feita pelas universidades, que está embasada na LDB, o Governo, incomodado - não a Associação Médica Brasileira, não o Conselho, não os médicos deste País-, instituiu esse exame, que é um exame básico, um exame muito mais simples do que as provas aplicadas para que a gente ingresse na residência e tem um índice de reprovação alarmante. Então, eu gostaria de deixar esse registro, porque essa situação que o Senhor viveu tem um espectro, e este espectro vai desde uma grande dificultação até uma facilitação. E, por isso, o Governo criou o Revalida; não foram os médicos.

Infelizmente, a gente precisa investir tempo nesses esclarecimentos, porque o Ministério e o Governo se empenharam numa campanha maciça, milionária para trazer confusão e desinformação à sociedade brasileira, e esse é um dos aspectos.

Um outro que eu gostaria de sublinhar, nos poucos minutos que tenho, é o de que como os médicos brasileiros, Ministro Marco Aurélio, se

dedicam ao SUS desde a graduação. Todos os estudantes de Medicina no Brasil, sejam eles de escolas públicas ou privadas, estagiam no Sistema Único de Saúde nos primeiros anos, sob supervisão, no quinto e no sexto ano, no internato e depois na residência médica. Residência médica que começa agora, nestes últimos anos, a credenciar hospitais privados, mas, certamente, mais de 95% das vagas são em hospitais públicos. Não sei se o Senhor conhece a carga horária da residência, existe um debate acerca da residência por conta até de questões de relação de trabalho ou não. A residência tem uma carga horária estabelecida por lei específica de 60 horas semanais para o residente. Quer dizer, esse médico brasileiro recém-formado, que está fazendo especialização, faz 60 horas, ou até mais, muitas vezes, no Sistema Único de Saúde.

Então, atingiu-nos muito quando essa campanha do Governo, e acho que o Senhor percebeu pela fala dos representantes dos médicos aqui, foram tratados de maneira, ou colocados ou postos à exposição pública como pessoas que não estão preocupadas com a saúde dos brasileiros. Isso absolutamente não é verdade, porque, desde o início da faculdade, nós nos dedicamos e trabalhamos uma carga horária pesada no sistema público.

E queria encerrar, eu acabo achando que essa analogia talvez valha a pena, e o nosso questionamento permanente das entidades, com relação à necessidade de revalidação, deriva da preocupação que nós, como

técnicos, temos com essas pessoas. Nem o Presidente Roberto, nem o Florentino trouxeram, algo que está emergindo agora, com um número maior de médicos no Programa Mais Médicos: as receitas incorretas, com erros grosseiros. Recentemente, nós recebemos, na Associação, uma prescrição de insulina com uma dose fatal para um paciente. Quer dizer, quando se avolumam essas situações, confirma a certeza que nós tínhamos de que isso ia ocorrer, porque esses profissionais não têm qualificação adequada.

E a analogia que eu queria fazer com o Judiciário, para encerrar a minha fala, Ministro, é se o Senhor, os seus Pares e o Ministério Público se sentiriam à vontade se o Governo Federal propusesse, para que se melhorasse a assistência na Defensoria Pública, aceitar advogado sem registro na Ordem, sem aprovação na prova da Ordem. Eu acho que essa analogia se faz, do ponto de vista prático, para ilustrar para o Senhor o que isso significa para nós. Para nós, é como se um governante chegasse e dissesse: a Defensoria pública no Brasil tem problemas de acesso - e é um fato que nós sabemos -, então, nós vamos acatar bacharéis em Direito que não tenham aprovação na prova da OAB para facilitar o acesso, ou, quem sabe, advogados do exterior sem submeter à prova, ou à revalidação do diploma nas universidades públicas, como reza a Lei de Diretrizes e Bases. Isso é a analogia que eu

entendo mais próxima do que acontece hoje com esse Programa, e é o que, certamente, como técnicos, nos preocupa.

Então, são essas as palavras. Agradeço a sua intervenção e a garantia desses minutos. Muito obrigado pela oportunidade. Sinto-me muito honrado de poder expor um pouco do pensamento da Associação Médica Brasileira nesta Casa.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a participação do Doutor José Luiz Bonamigo Filho. E não bastasse atuar numa clínica geral, como é o Supremo, egresso da Justiça do Trabalho, conheço bem, por experiência doméstica, a vida dos senhores médicos, porque, dos quatro filhos, uma filha é médica cirurgiã no Rio de Janeiro, e, em relação a ela, eu tenho mesmo que bater continência, já que é Tenente Médica- bombeira.

Nós faremos um intervalo, não de 30 minutos, mas de 15 minutos, e retornaremos para encerrar esta parte matutina de exposições.

REABERTURA

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Mais uma vez, em observância ao cerimonial, mais do que isso,

à liturgia do Supremo, do Judiciário brasileiro, peço aos presentes que fiquem de pé. Pediria à senhora que, por gentileza, fique de pé.

Agradeço a atenção de todos, a sensibilidade demonstrada.

Declaro reaberta a Audiência pública.

Vamos dar sequência ouvindo agora o secretário da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Dr. Paulo Speller.

O SENHOR PAULO SPELLER (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO) - Ministro Marco Aurélio, Presidente desta Audiência, muito bom-dia. Trago aqui os cumprimentos do Ministro Aloizio Mercadante ao senhor e a todos os presentes. Queria cumprimentar aqui todos os integrantes da Mesa que me acompanham neste momento. Bom-dia a todos.

Ministro, eu trouxe uma longa exposição e vou me permitir reduzi-la um pouco, até para atender a solicitação que a Presidência faz de nos atermos aos vinte minutos. Vou me permitir também, como professor, sair um pouquinho daqui.

Eu penso que o Ministro Padilha brilhantemente colocou um apanhado geral do programa, e, para minha felicidade, ele foi capaz de estabelecer um nexo muito claro entre o aspecto formativo, que é a responsabilidade que nos toca no Ministério da Educação, e todo o processo

que se consubstancia na vinda deste grande contingente de médicos intercambistas.

O nosso representante do Ministério Público foi também brilhante na sua pergunta porque, quando a fez, mostrou claramente o nexo que existe entre ambos os aspectos, que é o que eu gostaria de explorar nesta apresentação, ou seja, a formação se dá como componente essencial do processo do programa Mais Médicos, que implica, nesse momento, na vinda de um grande contingente de médicos intercambistas.

Bom, os eixos do Programa já foram apresentados. Apenas recordar, temos todo um processo de ampliação e melhoria da infraestrutura, formação para o SUS e esse provimento emergencial, exatamente que vai ao encontro da pergunta colocada pelo representante do Ministério Público, onde há um nexo evidente, tendo em vista a situação que hoje experimentamos no nosso País, agora, sim, consensuadamente admitido, de falta de médicos em termos absolutos e em termos relativos.

Então, as ações do Programa visam: investir em equipamentos; reordenar a oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica; novos parâmetros para a formação médica no País; o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde; a integração ensino-serviço. Esta integração é componente também estratégico quando nós

virmos todo o processo de reanálise que o Conselho Nacional de Educação realiza nesse momento, relativamente às diretrizes nacionais para a formação de profissionais médicos, onde essa integração se coloca como aspecto decisivo. Portanto, a prática usual, nesse caso da área de saúde, é exatamente essa integração.

Nós temos - e aqui entra toda a responsabilidade do Ministério da Educação, com muita cautela, com muito planejamento e com muita avaliação, coloca a expansão de 11.447 vagas em curso de graduação em Medicina até o ano de 2017. Nós estamos já há dois anos trabalhando nesse processo de planejamento, onde teremos 3.695 vagas em cursos de Medicina nas universidades federais. E as demais estão sendo colocadas por meio de edital público para as áreas carentes de cursos de Medicina onde, para a iniciativa privada, será aberta a possibilidade - atendidas uma série de recomendações, uma série de critérios - de abertura desses cursos.

O que eu dizia antes: a incorporação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina no texto legal. A própria legislação já prevê, e o Conselho Nacional de Educação - CNE - dedica-se a essa tarefa.

Por que precisamos de mais vagas? Atualmente, o Brasil possui 18.212 vagas em cursos de Medicina entre instituições públicas e

privadas. No ritmo de expansão com que vínhamos trabalhando, somente no ano de 2035 se atingiria o número de 2,7 médicos a cada mil habitantes. Daí a necessidade desse planejamento, dessa intervenção que se faz ofertando essas onze mil e poucas vagas que vão se acrescentar às 18.212 vagas já existentes. É importante destacar que, dentro do próprio País, há regiões com a relação médicos por mil habitantes e/ou a relação vagas por dez mil habitantes muito inferior à média nacional, como o Ministro Padilha já mostrou e é do conhecimento de todos. A quantidade de médicos por mil habitantes no Brasil é menor do que em outros países latino-americanos. Também isso já vimos. Este é um aspecto que é preciso frisar sempre: nós temos uma relação médico-população extremamente baixa, inclusive relativamente a outros países. A maioria dos países latino-americanos com IDH's, com Índices de Desenvolvimento Humano muito inferiores ao do nosso País. Então, é exatamente isso que nós buscamos com essa expansão dos cursos de Medicina.

Aqui, apenas para recordar: O Brasil tem 1,8 médicos por cada mil habitantes, em média, e, com essa distribuição, que já foi mostrada, absolutamente desigual. Inclusive, é interessante, Presidente, observar que, mesmo em alguns estados da Região Sul e Sudeste, nós temos médias inferiores à média nacional. O caso do Rio Grande do Sul está acima da média. O caso de São Paulo, acima da média, na Região Sul e Sudeste, assim como Rio

de Janeiro e o estado do Espírito Santo, mas nós vamos ver que, em Santa Catarina, no Paraná, em Minas Gerais, que são Estados dessas duas regiões, nós temos índices inferiores à média nacional, que é de 1,83.

Portanto, nós temos uma série de ações buscando exatamente levantar a pré-seleção dos municípios onde haja condições objetivas, no que diz respeito à rede de saúde, à presença de cursos de residência médica, para que sejam apresentadas propostas para abertura de cursos a partir da iniciativa privada. São 8 mil vagas que se colocam como possibilidade daqui até o ano de 2017, para além das 3.695 vagas que as universidades federais estão preparadas neste momento, também até 2017, para ofertar.

Nesse chamamento público para abertura de curso de graduação em Medicina, nós estamos colocando, como aspecto fundamental, a relevância e a necessidade social da oferta do curso de Medicina. O que nós observamos? Mais uma vez, a concentração dos cursos de Medicina nas Regiões Sul e Sudeste e nas capitais dos Estados de uma forma geral. Portanto, o que se busca aqui é exatamente a interiorização da oferta de vagas de Medicina em todo o país, atendidos os critérios de qualidade, tanto no que diz respeito à rede, ao número de leitos existentes, como também aos cursos de residência médica, e, portanto, com condições objetivas, acompanhados de um

grande programa que o Ministério da Educação está nesse momento finalizando para a formação, em serviço, continuada dos docentes desses cursos - um aspecto fundamental.

Nós estamos colocando tanto a existência de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, no mínimo: atenção básica; urgência e emergência; atenção psicossocial; ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

Dentro dessas propostas educacionais, a regulação da oferta de especialistas será de acordo com as necessidades sociais da população brasileira. Portanto, essas 12.372 vagas que se colocam visam exatamente a essa universalização de vagas de residência médica para todos os egressos de curso de graduação em Medicina. Hoje, Senhor Presidente, nós atendemos apenas onze mil e poucos desses egressos dos cursos de Medicina; ou seja, nós ainda não ofertamos vagas de residência médica para todos os jovens que se graduam em cursos de Medicina. O que se busca? Daqui até ano de 2017, nós teremos a oferta de vagas em curso de residência médica para absolutamente todos os egressos dos cursos de Medicina.

A residência médica no Brasil é referência internacional. Nós temos grandes programas - como já foi dito aqui pelo Doutor Florentino - concentrados em hospitais públicos. Já temos a presença importante de

hospitais privados, que começam a se agregar. Portanto, a ideia é exatamente esta de nós buscarmos, a partir da grande estrutura de grande qualidade do nosso país, nós podermos universalizar a oferta da residência médica.

Por outro lado, colocando ênfase na Medicina Geral de Família e Comunidade como especialidade central na regulação da formação das especialidades médicas, ou seja, exatamente buscando que a formação, na Medicina Geral de Família e Comunidade, esteja na base da formação desse profissional médico tão necessário no nosso país. E, para isso, contando com o Cadastro Nacional de Especialistas. Portanto, há uma relação muito direta entre a graduação e a residência médica, conforme já foi apontado.

No aprimoramento da formação médica, nós estamos também em sintonia com o Ministério da Saúde, num trabalho integrado que vem sendo realizado, buscando esse contrato organizativo de ação pública ensino-serviço. Esse é um aspecto absolutamente essencial para a formação de profissionais na área de saúde e ,nesse caso, em especial do profissional médico. Ou seja, que haja esta relação com toda a estrutura existente a partir desse contrato, e o Ministério da Saúde, em sintonia com estruturas estaduais, municipais públicas e privadas, está trabalhando no sentido de que haja uma contratualização para que se dê efetivamente a oferta desse espaço tão importante para a formação do profissional médico.

Evidentemente que, para esse processo, nós contamos com um profissional, um elemento que é essencial, que são preceptores. Portanto, há todo um processo de reconhecimento, de valorização e de formação desses preceptores, que, ao lado da equipe docente das universidades, das faculdades de medicina, estarão nas unidades de saúde recepcionando e supervisionando, acompanhando, monitorando todo esse processo de ensino.

Evidentemente que a formação, provimento e desenvolvimento de docentes para área médica é um aspecto essencial, porque nós estamos falando da interiorização. Doutor Florentino conhece bem a realidade. Eu também sou presidente, um cearense honorário, tive a oportunidade de estar lá quase 5 anos, implantando uma nova Universidade Federal. Nós sabemos da importância de incorporar os valorosos médicos brasileiros, que já estão no interior do País. E através dessa oferta de programas de formação, em nível de especialização, mestrados profissionais, mestrados interdisciplinares, ou seja, esse programa que nós estamos gestando e finalizando neste momento vai permitir que haja um processo de acompanhamento do Ministério e, sobretudo, ofertando, colocando à disposição desses profissionais médicos o seu aprimoramento, como docente, nesse processo de expansão.

Aqui há um aspecto também que eu queria chamar a atenção, que foi incorporado à Lei do "Mais Médicos", do Programa Mais Médicos, que é exatamente a questão da avaliação; ou seja, a preocupação que todos nós, todos aqueles que me antecederam - e eu faço questão de manifestar aqui a minha concordância com essa preocupação -, de que haja qualidade nesse processo de oferta, nesse processo de formação de profissionais. E, para isso, a Lei do Programa Mais Médicos introduz essa avaliação que se faz para o curso de graduação a cada dois anos, tanto há um acompanhamento da formação do profissional médico, igualmente, anualmente, para os Programas de Residência Médica. Evidentemente que as mudanças nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação trarão parâmetros para esse processo de avaliação, que serão levados em conta, e a própria Residência Médica terá os seus parâmetros de avaliação contínua através desse sistema nacional, que é monitorado através da Comissão Nacional de Residência Médica, que está sob a responsabilidade também do Ministério da Educação, exatamente na Secretaria de Educação Superior, onde o Secretário é quem preside a Comissão Nacional de Residência Médica, com ampla representação de todas as entidades médicas, assim como também do Ministério da Saúde e do próprio Ministério da Educação.

Nós vamos, portanto, Senhor Presidente, não é um sonho, é uma realidade que está sendo construída, onde nós sairemos de 374 mil médicos para 600 mil médicos no ano de 2026. Muitos de nós aqui ainda enxergaremos essa realidade no nosso País, tão necessária, tão gritante, quando se compara à situação do Brasil com a situação de outros países. Portanto, há todo um processo em que nós teremos aqui 11.500 novas vagas de graduação em Medicina, 12.372 vagas na formação de especialistas em áreas que são estratégicas para o País, que são: Pediatria, Neonatologia, Ginecologia, Obstetrícia, Clínica Médica, Saúde da Família, Cirurgia Geral, Atenção Primária, Anestesia, Ortopedia, Traumatologia, Psiquiatria, Neurologia, Neurocirurgia, Câncer. São os aspectos fundamentais, permitindo assim, criando as condições assim para que os médicos brasileiros, formados em nosso País cheguem até a periferia das grandes cidades, sobretudo ao interior longínquo do nosso País: no interior do Nordeste, que conhecemos bem; no interior do Mato Grosso, onde sou docente; as lonjuras do Mato Grosso, que é um Estado imenso, mas pouquíssimo ocupado neste momento, com demografia muito baixa, e que as distâncias dificultam muitas vezes esse atendimento.

Nós temos aqui, muito rapidamente, Presidente, para ganhar tempo, vou colocar cada região, como vai se beneficiar desse processo:

a Região Norte, que é a região mais carente - com população menor, é verdade -, mais 1.231 novas vagas de Medicina e 1.291 vagas de residência médica; aqui a Região Nordeste vai ganhar 4.237 vagas de Medicina e 4.132 vagas de residência médica; a Região Centro-Oeste, que eu mencionava agora, 1.274 vagas de Medicina e 934 vagas de residência médica; a Região Sudeste, ainda precisando de um grande apoio e terá esse grande apoio, são 3.205 vagas de Medicina e 5.177 de residência médica; e a Região Sul com 1.550 novas vagas de Medicina e 838 vagas de residência médica.

Esse é um aspecto fundamental, quer dizer, somente levaremos a cabo a criação de novos cursos de Medicina com a presença de pelo menos três cursos de residência médica, porque nós estamos falando aqui não apenas do processo formativo, porque não se trata de formar milhares de novos médicos para, depois de seis anos, eles migrarem - como hoje acontece. A Região Norte, por exemplo, o Estado do Pará, que o Ministro Padilha mencionava, é o maior exportador de médicos para a Região Sul. Por quê? Porque não tem como fazer a residência, ou de forma muito limitada no seu Estado, vem para São Paulo, Rio, Minas, Rio Grande do Sul, e não retornam.

Então, esta é uma das ideias essenciais para esse processo: três residências médicas, porque isso permite, Doutor Florentino sabe disso, é a residência, são as condições de trabalho, é a melhoria da Rede SUS, é a

melhoria das condições dos hospitais nessas localidades que permite exatamente que esse profissional se fixe, ele ali leve a sua família, ele se desenvolva profissionalmente. E nós sabemos que a Medicina é uma das áreas onde mais é necessário o processo de atualização dos profissionais.

Portanto, estrategicamente, a mudança do ponto de vista da formação médica trará respostas e resultados significativos daqui a um período que varia de seis a dez anos; seis anos é o tempo mínimo, é o tempo regular de formação de um profissional médico. Portanto, nós, depois desse período, é que veremos os primeiros resultados.

E a vinda dos intercambistas, esse grande programa em que se abriu para profissionais brasileiros, depois para profissionais estrangeiros, evidente que, neste momento, ele demanda altíssimos contingentes, porque demanda tempo, o processo é lento, no sentido de que nós precisamos, pelo menos, de seis anos para formar os primeiros profissionais brasileiros no nosso país, e, gradualmente, a necessidade de intercambistas será cada vez menor.

Evidentemente que a integração ensino-serviço - já mencionei - é extremamente importante, não é? E, com isso, nós compreendemos, Senhor Presidente, como o projeto Mais Médicos, ou seja, o processo de formação - que eu mencionei aqui, que eu tentei detalhar no pouco tempo que tinha - é parte do Programa Mais Médicos. Então, todos os

elementos que foram aqui apresentados - o Ministro Padilha, brilhantemente, soube trazer esse conjunto de ações - integram o Programa como um todo.

E nós temos aqui três aspectos - vou passar muito rapidamente -, onde os eixos de aprendizado, as ferramentas e os agentes facilitadores são, digamos assim, os aspectos educacionais mais importantes do Projeto Mais Médicos no que diz respeito à formação.

Nos eixos, nós temos o módulo de acolhimento e avaliação, na etapa inicial; a especialização que se faz através da UNASUS, que congrega as melhores universidades, os melhores cursos de medicina do nosso país; a tutoria e a supervisão, a tutoria é ofertada pelas universidades; nós temos hoje cinquenta tutores, cada tutor atende a cem médicos, nós já temos cinquenta tutores das universidades dos programas de residência médica em atuação; e a supervisão, que hoje nós temos quatrocentos médicos supervisores já cadastrados para realizar esse trabalho com os primeiros quatro mil médicos, na medida em que cada supervisor atende até dez médicos. E vamos expandir na medida em que avancemos no número, como já está previsto, no planejamento.

Há um projeto de intervenção, que esse profissional realiza, e, evidentemente, o intercâmbio de cooperação técnica e sanitária que se faz através da OPAS. Nas ferramentas, isso é extremamente importante como

suporte ao médico - vou tentar abreviar ainda mais -, nós temos o Telessaúde, o Portal Saúde, temos o *web* portfólio, temos os *tablets*, e nos facilitadores, como já mencionava o tutor acadêmico, tutor de especialização e o supervisor.

Essa especialização já foi mencionada, ofertada através da rede UNA-SUS. Aqui, estão as universidades, inclusive, a UFSC, de onde provém o Dr. Roberto D'Ávila, uma excelente universidade, com curso de Medicina destacado, mas; aqui estão a UNIFESP, Pernambuco, UFCSPA de Porto Alegre, Pelotas, UFMG e outras universidades.

A tutoria realizada por professores universitários, por professores, supervisores de programas de residência médica, na relação de um para cem, e os tutores e os supervisores numa relação de um para dez.

Nós já temos quarenta e três instituições supervisoras, sendo trinta e duas delas de universidades federais, as demais, de programa de residência médica. Essa é a relação que eu mencionava, um para dez, e para cem, no caso, do tutor.

Finalmente, agora sim já concluindo, Senhor Presidente, nós temos aqui a relação - muito rapidamente - de todas as vinte e sete unidades da Federação, onde trago elencadas as universidades, os programas de residência médica que hoje são responsáveis por esse grande processo de informação que se faz no nosso País, que é o Programa Mais Médicos.

Muito obrigado, Senhor Presidente. Em síntese, era essa a apresentação que gostaria de fazer.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço ao Doutor Paulo Speller e penso que, no tocante ao título de cidadão, saio na frente, porque sou cidadão cearense e fortalecense.

O trinômio educação, saúde e segurança pública merece a atenção de todos e a busca, portanto, de dias melhores.

Ouviremos a seguir o Doutor Sebastião Vieira Caixeta - para encerrar esta parte matutina -, Procurador do Trabalho, que comparece para falar em nome do Ministério Público do Trabalho.

O SENHOR DOUTOR SEBASTIÃO VIEIRA CAIXETA (PROCURADOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO) - Bom-dia, Senhoras e Senhores. Cumprimentar, especialmente, o Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio Mello, Presidente desta Audiência, Relator das Ações Diretas; o Excelentíssimo Senhor Procurador-Geral, Doutor Odim Brandão Ferreira, representando o Ministério Público Federal; o Excelentíssimo - peço permissão para cumprimentar nossos colegas do Ministério Público do Trabalho aqui presentes - Senhor Presidente da Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho, o Doutor Carlos Eduardo de Azevedo Lima e também o Excelentíssimo Senhor Coordenador Nacional em exercício, da

Coordenadoria Nacional de Erradicação das Irregularidades Trabalhistas na Administração Pública, Doutor Rui Cavalheiro, que também fará uso da palavra hoje à tarde.

A minha participação, Excelência, nesta Audiência Pública, decorre da instauração de um inquérito civil no âmbito do Ministério Público. Nós recebemos, dia 27 de agosto de 2013, uma notícia de fato relatando possíveis problemas e irregularidade no âmbito do Programa Mais Médicos. Na apreciação prévia que fiz à época, pontuei que o projeto, o Programa Mais Médicos, ele tem, como já foi exposto aqui, três eixos principais: a reformulação do próprio ensino médico no Brasil; a ampliação da residência médica, de vagas de residência médica; e um, no qual vou me focar, que é o que tem relação com o âmbito de atuação no Ministério Público do Trabalho, que é o projeto Mais Médicos para o Brasil.

Vou fazer referência a quatro aspectos principais, que são o objeto de análise nesse inquérito: um possível desvirtuamento de uma relação de trabalho sob a justificativa de um curso de especialização, como exposto na medida provisória já convertida em lei; a situação relacionada também na denúncia relativa à ampla acessibilidade dos cargos, empregos e funções públicas; a questão do Revalida, tendo em vista os requisitos constitucionais de exercício de qualquer trabalho, profissão ou ofício, e, por fim, a situação

específica dos profissionais cubanos, cuja alegação na denúncia de que eles estariam sendo tratados de maneira discriminatória, em razão da sonegação de alguns direitos em relação, inclusive, aos participantes nacionais e aos demais, oriundos de outros países.

Eu quero deixar claro e sempre - desde o início, no inquérito - procurei ressaltar o aspecto de que o Ministério Público reconhece que a definição das políticas públicas, tendente a garantir esse direito fundamental do direito de todos - o direito à saúde, o dever do Estado -, compete evidentemente aos representantes eleitos, tanto do Poder Executivo, quanto do Parlamento; mas o Ministério Público tem também por dever constitucional zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública, esses mesmos direitos assegurados na própria Constituição.

E é nesse contexto que o inquérito é conduzido, tendo em vista suprir essa necessidade de atenção básica da saúde, que é nobre, e pela qual o Ministério Público sempre pugnou, mas isso tem de ser feito sem o comprometimento de outros valores constitucionais também caros.

E a eles vou me dedicar a partir de agora, principalmente, iniciando pela denúncia de que haveria uma irregularidade quanto ao quadro fático da prestação dessa atividade, o delineamento constante da norma que

foi a Medida Provisória nº 621, posteriormente convertida na Lei nº 12.871/2013.

As notícias que nos chegaram, várias retiradas da mídia de um modo geral, e eu diria mais, hoje aqui as manifestações, inclusive a do Excelentíssimo Senhor Advogado-Geral da União e a do digno Ministro da Saúde, Doutor Alexandre Padilha, deixam claro que o programa tem como necessidade primordial atender a falta de médicos no Brasil. Isso é a todo tempo ressaltado em todos os documentos relacionados ao programa, e manifestações públicas dessas várias autoridades, como a da própria Presidente da República, em diversas oportunidades.

Eu destaco aqui, no dia 8 de julho, Café com a Presidenta: ela justamente dizia que "nós vamos contratar médicos estrangeiros, bem-formados, experientes; esses médicos vão assinar um contrato com o Governo Federal para trabalhar por, pelo menos, três anos em lugares onde mais faltam médicos."

Então, o foco, na verdade, do Programa Mais Médicos para o Brasil é atender a necessidade, que se reconheça existente no Brasil, de profissionais da área de saúde, em especial dos profissionais médicos. Mas isso não fica patente somente nas manifestações às autoridades.

No inquérito, foram juntadas várias notas técnicas e essas notas técnicas também revelam essa necessidade de atendimento para dar uma resposta à falta de profissionais médicos em várias regiões. Os documentos produzidos davam conta de que 701 Municípios no Brasil não contavam sequer com um único profissional médico. E o programa, portanto, vai nessa linha. E a nossa preocupação, no âmbito do Ministério Público do Trabalho, e tendo em vista nossa atividade institucional, era justamente verificar se esta atenção a essa necessidade não estaria se dando em prejuízo de direitos de uma relação de trabalho que, para nós, Ministério Público do Trabalho, é constitucionalmente protegida.

E chegamos à conclusão, num relatório parcial produzido e divulgado no dia 30 de outubro, que de fato a própria norma - a partir da Lei, dos documentos conjuntos assinados pelo Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, que são gestores desse programa - revela, com muita clareza, que o que se tem, de fato, é uma relação de trabalho. É que, infelizmente, está mascarada por um programa de aperfeiçoamento que seria uma pós-graduação com foco no ensino, na pesquisa e na extensão, e, quando, na prática, o que se vê, de fato, é uma relação de trabalho. E essa, portanto, afirmação legal busca desvirtuar uma constatação fática, e, por isso, fazendo arbitrariamente, a nosso ver, incorreria em ilicitude e inconstitucionalidade.

Como disse, os direitos sociais trabalhistas - parece-nos - têm o alcance coletivo geral e são aplicados às relações de trabalho, **lato sensu**, independentemente da diversidade dos regimes jurídicos dos trabalhadores. Isso, na verdade, quem diz não sou eu, são vários pronunciamentos dessa Suprema Corte, no caso da Reclamação nº 3.303, Ministro Carlos Britto; da Ação Civil Ordinária nº 21.069, Ministra Cármen Lúcia, e outras que o tempo não me permite citar.

Então, o ordenamento jurídico nos traz a necessidade de preservação dessa relação de trabalho constitucionalmente protegida. E essa Lei, a Medida Provisória agora convertida em lei, não poderia arbitrariamente, contrariando os seus próprios pressupostos e a sua prognose, laborar de outro modo, fazendo uma configuração legal destoante do que se dá na prática. Essa relação constitucionalmente protegida, relação de trabalho **lato sensu** - não digo relação de emprego em **stricto sensu**, mas de uma relação de trabalho **lato sensu -,** que vem sendo desvirtuada pelo projeto Mais Médicos, para o Brasil, a nosso ver, incorre, portanto, em um desvio de finalidade, portanto, na sua ilicitude, na necessidade daí de haver um necessário reordenamento desse Programa para assentar a sua base normativa com aquela que é fática, no sentido da prática dessa necessidade de dar uma resposta à falta de médicos.

O próprio projeto Mais Médicos no Brasil, essa nota técnica traz, mas isso decorre dos atos normativos, inclusive conjuntos, demonstra que há uma prevalência muito forte, apesar de haver, de fato, um convívio entre a atividade docente, de pós-graduação, em menor grau, e apenas numa configuração acessória, demonstra claro que essa atividade de serviço é a preponderante. O que se quer é que o médico atenda a população lá onde falta médico. E isso não é escondido sequer da norma ativa, como, por exemplo, se está claro no projeto que, das quarenta horas semanais, no mínimo, 32 horas são de atividade laboral; apenas oito que se dariam no âmbito de graduação; mas mesmo dessas oito, que seriam feitas através de interação, de plataformas, porque, como foi dito aqui não há uma supervisão direta de um profissional, como acontece no caso da residência médica, em que essa conjugação ensino/serviço se dá no âmbito de um hospital, normalmente um hospital/escola, lá ela se daria à distância e o acompanhamento seria feito - dessa atividade acadêmica, desse curso de especialização - através de plataformas, *moodle* e também de debate, fórum, telesaúde. Verifica-se, na verdade, que são instrumentos que se colocam à disposição de todos os médicos, mesmo para que ele possa aperfeiçoar o seu diagnóstico. E também tem uma vinculação muito forte com a atividade assistencial do próprio médico, apesar de também poder ser utilizada como aperfeiçoamento. Isso

porque, foi ressaltado aqui, parece, que a atividade médica, de fato, requer, como outras, o próprio Direito, uma contínua formação. Não é possível um médico sair da sua faculdade de Direito e ir prestar a sua atividade sem estar o tempo inteiro buscando a requalificação, como me parece também não é possível isso na área do Direito.

Então, na verdade, o que se tem, como máxima da experiência, é a possibilidade, que é desejável, que essas duas atividades se prestem e se deem concomitantemente, mas não uma excluindo a outra, como determina, ao nosso ver, incoerentemente com a própria normativa e de maneira arbitrária, a Lei nº 12.871, ao buscar afastar qualquer espécie de vínculo laborativo decorrente dessa atividade que, ao nosso ver, se encaixa perfeitamente no âmbito de uma relação de trabalho **lato sensu** protegida constitucionalmente.

