



CÂMARA DOS DEPUTADOS
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO
2ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 57ª LEGISLATURA
Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa
(**AUDIÊNCIA PÚBLICA EXTRAORDINÁRIA (SEMPRESENCIAL)**)

Em 27 de novembro de 2024

(quarta-feira)

Às 15 horas

O SR. PRESIDENTE (Luiz Couto. Bloco/PT - PB) - Declaro aberta a reunião de audiência pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa.

Esta reunião foi convocada para tratar do tema "*Falta de médicos geriatras no Brasil*", em atendimento ao Requerimento nº 57, de 2024, de minha autoria, do Deputado Alexandre Lindenmeyer e do Deputado Reimont.

Comunico a todos que o tempo previsto para a exposição de cada convidado será de 10 minutos.

Inicialmente, tenho a satisfação de apresentar os convidados ao debate: Lígia Gualberto, Coordenadora de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde; Priscilla Azevedo, Coordenadora-Geral de Residência do Ministério da Saúde, que fará a sua exposição por meio do aplicativo Zoom; Marco Túlio Gualberto Cintra, Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia — SBGG e representante da Associação Médica Brasileira; Carlos Cardoso, Coordenador de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação; Bruno Leandro de Souza, Conselheiro Federal pelo Estado da Paraíba do Conselho Federal de Medicina — CFM; e Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa, Coordenadora Adjunta da Comissão Ciclos de Vida e Conselheira Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Saúde.

Apresentados os convidados, concedo a palavra à primeira expositora, a Lígia Gualberto, pelo prazo de 10 minutos.

A SRA. LÍGIA IASMINE PEREIRA DOS SANTOS GUALBERTO - Boa tarde.

Agradeço o convite, Deputado Luiz Couto.

Cumprimento a Mesa, todos os convidados, autoridades presentes, pessoas que nos acompanham de casa.

O meu nome é Lígia Iasmine. Eu sou a atual Coordenadora de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde. Sou médica de formação, médica de família e comunidade e geriatra.

Hoje fui convidada para expor sobre o referido tema e serei breve. Teremos também a contribuição de outra colega do Ministério da Saúde para tratar sobre as residências especificamente.

No Brasil já há mais de 32 milhões de pessoas idosas. Precisamos lembrar que a maioria são pessoas idosas independentes para o autocuidado, pessoas idosas saudáveis que mantêm sua autonomia e sua independência. Precisamos atuar para evitar que as pessoas idosas envelheçam com incapacidade, envelheçam com doenças que vão comprometer a sua funcionalidade.

Então, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa já traz o conceito de autonomia e independência como uma característica importante de saúde da pessoa idosa, ou seja, o conceito de saúde para o indivíduo idoso vai muito além da presença ou ausência de doenças. Precisamos considerar todo o contexto em que a pessoa está inserida e a forma como ela lida no dia a dia, a forma como ela executa as suas atividades de vida diária.

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, como descrito na Portaria de Consolidação nº 2, de 2017, que tem origem na portaria de 2006, existem itens que mencionam diretamente a necessidade de incentivo à formação de profissionais na área de saúde e envelhecimento, incluindo desde a graduação até a pós-graduação e a residência, com estímulo à formação de profissionais especialistas e não especialistas, mas com competências e habilidades capazes de atender às necessidades das pessoas idosas. Tanto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa quanto na Política Nacional do Idoso, que é uma lei federal, a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, também existe essa previsão de incentivo e estímulo à adequação de currículos tanto de formação na graduação quanto de pós-graduação para atender às necessidades das pessoas idosas. Além de incentivo à formação de profissionais, isso também promove a melhoria de acesso das pessoas idosas a universidades abertas da terceira idade.

Como já foi dito, para qualificar o acesso à saúde e a melhoria da assistência à saúde, precisamos também de qualificação profissional com foco na prevenção, na promoção da saúde, na recuperação da saúde, com foco no seu olhar ampliado, no conceito ampliado de saúde e também no envolvimento de treinamento de equipes interprofissionais. Não basta falarmos sobre formação médica. Precisamos falar sobre todas as profissões, todos os profissionais envolvidos nesse cuidado integral da pessoa idosa.

Há algumas premissas: o envelhecimento é heterogêneo, é diverso. Há diversas formas de envelhecer, e isso têm um envolvimento direto, está relacionado ao território onde se vive, onde se cresce, ao estilo de vida, a todas as questões às quais a pessoa foi exposta ao longo de todo o curso de vida e ao acesso que ela teve, condições de emprego, trabalho digno, saneamento básico, alimentação saudável, atividade física. Tudo isso gera um acúmulo de situações que vão trazer perspectivas diferentes para o envelhecimento, com independência, com autonomia, ou envelhecimento às vezes com multimorbidades, com mais dificuldades, com necessidade de cuidados. Esses diferentes perfis de envelhecimento exigem diferentes formações, diferentes necessidades, diferentes habilidades e competências também por parte dos profissionais que vão atuar nesse cuidado. Para alguns perfis de pessoas idosas, no seu contexto de envelhecimento, em algum momento da vida dessas pessoas, pode ser necessária a atuação de equipes interprofissionais especializadas, com mais necessidade de investimento em tecnologia e complexidade, diferentemente de outras situações em que muito provavelmente esse cuidado pode ser plenamente alcançado com alta qualidade no nível de atenção primária, no nível comunitário, com profissionais generalistas também. Então, depende do perfil da pessoa idosa que está sendo atendida e das suas necessidades, que precisam ser alcançadas baseadas nessa avaliação multidimensional.

Então, falamos de expectativa de vida e de expectativa de vida saudável. No Brasil, hoje, há uma diferença de cerca de 10 anos entre expectativa de vida e expectativa de vida saudável. É preciso desenvolvermos estratégias e tecnologias e promovermos o desenvolvimento científico para promover melhor capacidade e melhor qualidade de vida no contexto de envelhecimento para todas as pessoas no maior território possível e nas melhores condições disponíveis.

Também enfrentamos a necessidade de superar o idadismo, que atribui à idade questões, ideias, pensamentos e sentimentos negativos, sempre algo ruim, como se envelhecer fosse algo inevitavelmente ruim, algo inevitavelmente relacionado a doenças. Não é bem assim. Precisamos desmistificar esse olhar e superar o idadismo a partir do reconhecimento dessas diferentes velhices, desses diferentes perfis de envelhecimento.

Agora, eu vou passar mais brevemente por estas questões, porque a minha colega vai falar sobre a residência e o profissional geriatra.

Hoje, na graduação, grandes universidades, inclusive universidades renomadas, têm um currículo com a carga horária mínima dedicada à formação em saúde no envelhecimento. Muitas dessas universidades estão ainda com currículos optativos, com essa carga horária dedicada a disciplinas optativas. Isso impacta também no conhecimento desses alunos e desses profissionais que vão se formar generalistas no interesse pela especialidade e no reconhecimento do que há de diferencial entre o profissional geriatra e outros profissionais clínicos ou profissionais que também cuidam de pessoas idosas. Então, esse é um dos pontos que precisamos trabalhar, que já está previsto nas legislações, nas portarias, nas políticas já vigentes.

Como um dos objetivos e perspectivas está a necessidade de fortalecimento e qualificação da atenção e do cuidado da pessoa idosa em todos os níveis de atenção. Ressalto a necessidade de fortalecimento das ações no nível da atenção primária, que é ordenadora do cuidado, que organiza o sistema de toda a rede de atenção à saúde, com apoio também a tecnologias, à saúde digital e à telessaúde para ajudar na capilarização desse cuidado, do cuidado mais complexo e mais específico, para todas as pessoas independentemente se estão em grandes centros urbanos ou não, porque há uma grande concentração de especialistas, especialmente especialistas geriatras, nos grandes centros urbanos, nas capitais, sobretudo na Região Sudeste. Então, há necessidade de se capilarizar esse cuidado para as pessoas que necessitam de cuidado especializado em todas as situações.