Isso leva à situação desse desvio de finalidade e desvirtuamento, ao nosso ver, e implicações com relação à questão da ampla acessibilidade em concurso público, e precisa ser observado - todos sabemos e a Suprema Corte, a todo tempo, reafirma - que a regra de investidura no serviço público é o concurso público. E, mesmo quando se excepciona formas de provimento, necessário se faz que haja, no mínimo, um processo, ainda que

simplificado, mas um processo público de seleção. Isso também nos parece precisa ser observado no caso do projeto Mais Médicos para o Brasil.

Mesmo que se falasse que está aqui se encaminhando, ao nosso ver, no sentido de reconhecer que se está diante de uma necessidade, que eu, pelo menos, pessoalmente, não tenho dúvida que tem relevância pública, que se diz - e a Lei diz isso - temporária essa investidura e essa seleção, de qualquer forma, deveria ser feita, observados esses critérios objetivos.

Em relação aos profissionais cubanos, no pouco tempo que me resta, eu quero fazer algumas ponderações e ressaltar alguns pontos que me parecem absolutamente imprescindíveis para o correto deslinde dessa questão.

Foi-nos trazida inclusive a argumentação da União a respeito de que essa relação - e não há controvérsia a respeito disso - dos profissionais cubanos que não percebem a bolsa de dez mil reais, como tal ocorre em relação aos demais profissionais, sejam eles nacionais ou estrangeiros - estrangeiros de outras nacionalidades que não aqueles oriundos de Cuba recebem -, observados os parâmetros da própria medida provisória convertida em lei, os dez mil reais referentes à bolsa, o dinheiro é repassado, através de um convênio celebrado entre Brasil e a OPAS, a Cuba. E aí eu até

procurei obter acesso à outra parte do convênio, que fecha essa negociação, que é o convênio entre a OPAS e o Governo de Cuba, e não tive acesso. Foi formalmente negado o acesso a esse convênio. Aliás, segundo informações, sequer o Governo brasileiro tem acesso a esse convênio para saber como é feita a disciplinação do pagamento desses direitos, o que nos parece importante se saber, de maneira a deixar de forma clara o que deve ser repassado aos profissionais.

No inquérito, eu procurei focar que a nossa Constituição, os tratados internacionais e a própria Medida Provisória, a normativa do Projeto Mais Médicos para o Brasil, necessariamente exigem que a retribuição - e dê-se o nome que se quiser dar -, a nosso ver, trata-se de uma contraprestação de um trabalho realizado. Mas, ainda que fosse uma bolsa, essa bolsa deve ser paga ao profissional; isso é exigência do nosso ordenamento jurídico pátrio, a própria Medida Provisória convertida em lei é nessa linha, e os vários instrumentos internacionais de que o Brasil faz parte também vão nessa linha, a partir da Convenção de Direito Internacional Privado, o conhecido Código Bustamante, que veio ao nosso ordenamento jurídico pátrio através do Decreto nº 18.871. Mas não é só. O Código Global de Prática para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde também vai na mesma linha, dizendo que os profissionais recrutados nesse contexto, para essa cooperação

internacional, inclusive, devem ser recrutados observados os parâmetros de igualdade com os demais profissionais e aplicável a legislação nacional. Isso tudo está lá nos itens 4.1 a 4.7 dessa normativa. Mas não é só. O próprio terceiro termo de ajuste ao 80º termo de cooperação técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto de ampliação de acesso da população brasileira à atenção básica em saúde, celebrado entre o Ministério da Saúde e a OPAS, no artigo 4º, diz que se aplica a legislação nacional.

Então, a nosso ver, é absolutamente ilícito o Programa Mais Médicos fazer a destinação, o pagamento que não seja diretamente - e aí seja, a nosso ver, essa retribuição por um trabalho feito ou, como se quer a Medida Provisória, a própria bolsa que precisa ser paga diretamente ao profissional. Isso não está sendo observado, e, parece-nos, requer portanto urgente correção de rumos desse procedimento.

As convenções da OIT vão na mesma linha. Cito a 95 e a 117, Excelência, tendo em vista o término do prazo da minha exposição.

E fazendo uma brevíssima referência ao último ponto do inquérito, que é a situação do Revalida, nesse ponto, chegamos à conclusão de que, quanto às condições de capacidade para o exercício da profissão, incumbe à própria União delas dispor, e o faz de acordo com as regras de competência do Congresso Nacional, no caso, ponderados os valores da própria

Constituição. A nosso ver, no caso, não houve ilegalidade em relação a essa questão da medida provisória, porque isso já foi feito, como mencionado aqui em outras situações, e também a tratamentos outros, como no caso dos profissionais que são oriundos do Mercosul, que têm uma disciplina bem específica. Então, na verdade, de acordo com as ponderações dos valores constitucionais, parece-me que, nesse caso, foram observadas.

Então, a nosso ver, no inquérito civil, fica demonstrado que houve um desvirtuamento dessa relação de trabalho constitucionalmente protegida e se deve - e não está sendo feito isso hoje -, aplicar a legislação como um todo aos profissionais cubanos, o que não está sendo feito.

Apenas para elemento de conclusão do inquérito, falta fazer apenas as inspeções **in loco**; pretendemos fazer nos últimos dias e traremos, Excelência, depois a esta Corte as conclusões do trabalho.

Agradeço a oportunidade de participar desta importante Audiência Pública.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - O agradecimento ao Doutor Sebastião Vieira Caixeta, que integra um órgão em relação ao qual eu tenho a maior afeição, porque fui membro do Ministério Público do Trabalho.

A manhã foi muito rica. Tivemos oportunidade de ouvir o Advogado-Geral da União, Doutor Adams, que se posicionou de forma contrária, perdão, de forma favorável ao Programa Mais Médico, de forma contrária, portanto, às Ações Diretas de Inconstitucionalidade; o Doutor Roberto Luiz D'Ávila, Presidente do Conselho Federal de Medicina; o Doutor Alexandre Padilha, Ministro de Estado da Saúde; os Doutores Florentino de Araújo Cardoso Filho e José Luiz Bonamigo Filho; o Doutor Paulo Speller; e agora, por último, o Doutor Sebastião Vieira Caixeta.

"Nada surge sem uma causa" - já diziam os antigos filósofos materialistas gregos. E a razão de ser da Audiência Pública, repito, é o esclarecimento da matéria em debate; e esse esclarecimento, ele está, passo a passo, aflorando.

Temos um verdadeiro empate, já que três expositores se pronunciaram a favor do programa, e três, com reservas quanto à ótica do membro do Ministério Público de Trabalho, já que veiculou ideias quanto ao Inquérito Civil Público, três de forma contrária. E, sem dúvida alguma, se o julgador pudesse, daria a contenda por empatada, não se pronunciaria a respeito.

Desejo homenagear os Senhores Médicos e também os Senhores Advogados, registrando a presença, quanto a estes últimos, da Doutora Giovanna Trad, representando o Presidente da Ordem dos Advogados do Brasil, Doutor Marcos Vinícius Furtado Coelho. A Doutora é membro da Comissão de Direito Médico e da Saúde do Conselho Federal da OAB.

Os meus agradecimentos também aos expositores, ao Doutor Odim, personificando o Ministério Público Federal, ao meu assessor Carlos Alexandre, à nossa Secretária Cármen, e à assistência, que teve a paciência de ouvir os expositores.

Nós retornaremos, para a continuidade da Audiência Pública, às 14 horas.

Muito Obrigado a todos.

AUDIÊNCIA PÚBLICA - 25/11/2013 (tarde)

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Boa-tarde! Vamos reiniciar a Audiência Pública ouvindo os expositores que estão designados para esta tarde.

Dou a palavra ao Presidente da Central Única dos Trabalhadores (CUT), Doutor Vagner Freitas de Moraes.

O SENHOR VAGNER FREITAS DE MORAES (CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES) - Boa-tarde, Senhores Ministros, boa-tarde a esta Corte, boa-tarde a todos os meus companheiros de mesa e a todos os presentes no auditório, as autoridades aqui presentes, a imprensa, enfim, agradecer o convite em nome da Central Única dos Trabalhadores, entidade que congrega mais de vinte e três milhões de trabalhadores no Brasil, hoje;

mais de três mil e quinhentos sindicatos, mais de oito milhões de associados, representando mais de vinte e três milhões de trabalhadores no Brasil, sendo hoje a Central Única dos Trabalhadores a quarta maior central sindical do mundo, a maior central sindical das Américas.

Estarmos aqui hoje para colocar nossa opinião sobre um tema tão importante para a sociedade, para nós, é de muito orgulho. Nós temos uma quantidade bastante grande de sindicatos de trabalhadores na área da saúde, Senhor Ministro, que nós representamos, inclusive, muitos sindicatos de médicos, que representamos no seio da nossa Central. Plural, como ela é, representa trabalhadores do campo e da cidade, do setor público, do setor privado, das categorias, como a categoria de médicos, e outras categorias, como as categorias, digamos, de trabalhos diferentes. Enfim, a CUT tem a capacidade de ter uma boa leitura sobre isso, porque nós, além de representarmos os trabalhadores desse setor, nós também conhecemos as pessoas que precisam do atendimento e de serviço público, que também são trabalhadores em geral.

O Brasil carece de um investimento mais qualificado do Estado em políticas públicas e em serviços públicos. É uma gritaria da população brasileira o acesso a serviços públicos. Acho, não tenho dúvida nenhuma, que nos últimos anos nós temos tido êxito, crescido bastante a oferta

de serviços públicos para a população, mas o fosso social, o descalabro e a falta de atender questões básicas de serviços públicos, de políticas públicas, para a população do Brasil, ao longo da existência desta República, e, anteriormente, do Império, ainda nos traz uma grande defasagem de acesso a serviços públicos de qualidade para a população, fundamentalmente, em áreas essenciais para o desenvolvimento da democracia e para o desenvolvimento da sociedade, que é na área de saúde, na área de transporte, na área de educação, na área de segurança.

A visão da CUT, em relação ao Mais Médicos, discutida na sua direção executiva e discutida no seu Pleno, é de apoio ao programa constituído pelo Governo Federal. Nós achamos que é de sensibilidade da Presidenta Dilma, do Ministro Padilha, entenderem, porque isso é uma questão de você conhecer o Brasil, inclusive nas suas grandes diferenças, porque o Brasil é muito grande, cultural, politicamente, geograficamente, e absolutamente desigual, é evidente que existe falta de médicos para atender, fundamentalmente, a população mais carente do Brasil.

Sou testemunha, pela característica da minha função de percorrer esse Brasil de ponta a ponta, pelos últimos vinte e cinco anos, de que é muito normal você ter brasileiros e brasileiras, fundamentalmente, trabalhadores, empregados ou não, mas trabalhadores que não têm acesso a

um médico. É normal você ter cidades brasileiras aonde não existe a atuação de um médico. E é normal, inclusive, você ter, em grandes cidades urbanas brasileiras, fundamentalmente, nas suas periferias, a não existência de médico ou uma quantidade muito pequena que não dá condição de que o trabalhador, de que a população tenha acesso ao serviço médico.

Ministro, senhores e senhoras, óbvio e evidentemente que o problema da saúde brasileira não se resume ao fato de você ter mais médicos ou menos médicos. Óbvio que nós temos que ter um investimento em saúde, em políticas públicas de saúde que dê condições de que esse valor, esse direito de cidadão seja efetivamente conquistado pelas pessoas.

Nós estamos num processo de fortalecimento do SUS, que nós achamos instrumento importantíssimo uma rede pública como o SUS, que não é todo país do mundo que tem. O maior país capitalista do mundo, que é os Estados Unidos, se debatem há muito tempo, e o presidente Obama não consegue implementara uma política pública de saúde, inclusive, com um enfrentamento com setores conservadores da sociedade. E esse ganho, essa conquista é uma conquista para a sociedade brasileira. Então, valorizar o SUS é extremamente importante na visão da CUT. Não está absolutamente, ainda, nos conformes esse instrumento. A sociedade tem ainda que brigar muito, se organizar muito para que esse instrumento importante seja efetivamente a

serviço de toda a sociedade brasileira. Então, além de termos o Mais Médicos, nós temos que valorizar o SUS.

É uma coisa fantástica, senhoras e senhores, que o problema de saúde pública no Brasil é tão grande que, mesmo aqueles que são, hoje, beneficiários de plano de saúde privado e que pagam valores exorbitantes, ou por plano individual ou as empresas, que acabam concedendo como benefício para os seus trabalhadores, pagam valores exorbitantes, e também, na saúde privada, o atendimento é de péssima qualidade. Sou testemunha, por ser pai de duas crianças pequenas, que utilizam saúde privada, inclusive de um dos convênios talvez os mais bem colocados do mundo, que é o Bradesco Empresa, que é um convênio para mais de cem mil trabalhadores do Bradesco, que é a empresa em que eu trabalho. E é muito normal chegar ao Hospital São Luiz, no Morumbi, em São Paulo, com meus filhos, em geral, com algum tipo de virose, que é o que normalmente a eles é dito que têm, chegar às 8h da noite e sair de lá à 1h da manhã. Isso no Hospital São Luiz, do Morumbi, num plano de saúde privada. Então, os senhores podem imaginar o que significa o atendimento de saúde pra toda uma população brasileira desassistida. As políticas efetuadas nos últimos governos Lula e Dilma têm prestado atenção muito maior a isso do que era anteriormente. E, nesse sentido, a questão dos Mais Médicos vem a valorizar este investimento.

Agora, eu queria também defender e deixar bastante clara a posição da CUT não só favorável à política do Mais Médicos, estabelecida pelo Governo Federal, mas nós queremos dizer que os médicos brasileiros, os profissionais de saúde brasileiros precisam de mais e melhores condições de trabalho. Há uma parcela da sociedade brasileira, e o debate, em geral, no Brasil, se envereda para "os bons e os ruins", "os contra e os a favor", sem aprofundar o debate. E demonizar a categoria médica, nós não temos a menor concordância com isso. Existe, sim, necessidade de você melhorar as condições de trabalho para o profissional médico, para todos os profissionais de saúde. É verdade que não adianta apenas você disponibilizar para uma família um médico se você não tiver condições que os médicos tenham de dar assistência, de fazer o atendimento, se não tiver aparelhamento, se não tiver condições de trabalho para esse profissional exercer a sua profissão.

Nós não achamos que o debate da qualificação da saúde pública brasileira ou da política de saúde brasileira seja pura e simplesmente uma questão de colocar à disposição só o médico. Agora, é uma das primeiras atitudes você ter o médico, porque se nem o médico ou a médica você tem, obviamente, a possibilidade do atendimento é zero. Agora, junto com a política do Mais Médicos, óbvio que tem que vir a qualificação desse profissional, a requalificação desse profissional, o investimento em sua

carreira, em seus direitos. Não para ele, pura e simplesmente, além de ser importante pela questão profissional, mas para que ele seja qualificado e tenha condição de prestar o serviço que a sociedade brasileira precisa.

Então, juntamente com a defesa que nós fazemos da proposta do governo em relação ao Mais Médicos, nós cobramos publicamente investimento na qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde no Brasil inteiro e, fundamentalmente, da questão dos médicos. Entendemos que é uma categoria absolutamente dedicada. E muitas das vezes o faz por pura abnegação, porque não tem condições para fazê-lo. Então, se dar condições é extremamente importante para isso. Um investimento no SUS, para nós, é extremamente importante.

Eu queria deixar isso bastante claro, porque já começo a perceber, eu acho que Vossas Excelências também, e as pessoas que me ouvem agora e conhecem um pouco percebem, que há uma sanha no Brasil de transformar Saúde e Educação, levando-se isso à iniciativa privada, esquecendo que Saúde e Educação é um valor que o Estado tem que estabelecer como regra. O Estado tem que estabelecer, e é um direito do cidadão. E não pode ser ativo financeiro à sanha dos capitalistas internacionais ou nacionais para vender produto de Saúde e Educação como se nós fôssemos consumidores. Nós temos direito de ter Saúde, Educação. Não somos

consumidores, pura e simplesmente, de um produto e que somos apenas mercado para esse processo como um todo. Eu acho que a discussão do Mais Médicos vem nesse bojo que a CUT defende, de um Estado que cumpra o seu papel.

A sociedade veio às ruas na jornada de junho para pedir mais Estado, para pedir mais Educação, mais Saúde e Transporte Público de qualidade. O Mais Médico tenta dialogar com essa questão importantíssima para a sociedade brasileira. Portanto, a nossa posição nesse sentido é favorável.

Nós temos exemplos que as nossas CUTs nos Estados, nossos sindicatos nos Estados, que têm em geral recebido esses profissionais que têm chegado, fundamentalmente em regiões longínquas do interior e que são acolhidos como se fossem deuses. Ainda existem locais, no mundo e no Brasil, aonde o médico é visto como se fosse um deus. Isso precisa acabar. Isso é falta de serviço público. É o não conhecimento da população dos direitos que tem e não está habituada a ter serviço público de qualidade. Quando isso acontece, acha que esse profissional, que está cumprindo o seu papel, tem que ser remunerado para isso, tem que ter condições para isso, e cobrar o Estado para que efetivamente aconteça.

Eu acho que é um processo de desenvolvimento. O debate em torno do tema, nós achamos altamente salutar para que efetivamente nós consigamos que a sociedade opine nas propostas do Governo. Nós também achamos importante o debate, porque não achamos que nenhum governante, nenhum governo tem a outorga de fazer o que bem entende e a sociedade pura e simplesmente vai e, simplesmente, concorda. Nós achamos que a sociedade tem que discutir. O debate é importantíssimo, aprofundar os valores da democracia, para que nós tenhamos condições de aprimorar inclusive a proposta nesse sentido. Agora, que bom que a gente tenha no Brasil propostas de inclusão de políticas públicas que levam em consideração a necessidade fundamentalmente da população mais carente.

Então, a CUT defende o programa, entende que é um programa bom, mas que nós temos que, juntamente com o programa, defender as condições de trabalho dos profissionais médicos e que, a se resolver o problema de saúde no Brasil, é investir no SUS. Investir nos médicos, mas investir também nas condições para que eles possam exercer corretamente o seu trabalho.

Obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Muito bem. Agradeço a participação do Doutor Vagner Freitas de Moraes.

Ressalto a procedência do que veiculado sobre os serviços essenciais, a cargo, portanto, de início, como obrigação principal do próprio Estado. Também subscrevo a colocação feita sobre o movimento social, e, há pouco mesmo, tomando posse na Presidência do Tribunal Superior Eleitoral, tive a oportunidade de dizer que não cabe a apatia. Todos nós somos responsáveis e devemos buscar, somos responsáveis por dias melhores nesse Brasil continental.

Vamos prosseguir ouvindo o Doutor Ruy Fernando Gomes Leme Cavalheiro, Procurador do Trabalho - e não há sobreposição, já que ouvimos, ao término dos trabalhos da manhã, um Procurador do Trabalho -, que falará pela Coordenadoria Nacional de Combate a irregularidades trabalhistas na Administração Pública.

Sua Excelência tem a palavra.

O SENHOR RUY FERNANDO GOMES LEME CAVALHEIRO (PROCURADOR DO TRABALHO) - Boa-tarde, Senhor Ministro Marco Aurélio, excelso Pretório. Boa-tarde, Senhor Subprocurador-

Geral da República, Senhor Doutor Odim Brandão Ferreira, na pessoa de quem saúdo aqui os presentes.

A CONAP, do Ministério Público do Trabalho, ela vem lidando com irregularidades na Administração Pública, desde 2004, quando foi criada. E, nesse intento, as suas decisões colegiadas - sempre representando o pensamento dos procuradores do trabalho de todas as regiões do Brasil - geraram quarenta orientações, aproximadamente, sobre os temas acerca das irregularidades na Administração Pública. Também foram geradas notas técnicas referentes a esses temas e manuais de atuação. Na seleção desse material, nós escolhemos alguns excertos, que talvez sejam interessantes à cognição dessa excelsa Corte, para que possa analisar o caso que ora se descortina.

Não pretende o Ministério Público do Trabalho, por meio da CONAP, aqui representada, opinar sobre o caso específico, sobre o mérito dessa ação, já que não é parte da ação, e também porque já existe uma investigação que o Doutor Sebastião Caixeta, expositor da parte matutina desta Audiência Pública, fez. E, respeitando a sua condição de promotor natural, não será analisado o mérito do fato, apenas serão ofertadas algumas contribuições à análise do fenômeno.

Inicialmente, entende a CONAP, por meio de nota técnica que foi encaminhada em outubro de 2013 à Câmara dos Deputados por Sua Excelência o senhor PGT, senhor Doutor Luiz Antonio Camargo, que o artigo 37, inciso II, da Constituição estabelece que o meio próprio de inserção de pessoas para a prestação dos serviços públicos é o concurso, e as exceções que existem a eles devem ser pontuais, devem ser justificadas por lei inclusive. A União se obrigou, por meio de um acordo judicial firmado com o MPT, numa Ação Civil Pública da 17ª Vara do Trabalho de Brasília, a não mais terceirizar as suas atividades-fim, e a substituir todos os seus terceirizados por concursados. Ou seja: há uma assunção de uma obrigação da União em relação a não ter pessoas intermediando o trabalho na Administração Pública.

Nessa nota a que nós nos referimos, é mencionado um precedente dessa excelsa Corte, que é o julgamento da ADI nº 231, do Rio de Janeiro, onde se reconheceu que o meio próprio de prestação de serviços na Administração Pública é o concurso. No âmbito da CONAP, do Ministério Público do Trabalho, foram editadas algumas orientações sobre o tema. A orientação nº 11 repete, quase **ipsis litteris**, o conteúdo normativo da decisão proferida na ADI nº 231, RJ, entendendo que a substituição do servidor público é impossível se for terceirizada. Também a orientação nº 12 entende que as frentes de trabalho, elas não se prestam à forma de arregimentação de

mão de obra. Já a nº 13 entende que a contratação de equipe para atender aos (ininteligível) sociais também não é um modo de se eximir do concurso público. A orientação nº 21 entende que o trabalho voluntário não pode ser, também, um meio de se ter prestação de mão de obra à Administração Pública. Entretanto, também foram identificadas, na prática, algumas exceções que poderiam justificar a não ocorrência do concurso público, especialmente a exceção da orientação nº 25, onde se verificou, na prática, que há locais no Brasil aonde não se encontra acesso fácil para médicos e dentistas, aonde se verifica, também, a formação de cartéis, cartéis que impossibilitam o concurso público. Nessas situações, a orientação, ela sugere que seja feita uma consertação social junto com membros da comunidade e de outros Poderes para tentar se superar a não realização de concurso público. Também a orientação nº 26 estabelece que é possível que seja feita uma contratação, não por concurso público, em aldeias indígenas para a alfabetização. Esse entendimento se funda no artigo 231 da Constituição e, também, nos artigos 4º e 5º da Convenção nº 169 da OIT, é uma exceção que visa a privilegiar o modo próprio de organização das comunidades indígenas. Desse modo existe um entendimento na CONAP de que é possível, sim, uma exceção ao concurso público, desde que haja uma previsão legal ou que haja uma situação fática que o justifique.

Em relação aos direitos dos profissionais, existe uma nota técnica mencionada, que foi encaminhada à Câmara dos Deputados, onde se menciona que deve haver isonomia entre os direitos dos trabalhadores que sejam terceirizados, ou que tenham a mão de obra intermediada, e aqueles próprios ao órgão. Esse direito se funda no artigo 5º, **caput**, da Constituição, no artigo 7º, inciso 32 da Constituição, também, dos direitos trabalhistas, e no artigo 23 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, dentre outras normas.

Em relação aos deveres do tomador de serviços, foi verificado, também, que existe um arcabouço jurídico que estabelece que o tomador tem que observar se a pessoa que intermedeia a mão de obra está observando os direitos trabalhistas dos trabalhadores. Isso vigora, especificamente, em relação à intermediação por terceirização, mas é possível uma interpretação ampliada dessas normas. O artigo 58, inciso III e 67 da Lei de Licitações estabelece justamente esse dever, e, no âmbito da Administração Federal, nós temos a Instrução Normativa nº 02/2008 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que traz consigo um longo rol de práticas que devem ser observadas pelos administradores quando da prestação de serviço terceirizado e quando houver intermediação em geral.

Finalmente, também existe um entendimento acerca da proteção do meio ambiente de trabalho. Na parte da manhã dessa Audiência Pública, tivemos a exposição de algumas fotos que mostravam unidades de saúde pública com deterioração e com alto índice de precariedade na prestação do trabalho. Este excelso Tribunal já editou a sua Súmula nº 736, que estabelece uma possibilidade de ampliação do arcabouço de proteção ao meio ambiente de trabalho que existe na CLT para os servidores públicos em geral. E, também, por consequência, é possível que se entenda que essa norma também protege aqueles que prestam serviço à administração sem o vínculo estatutário ou sem um contrato de trabalho. Nesse sentido, a NR nº 32, do Ministério do Trabalho, é objeto de um manual de um projeto do Ministério Público do Trabalho, que é o Projeto Saúde na Saúde, que trata justamente da proteção dos direitos ao meio ambiente equilibrado e seguro na Administração Pública. Esse manual se funda especialmente no artigo 3º da Convenção nº 161, da OIT, que trata dos direitos ao meio ambiente de trabalho seguro e equilibrado dos trabalhadores da Administração Pública, e também no artigo 7º, inciso XXII da Constituição, e no artigo 39, § 3º, que ampliam aos servidores e aos estatutários em geral os direitos à proteção do meio ambiente.

A conclusão desse manual se fez necessária em função da constatação de que o meio de trabalho na saúde pública é um dos que mais

têm acidentes no Brasil. Existe uma impressão de que a construção civil e os trabalhos em abatedouros reúnem a maior parte desses acidentes, mas a verificação dos anuários estatísticos em 2009, 2010 e 2011 evidenciam o contrário. O número de vínculos que tem uma proporção de acidentes por mil trabalhadores é de 58,39 para cada mil em relação a profissionais de saúde, então, existe uma periclitação à saúde enorme no ambiente de trabalho. Nós verificamos isso diuturnamente no Ministério Público do Trabalho pelas diligências que fazemos e pelas ações civis públicas que são ajuizadas, e a situação de trabalho dos médicos, dos enfermeiros, dos fisioterapeutas em geral é realmente caótica em todos os sentidos.

Essas são conclusões colegiadas do Ministério Público do Trabalho, de reuniões que se desenvolvem desde 2004, e são meras contribuições ofertadas a este excelso Tribunal para a sua apreciação do caso em concreto. Eu acho que consegui não usar todo o meu tempo, observando a orientação de Sua Excelência no começo desta audiência.

Agradeço a oportunidade de podermos nos manifestar, especialmente agradeço o reconhecimento ao Ministério Público do Trabalho na sua missão constitucional de proteger os trabalhadores.

Obrigado, Excelência.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Muito obrigado, Doutor Ruy Fernando Gomes Leme Carvalheiro, que nos trouxe um dado que nos foge, geralmente, quanto à estatística, em termos de acidente do trabalho. Proporcionalmente, nós temos, como ressaltado por Sua Excelência, um número maior de acidentes na área da saúde.

Chamo agora para expor o Presidente da Frente Nacional de Prefeitos, e prefeito de uma grande cidade brasileira, de Porto Alegre, o Doutor José Alberto Reus Fortunati.

O SENHOR JOSÉ ALBERTO REUS FORTUNATI (PRESIDENTE DA FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS E PREFEITO DE PORTO ALEGRE/RS) - Ministro Marco Aurélio, em nome da Frente Nacional de Prefeitos e em nome da minha querida cidade Porto Alegre, quero lhe saudar, saudar a todos os participantes desta importante Audiência Pública.

Gostaria de registrar aqui o forte abraço ao Ministro Teori Zavascki. Não está no mundo jurídico, mas simplesmente porque somos colegas do Conselho do Grêmio Futebol Portoalegrense.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Ora, imagina. Saudações de um flamenguista.

O SENHOR JOSÉ ALBERTO REUS FORTUNATI (PRESIDENTE DA FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS E PREFEITO DE PORTO ALEGRE/RS) - Vou procurar, dentro do meu tempo, fazer uma exposição do entendimento da Frente Nacional de Prefeitos sobre o Programa Mais Médicos.

Primeiro, apresentando a nossa representação da Frente Nacional de Prefeitos. Esta foto que nós estamos mostrando é uma clara demonstração de que a Frente não segue uma linha única, partidária ou doutrinária. Nós temos prefeitos de todos os partidos políticos. Esta executiva, Ministro, podendo ver, eu que sou do PDT, PT, PMDB, PCdoB, PPS, DEM, PSDB, todos os partidos devidamente representados na direção máxima da nossa organização, que é a Frente Nacional de Prefeitos. Então, o que eu trago aqui certamente não é uma medida ou uma posição ideológica, não é uma posição partidária, mas é o pensamento da absoluta imensa maioria dos prefeitos e prefeitas do nosso país.

Nossa discussão já vem de há muito tempo, mas, em junho de 2012, ou seja, antes de qualquer manifestação no país, nós realizamos, na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, um grande encontro, onde a principal discussão realizada foi sobre o problema da saúde pública no Brasil, contando inclusive com a presença do Ministro Alexandre Padilha. A partir

dessa reflexão, elaboramos uma carta, a Carta de Vitória, que, de forma muito textual, aponta para a necessidade da contratação de mais médicos para atuação na rede pública, especialmente na periferia das grandes cidades, nas regiões mais pobres do País. Afirmamos, naquele momento, em junho de 2012, de que percebíamos, nós, já a necessidade da contração de médicos estrangeiros para suprir a falta de profissionais da saúde no Brasil. Durante a campanha eleitoral - nós estamos, aí, simplesmente com o site Uol mostrando: Saúde será tema principal nas eleições municipais, diz pesquisa do Ibope. O Ibope detectou, logo em seguida, no início da campanha eleitoral para os municípios, em 2012, que o tema da maior preocupação dos brasileiros era o da saúde pública, deixando de lado, educação, segurança pública, assistência social e tantos outros temas que são candentes em nosso cotidiano.

O que percebíamos? E este, o debate eleitoral demonstrou claramente isso. Não há nenhum prefeito ou prefeita do país que seja contrário à adoção do Sistema Único de Saúde. Entendemos nós, e já foi dito pelo Presidente Vagner, da CUT, que o SUS significou claramente um avanço nas relações da população, especialmente da população mais carente, com a saúde no país. É um avanço que tem que ser, claro, aperfeiçoado. É um sistema que merece reparos, indiscutivelmente, mas, também, não temos dúvida, que comparativamente ao que tínhamos no país, há alguns anos atrás, o Sistema

Único de Saúde representa um grande avanço na proteção, especialmente da saúde básica da população mais carente. Por isso, quero dar alguns dados que são extremamente importantes, mostrando que essa preocupação, do investimento de saúde pública, ela tem norteado a preocupação dos prefeitos.

Esta é a taxa de crescimento da despesa com saúde em relação ao ano anterior. Então, mostrando, claramente, nesse gráfico, Ministro, que, a cada ano, os Municípios buscam retirar do seu orçamento mais e mais recursos. Nós sabemos que, infelizmente, as receitas não crescem na mesma proporção, mas os investimentos na área da saúde têm crescido de uma forma bastante razoável. Um exemplo concreto é este novo gráfico, que faz parte do nosso anuário, do anuário da Frente Nacional de Prefeitos, chamado Multi Cidades, que tem o respaldo, inclusive, do Ministério da Fazenda, pelos dados extremamente fidedignos. Lá, em 2002, o investimento que fazíamos, era em torno de 16,5% dos nossos orçamentos. A Constituição Federal - sempre é importante lembrar numa Audiência Pública -, ela obriga que os Municípios invistam 15% dos seus investimentos em saúde pública. Em 2002, os Municípios investiam 16,5%. No ano passado, 2012, a média nacional já atingia 21,5% de investimento dos orçamentos públicos dos Municípios. Posso lhe garantir, Ministro, que alguns Municípios, hoje, já investem mais de 30% do seu orçamento em saúde pública. O meu Município, Município de Porto

Alegre, investe - são dados de hoje - 22% em saúde pública, retirando exatamente uma fatia bastante razoável dos nossos recursos que deviam estar em outros áreas, mas que, naturalmente, por ser uma área imprescindível, estratégica, ela vem sendo aplicada na saúde pública.

A evolução da despesa com saúde também está demonstrada nesse gráfico. Lá, em 2002, havia, em bilhões, um investimento de quarenta bilhões de reais. Hoje, já fazendo, obviamente, atualização pelo IPCA médio, nós estamos investindo, no País, noventa e cinco bilhões de reais. O que demonstra um crescimento fantástico, maravilhoso, do ponto de vista da saúde pública, mas preocupante do ponto de vista das receitas públicas municipais.

Esse outro gráfico, ele é extremamente emblemático, porque ele sinaliza a preocupação que o País está tendo com algo que é fundamental no atendimento à saúde pública das pessoas. Lá, em 2000 - é o primeiro gráfico -, nós estamos percebendo o pequeno número de unidades da estratégia Saúde da Família. E, já em 2012, felizmente, o que percebemos? O País, realmente, assumindo, como uma estratégia da saúde pública, o Programa Saúde da Família. Por que que isso é importante, Ministro? É fundamental porque, a partir das nossas unidades básicas de saúde, que fazem o atendimento lá na ponta, com o Programa Saúde da Família, nós conseguimos retirar, represar,

no bom sentido, milhares de atendimentos de pessoas que iam diretamente às nossas emergências, aos grandes hospitais, de forma desnecessária porque era um pequeno mal-estar, uma dor de cabeça, algo que pode muito bem ser acompanhado e atendido com muita eficácia pelo Programa Saúde da Família. Então, esse crescimento, ele merece, aqui, ser destacado com muita ênfase porque mostra que o país caminha na direção exata, correta, do atendimento à saúde básica no nosso país.

A saúde, como já disse, é uma preocupação dos municípios. Há um esforço permanente dos prefeitos e prefeitas para melhorar a qualidade da atenção à saúde, mas, apesar de todo esse esforço, o que nós percebemos? Há uma dificuldade enorme na contratação dos recursos humanos por parte dos municípios, em especial de médicos, para que estejam atendendo a saúde básica.

Aqui, fruto exatamente dessa reflexão: Vitória, junho de 2012. Eleições municipais de 2012, que demonstrou claramente a grande preocupação sobre saúde pública. No início de 2013, antes das mobilizações, antes das manifestações populares, nós nos reunimos, Frente Nacional de Prefeitos com a Associação Brasileira de Municípios e a Confederação Nacional de Municípios, e decidimos lançar uma grande campanha em favor da busca de médicos, e, daí, surgiu a campanha "Cadê o Médico?", que é

exatamente isto que eu estou usando no meu peito. Uma grande campanha questionando: Onde é que nós encontramos o médico para colocarmos à disposição da nossa população carente? A partir dessa campanha, fizemos um abaixo-assinado, e esse abaixo-assinado recebeu adesão, num primeiro momento, de dois mil e quinhentos prefeitos no país. Hoje, é importante atualizar isso, quatro mil e vinte e cinco municípios já aderiram ao Programa Mais Médicos. Num primeiro momento, em apenas três dias, dois mil e quinhentos prefeitos assinaram o abaixo-assinado. Hoje, quatro mil e vinte e cinco dos cinco mil, quinhentos e setenta municípios já aderiram ao Programa Mais Médicos, o que também demonstra que não se trata, aqui, de cidades com vias partidário-ideológico. Todos os municípios precisam de mais médicos.

Tivemos, e esta foto era bastante emblemática, por isso fizemos questão de destacá-la, a adesão e o apoio ao Programa Cadê o Médico, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, que tem sido uma das grandes parceiras na busca, exatamente, do aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. Este abaixo-assinado foi entregue ao ministro Alexandre Padilha, pelo então presidente da Frente Nacional de Prefeitos, prefeito João Corse, lá de Vitória, e, finalmente, tivemos uma resposta da presidenta Dilma quando os municípios realizam o seu segundo encontro dos municípios para o

desenvolvimento sustentável, em abril de 2013, antes também das manifestações populares. A presidenta Dilma manifestou-se sobre o abaixo-assinado recebido por parte dos prefeitos naquele momento, e ela deixou muito claro que realmente o governo federal passaria a trabalhar com muita celeridade para dar condições que as prefeituras municipais pudessem ter um médico nas unidade básicas de saúde. Esse encontro contou com mais de três mil e seiscentas pessoas, na sua imensa maioria, prefeitos e prefeitas de todo o país.

Também quero destacar que, ao longo desse processo, fizemos várias reuniões da Frente Nacional de Prefeitos com o Ministério da Saúde, buscando a equalização e o melhor formato para o lançamento da Campanha Mais Médicos para o Brasil. Uma profunda discussão que foi sendo adaptada, que foi sendo aperfeiçoada. Eu não tenho dúvida, o que acabou resultando no ato da presidenta Dilma, transformado depois em projeto de lei e lei, foi amplamente discutido com os prefeitos brasileiros para, realmente, conseguirmos uma eficácia maior do próprio Programa.

Participamos, ativamente, Ministro Marco Aurélio, de todas as audiências, tanto na Câmara dos Deputados como no Senado Federal, para discutirmos o projeto de lei, e, consequentemente, a aprovação da lei que acabou criando o Mais Médicos. Estivemos em dezenas de sessões, em

dezenas de reuniões nas comissões técnicas, nas comissões permanentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, mostrando, exatamente, a nossa posição, tirando dúvidas, que porventura existissem a respeito da vontade dos prefeitos e prefeitas para balizarmos esse importante debate.

Também, aqui, uma foto mostrando a nossa unidade com os demais setores da saúde pública, buscando não somente mais médicos, porque, obviamente nós sabemos e queremos, aqui, também reiterar o que disse o presidente da CUT: nós achamos que não é somente colocando mais médicos que vamos resolver o problema da saúde pública; são mais investimentos e esses investimentos não podem mais sair do bolso do orçamento dos Municípios, que se encontram completamente estrangulados do ponto de vista orçamentário. Então, apresentamos um abaixo-assinado com milhares de assinaturas pro Saúde+10. Ou seja, queremos mais investimentos do orçamento geral da União para que a saúde pública tenha mais investimentos na infraestrutura adequada para a saúde pública do país.

Quero falar um pouco, Ministro, sobre a minha cidade, porque falar de forma genérica, às vezes, acaba maquiando um pouco o contexto em que nós realizamos o debate. Tenho ouvido muito, ao longo deste debate, que os médicos brasileiros não querem ir ou ao interior ou à periferia das cidades porque não encontram condições técnicas para lá trabalhar. Eu

quero desmentir, de forma categórica, esta afirmação. Não quero desconhecer que muitos municípios não têm as condições adequadas para esse atendimento, mas isto não deve encobrir, de forma alguma, o fato de que médicos não queiram trabalhar em cidades distantes das capitais ou mesmo nas periferias das capitais. Vou dar como exemplo a minha cidade. Porto Alegre, hoje, é a quarta capital e quinta cidade entre as 5.570 cidades brasileiras nos indicadores do IDSUS. O que o IDSUS faz? Ele mede o acesso ao atendimento ao SUS, a estruturação da rede como ela existe e a atividade na atenção básica, ambulatorial, hospitalar, urgências e emergências. Porto Alegre - volto a repetir - é a quarta capital e a quinta cidade no Brasil em termos de estruturação do SUS. Então, poderíamos pensar o seguinte: se Porto Alegre, que é a capital de todos os gaúchos, lado Sul maravilha, como alguns dizem, certamente não faltam médicos. Ao contrário. O que percebemos? No início deste ano, início de 2013, nós tínhamos uma ausência, uma falta de 213 médicos no atendimento à saúde básica - 213 médicos. Deixando claro, Ministro: nós não tínhamos falta de médicos no nosso hospital de Pronto Socorro, que é uma referência pro país; não tínhamos falta de médicos no Hospital de Clínicas, do Grupo Hospitalar Conceição. Nos hospitais, nós não temos falta de médicos. Aliás, é só fazer o chamamento que eu tenho filas de médicos querendo trabalhar. Onde faltam médicos em Porto Alegre?

Exatamente na periferia dos nossos bairros populares: Lomba do Pinheiro, na Grande Cruzeiro do Sul, na Bom Jesus... Poderia aqui citar várias comunidades onde o médico, mesmo chamado pelo concurso público, não quer, por suas razões, trabalhar. E posso lhe afiançar que, se for necessário, o senhor pode visitar as nossas unidades básicas na periferia, elas são de excelente qualidade. Todas elas reformadas ou construídas novas. E dou um exemplo concreto - e certamente o Ministro Teori Zavascki pode lhe colocar -, nós construímos uma unidade básica, e ficou pronta há pouco mais de um ano: Rubem Berta, que é uma grande comunidade da periferia de Porto Alegre. É uma unidade básica de primeiro mundo, contando inclusive com atendimento odontológico, como entendemos que deva ter qualquer unidade básica. E demoramos oito meses para conseguir abrir a unidade por falta de médicos. Como é que conseguimos abrir? Exatamente pela chegada, em Porto Alegre, de médicos do programa Mais Médicos. Infelizmente, como já disse, os concursados não aceitam, na sua maioria, trabalhar nos bairros de periferia. E, mesmo em 2013, esse detalhe é importante, na busca para atendermos emergencialmente a periferia, nós fizemos processos seletivos emergenciais, que constam exatamente - o nosso Procurador levanta muito bem - que não obtivemos êxito. Ou seja, pelas vias normais existentes hoje, no Brasil, ou por concurso público ou por processo seletivo emergencial, Porto Alegre, que está

em quinto lugar, nacional, no IDSUS, não conseguiu completar o número de médicos que está necessitando. E, agora, aderimos ao Mais Médicos e estamos com trinta médicos já trabalhando em Porto Alegre. Temos duas médicas da Argentina, pela proximidade, temos médico da Espanha, temos um médico da França, Honduras, Venezuela, e, agora, até parece contradição, mas somente agora chegaram dois médicos cubanos, já que a discussão toda se deu em cima dos médicos cubanos - o 36º e o 37º médicos, que chegaram em Porto Alegre, são cubanos. Em 13 de dezembro, nós já temos o compromisso do Ministério da Saúde de recebermos mais quatorze médicos, e, na segunda fase, início de 2014, nós deveremos receber mais 149 médicos.

O que quero dizer com isso, Ministro Marco Aurélio? Com esses números, todas as unidade básicas de saúde, todas as unidades do Programa Saúde da Família de Porto Alegre estarão preenchidas com médicos, atendendo a população mais carente de Porto Alegre.

Então, faço essa ressalva, porque não é uma ressalva de um município qualquer. Certamente, obviamente, não quero puxar a brasa para o meu assado, mas para mostrar que não é somente com uma estrutura adequada que os médicos deixam, ou não, de trabalhar. Eles tem toda a liberdade, nós respeitamos isso, mas eu, como gestor público, não posso fechar os olhos diante da população mais carente, exatamente a que mais precisa do

médico. E, por isso, nós, da Frente Nacional de Prefeitos, endossamos plenamente a presença, o programa Mais Médicos para o Brasil.

Nós estamos convencidos, Ministro Marco Aurélio, de que nessa caminhada, como todo o programa, deve ser aperfeiçoado, mas ele já está resultando, tendo uma eficácia na prática.

Eu, que ando muito pela minha cidade, felizmente sou um prefeito que visita as comunidades, nós temos orçamento participativo, que é uma marca de Porto Alegre, já no seu 24º ano, no próximo ano estaremos completando 25 anos, e a grande reclamação que eu sempre ouvi ao longo do meu mandato - é meu segundo mandato - foi a falta de médicos.

Pois bem. Agora, começo a responder, graças exatamente a esse programa Mais Médicos, que eu entendo: Pode ser aperfeiçoado? Pode ser aperfeiçoado. Mas, indiscutivelmente, representa um grande avanço para a saúde pública do Brasil.

Muito obrigado pela oportunidade.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - As palavras do Prefeito Fortunati são de imensa valia, principalmente no que revelam o que o homem público, o administrador pode fazer em termos de benefícios à população.

O nosso agradecimento, portanto, ao Prefeito e a nossa admiração.

Vamos ouvir o Doutor José Fernando Casquel Monti, Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

O SENHOR JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI (VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE) - Caro Ministro Marco Aurélio Mello, em nome de quem eu cumprimento esta Corte, bem como a Mesa, com a representação, aqui, da Procuradoria-Geral; meus caros companheiros que estão na Mesa, em especial o Prefeito Fortunati; meus caros presentes, queria primeiro desejar boa-tarde a todos, saudá-los.

Quisera eu, caro Ministro, ter capacidade de discutir as questões relacionadas ao Direito, aqui. Mas como eu não tenho essa capacidade e não sou dessa área, vim trazer, aqui, hoje, a visão de um profissional de saúde, de um gestor de saúde, e que é a visão compartilhada pelos gestores municipais de saúde do país, em nome do nosso Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Queria dizer que esse processo que envolve o Mais Médicos, várias discussões havia dentro do Ministério da Saúde a respeito

dele. Muita coisa vinha sendo analisada e diagnosticada nesse sentido, mas queria relembrar, aqui, algo que talvez o Prefeito Fortunato já tenha falado, que foi um evento de recepção aos prefeitos brasileiros, no início dessa gestão, quando foi lançado aquele bordão: Cadê o médico? E isso era a expressão mais acabada de que esse era um problema sentido, de maneira muito significativa, dentro do sistema de saúde. Essa era uma limitação importante no sentido de promovermos o sistema de saúde que se deseja em nosso País. E, a partir daí, várias ações foram feitas, e o Ministério resolveu fazer uma proposta, que eu acho que é uma proposta que não se limita - e nós vamos abordar um pouco isso: a questão da vinda de médicos estrangeiros para o nosso País -, uma proposta de se começar a fazer regulação da questão da força de trabalho dentro do sistema de saúde. Como, ademais, é um preceito constitucional que o sistema de saúde, quem opera o sistema de saúde, direcione a questão do aparelho formador.

Eu acho que a primeira questão que é importante nós colocarmos aqui é se esse é um programa simplesmente realizado à custa da importação de profissionais. E nós vamos ver que ele tem muitas outras dimensões. Como eu disse, nós fizemos um programa bastante mais aberto do que isso, temos, hoje, um programa bastante mais aberto do que isso, não se trata só da vinda de profissionais de outros países para cá. Embora, a vinda

desses profissionais do exterior tenha um impacto - que já foi aqui colocado - especialmente nas populações desassistidas, populações que estão tanto nas áreas mais vulneráveis do nosso País, quanto as populações que estão em áreas vulneráveis, não de regiões ermas, mas em regiões dentro das nossas regiões metropolitanas. Essa é a realidade que nós temos. E, para isso, com a instituição da Lei 12.871, nós temos condições de intervir na graduação, na pós-graduação e na ampliação da formação médica.

Uma coisa que é importante nós discutirmos e que se pensa que seja importante que nós vençamos é em relação ao modelo assistencial que nós temos. A nossa Constituição pressupõe que, no nosso modelo, nós devamos prestar assistência integral, de forma universal, a nossa população. E uma pergunta que eu acho imprescindível: Com esse modelo assistencial, é possível fazer isso? Então, como é que funciona, ainda hoje, o nosso modelo? Ele funciona ainda centrado na questão hospitalar, ainda bastante centrado na questão dos procedimentos, numa visão predominantemente biológica, o que leva a consumo elevado de procedimentos, o paradoxo de coexistência de escassez e desperdício, baixa capacidade de resolução dos problemas que se apresentam hoje e custos elevados para o nosso sistema. E, em especial, no momento em que nós temos várias transições e que têm de ser mencionadas aqui: transição epidemiológica, um modelo de doença que era possível

resolver com esse modelo, que eram as doenças infecciosas, estão sendo substituídas pelas doenças crônico-degenerativas, que precisam de acompanhamento, de cuidado prolongado e permanente. A nossa população está apresentando, felizmente, um fenômeno de envelhecimento. E digo felizmente porque isso tem uma grande participação do setor saúde. Esse sistema que dizem que é totalmente ineficaz, no qual falta gestão, no qual faltam vários elementos, é um sistema que permitiu que nós tivéssemos uma agradável surpresa, quando a gente verifica a nossa variação de IDH, nos últimos tempos. Mas voltando à questão do modelo: este é o modelo, é só a gente ver os atributos dele, é um modelo centrado sobretudo na doença, é depois que as pessoas adoecerem que nós vamos, predominantemente, fazer as intervenções. E o que nós queremos é um modelo que seja integral mesmo, que abranja o indivíduo em outras fases importantes da vida dele.

Só para dar alguns dados a respeito dos nossos serviços, o que aconteceu, no Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde. Nós tivemos, aqui, uma expansão bastante impressionante da estratégia da saúde da família. Expandiu em capitais, em grande cidades, hoje, a cobertura está acima de cem milhões de brasileiros. Nós tivemos apoio à formação dos especialistas na atenção básica, ampliação das equipes multi profissionais, implantação de NASFs. Então, tudo isso são processos de expansão da nossa

rede. Para a gente olhar, aqui, graficamente, aqui é o número de equipes no nosso país, ao longo desses últimos anos, e a gente percebe, aí, um crescimento impressionante. Aqui, a população coberta, claro, acompanhando a expansão de equipes, tivemos também uma elevação bastante significativa da população coberta pela estratégia de saúde da família. Um componente, talvez o componente fundamental da forma de se fazer aquilo que nós chamamos de atenção básica, e que é, eu diria, o setor mais importante do sistema de saúde, porque ele pode organizar e coordenar as outras ações que são realizadas nos outros níveis do sistema. Então, não tem dúvida, nós tivemos uma impressionante expansão da atenção básica. Este gráfico, ele mostra, ao longo dos anos, a expansão de unidades de saúde de acordo com o tipo de unidade. E a gente vai ver que, sobretudo na última década, nós tivemos uma enorme expansão dos serviços de saúde no nosso país.

Então, isso quer dizer o seguinte: do ponto de vista do aparelhamento, de se colocar aparelhos, de se colocar estabelecimentos de saúde a serviço da população no nosso país, tem-se trabalhado, de uma maneira bastante positiva, e esse aparelhamento tem crescido sobremaneira. Aqui, nós temos um gráfico que faz a comparação da força de trabalho em relação à ampliação desses serviços de saúde. E o que a gente pode ver que os equipamentos de saúde cresceram, este é um crescimento nos últimos 5 (cinco)

anos, os equipamentos de saúde cresceram 72%; os estabelecimentos médicos, 44%; os leitos hospitalares, 17% e a quantidade de profissionais médicos, 13%. Então, ela não acompanhou, evidentemente, o crescimento deste aparelho de saúde que eu mencionei. Então, a questão: Nós precisamos de mais médicos no país ou não? Porque esta foi uma questão que foi debatida, talvez hoje já esteja, de alguma maneira, superada, mas foi grandemente debatida num certo momento do programa. Nós temos, hoje, 1,8% de médicos por mil habitantes; nós temos que reconhecer que, no nosso país, nós vivemos durante muito tempo, muito tempo, eu participei desse processo, com um conceito de que o número adequado de médicos era um médico para cada mil habitantes. No entanto, a utilização do trabalho médico foi crescendo ao longo desse tempo, modificando-se, e a gente continuou nesse conceito. Então, hoje, nós temos 1,8 médicos para cada mil habitantes. E aqui estão vários dos países com esse coeficiente de profissionais por mil habitantes: Argentina, 3,2; Uruguai, 3,7 - para falar de países, aqui, da América Latina; Portugal, 3,9; Espanha, 4. Enfim, países quase todos acima de 3 médicos por mil habitantes, bastante distante da nossa realidade. Esse é um dado geral.

Há um dado do Caged, do ponto de vista de criação de postos de trabalho médico, que mostra o seguinte: de 2003 a 2001, foram criados 147 mil postos, mas nós só formamos 93 mil profissionais. Então, 54

mil postos de trabalho ficaram não preenchidos em função dessa realidade e, evidentemente, por esses dados, faltam profissionais, há falta de profissionais de maneira concreta.

De outro lado, também há um problema de distribuição. Não é só a questão quantitativa, há uma questão qualitativa também difícil. Vinte e dois Estados têm uma quantidade de médicos abaixo da média nacional. Em cinco desses Estados, há menos de um médico para cada mil habitantes. Os Estados estão ali: Acre, Amapá, Maranhão, Pará e Piauí. Variando o número de um para outro, mas há uma situação bastante crítica, eu diria, em relação a essa questão. E, mesmo nos Estados com maior relação de médico por habitante, como, por exemplo, o Estado de São Paulo, que destacadamente é um Estado que todos têm como um Estado desenvolvido da Nação, há regiões em que esse é um problema grave: a região de Registro tem 0,75; a região de Araçatuba tem 1,33; região de Franca 1,43.

As regiões metropolitanas têm desigualdades internas. Embora a média do número absoluto seja uma média confortável, quando se faz a avaliação do número de médicos em determinadas localidades dentro da região metropolitana, há regiões bastante críticas. Então, há um problema de quantidade e há um problema de distribuição. E como isso repercute nos municípios? Dificuldade no preenchimento nas vagas em concursos públicos.

As vagas acabam ficando não preenchidas. A quantidade de concursos feitos e não aproveitados é bastante grande nesse processo e a própria lei de responsabilidade fiscal, que é um mandamento no nosso País, faz com que várias das intervenções que se pudesse cogitar, a nível do município, não sejam possíveis, já que há tanto o limite de gastos no pagamento dos profissionais médicos como há de se respeitar o limite do salário do prefeito municipal. Não se pode fazer remunerações acima disso, o que também limita a intervenção especialmente nos pequenos municípios.

Então, para citar aqui, para pintar um pouco esse quadro, é a questão do pequeno município que tem os seus limites de arrecadação, os seus limites na vida cotidiana, onde o próprio prefeito municipal pode ter um salário que, no mercado daquela localidade pequena, seja razoável, mas que não consegue levar para lá um profissional médico em função dessa limitação. Então, essa é a repercussão concreta que os municípios acabam tendo.

Esse aqui é um quadro importante para focalizarmos a propriedade que o nível municipal pode ter para falar sobre essa questão, que é a divisão proporcional. Evidentemente, a quantidade de profissionais cresceu - parece que ela é estática, porém ela cresceu - mas, do ponto de vista proporcional, a evolução das contratações da força de trabalho, no setor saúde, como já colocou aqui o prefeito Fortunati, foram, sobretudo, realizadas no

município, nos últimos anos. Então, aquele contingente azul foi a evolução da força de trabalho contratada pelos municípios. O vermelho, que se retrai, a força de trabalho contratada pelo ente federado estadual. E, em verde, a força de trabalho contratada pelo ente federal. Então esta foi a evolução; marcadamente, os municípios brasileiros são os grandes agentes contratadores da força de trabalho nos municípios.

Do ponto de vista da formação - eu já abordei um pouco isso aqui -, depois de vinte e cinco anos da criação do SUS, que pretende, constitucionalmente, ser um modelo universal, em que ofereça assistência integral, é a primeira vez que nós nos defrontamos, nós enfrentamos esta questão, que é a questão de formação e de gestão da nossa força de trabalho.

Eu queria colocar aqui, Ministro, que o setor saúde é um setor profissional dependente, ele precisa de pessoas. O que se faz num setor saúde é prestar cuidado. Quem presta o cuidado são as pessoas, são os nossos profissionais que prestam cuidado. Então, ele é um setor que é pessoal intensivo. E o artigo 200 da nossa Constituição manda que o sistema de saúde oriente a formação e a gestão de recursos humanos no nosso sistema. Então, é a primeira iniciativa, e nós vemos que é uma ótima iniciativa, que a gente comece a discutir isso, que é um limite do nosso sistema de saúde.

Eu queria dizer aqui, para concluir, da outra dimensão deste programa, uma dimensão imediata que é a vinda de um contingente de médicos de outro país, sendo a maior parte desse contingente médicos cubanos, o que parece trazer, avivar componentes ideológicos na nossa maneira de encarar essa questão. Mas isso é só o início do Programa. O Programa tem uma amplitude bastante maior, do ponto de vista de interferir na formação, procurando formar mais profissionais, de interferir na própria especialização, tentando especializar mais profissionais.

Então isso vai permitir ampliação da força de trabalho, este nível mais imediato, cobrir comunidades que não têm assistência; permite um maior apoio do Governo Federal aos municípios, já que é o Governo Federal o agente contratante direto, e melhorar o nosso pacto federativo, e melhorar, então, a cooperação com o nível federal; fortalecer as diretrizes de um ensino médico; reforça a rede de saúde, que nós temos, como o cenário da prática para as escolas que formam profissionais e atribui 30% da carga horária no internato dos nossos alunos de medicina para atenção básica e vai ampliar as vagas de graduação e de residência médica até 2017. Então vão ser onze mil novas vagas de graduação, doze mil novas vagas de residência médica, porque também é preciso formar especialista, e universalização - isso é importante - do acesso dos formandos em medicina à residência médica.

Era isso o que eu tinha a dizer. Agradeço muito a atenção, foi uma honra estar aqui presente. E dizer, ao final, que esta realidade que foi demonstrada aqui faz com que o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde aprove o Programa Mais Médicos, e com toda disposição de participar para sua melhoria e o seu aperfeiçoamento, mas que é importantíssimo, estratégico para o desenvolvimento do SUS e para que a gente cumpra a Constituição no sentido de atender universalmente os nossos cidadãos com integralidade do cuidado.

Muito obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço as palavras do Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, que se somam às palavras do prefeito Fortunati. E confesso que já estava sentindo falta, na tribuna, da presença feminina, e teremos oportunidade, agora, de ouvir a doutora Maria Rosely de Almeida Pery, Promotora de Justiça do Ministério Público do Tocantins e Primeira Vice-Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde.

Com a palavra Sua Excelência.

A SENHORA MARIA ROSELY DE ALMEIDA PERY (PROMOTORA DE JUSTIÇA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TOCANTINS E

PRIMEIRA VICE-PRESIDENTE DA AMPASA) - Excelentíssimo Ministro Marco Aurélio de Mello, permita-me, na sua pessoa, cumprimentar todos os participantes desta importante audiência, bem como toda a população brasileira que nos assiste e nos ouve.

Em nome da AMPASA, a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, composta por procuradores e promotores de Justiça dos Ministérios Públicos dos estados e da União, agradecemos a oportunidade de poder contribuir na formação do juízo de valor a ser firmado pelo Supremo Tribunal Federal nas Ações Diretas de Inconstitucionalidade que impugnam a Medida Provisória que institui o denominado programa Mais Médicos.

Primeiramente, Senhor Ministro, salientamos a importância da decisão a ser firmada por esta Suprema Corte com relação aos seus reflexos para a saúde pública do nosso país, tanto no que tange aos impactos diretamente ligados aos indicadores de saúde quanto na efetividade da garantia do direito à saúde, sobretudo no primeiro nível de atenção, também conhecido como atenção primária ou atenção básica.

Nesse contexto, destacamos o direito fundamental à saúde, garantido pela Carta Magna, diretamente ligado à inviolabilidade do direito à vida e ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o qual vem

sendo violado em razão de insuficiências estruturantes do Sistema Único de Saúde, que passam, entre outras, pela formação de recursos humanos na área da saúde, cuja urgência é fato notório e de competência do Sistema Único de Saúde.

Diante disso, não obstante o dever permanente de estruturação do SUS pelo Estado, compete ao Governo Federal adotar medidas emergenciais, visando o atendimento imediato da população que clama, principalmente, a presença de médicos para assisti-la nas regiões mais carentes e de difícil acesso deste país.

Esse vazio na oferta de serviços da atenção básica tem resultado, ao longo dos anos, em indicadores altíssimos de morbidades e mortalidades, expondo a população a situações de risco e desassistência, que poderiam ser substancialmente reduzidas com a presença de médicos nessas localidades, profissionais indispensáveis para a execução das diversas políticas públicas de saúde nesse nível de atenção.

Podemos adotar como exemplo, Senhor Ministro, o diagnóstico tardio da hanseníase em crianças já sequeladas pela doença e a mortalidade materna, decorrente da falta de acompanhamento médico adequado na atenção básica. Pela mesma razão, podemos citar também as

doenças cardiovasculares e endócrinas que evoluem até mesmo para óbitos pela ausência dessa atenção.

Esses indicadores são públicos, constam dos sistemas oficiais de informações do SUS, dos setores de vigilância epidemiológica, e são amplamente debatidos em eventos realizados por diversos segmentos da sociedade civil organizada, pelas entidades de classe, pelo poder público e pelos conselhos de saúde.

Com relação à nossa efetiva contribuição nesta audiência, cumpre-nos esclarecer que a AMPASA é pessoa jurídica de direito privado, constituída sob a forma de associação civil de âmbito nacional e tem como principal finalidade a promoção da defesa do direito à saúde, notadamente, quanto ao acesso da população às ações e serviços de saúde garantidos na Constituição Federal.

No âmbito de suas finalidades estatutárias, a AMPASA participou, no dia 29 de julho do corrente ano, da audiência pública convocada pelo presidente da Comissão de Defesa de Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público, que teve como temática o Programa Mais Médicos. A AMPASA, nessa audiência, decidiu não se posicionar sobre o mérito da constitucionalidade da medida provisória, porquanto a matéria já

estava judicializada e a competência para a manifestação de mérito recai na pessoa do Procurador-Geral da República.

A AMPASA também inteirou-se - e corroborou - do resultado da reunião do Grupo de Trabalho de Saúde da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, o qual examinou a então medida provisória que instituiu o Programa Mais Médicos. Naquela oportunidade, o grupo concluiu acerca da necessidade do Estado de tomar medidas para garantir o direito de acesso à saúde na atenção básica e de ordenar a formação de recursos humanos no âmbito do SUS. Por fim, a AMPASA instalou fórum de discussão entre seus associados para definir seu posicionamento na presente audiência pública, e assim passamos a fazer.

No campo jurídico institucional, entendemos que não se pode perder de vista que a saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme aduz o artigo 196 da Constituição Federal. Este direito consiste na redução do risco de doença e de outros agravos a que a população brasileira está exposta, a exemplo, entre outras, as consideradas negligenciadas, Senhor Ministro, ou seja, as que acometem, em maior proporção, a população mais carente. Esse direito abrange também a garantia do direito aos serviços assistenciais de saúde, quais sejam os de diagnóstico e tratamento adequado em todos os níveis de atenção à saúde.

O Estado tem o dever constitucional de efetivar políticas sociais e econômicas para garantir esse direito, priorizando as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, tomando-se por base, sobretudo, os princípios da universalidade do acesso e da integralidade da assistência.

As ações e serviço de saúde, segundo o artigo 197 da Constituição Federal, são de relevância pública, sendo as únicas expressamente consagradas pela Carta Magna com esse caráter. A partir da nova ordem constitucional, estabeleceu-se novo paradigma de priorização das atividades preventivas, cuja presença de médico é indispensável. Todavia, diante da fragilidade da atenção básica, pela ausência desse profissional, o antigo modelo hospitalocêntrico continua a prevalecer em nosso país, muito embora ultrapassado sob os aspectos jurídico, sanitário e econômico.

A atenção básica é a porta de entrada da população aos serviços públicos de saúde pela capacidade resolutiva de oitenta por cento dos problemas locais. Deve ser eficiente e garantir a assistência à população, evitando, assim, o agravamento do quadro clínico e até mesmo a morte precoce.