Para isso, há um grande investimento da Ministra Nísia nas estratégias de telessaúde e de saúde digital para ampliar o acesso e qualificar o cuidado. Além disso, aprimorar estratégias de implementação da avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção primária é também importante para qualificar estratégias de rastreamento e identificar as pessoas que mais necessitam desse cuidado interprofissional e do cuidado especializado para que essas pessoas tenham acesso quando precisam dele, para garantir que a pessoa certa esteja no lugar certo e seja atendida com os recursos e necessidades de complexidade adequados à sua necessidade. Este é também um ponto importante: melhorar a estratégia de rastreamento e identificação das pessoas que mais necessitam. É importante também haver desenvolvimento de estudos e pesquisas, desenvolvimento científico, para qualificar esse olhar e superar o idadismo e ideias ainda muito conectadas a preconceitos e a estigmas relacionados ao envelhecimento. Tudo isso perpassa também a formação de profissionais, infelizmente. Por isso, precisamos superar o idadismo nas instituições, nas instituições universitárias, nas escolas e nos serviços de saúde em geral. É preciso valorizar mais a saúde da pessoa idosa e os conhecimentos específicos necessários para cuidar adequadamente dessas pessoas para assim avançar na promoção de sociedades adequadas, que respeitem as pessoas de todas as idades.

Algumas ações que temos desenvolvido são a revisão da Caderneta da Pessoa Idosa e a revisão da própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Estamos fazendo também oficinas regionais em cidades de pequeno e médio porte, não somente em grandes cidades, e conversando com pessoas idosas, gestores e trabalhadores de saúde para qualificar a atenção e o cuidado das pessoas idosas. Fizemos alguns eventos recentes, em setembro e outubro, para divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, trazendo à pauta a relevância política que ela exige. Também fizemos lançamento de publicações para qualificação profissional e divulgação em mídias sociais do guia de cuidados para a pessoa idosa. A plataforma iSupport em breve estará disponível também para a sociedade. Na plataforma UNA-SUS há um curso gratuito para cuidadores e familiares de pessoas com demência. Além disso, estamos fazendo divulgação em mídias sociais e cursos gratuitos.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Luiz Couto. Bloco/PT - PB) - Muito obrigado, companheira Lígia Iasmine Pereira dos Santos Gualberto.

Nós pedimos licença para fazer nossa apresentação aqui.

Senhoras e senhores, vou ser breve para que possamos dar andamento a esta audiência tão importante para todos nós. Estamos reunidos aqui para discutir uma questão que se torna cada vez mais urgente em nosso País: a grave escassez de geriatras no Brasil.

Nos próximos anos, a população idosa no Brasil deverá crescer de forma exponencial. Dados que apontam que até 2050 cerca de 30% da nossa população serão compostos por pessoas com 60 anos ou mais. É imperativo que implantemos um sistema de atendimento que atenda a essas novas demandas de assistência à saúde.

Nesse contexto, já deixo as minhas perguntas aos palestrantes.

Primeira pergunta: quais são as principais barreiras que dificultam a formação de geriatras no Brasil? Como podemos superá-las? Segunda pergunta: o que pode ser feito para aumentar o número de vagas em programas de residência médica voltados para a geriatria? Existe alguma proposta na prática? Terceira pergunta: quais incentivos financeiros ou oportunidades de financiamento podemos considerar para atrair jovens médicos para a especialidade da geriatria? Quarta pergunta: há espaços para parcerias entre o setor público e instituições de ensino na promoção de formação de especialistas em geriatria?

Esta audiência pública representa uma chance valiosa para discutir questões fundamentais e formular soluções que atendam às demandas de uma população idosa em expansão. Somente por meio desse diálogo colaborativo poderemos criar um trajeto mais eficiente e sensível para a saúde das pessoas idosas.

Agora, vamos continuar a reunião. A próxima convidada é a Priscilla Azevedo Souza, Coordenadora-Geral de Residências do Ministério da Saúde.