A falta de cobertura adequada dessa atenção, que pressupõe obrigatoriamente a presença do médico, nas mais diversas

localidades do nosso país, sobrecarrega a rede de urgência e emergência do SUS, causando danos à população uma vez que subverte a natureza desses serviços, bem como onera o sistema de forma considerável.

Vale consignar que a atenção básica engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de pacientes. O atendimento deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças para o prolongamento da vida com qualidade.

É por meio da atenção básica que se estabelecem vínculos sólidos de co-responsabilização com a comunidade, sem o qual compromete o direito à saúde, uma vez que o dever do Estado de garanti-lo não exime o da população, nos termos da Lei Orgânica da Saúde.

A realidade é que a atenção básica instalada é insuficiente para atender toda a demanda, até mesmo nas capitais. Isso ocorre pela dificuldade de formar as equipes para atuar na estratégia à saúde da família, que integra a atenção básica, sobretudo pelo desinteresse de médicos.

Reconhecemos a necessidade de melhorar a estruturação das carreiras de saúde, no âmbito do SUS, alcançando não apenas os médicos, mas todos os profissionais de saúde que atuam na rede pública. O fato é que não é

possível aguardar a concretização desse legítimo anseio, uma vez que a população necessita de assistência imediata, sobretudo na atenção básica. Desse modo, entendemos que o Programa "Mais Médico" é oportuno, pois representa uma resposta emergencial, em atendimento às necessidades da população, sobretudo a mais carente.

Novamente, não queremos dizer, com esse entendimento, que os gestores públicos não devam tomar medidas para melhor organizar as carreiras dos recursos humanos no âmbito do SUS. Muito pelo contrário, a retomada dessa discussão confere efetividade ao disposto no artigo 4º, inciso VI, da Lei nº 8.142/90, e deve se dar com a participação efetiva dos Conselhos de Saúde para deliberar, em definitivo, sobre a carreira e o vínculo empregatício desses profissionais. Também não queremos dizer que o Estado não deva investir o suficiente nas demais questões estruturantes do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, o Ministério Público tem a missão constitucional de defender o direito fundamental à saúde, de todos, indistintamente.

Importante consignar que a Instituição recebe com frequência denúncias relativas à falta de médicos e insuficiência da atenção básica, cujas temáticas são frequentemente discutidas em reuniões da Comissão Permanente de Defesa da Saúde do Grupo Nacional de Direitos Humanos,

instituído pelo Conselho Nacional de Procuradores-Gerais, nas quais, muitas das vezes, com a participação da AMPASA.

Por mais essa razão, reconhecemos a necessidade da manutenção do Programa "Mais Médicos", pois a população demanda frequentemente por assistência médica.

A Medida Provisória, já convertida em Lei Federal, que instituiu o referido Programa, tem a principal finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS, com objetivo claro de melhorar a assistência à saúde a que a população brasileira tem direito.

Reconhecemos que, à luz do artigo 200, inciso III, da Constituição Federal, o Governo Federal interveio - de maneira estruturante - na ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, cumprindo, dessa maneira, o referido dispositivo constitucional.

Assim, Senhor Ministro, entendemos que a AMPASA, ao se posicionar favorável ao programa em evidência, cumpre com a sua finalidade de promover a defesa do direito fundamental à saúde, notadamente, quanto ao acesso da população às ações e serviços de saúde da atenção básica.

E, com isso, finalizamos o nosso posicionamento, agradecendo, mais uma vez, à esta Corte pela oportunidade.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - A nossa satisfação em ouvir a Doutora Maria Rosely. E faremos um intervalo, agora, de cerca de quinze minutos, retomando logo a seguir os trabalhos.

REABERTURA

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a atenção dos presentes, considerada a liturgia do Supremo, e podem se sentar. Vamos dar continuidade aos trabalhos.

Chamo para a exposição o Doutor Olavo Noleto Alves, Subchefe de Assuntos Federativos da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República.

Não está presente? Ah! Inverter? Vamos à inversão.

A seguir, temos o Doutor Marcelo André Barbosa da Rocha Chaves, Titular da Secretaria de Controle Externo do Tribunal de Contas da União.

Também não está presente? Ah!, houve uma alteração; houve uma substituição, também, aqui.

Doutor Mozart Júlio Tabosa Sales, Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

O SENHOR MOZART JÚLIO TABOSA SALES (SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE) - Queria dar boa-tarde ao Ministro Marco Aurélio, em nome do qual saúdo a todos os componentes, aqui, do Supremo Tribunal Federal e também ao corpo técnico desta Casa; ao Doutor Odim, em nome do Ministério Público e sua representação junto ao Supremo; também a todos os outros palestrantes de hoje à tarde e à assistência que está aqui.

Na verdade, eu queria só colocar alguns poucos *slides* - e, evidentemente, pedir licença para mostrar melhor esse quadro - e, depois, abordar alguns pontos importantes sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil.

Primeiro, esse é o patamar da densidade demográfica do nosso país, mostrando como há uma concentração da população nessa região litorânea do Brasil. Essa cor aqui indica uma maior densidade demográfica.

Esse, mostrando as assimetrias da federação brasileira, é o aspecto referente à renda **per capita**. Esse claro aqui é o claro da menor renda **per capita** em termos de Brasil: o semiárido nordestino, o Vale do Jequitinhonha e a Região Norte.

Esse quadro aqui, já mais escuro, é o quadro da mortalidade infantil até cinco anos de idade, mostrando que a região com menor população, mas com maior taxa de mortalidade e com maior nível de pobreza.

Esse é também um quadro mostrando o IDHM, o índice de desenvolvimento humano municipal dessa região do Brasil, dessa região que está aqui composta por esses municípios.

Esse é o índice de escassez de médicos na atenção básica e se comporta fazendo uma sobreposição à região de menor densidade, maior pobreza, menos renda **per capita**, com maior mortalidade infantil e menos cobertura de médico da atenção básica de saúde.

Esse é o mapa do Programa Mais Médicos para o Brasil, fazendo uma hachura no mapa brasileiro justamente nas regiões que tinham todas aquelas condições anteriores, mostrando que a iniciativa da política pública estabelecida com o Programa Mais Médico vem atender às demandas mais emergenciais e importantes, e que, com certeza, terão impacto nos indicadores sociossanitários dessa região, com a presença desses profissionais médicos. E aqui se junta a região de fronteira - a região do Baixo e Médio Uruguai -, Jequitinhonha e o Vale do Ribeira, em São Paulo e Paraná. São regiões reconhecidamente mais pobres do nosso país.

Um aspecto importante que é preciso colocar - a aí fazendo já um contraponto a algumas colocações que foram feitas - é que o processo de revalidação de diploma no Brasil se dá através de um mecanismo estabelecido na Lei de Diretrizes e Bases, que permite, através de universidades públicas, que isso seja realizado. Esse processo de revalidação é para a chamada revalidação plena para a atuação em todo o território nacional, em qualquer das especialidades médicas que possa ser exercida. São 54 especialidades médicas e 53 áreas de atuação reconhecidas no Brasil. Portanto, o modelo de revalidação estabelecido até então era um modelo de revalidação específico para essas condicionantes.

Nós, observando aquilo que existe no mundo, em vários países, no processo de seleção de profissionais, estabelecemos a figura do exercício restrito e exclusivo na atenção básica em determinadas faixas do território nacional. E aí é preciso que se coloque que esse apanágio, essa característica é estabelecida em vários países, como disse o Ministro Padilha pela manhã. Países que têm interesses e necessidades de colocar profissionais estrangeiros e fazê-los dessa forma em determinadas regiões e faixas do seu território.

E essa qualidade do profissional formado está estabelecida através da aferição da condição do exercício profissional no país de origem,

afinal de constas são países que têm patamar de médicos superior e que também fazem seus mecanismos de aferição para o exercício profissional. Além disso, tem uma outra característica muito importante em relação à atenção básica e à formação e avaliação: esses médicos, ao chegarem no território nacional, ficam quatro semanas sendo avaliados e colocados diante da formação específica na atenção básica. É preciso dizer que não se pode usar a mesma medida ou um olhar para situações que são totalmente diferentes. Uma coisa é uma prova de conhecimento gerais em medicina, para a amplitude do exercício profissional, em qualquer das onze especialidades: neurocirurgias, cirurgia vascular. E outra é um programa que se destina à atenção básica, em que os profissionais são avaliados por universidades públicas federais, afinal de contas esse curso é todo, ou quase na sua totalidade, estabelecido por professores de universidades federais, quando não são professores de universidades federais, a grande maioria são preceptores reconhecidos de escolas de saúde pública e que têm uma qualidade, num processo formativo, dos médicos brasileiros. Isso à guisa daquilo que está estabelecido na Lei de Diretrizes e Base, que estabelecem que são as universidades públicas que têm capacidade de avaliar esse egresso. Portanto, são coisas diferentes e que, evidentemente, a qualidade desse profissional médico está estabelecida. E não é por conta da participação em determinado

exame que isso mostra que ele está desqualificado para atuar na atenção básica, porque o mecanismo de aferição é totalmente diferente, e o processo de exercício profissional também. Então, isso precisa ficar claro.

O exercício supervisionado, a qualificação do espaço de atuação na atenção básica. Benefícios para o SUS e para os profissionais de saúde são importantíssimos. Os países que utilizam esse mecanismo do recrutamento da força de trabalho estrangeira, em concomitância com a sua, para o exercício da atenção básica em determinada região do território, têm estabelecido, ao longo do tempo, processos muitos satisfatórios de ganhos para os seus sistemas de saúde e para a presença desses profissionais. A articulação com a equipe multiprofissional, a perspectiva de estabelecer a atenção médica em determinadas faixas do território, que, antes, isso não era possível, trazem ganhos significativos para a amplitude e para a participação no sistema. Isso acontece no Canadá, isso acontece na Austrália, esse processo, inclusive em zonas rurais, é muito fortemente estabelecido na Austrália. E isso tem um acompanhamento. O Estado, ao fazer o programa chamado de "moratória" lá, e que, aqui, nós estabelecemos o exercício exclusivo na atenção básica, ele monitora essa atuação através da atividade supervisionada, e isso tem benefícios importantíssimos. São essas experiências internacionais e a

inovação legal estabelecida na Lei nº 12.871, portanto, aquilo que é objeto hoje da avaliação e do estabelecimento do mecanismo legal.

A integração ensino e serviço. A integração ensino e serviço, ela é uma característica, uma condição própria da saúde. A saúde, como já foi dito, ela é grande contratante e carreadora de informação, de mão-de-obra especializada e de recursos humanos. E o fenômeno da preparação desses profissionais é um fenômeno que é muito fortemente estabelecido com o conceito da prática. Não há como desvincular uma coisa da outra, não se tem qualquer processo informativo no campo da saúde que não seja eminentemente voltado e articulado com o processo assistencial e a prática assistencial. A maior prova disso são figuras já estabelecidas na legislação brasileira, algumas já perto de completar, de estabelecer, e já completaram 30 (trinta) anos, como é a Lei de Residência Médica de 1981, que estabelece a condição efetiva de não ter vínculo estabelecido, reconhece, até do ponto de vista da isenção do imposto de renda e do Código Tributário, a não-contraprestação de serviço, como um fenômeno, eminentemente, prático-assistencial. E isso, é preciso que se coloque que as atividades teóricas da residência médica são da ordem de, no máximo, 20%, portanto, é uma atividade eminentemente prático-assistencial, porque o processo de formação de saúde, e o padrão ouro dessa formação, ela é prático-assistencial. O

programa, ele estabelece um mecanismo de atuação supervisionada, vinculada à atenção básica, em determinadas faixas do território, que estabelecem algumas similitudes com o processo da residência.

Nós também temos, na lei brasileira, a figura do trabalhador-estudante na saúde, da Lei nº 11.129/2005. Essas condicionantes de especificidades do não-estabelecimento do vínculo não são novas na legislação brasileira. A Lei nº 12.871 veio se somar à Lei nº 6.932 e à Lei nº 11.129, que estabelecem já estas condicionantes, e que possibilitam o processo remuneratório através da bolsa, com condições muito próprias dessa modalidade. E não há nenhuma ação do Ministério Público do Trabalho para estabelecer mecanismos de vinculação da residência médica, com êxito nos 30 (trinta) anos em que a residência está regulamentada nesse Brasil, e nem, muito menos, questionando a Lei nº 11.129. Portanto, nós temos e estamos fazendo um programa que tem já condições de estabelecer: Primeiro, a capacidade do treinamento prático-assistencial e a integração ensino e serviço como grande referência, o aspecto formativo associado e a remuneração mediante bolsa com aspectos garantidos na lei como, por exemplo, estão a inscrição no regime previdenciário, que estabelece todas as garantias previdenciárias, o estabelecimento do descanso remunerado de trinta dias anuais. Ou seja, nós também estabelecemos o mesmo princípio da residência

médica em relação a não contraprestação de serviços para estabelecimento do que está no Código Tributário, da isenção do Imposto de Renda. E essa isenção do Imposto de Renda faz com que essas doze parcelas de isenções mensais praticamente configurem uma condição de décimo terceiro, que, na modalidade de bolsa, não é estabelecida. Portanto, esses profissionais estão garantidos e com essa perspectiva.

E essa integração ensino e serviço é muito importante e nós temos um aspecto garantido. A especialização na atenção básica, pelo sistema UNA-SUS, a perspectiva de universidades com a modalidade de educação à distância. O Brasil é um país de dimensões continentais. É preciso que se dê atenção e se qualifique ainda mais os mecanismos de telemedicina, de telesaúde e os aspectos de acompanhamento à distância, do ponto de vista supervisionado, dessa atividade profissional em todos os aspectos. Isso é uma questão fundamental para o Brasil.

Uma boa parte dos mecanismos de capacitação e de educação permanente são articulados e serão articulados cada vez mais com o processo da educação à distância. E essa é uma modalidade credenciada pelo Ministério da Educação, reconhecida e estabelecida por um *pool* de universidades federais que são meritórias no processo de formação à distância e que irão estabelecer esse processo formativo da especialização com esse

conjunto de profissionais médicos em todo o País. E as condições de infraestrutura e melhoria delas através do programa da requalificação de unidade básica de saúde - já foi falado pela manhã, pelo Ministro - também são fundamentais.

A cooperação internacional com a OPAS e o Ministério da Saúde em Cuba. Isso é modalidade de uma experiência adotada em 58 países e que tem a presença desses profissionais. Nós temos plena convicção do cumprimento integral do código de conduta de recrutamento de força de trabalho. É preciso que se entenda que todas as condicionantes que são estabelecidas para os médicos brasileiros estão estabelecidas para os estrangeiros, desde o patamar da remuneração aos aspectos da especialização, aos aspectos da atividade supervisionada, e a perspectiva de acompanhamento de suas ações, o patamar de remuneração estabelecido e as condicionantes em relação aos seus direitos. Portanto, não estamos descumprindo-os.

E ainda estamos incluindo, no nosso processo de recrutamento, que é uma questão reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, a perspectiva de só recebermos médicos de regiões que tenham mais de 1,8 médicos por mil habitantes e que a Justiça brasileira, inclusive, tem reconhecido esse princípio como um princípio válido em decisões inclusive do

STJ, no sentido da permanência desse patamar de 1,8 para que não retiremos profissionais médicos de países que tenham uma condição inferior a do Brasil, respeitando o processo ético desse recrutamento.

O edital e a discussão da carreira. É fundamental. Temos a plena compreensão de que esse processo do mercado de trabalho médico no Brasil - e aí sabemos que o setor da saúde foi o setor que mais cresceu neste País nos últimos dez anos. Nós temos estudo do IPEA que mostra que o Brasil, de 2000 a 2010, cresceu 21 milhões em empregos formais: de 65 milhões para 86 milhões de empregos formais. O setor saúde era responsável por 5.39% da população economicamente ativa e, hoje, é de 7.01%. O setor saúde teve um crescimento estrondoso no mercado de trabalho formal no Brasil. Portanto, a capacidade do aparelho formador em estabelecer uma reposição, é preciso que seja colocada e esta é uma perspectiva que nós temos muito fortemente: realizar a expansão de escolas, realizar a expansão da pós-graduação, articular isso com o mercado de trabalho, tendo compreensão inclusive dessas necessidades.

Aquilo que é característica e responsabilidade do Estado brasileiro - regular entre as profissões regulamentadas o exercício, mas não só isso, regulamentar também o acesso, a qualidade e o componente processual da formação desses profissionais - está sendo estabelecido. O que tem

acontecido, Ministro Marco Aurélio, Procurador, Doutor Odim, é um reposicionamento do Estado brasileiro. O Estado brasileiro vem, com a condição do **munus publicum** daqueles que representam as suas funções no papel de representação do Estado, estabelecer uma característica de dotar a nação brasileira de acesso a esses profissionais, de caracterizar essa condição, de intervir no mercado em que a sua mão no mercado, por si só, invisível, não tinha condições de estabelecer a superação dessas dificuldades históricas que levam milhões de brasileiros ao não acesso aos profissionais.

É preciso que compreendamos que nós estamos num esforço muito grande de reposicionar o papel do Estado, desde o aspecto formador, nas regiões de vazios assistenciais e de formação, na perspectiva da formação da residência médica, naquilo que é essencial para prover o povo brasileiro das suas necessidades históricas de atenção, que não conseguem ser realizadas sem a presença fundamental do profissional médico. E que, nos últimos dez anos, o que aconteceu no mercado de formação brasileiro? Aumento de 765% de aumento de números de vagas de enfermagem, mais de 170% de biomedicina, mais de 140% de fonodiaulogia, mais de 170% de fisioterapia e, no caso da medicina, da ordem de 94%, entre 1993 e 2000. E, mesmo assim, nós temos, hoje, 0.83 vagas por 10.000 habitantes. Quando nós correlacionamos com a Espanha, com Portugal, com a Argentina, com o

Uruguai, que têm situações de o dobro de médicos proporcional ao Brasil, nós, hoje, estamos colocando na faculdade um número de estudantes de medicina inferior a esses países. Portanto, o nosso agravo só iria aumentar, a perspectiva de intervir também nesse aparelho formador é fundamental. Nós temos setecentos mil jovens brasileiros que sonham em ser médicos, todos os anos. Quarenta e um candidatos por vaga. E essa curva era de 25 em 1993. Só tem crescido.

Portanto, estabelecer o processo de formação, acompanhando a discussão da formação da residência e a universalização do acesso à residência é algo que entendemos da maior magnitude e estamos plenamente empenhados em estruturar um campo de prática, articular com o aparelho formador, com as universidades brasileiras e também compreender a importância de termos o desenvolvimento de aspectos que são importantes.

Nós, do Ministério da Saúde, estamos financiando projetos-pilotos no desenvolvimento de carreiras de base regional que possam articular estados e municípios com financiamento novo da União e com a estruturação de uma modalidade que perceba a condição de ascensão funcional, de mobilidade, no âmbito do território, que dê a condição da superação da desprecarização das condições de trabalho, para que isso seja um elemento permanente da estruturação da atenção básica. Essas duas mãos caminharão

juntas. Nós, inclusive, estabelecemos um grupo de trabalho no Ministério da Saúde para pensar essa lógica da carreira para as áreas de difícil provimento e regiões de difícil acesso.

Por conta do acirramento do debate, das condições que foram peculiares a esse processo, as entidades médicas ausentaram-se do comparecimento dessa portaria instituída pelo Ministério da Saúde. Nós estamos aguardando que as entidades médicas retornem para discutir conosco o estabelecimento das condições da carreira para um processo permanente de atenção e de reconhecimento das necessidades da atenção básica no Brasil.

Agora, isso não pode impedir que a gente possa construir o processo que está estabelecido através do Programa Mais Médicos, as condicionantes atuais do mercado de trabalho médico no Brasil e os processo que têm do seu provimento.

A disposição constitucional, a inviolabilidade do direito à vida, a determinação legal do SUS: ordenar a formação de recursos humanos no nosso Sistema Único de Saúde. Está lá, no artigo 200, inciso III. O que o Estado brasileiro vem realizar é cumprir aquilo que está no dispositivo constitucional, intervir nessa selva do processo mercadológico do estabelecimento da oferta de vagas e também na condição de termos um

exército de reserva, ao contrário de vagas disponíveis, com milhões de brasileiros esperando esse atendimento.

E nós, aqui, sempre dizemos que nós respeitamos, somos orgulhosos, eu sou médico, eu tenho orgulho da minha profissão, eu tenho respeito, minha esposa é médica, há milhares de médicos brasileiros que atendem milhões de brasileiros todos os dias. Tenho respeito, tenho carinho, tenho atenção a todos eles. Agora, a condição física humana não permite estar em dois lugares ao mesmo tempo. E nós temos, no Brasil, uma explosão de oferta de mercado de trabalho em detrimento das condições históricas de provimento. E nós estamos restabelecendo isso, de maneira temporária, com o Programa Mais Médicos, restabelecendo, de maneira permanente, com o processo de provimento de vagas de graduação e da pós-graduação.

Esses efeitos desse processo do Programa Mais Médicos superarão a nossa geração, superarão o nosso Governo, superarão o processo de estabelecimento de poder temporário do **munus publicum** atual. São projetos estruturantes para 2021, 2022 e 2023.

Os governantes que virão, sejam quais forem, vão estar imbuídos da (ininteligível) e da continuidade dessas políticas. Esse é o nosso real espírito de comprometimento, de mãos dadas com os médicos brasileiros, de estruturação do sistema de saúde. É gente para cuidar de gente. Pessoas

que estão lá, há meses, há anos, e que, agora, as reportagens e as condições históricas, inclusive reportadas pela imprensa, mostram o carinho, o acolhimento com que essa população tem recebido esses profissionais médicos.

Então, nós estamos muito ciosos da nossa responsabilidade. Sabemos que é um processo difícil, o Brasil é um país de condições continentais, de desigualdades e desafios históricos, mas nós não descansaremos um só minuto em prover esse problema das condições necessárias para a sua existência e o seu atendimento e a população brasileira das condições de melhoria da sua condição assistencial.

Muito obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a participação do doutor Mozart Júlio Tabosa Sales, cumprimentando-o pelo entusiasmo e também pelos dados que foram trazidos.

Geralmente, no mercado, nós temos uma excessiva mão de obra e escassez de empregos. E Sua Excelência apontou, e, por isso mesmo, devemos acreditar no que veiculado, porque Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que, no campo da saúde, se dá, justamente, o contrário.

Vamos prosseguir ouvindo, creio que agora, o doutor Marcelo Chaves, titular da Secretaria de Controle Externo do Tribunal de Contas da União.

O SENHOR MARCELO ANDRÉ BARBOZA DA ROCHA CHAVES (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO) - Boa-tarde a todos.

Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio de Mello, em nome do qual cumprimento os demais participantes desta Audiência, Subprocurador-Geral, Doutor Odim Brandão Ferreira.

Inicialmente, eu gostaria de agradecer o convite para participar desta Audiência, que trata de um tema tão importante para o país, e, ao mesmo tempo, permite-nos apresentar o trabalho que estamos fazendo no Tribunal a respeito deste tema.

Minha apresentação vai ter basicamente três partes. Inicialmente, vou falar rapidamente sobre os objetivos do programa Mais Médicos, que diversos outros participantes já devem ter apresentado, mas a gente julga interessante apresentar porque tem uma correlação com o que os Ministros no Tribunal estão discutindo. Depois, a gente vai frisar um pouco do que o TCU não analisará, a gente acha importante deixar isso bem claro também, e, finalmente, de que maneira o Tribunal está atuando sobre este tema.

Bom, a síntese dos principais objetivos do Mais Médicos é formar recursos humanos, na área médica, para o SUS; aprimorar a formação médica do país; proporcionar maior experiência no campo da prática médica, durante o período de formação; fortalecer a atenção básica; e diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias.

Dito isso, é importante ressaltar que aspectos o Tribunal não analisará. As competências do Tribunal estão definidas na Constituição Federal, artigos 71 a 74 e 161. O Tribunal não é órgão formulador de política pública. O papel do Tribunal é auxiliar o Congresso Nacional na execução do controle externo, portanto, o Tribunal não avaliará a oportunidade e conveniência do programa. Não compete ao Tribunal analisar isso, muito menos se pronunciar sobre inconstitucionalidade de lei. Essa questão parece óbvia, mas é porque a gente está atuando num processo de denúncia em que a Federação Nacional dos Médicos, se eu não me engano, ela está questionando a constitucionalidade da lei, e o Tribunal não vai se pronunciar sobre isso.

Bom, sobre a atuação do Tribunal, então, na área. Temos dois processos, atualmente, em curso no Tribunal para avaliar essa questão. Um deles é um acompanhamento. O acompanhamento é um instrumento de fiscalização previsto no artigo 241 do Regimento do Tribunal. E o que seria esse acompanhamento? O acompanhamento, ele é uma modalidade de

fiscalização em que se examina a legalidade, a legitimidade dos atos de gestão dos responsáveis, sujeitos à jurisdição do Tribunal, quanto aos aspectos contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial. Além disso, o acompanhamento é um instrumento utilizado para avaliar o desempenho dos órgãos e entidades jurisdicionados, assim como dos sistemas, programas, projetos e atividades governamentais, no que se refere a aspectos de economicidade, eficiência e eficácia dos atos praticados.

Bom, essa fiscalização, ela teve início por meio de uma iniciativa da unidade responsável pela fiscalização da saúde dentro do Tribunal, que é a SECEX Saúde, do qual atualmente sou secretário, e existe também um processo, essa denúncia que eu comentei agora há pouco, da Federação Nacional dos Médicos. Esse processo ainda não foi julgado pelo Tribunal, não há um posicionamento oficial do Tribunal até então, então, eu procurei resumir aqui quais são os itens que supostamente estariam sendo irregulares na opinião da Fenam.

De maneira geral, ela argumenta que está havendo inobservância de princípios da legalidade, dos valores sociais do trabalho, do concurso público, vedação ao trabalho obrigatório e ao exercício ilegal da profissão, da reciprocidade e equiparação, isonomia e igualdade entre os médicos, e questão relativa à autonomia universitária. Além disso, eles

também questionam a questão da constitucionalidade em tese da lei, que é uma matéria alheia à competência do TCU. Então, como diversas dessas supostas irregularidades já estão sendo analisadas no processo de acompanhamento que o Tribunal possui, a proposta é que esse processo fosse apensado ao acompanhamento para que o Tribunal analisasse tudo numa única assentada. Esse processo ainda não foi julgado pelo Tribunal.

Bom, em relação ao acompanhamento, o que foi feito até agora? O Tribunal fez três diligências ao Ministério da Saúde, inclusive, em uma delas, o próprio Ministro da Saúde entregou os documentos pessoalmente no Tribunal. A gente analisou - foram cerca de cinquenta documentos solicitados mais ou menos -, as principais análises que a gente fez foram feitas em cima da documentação que embasou o termo de cooperação com a OPAS. Estamos analisando também os processos administrativos e convênios instituídos para a criação do Programa Mais Médicos. Frisando novamente que esse processo também não foi julgado. Quarta-feira passada ele foi a Plenário, mas houve um pedido de vista do processo.

Eu vou apresentar, então, agora, os principais riscos potenciais. Na verdade, são questionamentos que o Tribunal irá fazer ao Ministério da Saúde sobre questões que a gente considera relevantes. Então, isso, de maneira alguma, caracteriza uma irregularidade. Até o momento,

essas são questões que estão levantando dúvidas na nossa análise. Uma dessas questões é a falta de isonomia do pagamento aos médicos cubanos numa possível afronta ao artigo 5º da Constituição Federal e ao Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da OMS. Isso tudo em função daquela questão da suposta diferença, da retenção que o governo de Cuba, em tese, fará em cima do pagamento que o governo brasileiro está fazendo para a OPAS, fazendo com que os médicos cubanos recebam, segundo o que a imprensa noticia, cerca de metade do valor que os médicos brasileiro vão receber. Essa é uma conclusão a que a equipe que está analisando os documentos chegou.

Mais à frente, nós vamos ver que o Ministro-Relator, o Ministro Benjamin Zymler, não concordou muito com essa análise, mas, de qualquer maneira, ele nos autorizou que fossem apresentados os principais riscos que a equipe considerou.

Outra questão que nos chamou a atenção foi que, analisando todos os documentos que foram solicitados, não havia um detalhamento dos gastos da OPAS. Isto porque está previsto um pagamento de taxa de administração de cerca de 5% - esses 5% dão aproximadamente 24.300 milhões -, então, não havia nenhum documento que demonstrasse por que 5%, por que 24 milhões. A gente acha que deveria haver uma maior

transparência nessa questão, então, a gente vai solicitar também que seja feito o detalhamento dessa quantia para se verificar se os 24 milhões são realmente plausíveis.

Outra questão, aí é uma questão orçamentária: o programa, a princípio, de três anos, não existe uma rubrica específica no orçamento, nem no orçamento, nem no PPA, então, isso poderia acarretar uma falta de garantia de recursos orçamentários para o programa no futuro. Poderia comprometer.

Outra questão que a equipe levantou foi um possível desvio de objeto na utilização de dotação orçamentária. Os recursos do Programa estão sendo pagos por meio da ação orçamentária "Educação e Formação em Saúde". Os recursos, quase todos os recursos previstos para essa ação, eles estão sendo destinados para pagamento dos médicos, especificamente, dos médicos cubanos. Então, há uma discussão interna na equipe, se isso seria, realmente, se isso se configuraria um desperdício, já que os médicos cubanos ficarão no Brasil por três anos, podendo ficar por mais três, se eu não me engano. Você estaria investindo um recurso de treinamento de um médico, que, ao final de seis anos, não estaria mais no País. Então, isso poderia constituir um desperdício. Toda a experiência acumulada por esses médicos não seria absorvida pelo Sistema Único de Saúde.

Outra questão que chamou a atenção do Tribunal é a questão de pagamento à OPAS. Houve uma antecipação de pagamento, sem uma justificativa dos documentos analisados e sem regras claras de controle desses pagamentos. Então, para exemplificar, até outubro de 2013, foram pagos R$ 400.000.000,00 às OPAS, o que seria o equivalente a uma bolsa para quatro mil médicos cubanos pelo período de 8,6 meses, além de outras despesas. Até àquela data em que analisamos esses documentos, ou seja, até outubro de 2013, só havia quatrocentos médicos chegado ao Brasil. Então, a preocupação da equipe foi de saber: o que seria feito? Como seria feito o controle desses recursos por parte da OPAS do Ministério da Saúde? Para evitar, por exemplo, que houvesse um potencial pagamento por serviços não prestados. Então, se você antecipa o pagamento para quatro mil médicos, e, de repente, dois mil médicos vêm ao País, é preciso fazer um encontro de contas aí. Então, o Tribunal chamou a atenção para isso e vai solicitar informações ao Ministério da Saúde a respeito de como será feito esse controle.

Bom, então, instruímos esse processo, encaminhamos ao Relator, o processo foi julgado quarta-feira, o Ministro Benjamim Zymler é o Relator. Ele, no seu pronunciamento, chegou à conclusão de que existe amparo legal e normativo para o acordo entre o Ministério da Saúde e a OPAS e a participação de médicos cubanos. Ele discordou da equipe técnica no que se

refere à questão de uma possível afronta ao artigo 5º da Constituição. E, na opinião dele, a questão da falta de isonomia no pagamento aos médicos refoge à competência do TCU. Todas as outras questões que foram levantadas pela equipe, o Ministro Benjamim concordou, mas, antes do Tribunal se pronunciar formalmente, alguns outros Ministros se pronunciaram. O Ministro Benjamim Zymler também ressaltou que, do ponto de vista do TCU, o mais importante é avaliar a eficácia, a efetividade e a eficiência do Programa e verificar o impacto no SUS da implementação do Programa Mais Médicos.

Em seguida, o Ministro José Jorge pediu a palavra e ele fez um pedido de vista, então ele vai ser o Revisor. Ele questiona a caracterização do Programa como treinamento, já que, segundo ele, o objetivo é levar médicos para trabalhar no interior do País. Segundo ele, mais de 80% dos médicos seriam cubanos e que esses médicos cubanos receberiam 1/3 do valor que o Brasil vai pagar para um médico brasileiro. E ressaltou a questão da falta de clareza sobre o destino do restante do dinheiro. O Ministro Valmir Campelo considerou que um dos motivos para a falta de médicos no interior é a ausência de um plano de carreira para os profissionais do setor. Então, na opinião dele, uma solução para a questão da ausência de médicos passaria necessariamente pela criação de um plano de carreira. E o Ministro Raimundo Carreiro, finalmente, também concordou com o Ministro Benjamin Zymler a

respeito da questão da possível falta de isonomia no pagamento, ele considera também que refoge à competência do TCU analisar essa questão. Ele ressaltou, também, que essa questão orçamentária, educação, formação e saúde, todos os recursos previstos para essa ação estariam sendo destinados para pagar o Programa Mais Médicos e que, por isso, ele proporá, quando o processo for julgado, uma sugestão ao Ministério da Saúde para incluir uma rubrica específica no orçamento do Ministério da Saúde.

Ministro, em síntese, então, era isso que eu tinha a apresentar, ressaltando que, até o momento, nós não temos uma previsão de quando esse processo retornará a julgamento. Mas, desde de já, coloco o Tribunal à disposição dos senhores para contribuir na análise da questão.

Muito obrigado!

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a participação do Doutor Marcelo Chaves, no que trouxe um enfoque sob o ângulo da atuação do Tribunal de Contas da União, como órgão auxiliar do Legislativo nacional, presente a prestação e a contraprestação, o controle de gastos; matéria que evidentemente não será elucidada no julgamento em si - pelo menos na via direta - a ser procedido pelo Supremo.

Ouviremos agora o Doutor Henrique Mandetta, que é Deputado Federal e médico pelo Estado de Mato Grosso do Sul.

O SENHOR HENRIQUE MANDETTA (DEPUTADO FEDERAL - DEM) - Excelentíssimo Senhor Ministro-Relator Marco Aurélio de Mello; Senhor Subprocurador-Geral Odim Ferreira; aos demais Excelentíssimos Senhores Ministros e Ministras do Supremo Tribunal Federal; convidados; senhores expositores; presidentes de associações médicas, conselhos, federações. Boa-tarde.

Ministro, ao ser nominado Deputado Federal para vir fazer uso da palavra, eu gostaria de esclarecer que participei ativamente do debate na Câmara dos Deputados; sou, como se diz na Casa, um deputado temático. Venho de uma família de formação médica, de formação filosófica-médica. Fui gestor do sistema privado de saúde. Fiz uma pós-graduação na Fundação Getúlio Vargas. Fui Secretário Municipal de Saúde do SUS por cinco anos em Mato Grosso do Sul. E cheguei ao Parlamento, para o meu primeiro mandato, com a esperança e com a fé depositada pelos eleitores de discutir, debater e propor soluções para o sistema de saúde, porque percebo na sociedade, assim como foi aqui dito, um clamor quase universal de mais de 80% da população solicitando aos homens públicos que apontem soluções para o problema de saúde. Mas não poderia, aqui, observar somente aquela discussão de julho

para cá. Não poderia, aqui, continuar falando da assistência e do apelo que a assistência tem na tomada de decisões da política pública de saúde, sem antes retornar um pouco no tempo e observar os fundamentos filosóficos sobre os quais estão depositados os pilares de construção desta ciência, ou melhor, dessa arte, como foi definida por Hipócrates, que é o pai da medicina, e que está para esta ciência como Newton está para a Física, como Aristóteles para o Direito. E ele definiu alguns princípios que são importantes de serem relembrados, porque serão confrontados agora, exatamente neste momento.

Disse Hipócrates que, sem diagnóstico, não há tratamento. Disse Hipócrates, no seu princípio **non nocere**, que nós não podemos ser mais nocivos do que a condição que nos trouxe a pessoa até a nossa presença. Nós não podemos, uma pessoa que tem uma fratura no antebraço, amputá-la e dizer que a sua fratura está resolvida. Seria sermos mais agressivos do que a condição. Essa história, esses princípios inauguram a era da ciência, e aí, dali para a frente, passa o homem a procurar a organização do trabalho, e nós passamos, no século XX, a ter Flexner, o pensador norte-americano que define saúde como um bem de capital, um bem de consumo. No mesmo momento, o sistema comunista coloca saúde como um dever absoluto do Estado, e o trabalhador absolutamente em função das necessidades do Estado. E entre os dois modelos surge Dawson, na Inglaterra, que fala: Não, saúde aqui será um

conceito da seguridade social, e o Estado será um ente que irá propor, que irá levar, que irá regular e que irá construir o sistema de saúde na Inglaterra do pós-guerra. Isso constrói-se e resiste o sistema de saúde inglês até mesmo ao choque neoliberal de Margaret Thatcher. E os nossos sanitariastas da Fiocruz, na grande noite da ciência brasileira, que foi o período de exílio, vão exatamente para a Europa e trazem de lá o conceito de universalização da saúde, integralização das suas coberturas, através do saudoso Professor Sérgio Arouca. E nós fomos para a Constituinte de 88, e levamos a máxima constitucional de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado dentro do conceito de seguridade social ampliado, onde nós absorvemos a previdência, a assistência social e tivemos a ousadia, enquanto país, de colocarmos a saúde como uma peça fundamental da seguridade social. Naquele momento, nós fizemos uma ruptura de quase quinhentos anos de um sistema que tinha dois tipos de brasileiros: os indigentes e os pagantes. Naquele momento, nós dissemos à Nação que todos nós teremos a integralidade, a universalidade e a equidade.

Este ano faz vinte e cinco anos que nós colocamos essa máxima constitucional, e, nesses vinte e cinco anos, dos quais o atual governo é responsável por doze desses vinte e cinco anos, ou seja, pela metade do tempo, nós vimos um sistema ser desconstruído, que era o sistema anterior,

que tinha os seus atrativos, do médico que ia para o interior, que montava o seu consultório, que recebia daqueles que podiam pagar e faziam caridade nas santas casas de misericórdia. Vimos essa substituição por um sistema público que virou as costas para qualquer tipo de preocupação com o vínculo dos trabalhadores de saúde, num sistema que é, como já foi dito aqui hoje, necessariamente amparado no trabalho desses profissionais.

Nós vimos a União passar a desvincular as receitas da União, a DRU, da seguridade social, retirando os recursos da seguridade social, e um discurso de municipalização, onde os deveres foram repassados aos municípios e os direitos tributários foram concentrados na União. Com isso, surgiram distorções no sistema que levaram as cidades de pequeno porte, até as de médio porte, a não conseguirem organizar a sua força de trabalho. Era um festival de contratação, com vínculos verbais, aonde se pagava dez mil, quinze mil, vinte mil, por um mês, dois meses, depois, mandava-se embora somente para satisfazer politicamente aquele momento. E os médicos se concentrando nas cidades médias e grandes.

Esses números absolutos, de relação médico por habitante no Brasil, eles são enganosos. O Rio de Janeiro tem a maior relação médico por habitante do Brasil, muito maior do que o sistema inglês, quase três vezes maior do que a média nacional. E na pesquisa de percepção de saúde, a pior

avaliação é do Rio de Janeiro. A segunda é aqui de Brasília, também uma relação médico por habitante altíssima. E a percepção de saúde dos moradores de Brasília baixíssima. Ou seja, esta relação absoluta, ela precisa ser vista com um olhar de que, além do médico, nós temos outros fatores, outras forças atuando dentro desse sistema, que não deixam com que a população perceba a necessidade de infraestrutura.

Num sistema médico centrado, como é o brasileiro, historicamente, a busca pelo médico - um desejo da população - faz com que, quando da pesquisa política, quando questionado: Você quer que melhore o quê? Saúde! O que que você quer na saúde? Mais médico. O nome do Programa é retirado da pesquisa, porque, para a população, o médico significa o exame, a internação, o leito qualificado, o CTI, a cirurgia, o total, o conjunto. Ele não vai traduzir: eu quero um plano de carreiras; eu quero uma rede hierarquizada; eu quero os leitos de volta.

Em dez anos, o Brasil fechou treze mil leitos hospitalares no SUS. Ou seja, o Estado se afastou, criou-se um vazio assistencial. Esse vazio, espelhado nos mapas aqui apresentados, concentram-se nas áreas mais carentes, aonde falta médico, aonde falta segurança, aonde falta educação, onde falta Justiça, aonde falta o Estado Brasileiro. É ali aonde se percebe a negligência. São dos resultados dos indicadores, aqui mostrados, aonde se

percebe a face mais crua de um sistema que ousou ser colocado como um desafio geracional na Constituinte e que, sistematicamente, é bombardeado pela ausência do Estado.

E, de repente, neste ano, nós vimos o povo ir às ruas. E da ida do povo às ruas, nós assistimos a uma sequência de ações. A Presidente foi, em rede nacional, e disse que o primeiro ato seria uma reforma da Constituinte de um tema só. Prontamente rechaçada. O segundo, era um pacto para uma reforma política, dizendo que o Congresso tinha uma responsabilidade na crise. E o terceiro, foi uma frase célebre: No próximo mês, milhares de médicos estarão chegando para atender a população.

Daquele momento em diante, o que nós assistimos foi a edição da Medida Provisória nº 621, quando, há vinte dias anteriores, essas entidades formavam, e eram publicadas no Diário Oficial, como um grupo de trabalho para encontrar soluções.

Nós vimos, nesta Medida Provisória que ensejou esta Ação de Inconstitucionalidade: na época, criou-se um médico que trabalharia mais dois anos sem ser formado, ele faria oito anos de medicina, dois, de trabalho, para ser o serviço civil obrigatório; prontamente retirada **a posteriori** pelo Ministro da Educação. Nós vimos, nesta Medida Provisória original, a dispensa da tradução juramentada da língua portuguesa. Se caso algum

médico chegar a ter uma ação judicial, os seus documentos chegarão ao Judiciário em cirílico, em hebraico, em espanhol ou em inglês, porque foram dispensados da língua portuguesa, de Camões.

Nesse momento em que se publicou a Medida Provisória, nós chamamos, por três vezes, os representantes da União. O Ministro da Saúde esteve na Comissão, aonde foi questionado se esses médicos seriam de Cuba, porque, afinal de contas, somente Cuba, hoje, no mundo, tem médicos na prateleira à disposição neste número de dez mil, quinze mil. Tem vinte e cinco mil na Venezuela, entre médicos e enfermeiros. É o principal item da balança comercial de Cuba, é exatamente o que ela percebe de honorários médicos mundo afora.

Nos outros países citados - mais de cinquenta países têm esse tipo de convênio - são em situações de epidemia, são na África Subsaariana, mas não como um instrumento de construção de força de trabalho, porque, se assim o fosse, nós teríamos que os ter acomodados dentro do que significa a dignidade e o bem-estar do trabalhador.

Esses médicos não trazem as suas mulheres, os seus filhos. Já imaginaram como deve ser o sábado à noite de um médico cubano no interior do Maranhão? Sem um telefone, sem uma *internet*, com a sua família retida em Cuba, com o seu salário retido pelo governo, com a OPAS recebendo

5%, como demonstrado na ponta de cá, mas, na ponta de lá, nós nunca tivemos acesso ao teor do convênio OPAS-Cuba; nós não sabemos.

E por que eu, como um deputado - Vossa Excelência poderia indagar -, por que está vindo aqui, no Judiciário, pedir - e agradeço a deferência de ter sido aceita a minha inscrição - para falar nesta Corte? Não falou isso dentro do Congresso Nacional? Falei. Esta medida provisória foi a recordista em números de emendas parlamentares, teve quase seiscentas. Elas foram votadas em bloco e não aceitas. E os termos do acordo com a OPAS só foram publicados após o período de emendas. Este convênio jamais foi objeto de ação parlamentar. Nesta medida provisória, somente é dito que, para fins dos objetivos do programa, poderá o Ministério firmar convênios internacionais. Ponto. Nós não podemos, como parlamentares, questionar os termos deste convênio. Ele não foi objeto de discussão. Ele só foi apresentado após o período de emendas e destaques ao texto da Medida Provisória nº 621.

Então, hoje, nós temos a seguinte situação, Ministro: nós temos uma sociedade que havia construído um filtro de proteção, a partir de 1957, quando o então Presidente Juscelino Kubitschek criou as autarquias federais para que a sociedade, com base no iluminismo da Revolução Francesa, se protegesse dos maus profissionais, que fizesse a parte cartorial de análise dos documentos, nós perdemos, nós não as temos mais. O Estado

passou a dizer: eu sou o responsável de dizer quem é médico e onde vai trabalhar. Nós perdemos o princípio do Pacto de Genebra do livre exercício da profissão, do direito de ir e vir, da integralidade do salário sagrado na sua conta. Nós perdemos, com esta Medida Provisória, em pleno século XXI, a razão de ser do mundo livre, que é não ter intermediação da mão de obra, que é não deixar um país explorar, física ou intelectualmente, quaisquer pessoas sob a ameaça da sua família retida.

Quando da discussão do fim da escravidão, aqui no Brasil, nos anais do Congresso Nacional, existiam aqueles que falavam: não podemos abrir mão da escravidão, quem irá limpar as ruas? Quem irá trabalhar no canavial? Se nós abrirmos, o Brasil vai quebrar. Esse era o argumento que fez com que aquela chaga durasse tanto tempo. Agora, em pleno século XXI, nós estamos com a nossa Constituição, onde se diz que é crime reter dolosamente o salário, ali exposto, e as autoridades dizendo: "Não, mas a causa é nobre, nós não vamos conseguir fazer o diagnóstico da hanseníase, nós não vamos conseguir tratar os diabéticos".

Há um pedido da sociedade pela assistência, e o único compromisso que foi feito das entidades com o Governo, ao aceitarem parcialmente o texto da medida, é que fosse no texto a previsão do concurso público no final de três anos. E isso foi votado no Congresso, e foi o único veto

da presidente ao texto que saiu do Congresso. Ela vetou o concurso público para a carreira de Estado desta Medida Provisória transformada em lei.

Isso posto, Senhor Ministro, e não me alongando, porque entendo que os elementos que formarão a base da decisão de Vossa Excelência e dos demais Pares do Supremo são fartamente documentados, estão muito expostos à luz para todos, eu aqui me dispo da condição de parlamentar. Eu aqui me dispo da condição de médico. Eu aqui me coloco como um cidadão brasileiro. E que não tem nenhuma cultura que simplesmente vai entregar a sua vida ou do seu filho, ou da sua filha para que alguém tome uma atitude frente a um caso de saúde. Seria muito importante, para mim, brasileiro, que o Estado brasileiro certificasse, certificasse com prova, certificasse com a qualidade dos documentos para que o meu filho, o meu neto tivesse um atendimento digno e não fosse vítima da política de saúde, e não da política através da saúde.

Acho que a colaboração que eu poderia dar é essa, como um testemunho de um Parlamentar que não pôde, na integralidade da discussão que o Convênio merecia, sequer ter acesso ao documento do Convênio OPAS/Cuba, que macula a legislação brasileira.

Muito obrigado, Senhor Ministro.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Cumprimento o Parlamentar Doutor Henrique Mandetta pelas informações trazidas e que evidentemente servem a ter-se uma outra óptica sobre a problemática que será apreciada pelo Supremo.

Ouviremos agora o Deputado Ronaldo Caiado, também médico, Deputado pelo Estado de Goiás.

O SENHOR RONALDO CAIADO (DEPUTADO FEDERAL) - Excelentíssimo Senhor Ministro do Supremo Tribunal Federal Marco Aurélio; Subprocurador-Geral da República Doutor Odim Ferreira Brandão; senhores e senhora expositores; cumprimento também ao Presidente da Associação Médica Brasileira, que se faz presente, Doutor Florentino; Presidente da FENAM, Doutor Geraldo; aos demais presentes; senhores e senhoras.

Senhor Ministro, o Deputado Mandetta teve a oportunidade de, ao expor o raciocínio sobre a tramitação dessa Medida Provisória e a criação do SUS, e os seus vinte e cinco anos de existência, mostrar aqui pontos que todos nós, brasileiros, queremos e atuamos no sentido de cada vez mais, e com a função de médico que temos, melhorar e resgatar a saúde do povo brasileiro. O que nos impressiona é que nenhum desses temas foi discutido no Congresso Nacional. Por várias vezes, Senhor

Ministro, nós, em audiências públicas, solicitávamos, para que o senhor ministro dissesse com quem o Convênio estava sendo feito. E ele, por várias vezes, repetia: com a Espanha, com Portugal, com Argentina. Principalmente, os países da Europa, onde hoje tem uma oportunidade enorme devido ao desemprego que reina por lá. E nós insistíamos na tese de saber se realmente procedia aquela informação que o Ministro das Relações Exteriores, Ministro Patriota, havia dito e publicado, na imprensa nacional, que o Brasil receberia em torno de mais ou menos 6.000 médicos vindos de Cuba, porque as empreiteiras brasileiras haviam feito toda a expansão do Porto de Mariel e a construção de dois aeroportos, e, como tal, a necessidade do pagamento daquilo que foi ali construído, já que o Governo cubano não teria como ressarcir essas empresas. Esse ato parecia ser algo normal praticado em Cuba, já que dos vinte e cinco mil agentes cubanos que estão instalados na Venezuela, na antevéspera da eleição de Hugo Chavez, que foram para lá exatamente num programa semelhante chamado "Bairro Adentro", o Governo cubano recebe, também, cem mil barris de petróleo/dia, para a sua manutenção.

De vários cubanos que conseguiram fugir daquele país, eles estão hoje em Miami, e já foram vencedores, na Corte Internacional, para poder ser ressarcidos do trabalho escravo que lá foram submetidos. E, hoje,

informam que mais de cinquenta milhões de dólares da PDVSA já teriam sido retidos para ressarcir esses médicos cubanos que, hoje, estão foragidos em Miami.

Quando nós submetíamos tudo isso ao Ministro da Saúde, ele era enfático em dizer que não, que estava trazendo um grande convênio entre Brasil - Portugal, Brasil - Espanha, médicos para poderem atender aqui no país. Senhor Presidente, Senhor Ministro, é importante que possamos deixar bem claro a toda população que nos assiste neste momento que, como médico e como qualquer cidadão de mente sã, ninguém se oporia a um processo da presença de mais médicos no país. Ninguém criticaria este projeto, desde que ele fosse debatido e colocado às claras.

Por que a negativa? Por que a omissão? Por que esconder algo que já estava sendo trabalhado desde novembro de 2012, junto ao Governo cubano, para que esses médicos pudessem chegar ao Brasil? E por que esse tratamento balanceado a favor dos médicos europeus, e contra os médicos cubanos? Ou seja, o médico europeu, ele tem direito a trazer a sua esposa, a ter o seu passaporte carimbado, ter o visto do Ministério da Justiça, ter direito a receber o seu salário integral, e ter direito a se deslocar, ir e vir, por onde desejar. Ao médico cubano, ele não tem o visto em seu passaporte, ele não tem direito à escolha do local onde ele vai atender, e nós não sabemos,

até hoje, o quanto ele vai receber dessa dita bolsa de dez mil reais. Ou seja, como é que pode prevalecer a legislação cubana sobre o território nacional?

Por várias vezes, nós solicitamos da OPAS que nos desse detalhes ou, senão pelo menos, a cópia do contrato. Eles sequer aceitaram ir ao Congresso Nacional. Então, Senhor Presidente, o que nós precisamos deixar claro, aqui, para todos, é que, num país onde nós temos quatrocentos mil médicos, onde se formam vinte mil médicos por ano, ora, Senhor Presidente, não seria a presença de mais seis ou de dez mil médicos que provocaria todo esse debate e reação da classe médica brasileira. Mas por que, então, tudo isso ocorreu? Porque o processo Mais Médico, ele não foi um processo para poder resolver o problema da saúde brasileira. Este é um projeto de maquetagem. Como foi feito na Venezuela, chamado "Bairro Adentro", ele foi repetido, no Brasil, exatamente no momento em que estamos às vésperas de um processo eleitoral, sendo que isso é de conhecimento de toda a população brasileira, a ausência do médico nos vários quadrantes deste País afora. Se partimos de premissa errada, chegaremos a conclusões erradas.

Nós, no Congresso, trabalhamos há muito tempo, Senhor Ministro, para realmente uma solução definitiva para esse problema. Se esse levantamento foi feito pelo Conselho Federal de Medicina, mostrando que setenta a sessenta por cento dos médicos brasileiros estão concentrados nas

grandes cidades e nas capitais, como fazer migrar esses médicos às pequenas cidades e ao interior do Brasil? Senhor Presidente, um juiz iria se deslocar para uma pequena comarca do interior se não tivesse, ali, a garantia de que ele teria um plano de carreira e uma função de Estado? Dificilmente. O médico tem a sua família, sua esposa, filhos, a perspectiva de continuar se atualizando na medicina, a condição de ter o mínimo de qualidade de vida. E, quando lhe é oferecido um cargo no interior, ele fica - e todos nós sabemos - dependente do humor e da vontade da política dominante do município e não com a estabilidade para fazer política de saúde no município. Por isso, Senhor Presidente, nós somos autores de uma emenda à Constituição que propõe exatamente a criação da carreira de Estado. Essa matéria foi aprovada na Comissão de Constituição e Justiça; essa matéria foi aprovada, na semana passada, na Comissão Especial; matéria pronta para poder ser apreciada pelo Plenário da Câmara e do Senado. Vossa Excelência não pode imaginar as dificuldades que tivemos que superar pela obstrução sucessiva por parte do Partido dos Trabalhadores para que essa matéria não fosse votada na Câmara dos Deputados, obstruindo a todo momento a criação da carreira do Estado para médico em nosso País. Isso mostra exatamente uma dicotomia enorme entre o discurso dos membros do Ministério da Saúde e do Governo da Presidente Dilma com a realidade que nós precisamos implantar no País.

O segundo ponto, além da estabilidade da carreira de Estado: o orçamento mínimo necessário. Onde, hoje, muitos se vangloriam do Brasil ser uma das dez maiores economias do mundo, alguns dizem a sexta, outros dizem a sétima, a média, considerando todos os países que compõem a ONU, é em torno de seiscentos e quinze dólares **per capita** que se aplica para atendimento na área da saúde. No Brasil, míseros quatrocentos e sessenta dólares, menos do que o investido, hoje, no Paraguai, na Argentina e no Chile. E aí, Senhor Presidente, nós trabalhamos exatamente na tese do mais dez por cento para a saúde. O que nós teríamos, já que a Constituição determina: quinze por cento da receita dos municípios destinada à saúde; doze por cento da arrecadação do Estado para a saúde; que a União, que já se comprometeu em 2000, ela tinha exatamente, Senhor Presidente, uma participação no financiamento da saúde, ela tinha exatamente um percentual que era mais de sessenta por cento, e que, hoje, está reduzida a quarenta e cinco por cento, sendo Estados e municípios responsáveis pelo restante dos cinquenta e cinco por cento do financiamento da saúde neste País. Ou seja, a grande concentradora da arrecadação, a União, e a responsabilidade recaindo sobre ombros de prefeitos e de governadores.

Mas o mais grave de tudo isso, Senhor Presidente, é que não se satisfizeram apenas com a tese desse processo de maquetagem, às

vésperas da eleição. Eles criaram, com isso, um processo que é grave, e eu entendo, e que nenhum estadista no mundo caminharia por essa variante, ou seja, a demonização da classe médica brasileira. Isso, eu acho, que é algo inaceitável, inadmissível. A responsabilidade, quando o governo é avaliado, é mal avaliado por 76% da população, na área da saúde, o governo tenta lavar as mãos e repassar toda essa responsabilidade à figura do médico, como sendo ele a pessoa que não estaria ali cumprindo corretamente as suas funções, e muito menos, arcando com a sua responsabilidade.

O Projeto Mais Médicos, ele deveria ter tido o nome de Mais Mágicos. Senhor Presidente, sou cirurgião, sou especialista em cirurgia na área da coluna vertebral e sou ortopedista. Quando se exige de um médico, tem que ter a estrutura mínima, para que ele possa exatamente prestar o seu trabalho, em condições que ele possa proporcionar àquele paciente melhoras e uma recuperação.

Ao ouvir aqui, Senhor Presidente, que a atenção básica é um tratamento diferenciado, e, como tal, não precisa de tanta qualificação para que possa responder por outras áreas da medicina, que hoje estão tão especializadas, em parte concordo. Mas o médico da atenção básica, ele recebe um paciente com a dor no tórax, aquela dor no tórax é uma pneumonia? É um processo inflamatório do nervo intercostal? É uma pleurite? É um infarto? Ele

sabe interpretar, pelo menos, um eletrocardiograma? Ele sabe auscultar o paciente? Ele tem, pelo menos, condições mínimas de solicitar aqueles exames necessários para poder, pelo menos, fazer alguns diagnósticos diferenciais, para saber aonde ele encaminhar o paciente, ou qual o tratamento propor naquele momento de emergência? Então, não é uma tese tão simplista assim, Senhor Presidente. É a formação de um médico.

Pergunto: Por que não a sociedade brasileira é interditada, impedida de saber como esses médicos foram avaliados, por que esse segredo de Estado todo? Nós solicitamos, exatamente ao Ministério da Saúde, que dissesse a nós como eles são avaliados. Qual é o conhecimento mínimo que eles têm? Da língua, nós já sabíamos que eles não falariam nada. Nós já não estávamos discutindo mais o "revalida". Senhor Presidente, sabe por quê? Porque de repente a campanha publicitária foi de tal monta, é algo tão massacrante que qualquer cidadão que se propusesse a discutir o Mais Médico, mas levantasse a tese do "revalida", da qualificação mínima, já era rejeitado, era uma tese maniqueísta, já é contra. Não, eu só estou querendo saber se ele tem qualidade, qualificação mínima. Quais foram as questões para avaliar esse médico, para que ele possa atender um cidadão e dizer que ele tem condições sim de continuar naquele posto de saúde? Tudo isso nos foi negado.

Mas, Senhor Presidente, é importante que a gente possa colocar aqui que o Congresso Nacional, como disse o Deputado Mandetta, foi totalmente impedido de poder ter acesso, não só ao contrato, como tomou conhecimento do contrato depois que o prazo, da medida provisória, de 5 dias para encaminhamento das emendas já havia exaurido. Mas, a partir daí, toda e qualquer solicitação que nós fazíamos, como o TCU acaba de apresentar... Ora, mas a Constituição Brasileira exige a identificação da rubrica. Não se pode fazer transferência de um Ministério para outro. Quando nós levantamos a parte trabalhista, observamos que ele iria prestar assistência; ele não está fazendo nenhum curso aqui. Isso é uma maquiagem clara. A campanha, na televisão, está deixando claro que ele vai lá prestar assistência ao brasileiro que for consultar. Então, o Conselho Federal de Medicina solicitou: indiquem-nos os tutores.

Senhor Presidente, já fui estagiário na França. Eu entrava com o professor, não operava diretamente. Sentava no ambulatório para ver a consulta feita pelo monitor da cadeira; acompanhava a enfermaria acompanhado também daqueles assistentes do serviço do qual eu me especializei. Não prescrevia para aquele paciente, porque, mesmo formado com residência médica no Brasil, eu não havia sido avaliado para saber se eu podia exercer a profissão na França.

Então, o que nós estamos querendo dizer é que, se quisermos fazer algo sério neste País, vamos fazer exatamente com que haja uma carreira de Estado, vamos resgatar o financiamento da saúde, que é o menor da América Latina, vamos fazer com que haja aquilo que é a luta: que dez por cento da receita corrente bruta da União seja repassada à saúde brasileira. E, aí, teremos que o cidadão que vai para o interior poderá ter a garantia, vai com qualificação, vai para poder, aí, sim, fazer uma medicina que não pode ser a medicina das grandes cidades, onde um médico tem as qualificações e a sua especialidade. E, lá, o médico do interior e do setor rural, que não foi sequer avaliado para saber se tem as condições mínimas do exercício da medicina.

Encerro, Senhor Presidente, agradecendo essa oportunidade que o Supremo Tribunal nos dá ao fazermos, aqui, esta Audiência Pública e podermos esclarecer que a classe médica brasileira jamais, em momento algum, se opôs à presença de mais médicos neste País, com qualidade, com seriedade e com respeito ao povo brasileiro.

Tem o aplauso e tem o nosso respaldo a aprovação da emenda da lei complementar de dez por cento para a saúde, como a emenda constitucional, que foi vetada pela Presidente, da criação da carreira de Estado.

Muito obrigado, Senhor Presidente.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a participação do Deputado Federal e médico, Doutor Ronaldo Caiado, e o fato de ter realmente revelado que o País é um grande País em território, em riquezas naturais e em problemas. E o que podemos aguardar é que as instituições pátrias realmente funcionem visando correção de rumos, visando dias melhores.

Nós ouviremos, agora, que falará como médico participante do programa Mais Médicos, o Doutor William José Bicalho Hastenreiter Paulo. Com a palavra Sua Excelência.

O SENHOR WILLIAM JOSÉ BICALHO HASTENREITER PAULO (MÉDICO PARTICIPANTE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS) - Boa-tarde, Senhor Ministro Marco Aurélio de Mello, boa-tarde aos demais Ministros do Supremo Tribunal Federal, ao Presidente Florentino, da Associação Médica brasileira, senhores expositores, demais convidados e ouvintes.

O programa Mais Médicos visa tentar levar médico aonde anteriormente não havia, aos locais que, há algum tempo, estavam sem a presença de médicos naquela unidade básica de saúde. Mas a pergunta que fica é: por que esse profissional médico não ia até essa unidade básica da saúde? Porque faltava uma política pública para incentivar o profissional a ir

para essa unidade básica. Os salários de muitos municípios brasileiros estavam defasados. Então, veio essa medida provisória, que fez uma política para levar esse médico até aos rincões, à população carente, aos cantos de periferias de capitais. Uma política pública para que eles fossem até a essas áreas mais pobres.

Mas a pergunta que fica: isso irá fixar o médico brasileiro nesses cantos do nosso Brasil afora, seja na Região Nordeste, Centro-Oeste e Norte? Sem uma carreira de Estado será muito difícil a fixação desses médicos lá. E é por isso que é importante essa PEC 454/09 que criaria a carreira de Estado do médico brasileiro, onde lá o médico teria todos os direitos trabalhistas que qualquer cidadão brasileiro tem direito, sejam eles décimo-terceiro, férias, fundo de garantia, coisa que, no Programa Mais Médicos, que é uma medida provisória, não tem. Apesar de eu trabalhar como médico qualquer, atendendo a população, eu sou considerado um estudante. Estudante esse que tive uma visita de um tutor, até agora, para saber quantos pacientes eu atendo por dia. Se isso for um tutor...

Então, ao meu modo de ver, o programa me contrata como um trabalhador, mas, ao mesmo tempo, ele passa por cima de leis trabalhistas à Constituição Federal, uma vez que o PT, que é o partido que é a favor dos trabalhadores, está criando um programa que é para fixar um trabalhador nos

cantos desse Brasil, mas classifica-os como estudantes bolsistas. Isso talvez seja uma medida para fugir, talvez, de imposto de renda, não sei, mas ele nos trata como bolsistas estudantes.