A SRA. PRISCILLA AZEVEDO SOUZA - Boa tarde a todas e a todos.

Eu sou Priscilla Azevedo Souza, servidora do Ministério da Saúde e Coordenadora-Geral de Residências em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — SGTSS.

(*Segue-se exibição de imagens.*)

Complementando as informações trazidas por Lígia Gualberto, do Ministério da Saúde, eu vou apresentar alguns dados referentes à formação especializada tanto em geriatria quanto em saúde do idoso por meio das residências em saúde na perspectiva da atenção integral à saúde do idoso.

Início trazendo o panorama da força de trabalho em geriatria. Esses são dados de médicos geriatras ativos no CFM. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, há 2.750 médicos geriatras ativos — registro deste ano. Essa é a distribuição da localidade desses médicos geriátricos. É preciso considerar que esses médicos têm registro de especialidade. Quando procuramos um dado de atuação, o número pode ser um pouco maior do que esse.

Sobre o papel das residências em saúde, que hoje é padrão de excelência na pós-graduação em saúde, há perspectiva de formar profissionais qualificados para uma prática mais integrada, interprofissional, resolutiva, humanizada e ética. A formação de especialistas é focada em áreas estratégicas e regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde e tem o papel de contribuir com a implementação, fortalecimento e articulação das redes de atenção à saúde no SUS. Então, no momento em que implementamos algum programa ou alguma política de saúde, pensamos na perspectiva de formação de profissionais qualificados para atuar na implementação de determinadas políticas e na produção de novos conhecimentos e tecnologias que promovam mudanças no processo de trabalho. Esses são os diferenciais da formação de especialistas por meio das residências em saúde.

No âmbito do Ministério da Saúde, desenvolvemos várias ações para a expansão e qualificação das residências. Eu trouxe algumas para citar, como a ampliação das bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, por meio do Pró-Residência, a formação e a qualificação de preceptores de programas, assim como a formação e qualificação de coordenadores e avaliadores de programas. Realizamos também apoio institucional à criação de programas. Quando determinada área ou especialidade é considerada estratégica, desenvolvemos ações de mapeamento das necessidades locais dos gestores do SUS para identificar e possibilitar a ampliação e a criação de programas.

Além disso, no âmbito da qualificação dos programas, o Ministério da Saúde qualifica os cenários de prática com incentivo financeiro aos Municípios com residentes na atenção primária à saúde, que é ordenadora do cuidado na saúde. Fazemos esse incentivo por meio da APS, assim como incentivo aos estabelecimentos de atenção especializada que possuem residência. Esses são aspectos no sentido de estruturar melhor e qualificar os programas de residência.

Temos uma atuação forte tanto na Comissão Nacional de Residência Médica quanto na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. O Pro-Residência é o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. Há um financiamento hoje por parte do Ministério da Saúde de quase 18 mil bolsas de residência médica e quase 10 mil bolsas de residência em área profissional da saúde. Essa é a distribuição em nível regional.

Em relação ao panorama da residência médica em geriatria, estes são os dados do número de egressos da residência em geriatria. Os dados acumulados do montante mostram 1.761 egressos do programa de residência médica em geriatria. Nós temos uma grande concentração em São Paulo, seguido por Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Paraná, e por aí vai. Os Estados da Região Norte são os que têm menos egressos destes programas de residência. Atualmente, a distribuição, por ano, dos residentes em geriatria são 2 anos de residência. Nós temos R1 e R2, que totalizam 335 médicos-residentes que atuam em 59 programas de residência médica.

Aqui está a evolução do número de bolsas concedidas pelo Ministério da Saúde a programas de residência médica em geriatria. Nós temos, portanto, uma expansão ou um destaque para este último ano, em que nós fomentamos a expansão de programas de residência e de financiamento de bolsas em áreas e em especialidades estratégicas. A geriatria foi beneficiada com este aumento expressivo no último ano.

Quanto à distribuição regional no Brasil, o Ministério da Saúde financia 29 programas de geriatria, o que corresponde a 111 bolsas de residentes ativos, mas a concessão de bolsas é bem maior: 168 bolsas de residência médica concedidas pelo Ministério da Saúde. O que isso significa? Aqui na Região Norte, por exemplo, nós temos zero programa de residência e geriatria e zero residente ativo, mas há bolsas concedidas pelo Ministério da Saúde que, possivelmente, não estão ocupadas, assim como nestas outras regiões também há uma discrepância no número de bolsas concedidas, por ser maior que as financiadas pelo Ministério da Saúde.

Quanto às perspectivas do panorama de novas vagas, trata-se dos cadastros do SisCNRM, sistema em que as instituições cadastram os programas para terem autorização de funcionamento de novos programas. Dez novos projetos pedagógicos de geriatria aguardam aprovação. Se forem aprovados, nós expandiremos para mais sete Estados com novos programas: Alagoas, Ceará, Espírito Santo, Pará, Pernambuco, Paraná e São Paulo.

Quanto à evolução do número de bolsas concedidas pelo Ministério da Saúde aos programas de residência multiprofissional em saúde do idoso, nós temos destaque no último ano, com a ampliação do financiamento de bolsas em

saúde do idoso, área que é considerada prioritária e estratégica. Aqui temos também a distribuição do panorama do pró-residência: 19 programas de residência multiprofissional financiados pelo Ministério da Saúde, 214 bolsas de residência financiadas e 328 bolsas de residência concedidas. Portanto, há um número maior de bolsas de residência. Trata-se de programas multiprofissionais, o que significa que há, pelo menos, três categorias profissionais envolvidas no cuidado da atenção integral à saúde do idoso.

Assim como há perspectivas do panorama de expansão de novas vagas e programas, há cinco novos programas em processo de avaliação para serem implementados a partir de agora, em 2025. Nós estamos construindo, com o Ministério da Educação, a perspectiva de uma portaria interministerial, uma Política Nacional de Residências em Saúde, que está em fase de elaboração, já está consolidada, já passou por uma consulta pública, e nós estamos nas pactuações finais para a publicação, que tem quatro eixos: dimensionamento de especialistas; gestão das residências; financiamento das residências; qualificação; e valorização das residências.

É importante destacar, especialmente no eixo dimensionamento de especialistas, a definição de territórios e de regiões prioritárias para o SUS e a definição de especialidades e de áreas estratégicas, para garantir o ordenamento da formação de especialistas alinhado às necessidades do SUS.

Como critérios e parâmetros, nós consideramos o perfil epidemiológico. É importante acompanhar a evolução epidemiológica e a perspectiva de envelhecimento da população no Brasil, para direcionar a necessidade destes profissionais em cada território, assim como os determinantes sociais da saúde e a capacidade instalada em indicadores assistenciais de saúde. Alguns destes critérios são considerados quando vamos priorizar determinados territórios.

No âmbito da gestão, nós temos a qualificação de cenários de prática e de aprendizagem, outros quesitos de ações de apoio técnico, pedagógico e institucional, para fomentar a criação de programas considerados estratégicos para a população brasileira, de modo a garantir atendimento qualificado. O sistema de financiamento envolve tanto o incentivo a residentes, o auxílio-moradia, como o incentivo a preceptores e a coordenadores.

Quanto à qualificação e à valorização, além das ofertas educacionais, já ofertadas pelo Ministério da Saúde, em Estados e Municípios, busca-se fortalecer a avaliação das residências em saúde para garantir a formação de qualidade, bem como a integração com a gestão do trabalho e o reconhecimento institucional de preceptores, na perspectiva de que o profissional que estamos qualificando e em que estamos investindo para formação especializada seja, posteriormente, absorvido para atuar no Sistema Único de Saúde, de modo a qualificar o atendimento à população. Nós temos, igualmente, o eixo da promoção da saúde mental e do enfrentamento do assédio.