Para vocês terem uma ideia, falta também muito investimento certo na saúde. Nosso país investe cerca de 8,7% do Produto Interno Bruto na área da saúde, enquanto outros países da América Latina investem cerca de 20%, como a Argentina, e até mesmo o Chile, em torno de 23% do seu Produto Interno Bruto. Então falta uma política de cima para baixo para chegar a esses valores e fixar como a carreira de Estado médico nas regiões das periferias do nosso Brasil. Falta investimento certo.

Eu tenho outros dados, aqui, que eu quero repassar: o Brasil, em 2010, tinha trezentos e sessenta e um mil leitos hospitalares. De 2010 para cá, a população cresceu e o que houve com esses leitos? Reduziram cerca de treze mil leitos, de 2010 para cá; foram fechados. O próprio órgão do Governo Federal, que é o IBGE, fez uma pesquisa que, em 2002, havia 2,7 leitos por mil habitantes. Em 2005, esse número por mil habitantes caiu para 2,4. A Organização Mundial de Saúde prioriza que haja cerca de cinco leitos por mil habitantes, ou seja, atualmente o nosso país tem déficit de leitos hospitalares, sejam eles para cirurgia, pós-operatórios, nós temos menos da metade que o indicado pela OMS.

Outro dado curioso é que a própria Organização Mundial de Saúde reconhece que o Programa Mais Médicos para o Brasil é favorável, desde que ele seja temporário. Uma medida que vai resolver, temporariamente, até a criação de algo que fixa, realmente, um médico nas unidades básicas de saúde.

Vou falar mais alguns dados específicos sobre o programa. Falam que o programa foi criado em resposta aos protestos das ruas, que a população foi às ruas, reivindicando melhores condições de saúde, educação e transporte, mas, desde março, desse mesmo ano, o Ministro Antônio Patriota já havia tocado no assunto da possível vinda de cerca de seis mil médicos cubanos. Então, o que podemos concluir é que já era uma coisa estratégica, planejada a vinda desses médicos cubanos. Como o próprio deputado Ronaldo Caiado falou, falava-se muito em vinda de portugueses, espanhóis, mas o que nós vemos é a vinda desses médicos cubanos, que não sabemos ao certo como é financiado o pagamento desses médicos cubanos. Quanto é repassado para eles? Então, eu acho a coisa muito tampada, às escuras, essa parte com os médicos cubanos. O que eu consigo notar é que, com o número de vinda de quatro mil médicos cubanos, no total do programa, que a medida é de três anos, seriam trinta e seis meses, o governo brasileiro estaria mandando, para a ditadura cubana, cerca de um bilhão e quinhentos milhões de reais. O que é

um valor muito significativo, Senhor Ministro, uma vez que esse dinheiro poderia estar circulando, aqui, em território nacional, território nacional com os médicos, os familiares dos médicos, sua esposa, seus filhos. Mas, não, ele vai direto para a ditadura cubana.

O objetivo real do programa Mais Médicos, ele é eleitoreiro. O marqueteiro chamado João Santana, ele já fez o mesmo na Venezuela, como citado, criando o programa, lá, "Bairro Adentro". Na época, o presidente Hugo Chavez estava perdendo as eleições na Venezuela, e o marqueteiro teve toda uma campanha eleitoral onde trouxe cerca de trinta e cinco mil médicos cubanos e sanitaristas para o país da Venezuela. Espalharam-se eles por dentro do país da Venezuela. O que houve nessas eleições? Houve uma reviravolta, o presidente, lá, se reelegeu, e não houve melhoras significativas do índice saúde/Venezuela após essa medida.

O que houve foi que cerca de dois mil médicos cubanos se refugiaram para os Estados Unidos, na Flórida, fugidos da Venezuela, que, quando eles pisam em solo americano, eles têm direito à cidadania americana. Entraram na Suprema Corte americana com processo contra Venezuela alegando trabalho análogo à escravidão. E, lá, já ganharam um processo cujo valor é mais de cinquenta milhões de dólares.

Eu tenho outros dados, aqui, que eu gostaria de deixar bem relevados também sobre o programa. O programa, ele diz que a ida dos médicos estrangeiros, sejam eles argentinos, cubanos, seria para onde os médicos brasileiros não se inscrevessem ou não quisessem ir, o que é uma completa falácia. Falácia, por quê? Tem muito médico estrangeiro atuando em locais onde vários médicos brasileiros tentam se inscrever no programa. Isso eu afirmo porque tenho colegas médicos que tentam, há mais de um mês, se inscrever no programa, como eu me inscrevi, e não conseguem. O *site* fica dando diversos erros. Eles enviam *e-mails* para o Ministério da Saúde pedindo auxílio para a inscrição no programa, não são respondidos nesses *e-mails*, entram em contato com o Ministério da Saúde através do número 136, e são atendidos pelas atendentes com a seguinte mensagem: "Doutor, Doutora, no momento, a prioridade é para os estrangeiros. Não temos previsões para a reabertura de inscrições para médicos brasileiros". Se no edital do programa Mais Médicos fala que a prioridade é para o médico brasileiro, então, não está sendo seguido, não é?

Diversas áreas que não havia necessidade, por exemplo, o Estado de São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, são os estados que têm maior porcentagem médico/habitante, em torno de 4 para 5,2 médicos por

habitantes. Nesses estados é onde estão concentradas as maiores vindas de estrangeiros. Eu vou estar passando alguns dados, aqui, para os senhores.

Nós temos no Acre, que é um local que, como exposto, aqui, a porcentagem de médico é de 0,94, como mostrado aqui anteriormente. Lá, nós temos 35 estrangeiros. O Amapá, onde a porcentagem é de 0,76, lá nós temos 38 estrangeiros. Agora, no Rio de Janeiro, em Minas Gerais e São Paulo, onde nós temos as maiores porcentagens médicos/habitantes, o que acontece com esses números estrangeiros? Enquanto no Acre era 35, Amapá, 38 estrangeiros, em Minas nós temos 145 estrangeiros, no Rio de Janeiro, 115, em São Paulo, 317 estrangeiros instalados. Se a política do programa é levar médicos para onde não havia médicos, isto não está funcionando.

Agora, uma coisa eu tenho para afirmar: ano que vem é um ano eleitoral. O Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, é fortemente cogitado na candidatura em São Paulo, que, por coincidência, é onde temos o maior número de médicos estrangeiros inscritos no programa.

Há outro caso muito grave no programa que vem sendo questionado. Muitos médicos que vêm de fora, sejam estrangeiros ou brasileiros, eles não estão vindo para somar com o município, seja num município do Nordeste, Centro-Oeste, qualquer canto do Brasil que for. O que está acontecendo é que eles estão sendo substituídos pelos atuais médicos

contratados pelas prefeituras. Vem o médico pelo programa do Governo Federal, cujo repasse é o valor do Governo Federal, e o município demite o outro. Então, em muitas regiões do Brasil, não está acontecendo o Mais Médicos, está acontecendo a substituição de médicos, na verdade.

O problema real, para resolver isso, não adianta só contratarmos médicos. Nós médicos que trabalhamos no Sistema Único de Saúde, fundado desde 1988, que existe há 25 anos, nós sabemos o tempo que é preciso para se conseguir um exame complementar, exame como uma tomografia, que a demora pode chegar a até seis meses, ou mesmo uma ressonância magnética, que pode demorar, a se conseguir pelo SUS, beirando um ano. Se aumentarmos somente o número de médicos, com certeza aumentará o número de pedidos desses exames, porque várias vezes haverá necessidade de pedir exames complementares. Então, precisamos investir também na criação e no aumento do número desses exames.

Há outro questionamento que eu tenho para fazer. Nós temos relatos já que estão ocorrendo, principalmente de médicos cubanos, pelo Brasil, seja em Feira de Santana, na Bahia, seja na Região Norte também, de médicos que estão fazendo prescrição errada, prescrições desses médicos cujas fotos estão vazando na *internet*, onde passam doses de remédio para crianças quatro vezes a quantidade necessária, prescrições desses médicos que

passam remédios que são usados em cavalos, para equinos, em humanos. A pergunta que eu faço é a seguinte: se vier alguém a óbito, ou alguma complicação grave disso, quem será o responsável por essas prescrições? O governo de Cuba? O médico cubano? Vão mandar de volta para lá? Quem vai responder à família do doente que for prejudicado? Eu não sei.

Mas eu acredito que o governo quer dar essa preferência para médico cubano, apesar de no edital dizer que a preferência é para o médico brasileiro, porque o médico estrangeiro não vai vir aqui debater, como eu venho, falar como anda o programa, como eu estou falando, os defeitos. Então, eu acho que é por isso, quando os colegas médicos ligam para o Ministério, falando que não conseguem se inscrever no Programa, e eles falam que, no momento, só estão trazendo estrangeiro, é porque ninguém de fora irá contestar os problemas do programa. E é isso que eu estou vindo aqui mostrar. Problemas esses, que eu quero mostrar, que são formas construtivas que podem ser melhoradas.

Eu estou no Programa - apesar de críticas que eu estou fazendo aqui - porque eu acredito nele. Mas eu acredito que, com determinadas alterações nesse Programa, ele possa se mostrar muito mais atrativo para qualquer médico brasileiro. Como dito aqui anteriormente, formam-se cerca de vinte mil médicos brasileiros por ano. A pergunta é: por

que esses médicos não querem trabalhar nos postos de saúde? Falta incentivo, falta incentivo. Se houvesse um incentivo com leis trabalhistas, décimo terceiro, férias, fundo de garantia, eu tenho certeza que a grande maioria desses médicos, que estão formados recentemente, estariam trabalhando no Programa também.

E eu acho que a prioridade tem que ser mesmo do médico brasileiro. Médico brasileiro esse que se dispôs a vestibulares concorridíssimos, curso de Medicina no período integral por seis anos, tendo que fazer plantões nos finais de semana, se mudar para longe de seus familiares, morar seja em república, porque não pode... o médico, o estudante de Medicina não tem tempo para ter um trabalho por fora. Então ele dedicou o máximo para estar ali formado e o Governo não está tratando com o devido respeito todo o esforço desse estudante de Medicina.

E eu, para finalizar, eu queria dizer, também, que não tenho nada contra médico cubano, argentino, seja qual que for deles. Sou contra a forma como está sendo a política para trazer esses médicos sem sequer saber como é a formação deles? O que eles tem conhecimento? Se sabem tratar de uma hanseníase certa? Se sabe tratar de uma tuberculose da forma correta? Isso ninguém sabe dizer. Nem mesmo o Ministério da Saúde nos passa isso. Eu acho isso gravíssimo. Se fosse para ficar batendo nessa solução de que

médico cubano vai resolver o problema da saúde no Brasil, eu aconselho, então, que o próprio Ministério da Saúde comunique ao pessoal, que é responsável pelo problema aí que combate a fome no Brasil, então, que peça a vinda também de cozinheiros e chefes de cozinha estrangeiros para solucionar o problema da fome. O problema é outro na saúde brasileira, né?

E queria também deixar bem claro que espero que, depois de mostrar, num País cuja democracia é instalada, os defeitos, e como tem feitos errados em investimentos na área da saúde, que eu não siga nenhuma perseguição por isso ou represália. Espero ter demonstrado, realmente, como tem sido a política pública na área da saúde, visando mais às questões eleitoreiras do que às questões definitivas para se instalar um médico.

Desde já eu agradeço o tempo aqui para expor minha opinião e espero que, como médico participante, tenha mostrado falhas, mas que essas falhas possam ser corrigidas para uma melhoria da qualidade de saúde da população brasileira.

Obrigado, Senhor Ministro.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Doutor William José Bicalho, imaginei um equívoco no espelho que me foi apresentado, mas Vossa Excelência, ao término, confirmou o que consta desse espelho. Vossa Excelência é médico participante do Programa

"Mais Médicos". Sou egresso da Justiça do Trabalho e somente espero que, ante a honestidade de propósito revelada por Vossa Excelência da tribuna, não haja qualquer retaliação, presente à relação jurídica.

Agradeço aos expositores, especialmente, também à assistência no acompanhamento dos trabalhos, assistência no próprio recinto e também em setores da vida gregária, já que a Sessão foi transmitida pela TV Justiça. E revelo que as exposições serão alvo de degravação proporcionada àqueles que terão a missão sublime de julgar a matéria.

Nós daremos continuidade à Audiência Pública, no dia de amanhã, a partir das 9 horas.

Muito obrigado a todos!

AUDIÊNCIA PÚBLICA - 26/11/2013

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Convido, para exposição, o Dr. Geraldo Ferreira Filho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos e do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Norte.

O DOUTOR GERALDO FERREIRA FILHO (PRESIDENTE DA FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS E DO SINDICATO DOS

MÉDICOS DO RIO GRANDE DO NORTE) - Bom dia, senhores. Minha saudação ao Ministro Marco Aurélio, aos demais componentes da mesa, aos colegas expositores: doutor Murilo, Presidente da CNTU, acompanhantes, advogados, doutor Márcio Bichara, da Federação Nacional dos Médicos, participantes desta audiência, população que nos assiste pela TV Justiça.

Bem, eu vou iniciar, Ministro, com o histórico que a Federação Nacional dos Médicos. Tal qual os sindicatos, que têm um compromisso com o país, pela legislação dos sindicatos, nós temos compromisso com a formulação de políticas públicas que dizem respeito à nossa área, de tal forma que a Federação nunca se furtou a essa sua responsabilidade.

Esta questão específica do provimento de profissionais em área de escassez no Sistema Único de Saúde é uma situação que nos preocupa já de algum tempo, e nós temos mantido contatos, temos mantidos reuniões com todos os setores envolvidos.

No dia 4 de abril, nós tivemos uma reunião com a Presidente da República. Várias entidades, entre elas, Federação, Associação de ensino médico. E, àquela altura, um dos temas cruciais foi este: a Presidente especificamente questionou como levar médicos às cidades do interior onde havia esta carência, como levar médicos à região de fronteira, como levar

médicos às áreas indígenas, que o governo não estava encontrando uma solução.

E àquela altura - porque historicamente as entidades médicas têm defendido um modelo baseado em relações trabalhistas sólidas e bem definidas com o poder público, através do regime jurídico único -, nós sugerimos à Presidente da República, na presença do senhor Ministro da Saúde, que estabelecesse a carreira dos profissionais médicos, nos moldes do sistema judiciário, da promotoria pública, com salário adequado, possibilidade de migração, ascensão na carreira e, evidentemente, um piso adequado e que, no nosso entendimento, aquilo resolveria o problema.

A Presidente colocou que havia uma expectativa de ganhos dentro da categoria médica, que muitas vezes era superior à capacidade do país de suprir com estes pagamentos. Mas nós colocamos que a realidade hoje, apregoada pela Federação Nacional do Médicos e pelas entidades médicas, na verdade, para vinte horas semanais de trabalho, era o valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) que é, aproximadamente, o que o programa Mais Médicos, depois, veio a oferecer por quarenta horas de trabalho.

Nós entendíamos que as vinte horas resolveria. Se o prefeito, ou a comunidade ou aquela instância administrativa quisessem mais tempo do médico, poderiam ampliar essa carga horária para quarenta horas.

Mas dali saiu uma coisa concreta que foi a nomeação, pelo Ministério da Saúde, de uma comissão, onde a Federação e outras instituições participaram, destinada a definir os encaminhamentos para prover esses profissionais nessas áreas de difícil provimento.

Houve duas reuniões e, na terceira semana, fomos surpreendidos com o programa Mais Médicos. Causou-nos uma surpresa muito grande porque, àquela altura, a própria Presidente disse que, para as alterações que fosse promover a partir dali, no âmbito da área de saúde, ela consultaria as instituições ali presentes e as representações médicas, já que aquelas alterações que poderiam vir a ocorrer - evidentemente o País clamava por assistência em áreas que não estavam tendo cobertura -, mas que as entidades médicas seriam consultadas. E, de repente, caiu um pacotasso na cabeça da sociedade brasileira e da categoria médica tentando suprir essa área de desassistência que as entidades médicas reconheciam existir, mas que pregavam modelos diferentes da resolução do problema. Essa foi a comissão na qual participamos de duas reuniões; e, depois, vimos que era mais uma comissão que, apesar de resultados interessantes, não sairia do papel porque o objetivo do governo, evidentemente, era outro.

A partir dali também a Federação não se furtou e participou de todas as audiências: no Senado, nas comissões e na Câmara Federal.

Visitamos todas as instituições possíveis, colocando os pontos frágeis que nós detectávamos no programa. Qual era ou qual é o principal encaminhamento da Federação Nacional dos Médicos em relação ao programa exposto exaustivamente ao Presidente do Senado, Renan Calheiros, ao Relator, Deputado Rogério Carvalho, e às lideranças partidárias? Nós colocamos na ação de inconstitucionalidade, junto a este Tribunal - colocado pela nossa Confederação Nacional dos Trabalhadores Universitários Regulamentados -, que entendemos haver uma violação clara de leis da Constituição, da Lei Trabalhista e dos acordos internacionais brasileiros na direção da precarização do trabalho médico. A Federação Nacional dos Médicos pauta a sua denúncia na violação dos direitos históricos conquistados a duras penas. O senhor vem dos tribunais trabalhistas e sabe o quanto custou para os trabalhadores essas conquistas históricas que, hoje, estão colocadas em risco.

Concurso público: isso é uma conquista da sociedade brasileira. Não podemos aceitar que se abra, sob qualquer termo - depois, aqui, eu queria até fornecer uma certa fundamentação teórica -, inclusive temporário, porque o trabalho temporário é apenas mais uma das formas de precarização do trabalho. É ilusório o pensamento de que o trabalho temporário resolve uma situação temporária. O trabalho temporário é, hoje, a principal arma de precarização do trabalho, Ministro. Isto são os estudos que

mostram: sob o disfarce do trabalho temporário, o empregador explora, o empregador destrói as conquistas trabalhistas, destrói a autoestima do trabalhador e joga esse trabalhador na precarização. Esse é o termo, mas, infelizmente, o governo lança mão de uma situação supostamente emergencial que dura vinte e tantos anos, para lançar mão de um trabalho temporário que, na verdade, é uma precarização jamais assistida, nunca testemunhada pelas entidades médicas brasileiras. Então o concurso público é básico, indispensável. Não tem como abrir mão do concurso público para essa prestação de serviço.

A sociedade brasileira não quer o trabalho temporário, ela quer o trabalho permanente. Daí que a maior preocupação das pequenas comunidades é com a alta rotatividade da mão de obra. Às vezes, médicos recém-formados que vão também trabalhar nessas prefeituras de forma absolutamente precarizada e, depois de um ou dois anos, deixam esses empregos para procurar a estabilidade, a garantia, a segurança, a possibilidade de ascensão profissional, o prazer, a alegria, a satisfação que o trabalho pode dar; e, com esse mecanismo perverso que se institui a partir dessa política de destruição do trabalho e da precarização que avança, destrói o próprio valor do trabalhador e o próprio valor do trabalho, gerando toda essa instabilidade que hoje se observa grassando em todo o mundo.

Temos outro fenômeno agregado a esse programa do governo que é a questão da migração de mão de obra. É interessante, Ministro, tem um livro aqui, "O Precariado", de Gui Stand. De "precariado" ele chama uma nova categoria social formada pelo proletário precarizado. E é muito interessante quando a gente vai ler e aprofundar um pouco no livro, que a gente vai ver. Por exemplo, como é que foi construído o trabalho ou o valor do trabalho? O valor do trabalho foi construído em cima de garantias. Que garantias eram essas? Garantia de que haveria um mercado - você estuda porque vai ter um mercado -, garantia de vínculo empregatício, porque a sociedade, apesar de se dizer que a única coisa permanente é a mudança, mas ela não é feita de mudanças permanentes e de uma instabilidade que lhe destrói como ser humano. Ao contrário, foi quando a sociedade se estabeleceu através da agricultura que houve tempo para o cidadão se dedicar ao crescimento dele e da sociedade, através das artes, através do direito, através da segurança.

Então essa sociedade de instabilidade absoluta não interessa a ninguém, muito menos ao trabalhador. Daí que é preciso a garantia de vínculo empregatício, é preciso que haja segurança no trabalho. É outro fenômeno da precarização, Ministro. E isso a gente chama muito a atenção do Tribunal porque o trabalhador precarizado não luta por condições de trabalho.

Ele está absolutamente submetido à chefia, de forma despótica, autoritária e ele não reclama nem pede porque ele pode ser jogado fora.

Não podemos permitir que no país se instale o grau máximo da precarização no trabalho, que é o assalto ao Poder Público, porque o Poder Público, no mundo como um todo, ainda é a última barreira de segurança no trabalho. E, com esse programa, o que nós observamos é um assalto violento a esta forma de trabalho digno que ainda se encontra no serviço público, com garantias de vínculo empregatício, com garantia de segurança no trabalho, com garantia de segurança no emprego, com os direitos sociais garantidos.

Nós temos que ter o emprego e a segurança dos direitos sociais. Eles foram conquistas históricas. Nós não podemos jogar isso na lata do lixo. Nós não podemos jogar na lata do lixo o décimo-terceiro, a segurança da gestante, nós não podemos jogar na lata do lixo as férias, nós não podemos jogar lixo a aposentadoria. Isso é trair os compromissos históricos das instituições sindicais, é trair os compromissos históricos dos que lutaram em defesa do trabalhadores e é trair os compromissos históricos do direito trabalhista.

Nós tivemos a oportunidade, ontem, de ver a posição firme, belíssima - e eu posso confessar aqui do orgulho que eu senti - do Ministério

Público do Trabalho brasileiro. Que coragem, que determinação, que obstinação na defesa do que a lei prevê!

Tem que haver segurança de renda. O trabalho tem que ter uma segurança de renda. Eu tenho que ter a certeza de que aquilo vai permitir que eu mantenha a minha família. Eu, em um trabalho precarizado, eu não tenho. Eu tenho hoje; amanhã, eu não tenho; não tenho seguro desemprego.

Então, o programa em si é o maior absurdo trabalhista que nós podemos testemunhar no Brasil nos últimos tempos. Nós não podemos aceitar que as coisas se procedam dessa maneira.

A outra característica interessante, em relação ao precariado: quem é esta categoria de precarizados, de proletário precarizado? O principal componente desta categoria, Murilo, é o trabalhador temporário. Essa é a porta de entrada do precarizado sob várias óticas, sob vários disfarces, sob várias máscaras; mas o trabalho temporário, este tem sido, sob o argumento de que é uma situação de emergência, o maior destruidor das relações trabalhistas estáveis, criadas ao longo dos anos e de tantas lutas.

Então, Ministro, sempre que nós nos depararmos com essa história de trabalho temporário, a gente tem que ficar muito atento porque isso é uma forma de precarizar a mão de obra do trabalhador.

A outra, é a história do meio período. Você vai pra cá, trabalha meio período. Você não precisa de tempo integral. E, na área médica, nós estamos podendo assistir também isso. Não especificamente neste programa, mas contratos que antigamente eram de quarenta ou de vinte horas, agora, se contrata por dez horas de serviço, doze horas de serviço. Absurdos trabalhistas às vistas de todos, mas que nós temos tido aliados importantes dentro da estrutura do Direito brasileiro.

E o outro - olhe que coincidência interessante -, qual é o outro grande elemento do precariado? O estágio, Ministro; o estágio, Murilo. O estágio é outro elemento gravíssimo de precarização. E o nosso programa Mais Médicos comete, nesta área, as maiores infâmias possíveis, porque nós podíamos ter um programa de ensino - e já temos, na verdade, que se chama residência médica, no Brasil. Essa residência trabalha junto ao Sistema Único de Saúde, presta um serviço valiosíssimo à sociedade brasileira; mas, lá, ele está estudando. E há esta conciliação - foi colocada ontem -, que não é um disfarce, entre o ensino - ele está lá aprendendo -, e a prestação do serviço.

Mas, aqui, não. Aqui é um descalabro o que nós assistimos no programa Mais Médicos. Um disfarce e uma fraude jurídica brutal, onde se procura assistência à população, exaustivamente, demonstrada em entrevistas, em falas, em depoimentos dos médicos e dos gestores, dizendo que os

médicos têm quinze, vinte anos de experiência, e que estão, lá, fazendo estágio, buscando uma suposta especialização.

O que será dos médicos brasileiros se nós deixarmos essa situação persistir? O que será dos estudantes? Ministro, são quase vinte mil médicos formados por anos no Brasil. O que será dos médicos brasileiros se esse programa persistir neste modelo?

Este modelo prevê três anos de um suposto estágio. Suposto estágio, que não é estágio, é assistência porque não tem tutor, não tem ensino, é tudo a distância. É uma relação absolutamente fraudulenta.

Mas o que restará ao médico brasileiro se as portas do mercado foram fechadas, e, agora, só existe esse estágio bancado pelo governo? Nós vamos nos deparar com uma situação absolutamente de precarização da mão de obra médica, que não terá outra alternativa: escrava, submetida, submissa à tutela do Governo Federal por três anos, podendo prorrogar por mais três anos, e sem nenhum direito trabalhista.

Se nós deixarmos que esta situação persista, nós estaremos cometendo um crime não de lesa-pátria, mas de lesa-trabalhador, sem tamanho. E a nossa confiança é que, evidentemente, isso possa ser corrigido.

A outra questão gravíssima, colocada nessa questão do trabalhador precarizado, é que o trabalhador precarizado começa a ter um

raciocínio que eles chamam de mente precarizada. E isso aí conduz a um raciocínio de curtíssimo prazo, e essa flexibilidade absoluta do mercado de trabalho vai levar, Ministro, a uma situação absolutamente de fragilidade da cidadania. Inclusive o nosso texto, no qual nós nos baseamos, diz que nós temos a história dos quatro "As", o que é que acontece com este trabalhador precarizado: raiva, *anger* em inglês, anomia, ansiedade e alienação. E é isto que está sendo construído com a categoria médica brasileira. Raiva, porque o indivíduo vai trabalhar, mas sabe que está sendo explorado, sabe que seus direitos estão sendo surrupiados pelo governo. Anomia é uma passividade, ele não tem como reagir àquilo, porque os poderes públicos do país aceitaram aquela situação como legal, embora ilegítima, e ele se torna passivo, não tem como reagir àquilo. Uma situação de ansiedade pela insegurança de amanhã perder toda sua estabilidade. E uma situação de alienação, porque não encontra propósito no seu trabalho, que é a coisa que mais dignifica e que honra as pessoas.

Encerrando a minha fala, nós temos também um texto baseado no livro - aquilo é uma certa fundamentação teórica - um trabalhador migrante, como desses cubanos que vêm para o Brasil para serem explorados vergonhosamente pelo governo brasileiro, e ele escreveu, Ministro, numa

parede, o seguinte: somos pessoas flutuando ao redor do mundo, encontramos uns aos outros, mas nunca chegamos realmente a nos conhecer.

É esta a situação que o governo brasileiro quer colocar para a sociedade. Trazer trabalhadores de forma temporária, usar a mão de obra brasileira de forma exploratória e destruir todo o arcabouço trabalhista constituído, formado com sangue, suor e a inteligência dos trabalhadores ao redor do mundo.

Obrigado, Ministro.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a participação do Doutor Geraldo Ferreira Filho, Presidente da Federação Nacional dos Médicos e do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Norte, que nos trouxe uma visão quanto ao mercado de trabalho, quanto ao que poderá ocorrer com os prestadores de serviços nacionais se prevalecer e se realmente houver continuidade do Programa Mais Médicos com a flexibilização da relação jurídica.

Ouviremos agora a Doutora Jadete Barbosa Lampert, que é Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica e que comparece acompanhada do Vice-Presidente, Doutor Francisco Barbosa Neto.

A SENHORA JADETE BARBOSA LAMPERT (PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA) -

Bom-dia, Excelentíssimo Ministro do Supremo Tribunal Federal, Marco Aurélio Mello. Cumprimentando-o, quero dizer da satisfação e honra de estar participando desta audiência, em nome da Associação Brasileira de Educação Médica. E assim cumprimento a todos os demais presentes, autoridades, colegas.

Diante do Programa Mais Médicos, como a Associação Brasileira de Educação Médica, nós tentamos trazer uma contextualização do momento no Brasil e apresentar a Abem, que é uma associação de utilidade pública reconhecida pela Presidência da República, que, em 50 anos, vem desenvolvendo um trabalho junto às escolas médicas, sem fins econômicos e lucrativos, com uma personalidade própria.

O Programa Mais Médicos, medida provisória 621, aparece no dia 8 de julho de 2013 e nos surpreende - como já foi salientado várias vezes desta tribuna - pelo desconforto que traz, pela forma como ela é colocada sem a participação das entidades que vêm acompanhando o processo, esse questionamento, o desafio de oferecer mais assistência, uma assistência de qualidade no Brasil.

Mas ela traz uma coisa importante, que hoje nós valorizamos, que é trazer para a agenda da sociedade essa discussão, esse tema. Nunca vimos tantos mapas do Brasil, com cores distintas e tonalidades distintas, mostrando

a iniquidade; as diferenças não só na distribuição dos médicos, mas na assistência médica; a iniquidade social. E nós não podemos ficar indiferentes a essa situação. E, entendendo que construímos uma democracia e temos esta responsabilidade, a Abem discute e se coloca.

No dia 16 de julho, a Abem reuniu as escolas médicas e chamou as instituições associadas para discutir a medida provisória e se colocou pela rejeição da medida provisória, na medida que ela não atendia a uma série de situações em que a própria sociedade organizada vinha trabalhando, como as diretrizes regulares nacionais. E esse posicionamento foi amplamente divulgado, foi aprovado pela comissão de especialistas do MEC. Dentro deste processo de democratização, a Abem continua discutindo, junto às entidades e junto ao Governo, como poderíamos, então, estar agindo no sentido da construção democrática de soluções para o que se colocava, visando à construção da cidadania; até porque a Abem tem uma visão de ser reconhecida como principal protagonista de melhorias na educação médica brasileira, representante dos seus associados, influenciando políticas públicas e saúde de educação e com uma missão de desenvolver a educação médica, visando à formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Para isso nós trazemos algumas reflexões para contextualizar o processo de profissionalização do médico no Brasil ou no mundo, onde nós colocamos como menção o processo de profissionalização do médico, lembrando que a Medicina e o Direito são as duas carreiras consideradas protótipo de profissão, porque é onde o trabalho se torna uma ocupação em tempo integral e a sociedade reconhece como profissão capaz de avaliar e corrigir os próprios erros. Então, na sequência do processo de profissionalização, aparecem então as escolas e o treinamento dos pares treinados, dos profissionais, nesse processo da profissionalização do médico.

Nós temos no Brasil as classes médicas do ponto de vista da formação e da profissionalização, do exercício da profissão médica. Nós temos a Associação Brasileira de Educação Médica, que é a Abem, que trabalha com as escolas médicas, especialmente na formação de graduação e pós-graduação; a Associação Nacional dos Médicos Residentes; a Direção Executiva dos Estudantes de Medicina, mais ligada à formação, especificamente; e, ao exercício de profissão, o Conselho Federal de Medicina, que trabalha com o registro, o acompanhamento, a fiscalização, e inclusive trata dos erros médicos no exercício da profissão; a Associação Médica Brasileira, que trabalha nas especializações, no avanço científico e tecnológico; e a Federação Nacional dos Médicos, que vem cuidando da coisa do trabalho e as condições de trabalho.

Todas essas instituições trabalham dentro desse processo de profissionalização de forma um pouco fragmentada, mas dentro do mesmo processo.

Como que alguém se torna médico, com o conhecimento de médico? Então esta visão, deste processo de como se forma um médico para dar conta da assistência em saúde, da qualidade em saúde, nós não podemos desconhecer esse processo.

Na verdade, o aluno, quando entra na escola médica, entra num processo de socialização, onde ele, à medida que evolui no curso, vai mudando o seu comportamento, para se adequar a um grupo de profissionais ao qual ele pretende ser recebido e aceito. Evidentemente que esse processo de profissionalização continua em toda a vida profissional do médico. E o mercado de trabalho e o mundo do trabalho com toda essa dinâmica que não alcança a nossa governabilidade, que são interesses políticos, econômicos nacionais e internacionais.

Mas nós referendamos a socióloga e antropóloga Minayo, que traz um estudo interessante de revisão, nas ciências sociais humanas, da estrutura e sujeito, enfatizando as correntes que conferem um papel ativo ao sujeito no debate deste processo que é complexo.

E chamo a atenção para dois pontos importantes: o quanto as instituições tendem a se repetir, repetir o modelo; enquanto o sujeito, nós,

atores sociais, somos capazes de concretizar mudanças, mediante uma análise crítica da realidade, para que os modelos não simplesmente se repitam.

Então, nós precisamos fazer rapidamente uma contextualização histórica pelo século XX, mostrando, mais especificamente, a evolução no século XX e relacionando com o aumento da população brasileira. Nós éramos 17 milhões, no início do século, e 170 milhões, no final do Século XX. Hoje, nós somos quase 200 milhões. Na relação Estado e Sociedade, o Estado era campanhista no início do século. Nos meados do século XX, criaram-se os ministérios, e nós temos a Constituição brasileira de 1988 dizendo que saúde é direito de todos, dever do Estado. Descentraliza-se a assistência, começa a se descentralizar a assistência à saúde com o Programa Saúde da Família e começa a se discutir as diretrizes curriculares nacionais, para formar esse médico na graduação de acordo com as demandas do Sistema Único de Saúde e numa atenção básica de saúde.

As doenças, o perfil das doenças: a população brasileira fica mais longeva e aparecem umas doenças crônicas, aparece a Aids e recrudescem as doenças infecciosas. A penicilina é descoberta em 1928-1929 e começa a ser usada em 1940. Para dar ideia do avanço científico e tecnológico que ocorre, principalmente nos últimos cinquenta, quarenta anos, diz-se que ela é maior do que a soma de todo o conhecimento até então produzido. Com

isso mostra o desafio que nós temos hoje, a complexidade que nós vivemos para dar conta das necessidades que surgem.

Esse quadro mostra também o quanto, nós, entidades médicas, nos organizamos na segunda metade do século XX.

E um fato importante, um paradigma da educação médica é o Informe Lalonde, que é um documento do Canadá, do Ministro da Saúde do Canadá, que, a partir daí, ele mostra a necessidade de trabalhar o processo saúde-doença, e não simplesmente a doença. A partir daí, então, nós começamos a trabalhar saúde não como ausência da doença, mas saúde como qualidade de vida; trabalhando a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de saúde; mostrando, portanto, que a clientela do médico não é mais só o doente, mas todo o ser humano, desde a sua concepção até a morte; buscando, então, essa atenção à saúde, a sua integralidade.

Então o modelo de ensinar e de assistir têm que mudar. Não é possível que ele permaneça através dos tempos. Então a mudança, ela é necessária. Antigamente, o discípulo acompanhava o mestre. Na prática ele ia aprendendo aquele ofício, até que ele era capaz de atuar autonomamente. Mas é na Idade Média. Quando se criam as universidades medievais, separa-se o estudo do trabalho, fazem-se uma estrutura e uma organização da escola independentes do serviço. E isso é nossa grande luta hoje: aproximar a escola

do serviço e fazer com que a escola, na sua prática, use o serviço como seu laboratório e haja uma interação "escola" e "serviço", com qualificação da assistência prestada.

Outro aspecto, como nós falamos, é a evolução do conhecimento, que cada vez cresce numa velocidade maior. Hoje se multiplicam os grupos de pesquisas, os mestrados, os doutorados. E nós temos esse conhecimento ainda muito fragmentado e exemplificado por Edgar Morin, sociólogo, psicólogo da complexidade, que diz que cérebro e pensamento são indissociáveis. O pensamento não existe sem o cérebro, e o cérebro é um conceito do pensamento. No entanto, na forma como a ciência se desenvolve, o cérebro, estudado pela neurociência, no Centro de Ciências Biológicas; e o pensamento, estudado pela Filosofia, pela Psicologia cognitiva, pela Psicanálise que, mesmo dentro das universidades, mostra a fragmentação que nós vivemos. Apesar do avanço científico e tecnológico, a gente tem uma grande dificuldade de fazer a interdisciplinaridade, de trabalharmos em conjunto, na interação entre as instituições.

Então, o perfil do profissional desejado, que nós queremos para dar conta da assistência em saúde, supera os modelos do século XX.

Nós temos as diretrizes curriculares que estão hoje na pauta para serem discutidas com o Mais Médicos e nós estamos promovendo uma

reunião agora., no dia 13, com as escolas e instituições, para discutir essas diretrizes curriculares, e elas já são do século XXI. As diretrizes curriculares foram homologadas em 2001.

Nós temos outro documento de grande importância, que é o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, o Sinaes, que traz a avaliação como sendo importante, e uma avaliação que não seja punitiva, nem classificatória, nem pontual, mas que seja construtiva, formativa, que seja participativa. Se querermos mudar e dar qualidade para algum tipo de ação, evidentemente que a avaliação deve estar inserida nesse processo de mudança. Evidente então que o modelo de ensinar, de assistir e de cuidar tem que ser trabalhado. Existe o desejado? Sim. Existe o que é realizado. E esta diferença, ou essa distância, entre o realizado e o desejado tem que ser avaliada, porque nós temos que saber o que é possível dentro das características, as potencialidades e fragilidades de cada situação, de cada instituição, de cada local. E aí nós temos então essa referência desse documento, que é nosso, é brasileiro; foi homologado em 2004 e está sendo implementado - mas numa forma muito fragilizada ainda -, que é o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior, pelo Inep. O Enade, que é a avaliação do estudante, tem sido o foco porque o que mais nós conhecemos é aplicar prova de avaliação. Mas nós temos que trabalhar a avaliação institucional, a autoavaliação com a

avaliação externa. Esse é o nosso desafio: é a avaliação inserida no nosso processo diário de trabalho, seja na formação do profissional, seja na assistência em saúde.

Aí, nós temos uma figura (MOSTRANDO O QUADRO NA PROJEÇÃO) que é usada, um instrumento que a Abem usa na avaliação institucional, que se refere ao mundo do trabalho: na roda interior, o modelo tradicional, que evolui para o inovador e para o avançado no contexto das diretrizes curriculares do Sistema Único de Saúde; um projeto pedagógico com o perfil do profissional desejado; da relação com o avanço científico e tecnológico; produção do conhecimento; a continuidade da graduação, no pós-graduação e educação permanente. Hoje não se para de aprender, até pela dinâmica da evolução e o avanço científico e tecnológico e das variadas situações-problema na saúde. A abordagem pedagógica com uma estruturação do currículo que busca a interdisciplinaridade; um ensino não mais centrado no professor, mas no aluno, e esta interação com a estrutura de recursos humanos e estrutura necessária para o desenvolvimento dessa atividade. Um cenário de prática, que vai além do hospital, com um discente, que tem a orientação conforme o grau de conhecimento no avanço da sua formação, e principalmente o desenvolvimento docente, que não é mais o médico que se transforma no professor, mas alguém que tem conhecimento didático-

pedagógico para entender o processo saúde/doença, que acompanha o avanço técnico-científico e que se intera dos acontecimentos, das demandas da assistência em saúde. E o aspecto gerencial, que não pode ser desvinculado de todo o processo dessas instituições de formação e de assistência em saúde. Nessa evolução, cem por cento de tendências de mudança quando a escola alcança esse teor.

Então, no mundo do trabalho aparece o sistema da educação, e, no caso, a escola médica, que dela dependerá o fluxo de pessoal qualificado para a oferta de serviço. Nós temos que trabalhar com quantitativo e com qualitativo, e o que nós vemos é ainda o médico que se transforma em professor e o médico que se transforma em preceptor. Então, à medida que a escola se aproxima da prática, ela precisa também do médico preceptor com uma certa formação didático-pedagógica, para entrar no processo da formação. A formação é educação permanente e exercício profissional.

Este trabalho foi desenvolvido com trinta escolas na implementação das diretrizes curriculares nacionais, então, quando a gente diz que as diretrizes curriculares nacionais não foram atingidas, elas estão em processo de implementação, com grandes dificuldades. E aparecem algumas dificuldades, aí. Por exemplo, as políticas se fragilizam na troca de governo.

Hoje, com a contratualização, parece que a gente vai avançar politicamente no sentido de resolver esse problema.

A preparação adequada dos profissionais docentes e preceptores para orientar, mas também para avaliar conhecimento, habilidades e atitudes. Não simplesmente para aplicar uma prova.

E outro aspecto da valorização do profissional: na atenção básica de saúde, hoje, também, a gente acha que, com o plano de carreira, está se defendendo, pode-se estar valorizando esse profissional na atenção básica.

O outro aspecto é dentro das unidades básicas. Quer dizer, em todos os órgãos de assistência e saúde deve existir o espaço de serviço para receber e interagir com a escola no preparo do profissional para assistir, para cuidar, visando fortalecer os três segmentos, que é a escola, no processo ensino-aprendizagem, revisando conteúdos e métodos; que é o serviço, na educação permanente e aprendendo com a prática, com o serviço no trabalho e melhorando a qualidade de assistência, no acolhimento, na satisfação, no atendimento à comunidade.

Portanto, já chegando ao final da minha exposição, a avaliação: consideramos, nesta política do Mais Médicos, momento indispensável para avaliar como as coisas estão acontecendo, como elas podem evoluir num processo construtivo, formativo, e que se abra para a

participação das instituições que trabalham na área da formação, que trabalham na área de assistência e saúde, para que se abra um espaço. Entendemos que isso é importante. Hoje, nós vivemos esse espaço, inclusive, compartilhado da escuta, da troca e, com isso, fortalecendo a cidadania, o perfil da cidadania, que é a capacidade não só de perceber o contexto, mas se colocar, demonstrar um senso crítico, reflexivo sobre esse contexto de análise, com atitude propositiva e com uma disposição para ações. Assim, constroem-se a democracia e a cidadania. Assim entendemos e, assim, a Abem tem trabalhado nesse sentido.

Nós convidamos a todos, a Abem, dia 13 de dezembro, nós temos um encontro com as escolas médicas, instituições convidadas e, aberto, de certa forma, para aqueles que tiverem interesse em discutir as diretrizes curriculares nacionais que, hoje, em função do Mais Médicos, estão sendo revisadas. Entendemos que, essencialmente, elas não terão mudanças significativas, mas apenas um aperfeiçoamento e, principalmente, uma análise crítica e aprofundada das diretrizes curriculares e uma análise por que que, hoje, elas não foram, ainda, mais intensamente implementadas pelas escolas nesta aproximação com os serviços.

Então, nós vemos no Mais Médicos um avanço no sentido de querer oferecer uma assistência, mas com riscos significativos no sentido da

qualidade que possa estar comprometida dentro dos vários aspectos que já foram colocados aqui. Mas, não deixando de contextualizar o momento histórico do Brasil e a consciência dessa iniquidade social que nós vivemos, dessa iniquidade de assistência, de oferecimento de assistência e saúde no Brasil - que, evidentemente, é reflexo da formação do profissional, das escolas que se abrem, hoje, do aumento das vagas - que seja focada a qualidade da formação docente, porque é dentro da escola que está a base da formação dos valores desse profissional.

Então, nós focamos, aqui, na nossa exposição, o desenvolvimento docente, a capacitação de preceptores para melhoria da qualidade da assistência e saúde.

Obrigada, Ministro, pela atenção. Obrigada, a todos.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço, em nome do Tribunal, a Doutora Jadete Barbosa Lampert, que nos traz a visão de que a medalha da vida tem duas faces e os valores em jogo são valores substanciais que precisarão, muito embora não passemos a julgar segundo a conveniência e a oportunidade, ser sopesados pelos integrantes do Supremo na apreciação dos pedidos formalizados nas Adin's.

Vamos prosseguir, ouvindo a doutora Lúcia Nader, que é Diretora da Conectas Direitos Humanos.

A SENHORA LÚCIA NADER (DIRETORA DA CONECTAS DIREITOS HUMANOS) – Bom-dia, excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio Mello, demais autoridades presentes, senhoras e senhores.

A Conectas Direitos Humanos vem trazer a essa audiência pública sobre o Programa Mais Médicos a perspectiva global dos direitos humanos. A nosso juízo, ela foi praticamente esquecida no debate nacional, embora nos pareça decisiva para aferir a constitucionalidade do Programa Mais Médicos.

Após breve análise do contexto global, abordarei aqui três vertentes do assunto: o direito humano a migrar, o imperativo do direito à saúde e os princípios constitucionais das relações internacionais do Brasil.

Com relação ao contexto global, nossa primeira pergunta é: por quê, aqui, no Brasil, esse tipo de litígio não surgiu antes? Desde 1970, a literatura especializada estuda o fenômeno da migração internacional de médicos e enfermeiras, especialmente a sua motivação para buscar trabalho no exterior. A OCDE, que é uma espécie de clube de 24 países desenvolvidos, estima que 18,2% dos médicos, dos seus 24 países membros, são estrangeiros.

No Reino Unido, os médicos estrangeiros seriam 37,7%; nos Estados Unidos, 24,4%. Grande parte desses profissionais vem da África e da Ásia. Esse fenômeno também é conhecido como *brain drain,* ou fuga de capital humano. Ele agrava a carência de profissionais de saúde nos países mais pobres.

Essa assimetria na distribuição dos profissionais de saúde também acontece no Brasil e faz parte de um fenômeno global. Em nosso país, porém, ainda se manifesta muito modestamente. De um total de 388 mil médicos, com registro profissional ativo no Brasil, cerca de 2.400 - 2.399, aqui - são estrangeiros, representando, portanto, menos de 0,62% do total de médicos atuantes em território nacional.

Por outro lado, não é novidade que, há anos, gestores estrangeiros vêm ao Brasil reunir-se com profissionais de saúde brasileiros para recrutá-los a trabalhar no exterior. Um exemplo disso é a intensa política de recrutamento pela província canadense de Quebec dos profissionais de saúde brasileiro.

A OMS - Organização Mundial da Saúde - estima que haja um **deficit** de profissionais de saúde hoje no mundo de mais ou menos 7,2 milhões de médicos. Tamanho é o vulto do fenômeno, que, em maio de 2010, a Assembleia Mundial de Saúde, que é o órgão máximo da OMS, adotou o Código Global de Práticas de Recrutamento de Recursos Humanos, com o

objetivo de estabelecer ou melhorar o quadro jurídico e institucional dos seus 194 Estados-membros no que se refere ao recrutamento internacional de pessoal da saúde. Mas, ora, a opinião pública brasileira desconhece quase inteiramente essa dimensão global do litígio.

O Brasil testemunhou, nos últimos meses, um debate rude, cruamente polarizado, do tipo que pouco contribui, em nosso modo de ver, para a consolidação da democracia e do Estado democrático de Direito. Adianto que, por essa razão, a Conectas Direitos Humanos não tomará posição contrária ou favorável aos aspectos técnicos do Programa Mais Médicos. O que está em discussão, nessa Egrégia Corte, é a constitucionalidade de tal programa. Consideramos um dano irreparável à saúde pública brasileira que o programa desse tipo seja encaixado a fórceps, numa clivagem pró ou contra, ou até mesmo numa clivagem partidária de situação *versus* oposição. Também alertamos para a tentativa de disseminação, em solo brasileiro, de uma das piores chegas da humanidade: a xenofobia. Por isso, a Conectas recusa qualquer abordagem binária, simplista, e chamo a atenção para a complexidade aguda do problema.

Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio, demais autoridades presentes, senhoras e senhores.

Após cuidadosa consulta a atores sociais e especialistas, adeptos ou não do Programa Mais Médicos, amadurecemos a convicção de que três elementos são fundamentais na análise da sua constitucionalidade. Esses três elementos são: a compreensão do fenômeno da mobilidade humana e do direito a migrar, o imperativo da efetividade ao direito à saúde no Brasil e os princípios que regem a nossa cooperação internacional com relação aos direitos humanos.

Em primeiríssimo plano, eu trago à baila a mobilidade humana, que constitui um dos maiores desafios globais do século XXI, especialmente para o Direito. Porque migrar é um direito humano, jamais cansemos de repetir.

Em virtude do artigo 13 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, toda pessoa tem direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar. E o *caput* do nosso artigo 5º da Constituição Federal assegura esse direito.

Portanto, os juristas devem desconfiar daqueles que tratam as migrações como um problema, um temor, uma desordem. Migrar é parte da experiência humana. O povoamento do território brasileiro, entre tantos outros exemplos, é fruto dessa ousadia. Aliás, ousadia crescente - hoje, uma em cada trinta e três pessoas vive fora do país em que nasceu.

Mas muito além da dimensão quantitativa, as migrações internacionais são causadas por, e também são capazes de causar, transformações profundas nas dinâmicas de vida, tanto individuais quanto coletivas.

Os chamados países emergentes, paulatinamente, vão tomando lugar da Europa e dos Estados Unidos como destino principal de migração, incluindo de seres humanos que exercem a medicina. Neste sentido, poderia dizer ao Brasil: "Bem-vindo ao clube dos países emergentes, ou desenvolvidos, e adeus à adolescência, em matéria de relações internacionais".

Enquanto 130 milhões de pessoas partem dos países em desenvolvimento em direção aos países desenvolvidos, mais de 110 milhões de pessoas vêm dos países desenvolvidos em relação ao Sul hoje.

A massa de migrantes internacionais é de trabalhadores, que viajam, com ou sem sua família, em busca de emprego e de uma vida digna.

Não se sabe o que é pior: se são as políticas migratórias restritivas dos países do Norte, ou ausência de políticas migratórias dos Estados do Sul, infelizmente, entre eles, o Brasil. Ambas engendram uma dimensão adicional de vulnerabilidade aos trabalhadores migrantes, que se veem privados dos direitos mais elementares.

No Brasil, Senhor Ministro, ainda vige o Estatuto Estrangeiro do Regime Militar, que limita, inclusive, os direitos políticos dos migrantes, tornando remota qualquer possibilidade de exercício da cidadania.

Daí, a importância da Convenção Internacional da ONU sobre os trabalhadores migrantes e a sua família, de 1990, que, inexplicavelmente, arrasta-se, há anos, no Congresso Nacional.

Assim, em qualquer país do mundo, as regras sobre acesso a cargos públicos e o debate sobre a revalidação de diplomas e títulos não podem representar um retrocesso na luta pelo reconhecimento do direito de migrar. Nenhum mecanismo de revalidação de diplomas, por mais importante que seja, ou de exercício do controle da atividade profissional pode ser considerado, conforme a Constituição e os Tratados Internacionais, um óbice ao direito de migrar.

Também nos cabe cerrar fileiras na luta pela efetividade do direito à saúde, protegido pela nossa Constituição Federal, no artigo 196. Essa norma constitucional específica sobre saúde pública é que deve fazer parâmetros da constitucionalidade do Programa Mais Médicos.

Para realização desse comando constitucional, a Constituição Federal outorgou ao povo brasileiro um dos seus maiores acervos: o Sistema Único de Saúde, o SUS, regulado pela Lei nº 8.080, de 1990.

Em virtude do artigo 198 da Constituição Federal, a participação social é uma diretriz desse sistema. O Brasil possui uma profícua experiência de conferências e conselhos de saúde instituídos desde a década de 90.

Logo, é preciso mover essas engrenagens participativas e consultar especialmente a população usuária do SUS sobre o Programa Mais Médicos e sobre os limites e avanços do sistema de saúde no Brasil.

Ao dar voz aos milhões de brasileiros que vivem o SUS no seu cotidiano, os Poderes da República descobrirão que nosso sistema de saúde está, sim, ameaçado; não por médicos estrangeiros, mas, há muito tempo, por violação a direitos e privilégios a algumas classes sociais.

Sob tal prisma, o Programa Mais Médicos é pouco. Trata-se de um programa emergencial. Reivindicamos soluções estruturais e duradouras. O SUS não sobreviverá sem a criação de políticas de saúde dignamente remuneradas e racionalmente estruturadas, sem recursos tecnológicos, sem pesados investimentos e sem uma corajosa e inadiável devassa no mercado de planos de saúde.

Em terceiro e último lugar, a Conectas evoca os princípios que devem reger nossa cooperação internacional, consagrados no artigo 4º da Constituição Federal.

Chamo, aqui, a atenção para o inciso II, que fala da prevalência dos Direitos Humanos nas relações internacionais do Brasil. Nesse sentido, entre os aspectos mais polêmicos do "Mais Médicos", encontra-se o Termo de Cooperação entre o Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde - ou OPAS.

Alertamos para o fato de que o Brasil deve dotar-se de garantias constitucionais, de que os direitos humanos arrolados em nossa Constituição Federal sejam devidamente respeitados no âmbito de todos os compromissos internacionais que o Brasil subscreve.

Por outro lado, não podemos deixar de mencionar as obrigações do Brasil em relação ao direito dos refugiados. São preocupantes os rumores de que o Estado Brasileiro recusaria a acolhida de estrangeiros, recrutados pelo Programa Mais Médicos, que aqui solicitassem refúgio.

Sublinhamos que o direito, tanto internacional quanto interno, o impede taxativamente de recusar tal estatuto àqueles que, independente da sua nacionalidade, atendam as condições estipuladas pela Lei nº 9.474 de 1977, em particular, ao fundado temor à perseguição política.

Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio Mello, demais autoridades presentes, Senhoras e Senhores:

A Conectas Direitos Humanos espera ter contribuído, por meio dessa breve exposição, para uma compreensão do Programa Mais Médicos à altura do complexo mundo em que vivemos e do lugar que o Brasil quer ocupar nesse mundo.

Termino por citar o antropólogo Eduardo Viveiro de Castros que diz: "Pertencer a uma nação é ter motivos próprios para se envergonhar. Tão próprios ou mais próprios daqueles que temos para nos orgulhar". Infelizmente, no que tange o Direito Universal a Saúde e o Direito dos Imigrantes, hoje cito o primeiro.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a Doutora Lúcia Nader haver trazido a visão humanista sobre a problemática a ser solucionada que é a problemática ligada ao Programa Mais Médicos. Faremos o intervalo de 15 minutos e retornaremos logo a seguir para termos o restante das exposições.

REABERTURA

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Mais uma vez, eu peço Assistência que observe a liturgia do

Tribunal, por gentileza. Agradeço a atenção e vamos dar continuidade aos trabalhos.

Para falar pela Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil, solicito que vá ao púlpito o Doutor Vasco Vasconcelos.

O DOUTOR VASCO VASCONCELOS (REPRESENTANTE DA ASSOCIAÇÃO ORDEM DOS BACHARÉIS DO BRASIL) - Bom-dia a todos. Excelentíssimo Doutor Marco Aurélio Mello, Ministro do egrégio Supremo Tribunal Federal, Excelentíssimo Senhor Nobre Subprocurador Odim Brandão Ferreira, Senhora Secretária, plêiade de autoridades aqui presentes neste importante evento, Senhoras e Senhores, eu sou Vasco Vasconcelos, escritor e jurista, e representando aqui a Associação Ordem dos Bacharéis do Brasil - OBB .

Lamentavelmente, o nosso Presidente Nacional, Doutor Willyan Johnes, não pôde estar aqui presente por motivo de força maior, e, com muito honra, aqui eu o represento neste exato momento.

A Ordem, Senhores, a Ordem dos Bacharéis do Brasil é uma entidade que abrange todos os Bacharéis em Direito, ou seja, todos as categorias em Direito, Medicina e demais áreas do bacharelado, onde espero contribuir debatendo as Ações Diretas de Inconstitucionalidade - ADI's 5.035, 5.037 - ajuizadas pela Associação Médica Brasileira - AMB - e a Confederação

Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados - CNTU - contra dispositivo da Medida Provisória nº 621, de 2013, que dispõe sobre o Programa Mais Médicos. As entidades acusam o Programa de ser elaborado sob uma forma jurídica contrária aos ditames constitucionais. As Ações pedem a concessão de liminar e com efeitos retroativos para suspender os dispositivos impugnados e, no mérito, a sua declaração de inconstitucionalidade.

Senhor Ministro Marco Aurélio, autoridades presentes, vejam bem: a meu ver, diante do clamor da sociedade, em sintonia com vários dispositivos constitucionais, há de se observar que o tema em questão trata de direitos invioláveis e de extrema necessidade, onde devemos analisar com profundidade e bom senso, até porque, a própria Carta Magna é clara quanto a esse Direito, senão vejamos, artigo 196 da Constituição:

> "Art. 196 - A saúde é o direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Artigo 197 da Constituição, que este ano está completando vinte e cinco anos:

> "Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

Artigo 198, também da Carta Magna Brasileira:

"Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade".

O artigo 200, Senhores, da Constituição:

"Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

[...]

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;"

A Lei nº 8.080/90, Lei Orgânica de Saúde:

"Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências."

Esta Lei, Senhores, Lei nº 8.080/90, Lei Orgânica de Saúde:

"Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado."

O artigo 2º da Lei Orgânica de Saúde:

"Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e

> igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
>
> § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade."

Então, Senhor Ministro Marco Aurélio, Senhores, autoridades presentes, diante do clamor popular, em respeito à voz rouca das ruas, diante da carência de profissionais médicos e da necessidade imperiosa e urgente desses profissionais, a Presidenta da República, Dilma Roussef, cônscia de suas responsabilidades, tomou a decisão acertada de convocar profissionais médicos brasileiros e de outros países, em caráter emergencial, para assistir à nossa população carente dos rincões do Brasil afora, editando a Medida Provisória nº 621/2013, instituindo o Programa Mais Médicos, tudo isso em sintonia com os princípios e diretrizes da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde), notadamente o artigo 7º que diz:

> "Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
>
> I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
>
> (...)"

Entre outros princípios.

Com isso, Senhores, a Medida em questão foi exaustivamente debatida e aprovada no Congresso Nacional, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, entre outros objetivos:

> "Art. 1º.
> (...)
> I. diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área de saúde;
> II. fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
> (...)"

Observem, Senhores, a preocupação que houve para com a sociedade nesse projeto ao reforçar a qualificação desses profissionais médicos com oferta de curso de especialização, enquanto certos Conselhos de Fiscalização de Profissão só têm olhos para os seus interesses, e não com o interesse público, como é o caso da OAB com o exame de ordem, calibrado estatisticamente para reprovação em massa, no sentido de arrecadar R$ 72,6 milhões, triturando sonhos, empregos, um verdadeiro desrespeito aos recursos humanos - Doutora Lúcia, aqui da Conectas.

Entendo que o Governo Federal se preocupou em dar qualificação com o objetivo único de reforçar os seus conhecimentos, o conhecimento desses profissionais de saúde e inseri-los no mercado de trabalho, rumo, Senhor Ministro, a salvar vidas.

Observa-se, portanto, que o Governo Federal pode também se utilizar da Lei das Licitações nº 8.666/93 para contratar tais profissionais médicos sem necessidade de se fazer licitações, com amparo, com fulcro legal no artigo 24, inciso IV, da Lei nº 8.666/93 que dispõe sobre licitações. Esse artigo, esse inciso diz:

> "Art. 24.
> (...)
> IV. nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, etc. (...)"

Portanto, a contratação de organismos internacionais - no caso da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) - encontra fulcro legal na referida lei, haja vista que o administrador, Senhor Ministro, pode, desde que movido pelo interesse público, fazer uso da discricionariedade que lhe foi conferida pela Lei nº 8.666/93 para contratação de tais profissionais.

In casu, a Organização Pan-Americana da Saúde, Senhor Ministro, é um organismo internacional de saúde pública que também atua no Brasil como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde – OMS. Esse organismo coopera com os governos por meio de técnicos e cientistas de vários países vinculados à OPAS, para melhorar políticas e serviços públicos de saúde, estimulando o trabalho em conjunto com países, para alcançar metas

comuns. No País, a atuação da OPAS teve início com a assinatura do Convênio Básico entre o Brasil e a OMS, em 4/2/1954, e aprovado pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo n.º 11, de 23/2/1956.

O acordo internacional firmado pelo governo brasileiro e operacionalizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Decreto n.º 3.594/2000, enquadra-se na modalidade de acordo de cooperação técnica multilateral. Segundo definições, esse tipo de acordo cuida de programas e projetos de desenvolvimento social, econômico e ambiental, tendo por fim gerar e/ou transferir conhecimentos, técnicas e experiências que contribuam para o desenvolvimento de capacidades nacionais em temas considerados prioritários pelo Governo brasileiro e a sociedade civil.

Doravante, de acordo com o artigo 15, § 3º, da lei do Mais Médicos, o Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico-intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º da Lei dos Médicos. Pelo § 5º, o médico-intercambista estará sujeito à fiscalização pelo Conselho Regional de Medicina, principal finalidade dos órgãos de fiscalização da profissão.

Destarte, Senhores, a Lei do Mais Médicos não feriu nenhum dispositivo constitucional; não feriu nenhuma insegurança jurídica, moral e ética; está cumprindo sua missão de prevenir doenças e salvar vidas. Tanto é verdade que as populações assistidas aprovaram o Programa Mais Médicos. Com essa feliz iniciativa, o Governo Federal sepultou de vez o exame de proficiência para médicos e demais profissões, com exceção do exame da OAB, este que trilha na mesma direção e deverá ser extinto, visto que nenhum conselho de classe tem o direito de privar o profissional de servir a sociedade e garantir seu sustento em prol de seus interesses.

Vale ressaltar, Senhor Ministro e autoridades presentes, que os fins, por mais nobres que possam parecer, não justificam meios arbitrários e vulneradores das garantias fundamentais da pessoa humana, notadamente o direito ao trabalho.

A privação do emprego é um ataque frontal aos direitos humanos. Assistir aos desassistidos e integrar na sociedade os excluídos.

Apesar de não ser partidário do caso em questão, vejo que a Presidenta Dilma Roussef acertou quando, em plena solenidade no Palácio do Planalto, na ocasião da sanção da Lei dos Médicos, pediu desculpas ao médico cubano Juan Delgado.

Senhores, precisamos olhar para a sociedade e acabar com o corporativismo, pois o Brasil caminha na contramão ao permitir que interesses de conselho de classes prevaleçam acima do interesse público. Basta ver - **data venia**, Senhor Ministro - a OAB, que há dezesseis anos vem usurpando o papel do Estado (MEC), triturando sonhos, gerando desemprego, e não melhorou a qualidade do ensino, apenas penalizou o lado mais fraco impondo um exame caça-níqueis arquitetado não para medir conhecimentos, e sim visando ao faturamento e reserva de mercado e, com isso, no Norte do país já se cogita o Programa Mais Advogados, devido à falta desses profissionais naquela região por força dessa reserva de mercado, um fato que deu origem a uma reportagem especial do Fantástico, da Rede Globo, de 17/03/2013, mostrando a falta de defensores públicos no Brasil. De cada dez comarcas, Senhor Ministro, sete não têm nenhum defensor público. Aliás, a meu ver, a Presidente Dilma, a exemplo do médico cubano, deveria pedir desculpas também aos bacharéis em Direito, que são mais humilhados que o médico cubano Juan Delgado.

Temos que dar um basta em qualquer tipo de reserva de mercado, humanizando, criando novos mecanismos que venham ao encontro do clamor da sociedade - Programa Mais Médicos, Programa Mais Advogados, Programa Mais Engenheiros, Programa Mais Professores e assim por diante -, e não ficarmos convivendo com absurdos que impedem à

sociedade o acesso à saúde, o direito à justiça, à defensoria e a demais direitos que, hoje, lhe são negados.

Ensina-nos Martin Luther King: na nossa sociedade, privar um homem de emprego ou de meios de vida, equivale, psicologicamente, a assassiná-lo.

Art. 22 da Constituição:

> "Compete privativamente à União legislar sobre:
> XVI - organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões;"

Senhor Ministro, a Lei nº 10.861, de 2004, que instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, o SINAES, não possui nenhum dispositivo permitindo a interferência das corporações no processo avaliativo, este da competência exclusiva do MEC para o IES, que integram o Sistema Federal de Ensino.

Dessa forma, Senhor Ministro, Senhoras autoridades aqui presentes, o Governo Federal nada mais fez do que o seu papel, sancionando a lei do Programa Mais Médicos, visto que protege o povo, e não o interesse de uma minoria.

A população carente, Senhor Ministro, de 4.025 municípios que aderiram ao Programa Mais Médicos e os Direitos Humanos agradecem.

Fiquei estarrecido, Senhor Ministro, na Audiência de ontem. O Dr. José Luiz Bonamigo Filho, membro da AMB, deu ênfase ao Exame da OAB. Por isso, como representante da Ordem dos Bacharéis do Brasil - OBB -, peço **venia** para explicitar, Senhor Ministro, que não é papel de nenhum órgão de fiscalização da profissão avaliar ninguém. O art. 209 da Constituição, diz: compete ao poder público avaliar ensino.

O art. 5º inciso, XIII, da Constituição diz,:

> "XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;"

No caso, Senhor Bonamigo, o que diz a lei sobre qualificações profissionais? A resposta, Senhor Ministro, está no próprio Estatuto da OAB, art. 29, § 1º, do Código de Ética e Disciplina da OAB (das regras deontológicas fundamentais), diz:

> "§ 1º Títulos ou qualificações profissionais são os relativos à profissão de advogado, conferidos por universidades ou instituições de ensino superior, reconhecidas."

Então, Senhores, a própria OAB, Senhor Ministro, já reconheceu a inconstitucionalidade do Exame de Ordem. Depois do desabafo do Desembargador, então Presidente do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, Lécio Resende, afirmou: exame de Ordem é uma exigência descabida, restringe o Direito de livre exercício, cujo o título universitário habilita. Também, o Desembargador Sylvio Capanema afirmou: exame de Ordem: as provas estão no nível da magistratura e, se bobear, do Ministério Público.

O que fez a OAB? Dias depois, por maioria dos seus pares, aprovou o Provimento n° 144/2011, dispensando do Exame de Ordem os bacharéis em direito oriundos da Magistratura e do Ministério Público. Pelo Provimento nº 129, de 8.12.2008, isentou desse exame os Bacharéis em Direito oriundos de Portugal.

Senhor Ministro, Senhoras autoridades aqui presentes, e com essas tremendas aberrações e discriminações ainda têm a petulância de afirmarem que esse tipo de excrescência é Constitucional? Onde fica, nobres colegas juristas, o Princípio da Igualdade?

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, repudia a discriminação, em quaisquer de suas formas, por atentar contra a dignidade da pessoa humana e ferir de morte os direitos humanos.

Pois estou convencido, Senhor Ministro, Senhoras autoridades, que existem alternativas inteligentes e humanitárias: estágio supervisionado, residência jurídica. Há um ditado que diz: **"A bove majore discit arare minor"** (O boi mais velho ensina o mais novo a arar).

Destarte, em nome da OBB - Ordem dos Bacharéis do Brasil -, agradeço a todos e peço ao ilustre Ministro Marco Aurélio que, assim como Vossa Excelência promoveu essa Audiência Pública no intuito de ver o que é melhor para a sociedade no tocante à saúde, que também promova uma no sentido de ver o que é melhor no tocante ao direito, visto que centenas de milhares de bacharéis em direito são impedidos do trabalho digno enquanto poderiam estar dando assistência jurídica a milhões de brasileiros que não têm acesso à justiça.

"De todos os aspectos" - finalizando, Senhor Ministro - "da miséria social nada é tão doloroso quanto o desemprego" (Jane Addams).

Ensina-nos Martin Luther King:

> "(...)
>
> Há um desejo interno por liberdade na alma de cada humano. Os homens percebem que a liberdade é fundamental e que roubar a liberdade de um homem é tirar-lhe a essência da humanidade. Na nossa sociedade, privar um homem de emprego ou de meios de vida equivale, psicologicamente, a assassiná-lo (...)".

Muito obrigado, Senhor Ministro.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a participação do doutor Vasco Vasconcelos no que trouxe uma ênfase toda especial ao objetivo a ser alcançado.

Vamos ouvir agora o doutor Marcelo Côrtes Néri, Ministro interino da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República e Presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.

O SENHOR MARCELO CÔRTES NÉRI (MINISTRO INTERINO DA SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA E PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA).

Bom-dia a todos! Queria saudar Sua Excelência o Ministro Marco Aurélio, do Supremo Tribunal Federal; Doutor Odim Brandão Ferreira, Subprocurador-Geral da República, na pessoa de quem cumprimento os Membros do Ministério Público; demais autoridades, senhoras e senhores, senhores expositores.

É uma honra vir a esta casa fazer essa exposição. Não vejo local mais importante para discutir tema mais relevante como esse tema aqui presente. Vou fazer essa apresentação em duas partes: a primeira parte caberá a mim. Vou utilizar uma ótica econômica sobre o programa, uma avaliação da

lógica econômica do programa, e serei seguido do Doutor Matheus Stivali, que é o Coordenador da área de Saúde do IPEA.

Então, como eu disse, olharei a ótica econômica e o Doutor Matheus olhará do ponto de vista da política de saúde.

Primeiro ponto - todas as pesquisas concordam com isso - é quando a população é perguntada qual é a sua principal prioridade, a saúde aparece em todas as pesquisas como a principal prioridade da população brasileira. Não é assim em outras partes. Por exemplo, aqui a gente está reproduzindo a pesquisa "Meu Mundo", da ONU, e, na pesquisa mundial, a educação é a primeira prioridade. Aqui, no Brasil, aparece saúde, em primeiro lugar, seguido de educação, e bem distante das demais prioridades. Então, a população tem uma avaliação de que saúde é a principal prioridade.

Se a gente olhar a pesquisa de orçamentos familiares do IBGE, de 2009, sobre a avaliação da população sobre a qualidade dos serviços, o serviço de saúde ele era pior avaliado do que o de educação. E o que se nota na tabela é que existe um gradiente muito forte, quer dizer, existe um diferencial grande entre a percepção da qualidade de saúde dos mais pobres - aqueles que estão na classe E e daqueles que estão na classe A, B. Existe um gradiente muito mais forte do que num caso da percepção dos serviços de

educação. Então, de uma maneira geral, a saúde é pior avaliada, mas principalmente entre os mais pobres.

Então, como eu disse, eu vou seguir uma perspectiva econômica, olhando, primeiro, do ponto de vista da demanda. O IPEA tem uma série de pesquisas de percepções de políticas, a chamada Sips. E, numa pesquisa que foi a campo, em 2011 - acho que foi em 2011, não foi isso? -, se perguntou diretamente para... uma avaliação geral do SUS, perguntando para a população quais são os principais problemas. Os três problemas principais estão elencados nesse *slide*. O primeiro deles é a... Quer dizer, o mais importante deles é a falta de médicos - 58% das respostas. É a falta de médicos. O segundo problema é - podia ter mais de uma resposta - a demora para atendimento em postos de saúde e hospitais, que também está relacionada à falta de médicos.

Mas quero chamar atenção que a população, em geral, ela percebe como principal problema a falta de médicos.

Se a gente vai para avaliação de postos de saúde, por exemplo, em busca de soluções, a população aponta em 47%, novamente, principal solução apresentada, aumentar o número de médicos.

Então, o ponto que eu quero fazer é muito simples, do ponto de vista de demanda, a população identifica a falta de médicos como a principal solução para o seu principal problema que é o problema de saúde.

Então, acho que esse é o ponto importante. E uma pesquisa recente do IPEA, que ainda não foi tornada pública, quando pergunta para a população se ela é favorável à vinda de imigrantes qualificados em geral, não médicos em particular, mas imigrante, 74% da população se mostra favorável à vinda de imigrantes, e 84% aceitaria conviver com esses imigrantes qualificados em suas comunidades.

Então, não existe, do ponto de vista da população, uma, algum tipo de barreira. O Brasil tem uma imagem de país aberto, e a pesquisa de opinião confirma essa visão do brasileiro, pessoas vindas de fora do País ou de outras localidades aqui no Brasil mesmo.

Passando do ponto de vista de oferta; Então, se a gente olhar a relação médicos por população em idade ativa, o mapa, no Brasil, é muito claro que esse mapa, ele está concentrado, a maior presença de profissionais médicos, está concentrado no Sul e no Sudeste, como outros indicadores sociais e econômicos brasileiros. Ali, estão os melhores indicadores, com destaque aqui para o Distrito Federal, que é exceção do Sul e Sudeste, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Espírito Santo; e os

piores, também em concordância com outros indicadores, Maranhão, Amapá, Pará, Rondônia, Piauí. Uma diferença muito grande, uma diferença bastante expressiva, de cinco para um a proporção médico, entre o que tem mais médico por pessoas em idade ativa e o que tem menos médicos. Ou seja, há uma desigualdade regional bastante forte. Pode-se dizer, essa é minha opinião, quer dizer, assim a gente pode, quando vai discutir uma política industrial, por exemplo, não acredito que tenha que ter fábricas em todos os municípios, ou coisas desse tipo, mas os médicos têm que estar onde as pessoas estão. Médico é diretamente, a necessidade do médico é diretamente proporcional ao tamanho da população.

Então, olhando esse mapa a nível estadual; se a gente olhar a nível de detalhe municipal, que acho que é relevante para o programa em questão, usando dados do Censo 2010, a gente percebe que são duas abordagens: as pessoas com diploma de medicina superior completa, os graduados; e, do outro lado, não muda muito o dado, a presença de ocupados na área de medicina com ensino superior. São duas abordagens alternativas, vamos focar na do lado esquerdo, de graduados.

Se a gente olhar, os cinco municípios com mais médicos por habitantes são Niterói, Vitória, Porto Alegre, Florianópolis e Santos. Se eu pegar os seis municípios mais ricos do Brasil, com maior renda do Brasil, os

seis, esses cinco estão lá. Se eu olhar os municípios com maior presença de *internet*, com maior presença de carro por habitante, indicadores de riqueza, são esses os mesmos cinco municípios. Ou seja, os médicos estão concentrados nas áreas mais ricas do País. A única exceção, aqui, é São Caetano que não faz parte dessa lista.

Então, existe uma concentração de médicos em áreas mais ricas e em algumas áreas litorâneas, também, talvez justifique São Caetano, a literatura mostra que os médicos estão onde está o maior poder aquisitivo, onde - existe também um outro dado, que é mostrado na literatura -, eles fazem sua graduação e residência é determinante.

Então, nessa tabela, por exemplo, a gente vê Ribeirão Preto, e - na tabela da direita - Presidente Prudente, que são cidades formadoras de médicos, onde existe uma Universidade, uma Faculdade de Medicina, pelo menos relevante em relação ao tamanho da população.

Então, a mensagem que eu queria deixar bem clara é que os médicos estão onde estão os recursos, não estão onde estão as pessoas e as pessoas mais pobres. Isso é o que os dados mostram com muita clareza.

Eu, na verdade, já venho estudando isso há algum tempo, embora não tenha especialidade na área de saúde, mas na área de mercado de trabalho. Se olharmos habitantes por médico no mundo - esse é o mapa-múndi

com dados a partir do relatório do desenvolvimento humano, e esse é o mapa brasileiro na mesma escala -, o Brasil tem uma cor intermediária, ele não tem as cores africanas, mas não tem as cores europeias, estamos distantes disso, mas o Brasil é muito, vamos dizer, colorido, ele tem extremos dentro do mesmo país.

E aqui eu tirei um pedaço do mapa do Rio de Janeiro para mostrar. Ali está a região metropolitana do Rio de Janeiro, de Guanabara, etc., Niterói, onde tem mais médicos na mesma cidade. Se eu pegar os duzentos maiores municípios brasileiros - isso foi feito em 2000, replicamos agora o resultado -, o primeiro dessa lista é Niterói, o último é Belford Roxo; o segundo município com maior presença de médico por habitantes é Vitória; o segundo, com menos, é Serra. Ou seja, numa mesma cidade convivem os maiores e os menores, existe um problema de distribuição geográfica que é bastante visível nessas estatísticas. Isso já era, não é nenhuma novidade, pelo menos o senso desde 2000 já mostra isso com muita clareza, outros dados corroboram, então existe essa concentração geográfica em determinadas áreas, e áreas de maior poder aquisitivo.

Como é que evoluiu, nos últimos dez anos, a formação de médicos? O fluxo de novos médicos e novos enfermeiros, para se ter uma comparação. Nos últimos dez anos, entre 2000 e 2010, houve um aumento do

número de médicos de 62%, que conseguiram se formar, agora, o número de enfermeiros aumentou 575%. E até num certo sentido o programa Mais Médicos talvez seja o programa necessário para se usar esses novos profissionais de enfermagem, quer dizer, houve um aumento grande dos enfermeiros e os médicos não aumentaram na mesma proporção, os formados em Medicina.

Isso aqui eu estou olhando um pouco do ponto de vista da oferta, a gente olhou do ponto de vista da demanda, vamos colocar esses dois lados interagindo no mercado de trabalho. Então, olhando oferta e demanda de médicos, olhando indicadores diretos de escassez, indicadores de escassez são os indicadores que vão dizer se falta ou não falta médicos olhando pelas variáveis de mercado de trabalho.

Assim, pegando os dados do Censo 2010 - que são a única base de dados pública de grande porte do IBGE que identifica as carreiras universitárias -, 48 carreiras universitárias são identificadas. Se eu pegar essas 48 carreiras universitárias, a que apresenta maior salário é Medicina - na época R$6.900,00, 25% a mais do que o segundo colocado, que é Estatística, no caso -, apresenta a maior taxa de ocupação e a quarta maior jornada de trabalho. Todos são indicadores de escassez, salário alto e ocupação alta é uma boa notícia para os médicos, jornada alta talvez não, mas todos concordam no

sentido de apontar como a falta de médicos, é a primeira desse *ranking* de escassez entre as 48 carreiras universitárias. Como eu disse não é uma novidade, nem aqui nem em outras partes.

Eu estava relendo, esta manhã, extratos de um livro do Milton Friedman, que é talvez o ícone liberal do último século, e ele tem um livro de 1945, escrito com Simom Schwartzman, que foi o Presidente da Associação Americana de Economistas, justamente sobre isso, apresentando o diagnóstico dele sobre a falta de médicos que existia nos Estados Unidos naquela época, que é essa restrição à emissão de licenciaturas, que o meu antecessor aqui mencionou.

Então, no ponto de vista econômico, existe, falta médicos mais do que outras carreiras universitárias. Os dados mostram isso com alguma clareza. Eu, desde a Fundação Getúlio Vargas, tinha feito uma pesquisa, de 2006, chamada Escassez de Médicos - o link está aí disponível.

E, finalmente, para terminar a apresentação, mostrar simplesmente uma correlação - não quero extrair uma causalidade -, mas os médicos estão onde a expectativa de vida é maior.

Resumindo a minha parte da apresentação, existe uma demanda clara por médicos, por parte da população; existe um restrição de oferta em áreas mais pobres e uma presença mais concentrada em áreas mais

ricas; e os indicadores de escassez de mercado de trabalho sinalizam, mais na medicina do que em qualquer outra profissão de nível superior, que faltam médicos. Então, ações são importantes, obviamente não apenas na questão dos profissionais de medicina. Pelo que eu entendo, Mais Médicos tem um investimento de quinze bilhões em infraestrutura, que é muito importante; existe também um processo de formação de médicos, na tentativa de aumentar o número de médicos formados aqui - é um programa transitório - e aumentar a residência, a fixação em áreas carentes. Mas eu deixo essa parte com o Doutor Matheus Stivali.

Muito obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço ao Ministro Marcelo Côrtes os dados trazidos e que são, sem dúvida alguma, dados importantíssimos para ter-se a visão conjunta do Programa Mais Médicos, principalmente presente a concentração de médicos nos grandes centros.

Passo a palavra ao Doutor Matheus Stivali, Coordenador da área de Saúde no IPEA.

O SENHOR MATHEUS STIVALI (COORDENADOR DA ÁREA DE SAÚDE NO IPEA) - Bom-dia a todos, excelência Ministro Marco Aurélio, Subprocurador Odim Brandão e colegas expositores.

Eu vou seguir da onde o Ministro Marcelo parou.

Na demanda que chegou para a gente do Ministro Marco Aurélio, ele pediu os impactos sistêmicos do Programa Mais Médicos sobre o SUS.

O que eu vou falar um pouco é olhar esses impactos sistêmicos, casado com o problema que o Ministro Marcelo já identificou, escassez por critérios econômicos.

Eu vou adiantar, já que tem dois critérios que a gente utiliza para avaliar a escassez no caso de política de saúde. O primeiro é o critério acadêmico, o critério econômico, que foi o que o Marcelo fez: olhar salário, ocupação. Quanto mais alto esses indicadores, é um indicador de escassez.

Outro critério é um critério estabelecido pela política. Quem pensa política de saúde estabelece uma taxa de médicos por habitantes, ou algo assim, e persegue aquela taxa.

Aqui, esse primeiro *slide* é para pensar simplificadamente o esquema de funcionamento do SUS. Todos os sistemas de saúde, como o SUS, universais, de financiamento público - e, aqui, a gente pensa sempre como ideal -, o Canadá e o Reino Unido são modelos em que o SUS se inspirou. A população deveria acessar o sistema pela atenção básica, que é essa primeira setinha laranja, e é onde o Mais Médicos vai atuar.

Aí, um outro problema. Esse é específico no Brasil. Aqui, a gente tem um arranjo federativo muito particular, e o SUS é um sistema único que tem de coordenar cinco mil e quinhentos municípios, mais decisões de Estados e da Federação. Novamente, onde o Mais Médicos atua na atenção básica, a execução é delegada aos municípios, ainda que tenha financiamento de todas as esferas. E isso gera um problema, porque - o Marcelo já mostrou isso um pouco nos mapas - nossos municípios são muito heterogêneos. Então alguns têm muita capacidade de gestão, facilidade de contratação e outros não. E isso gera um problema de vazios, que isso daqui é um pouco, uma outra leitura, é a não oferta. As regiões mais escuras do mapa são as com menos médicos; e essa cor roxa são onde não tem médicos de qualquer tipo. Então, a gente pensaria o Mais Médicos atuando para ajudar numa coordenação federativa, aí, a União ajudar estes municípios.

Isso daqui é o que eu já falei anteriormente do critério de demanda, escassez, definido na política de saúde. Eu destaquei aqui o Reino Unido, pelo que eu já disse, a gente persegue o modelo britânico. Então, a escassez, nesse caso, é quanto a gente se distancia dessa taxa.

Em todos os casos - eu acho que isso foi falado um pouco ontem, mas ainda que não com esses termos de curto e longo prazo -, o programa, ele ataca em duas frentes, que, assim, médico é um recurso humano

muito específico, dedica muito investimento, como os colegas já falaram também, e muito estudo. Então, a gente não arruma médicos no curto prazo. A solução que outros países já adotaram também foi a imigração. No caso, os Estados Unidos, ele delegou a outros profissionais uma parte das atribuições dos médicos, mas não é o caminho que a gente está seguindo. E, no caso de longo prazo, é aumentar as vagas de graduação e residência médica. E isso é um ponto importante do programa também, que ele estabelece e dá preferência a algumas especialidades, que, em outros países também, se você deixa para o mercado, para as pessoas decidiram quais especialidades seguirem, dificilmente elas vão para atenção da família ou só da família, que é importante para a atenção básica, que eu disse anteriormente.

Esse daqui é o último *slide* para resumir o ponto dos impactos sistêmicos que o Ministro fez a demanda para gente. O programa atua sobre a atenção básica. Ele vai auxiliar os municípios sem médicos, que não conseguem, mandar médicos. E esse é um ponto que eu não vi levantado aqui, mas ele muda uma relação federativa do SUS, que a atenção básica é delegada a execução dos municípios, e, com esse programa, a União está atuando também.

No projeto Mais Médicos é o prazo de curso prazo que leva, traz profissionais para tentar atender imediatamente essas cidades.

E, por fim, a modificação dos cursos de medicina, que tenta modificar isso em longo prazo e também auxiliar a fixação dos profissionais nas áreas mais carentes, criando as novas vagas de graduação e residência.

Então, era essa a nossa apresentação.

Obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a participação do Doutor Matheus Stivali.

Teríamos, a seguir, o comparecimento da Doutora Beatriz Costa, Presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes, mas Sua Excelência ficou retida no Rio de Janeiro, cancelamento de voo, e houve a substituição, no caso, pelo Doutor Juracy Barbosa Júnior, que representa, portanto, a Associação e que tem a palavra.

O SENHOR JURACY BARBOSA JÚNIOR (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS RESIDENTES) - Bom-dia a todos! Saúdo a Mesa, Doutor Odim, Ministro Marcos Aurélio, os palestrastes, os convidados desta Audiência.

Em primeiro lugar, para mim é uma honra estar aqui substituindo a Doutora Beatriz, que, como já foi dito, de última hora, acabou perdendo o voo lá no Rio de Janeiro. E vim trazer uma palavra aqui, aproveitando o ensejo tanto dos residentes quanto dos estudantes de

Medicina. Sou graduando do 5º ano de Medicina e, primeiramente, eu vou levar por essa parte acadêmica.

Recebemos, num primeiro momento, a notícia de como seria feito o Mais Médicos com certo espanto; não por sermos contra, porque até agora eu não vi ninguém falar que é contra colocar mais médicos no interior do Brasil para assistir à população. De um lado, os médicos; de outro lado, o Governo; e todos falando a mesma coisa. O que está divergindo é a metodologia, é a maneira como está sendo feito todo esse processo. Eximir os profissionais que vêm de fora de uma avaliação e, ao mesmo tempo, você, que é acadêmico, passa seis anos da sua faculdade sendo avaliado de maneira dura, a começar pelo vestibular de Medicina; acredito que todos aqui já saibam o quão é duro passar num vestibular de Medicina e o quão concorrido é o mesmo.

Nesses seis anos de curso, passamos os nossos dois últimos anos dentro do SUS. E uma das coisas que assustou os estudantes de Medicina foi quando saiu a notícia de que o estudante de Medicina e o profissional formado não conhecem o SUS. Tanto os estudantes das escolas privadas quanto os das escolas públicas passam os seus dois últimos anos dentro de um hospital; a grande maioria, em hospitais públicos.

E o que está acontecendo é o seguinte: estamos falando, aqui, de prover médicos para o Brasil. Mas será que a quantidade supera a qualidade? Eu digo isso porque, em 2013, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, no **campus** de Macaé, ficou por três meses sem aula por falta de preceptores. Eu falo pelo pessoal, pelos colegas da Gama Filho, Rio de Janeiro, que também, neste ano, enfrentaram um grave problema de ensino por falta de hospital.

Então, assim, estamos falando em formação de mais médicos. Foi proposto pelo Governo o aumento do número de vagas, em um programa gradativo, para médicos no Brasil - a criação de, mais ou menos, onze mil e quatrocentos e poucas vagas para o Brasil -, mas não estamos falando como vamos sustentar essa demanda, já que aqui está um estudante de Medicina falando. Faltam preceptores nas escolas de Medicina no Brasil. Eles faltam, faltam hospitais para que se possa aprender Medicina. Ou será que qualquer pessoa nesta plateia acreditaria em um profissional só formado por livros? Acho que é difícil, não é? É muito complicado; é preciso ter a sua teoria bem aplicada, mas a prática é fundamental.

Então, são esses os dois grandes problemas que eu trago, como estudante de Medicina, para que possa ser levado em conta o aprimoramento dessa - agora - Lei Mais Médicos. É isso.

Os números que o Governo apresenta não condiz com a realidade do ensino no Brasil. E sabemos disso. Nos congressos da ABEM, dos quais participamos, vemos todos os anos as escolas reclamando a mesma coisa.

Recebemos com bons olhos a questão do exame de progresso, que é uma coisa pela qual lutamos há muito tempo porque cremos que o Enade é um exame punitivo, ao final do curso, e que não avalia seriamente o estudante de Medicina. Mas, por outro lado, ficamos sem entender como que o Governo diz que não precisa do Revalida, que o profissional que vem de fora não vai precisar fazer o teste de conhecimento de língua, não vai precisar fazer o Revalida.

O meu professor, todos eles me ensinam: a anamnese é o passo essencial para se estabelecer o diagnóstico de um paciente. Então, essa comunicação tem de ser clara.

Todos os países que o Governo cita - Inglaterra, Estados Unidos, Canadá - realmente captam muitos profissionais estrangeiros. A

média é muito maior do que a do Brasil e de outros países da América Latina, mas é preciso que se diga que a Medicina desses países atrai qualquer profissional. Qual médico não gostaria de se prover de todos os recursos disponíveis para estabelecer um diagnóstico? Então, para você entrar num sistema desses, tem que fazer uma prova de proficiência de língua, tem que prestar provas que são duríssimas para que se ingresse nesses países. Os profissionais que vão para os Estados Unidos não ingressam lá de graça. Eles não chegam lá e simplesmente: "Ah, você vai vir trabalhar no interior". É preciso que se preste o mínimo possível, e esse mínimo não está sendo exigido pelo Governo; ou seja, somos a favor de que se tragam mais médicos para o Brasil e de que se tenha mais médicos no Brasil, mas não concordamos com a proposta como ela está sendo implementada porque achamos que o ensino, no Brasil, carece muito ainda e muito mesmo.

A realidade é dura. A gente fala de ensino brasileiro com dois sistemas de ensino diferentes: a gente tem hoje o PBL e o sistema tradicional. Então, a gente tem de ter uma homogeneidade no ensino brasileiro. A gente tem que conseguir formar preceptores médicos.

A residência, hoje - eu digo aqui pelo Hospital de Base de Brasília, que, neste ano, não abriu as vagas para residência médica do maior

hospital de Brasília; todas as vagas de residência do Hospital de Brasília estão sob supervisão; não abriu a seleção neste final de ano.

Então, assim, vamos formar mais médicos, esses médicos vão se formar sem hospitais, sem preceptores, ou seja, criamos uma maneira de aumentar o número de médicos, mas estamos esquecendo a qualidade, como esses médicos vão sair das suas escolas para atender à população.

Sejam bem-vindos todos profissionais estrangeiros. Ninguém é contra a permanência, mas a gente acredita que a avaliação na Medicina é essencial. A gente acredita que avaliar um futuro médico é garantir a qualidade de um atendimento. Falo como estudante de Medicina, porque a gente aprende isso ao longo do curso, e era o que eu queria trazer como estudante de Medicina.

Em relação à NMR, hoje aqui, representando, a Doutora Beatriz, a situação da residência médica, como eu já citei, pelo Hospital de Base, também não é nada boa. A residência médica no Brasil é um padrão-ouro há muito tempo. Ela é instituída por um decreto de 77 e, de lá pra cá, ela tem seguido uma linha e, de repente, com essa Lei dos Mais Médicos, a gente conseguiu causar certas aberrações. Ninguém sabe como, se a partir de 2018, a partir do ano que vem, como que eu vou me formar um especialista, tendo que prestar residência geral no SUS? Quantos anos vai se levar, por exemplo, para

se formar um cardiologista no Brasil? Será que seria necessário dessa forma ou será que teríamos que fazer o que estamos fazendo aqui hoje, colocar os interessados - o Governo, as entidades médicas, os estudantes e os residentes também médicos - para que todos pudessem passar um panorama atual para que a gente pudesse chegar a um consenso sobre a realidade da Medicina no Brasil. E uma Medicina que a gente tem orgulho de dizer e bater no peito que é uma Medicina reconhecida no mundo inteiro. Quem quiser saber mais sobre a Medicina brasileira, como ela é reconhecida, dá um pulo em São Paulo, nos maiores hospitais, para ver a quantidade de estrangeiros que vêm se tratar no Brasil com os médicos brasileiros. É uma Medicina respeitada. A Medicina esportiva, vários atletas de fora vêm se tratar no Brasil.

Então, deixo o recado dos estudantes e da Associação de Médicos Residentes do Brasil que o panorama que temos hoje de ensino não propicia a implantação desse Mais Médicos como o Governo trouxe; é preciso que a gente lapide isso para que a gente chegue a um consenso. Não dá pra se falar em formar mais médicos querendo quantidade. A questão no Brasil não é quantidade. Precisamos fazer qualidade. Qual pessoa aqui gostaria de ser tratada por um médico sem qualidade? Quem procuraria um médico aqui hoje sem qualidade? Quando estamos doentes, buscamos aqui - a grande maioria - os melhores serviços. Mas aquela pessoa que está lá no interior do País, será

que ela não tem o direito desse mínimo também, de ter um médico de qualidade comprovada, avaliado pelo próprio Governo - já que o Revalida é uma avaliação provida pelo Governo -, falando fluentemente bem e entendo o que o paciente quer dizer?

O resultado, da maneira como foi feito o Mais Médicos, já começou a aparecer. Já temos aí inúmeros casos, poderia citar vários aqui, mas erros grotescos, como substituição de medicamento parkinsoniano para um paciente que tem problema de hipertireoidismo, medicamento para cavalo para ser humano, insulina em uma dose letal. Como foi dito aqui ontem, são erros que são difícil de acreditar.

Então, essas pessoas que estão lá no interior merecem, sim - digo e afirmo -, ter o atendimento médico lá. Somos favoráveis, mas acredito também que elas têm que ter o mínimo de qualidade e o mínimo que a gente recebe aqui na Capital, que já não é bom, imagina lá! Então, essa é a mensagem que a gente gostaria de trazer.

Agradeço a oportunidade de estar falando mais uma vez. Muito obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Ouvimos o Doutor Juracy Barbosa Júnior.

Eu diria que, afastada a questão do gênero, a substituição da Doutora Beatriz ocorreu no mesmo patamar e tivemos a abordagem da dualidade: quantidade e qualidade.

Nós, no Judiciário, nos defrontamos com outra angústia que é conciliar a celeridade processual, a marcha do processo, o desfecho, portanto, do conflito de interesses com o conteúdo, o tema de fundo. Lidamos com questões também importantíssimas, mas o médico lida com a própria vida.

Chegamos ao término desta Audiência Pública. Digo que as exposições foram muito profícuas, foram substanciosas, que tivemos, como convém em um Estado Democrático de Direito, visões diversificadas.

As exposições serão degravadas. Além disso, as entidades e os expositores poderão apresentar memoriais. Haverá o acesso dos demais integrantes do Tribunal ao que abordado nesses dois dias.

O agradecimento do Supremo aos expositores; à assistência; ao Subprocurador-Geral da República, que honra o Ministério Público, Doutor Odim Brandão Ferreira; à Secretária da Primeira Turma, a minha Turma, a Doutora Cármen Souza; ao meu Assessor, que organizou a Audiência Pública, Doutor Carlos Alexandre, e também à infraestrutura, aos servidores do próprio Tribunal.

Que prevaleça o bom direito, o direito posto; que prevaleçam os ditames constitucionais, os ditames da Lei das Leis do País; e que tudo ocorra em harmonia também com os anseios da própria sociedade.

Um ótimo dia a todos e muito obrigado.

Degravação realizada pela Seção de Transcrição e Revisão de Julgamento.

Brasília, 11 de fevereiro de 2014.

Ângelo Marcelo Costa Caexeta – Matrícula 1862
Chefe da Seção de Transcrição e Revisão de Julgamento