Esta é, portanto, a perspectiva de atuação e de expansão da atuação no âmbito das residências em saúde por parte do Ministério da Saúde.

Eu fico à disposição para responder às perguntas e debater.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Luiz Couto. Bloco/PT - PB) - Obrigado, Priscilla.

Passo a palavra ao Sr. Marco Túlio Gualberto Cintra, Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e representante da Associação Médica Brasileira.

O SR. MARCO TÚLIO GUALBERTO CINTRA - Boa tarde.

Muito obrigado pela oportunidade de estar aqui para falar de um assunto tão importante.

Estou aqui em nome da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia — SBGG, da qual sou Presidente, e represento a Associação Médica Brasileira. Sou médico geriatra e professor-adjunto da UFMG.

(Segue-se exibição de imagens.)

Eu gostaria de lembrar que a geriatria é uma especialidade recente no mundo inteiro. Quando falamos dela, estamos falando de uma construção que começou em 1935 no Reino Unido. Trata-se de uma especialidade que foi reconhecida nos Estados Unidos e no Reino Unido nos anos 60.

Eu sou Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que foi criada em 1961 — estamos falando, portanto, de 63 anos, uma construção recente. A geriatria foi reconhecida como especialidade médica neste País em 1980. Estamos falando de 44 anos. A geriatria e a gerontologia são áreas que vêm crescendo, tendo em vista várias questões, até mesmo o envelhecimento populacional. Ao falar do envelhecimento populacional da sociedade brasileira, não estamos falando do futuro, mas, sim, do presente: nós temos 32 milhões de idosos. No Estado onde eu moro, Minas Gerais, nós estamos quase igualando o número de idosos ao de crianças. O Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul já têm mais idosos que crianças.

Para que todos compreendam, vou falar do modo como se dá a formação do médico geriatra. A geriatria exige um pré-requisito: a clínica médica. Quando a pessoa faz residência em geriatria, a entrada não é direta. A pessoa fez 2 anos de clínica médica e 2 anos de geriatria. Por que isso acontece? Por uma questão de complexidade da assistência à pessoa idosa. Quando falamos de um especialista que cuida de idosos, estamos falando de um idoso que geralmente é frágil, que tem incapacidades. Estamos falando de idosos dependentes e de multicomplexidades, que envolve idosos dependentes, com muitas doenças associadas com polifarmácia e hospitalizações frequentes. Trata-se de um perfil complexo de idoso. Muitas vezes, a atenção primária precisará atuar junto à atenção secundária, porque é mais difícil cuidar deste idoso. Se não for bem cuidado, ele custa caro para o País e para a sociedade, além de haver sofrimento para esta pessoa e para sua família, pois elas vão viver hospitalizadas, vão estar em mau estado de assistência e em mau estado de qualidade de vida. Toda esta situação é extremamente complexa e precisa ser afirmada.

De outro lado, existe a possibilidade de a pessoa se tornar geriatra e, assim, receber título pela Associação Médica Brasileira. Neste quesito, a pessoa tem que fazer a prova de geriatria, fruto de um convênio entre a AMB e a SBGG. Além disso, ela tem que comprovar, antes, ter feito clínica médica, ou, por meio de residência ou pelo próprio título, da AMB, de clínica médica, ou tem que comprovar que fez um curso de especialização com carga horária semelhante à da residência, ou ainda comprovar 4 anos de atuação em clínica médica como pré-requisito. No caso da geriatria, ela tem que comprovar que fez residência para titular junto, se quiser ter os dois títulos, MEC e AMB, ou comprovar que fez uma especialização com carga horária semelhante à da residência médica ou, ainda, ter 4 anos de atuação como geriatra. Portanto, ela tem que comprovar que fez tanto clínica médica, como geriatria, para fazer a prova via AMB.

Pelos dados, mais recentes, que nós pegamos do Conselho Federal de Medicina, dados de ontem, temos 3.151 médicos geriatras no País. Este é o número que nós temos para 32 milhões de idosos, o que não quer dizer, necessariamente, que estes 32 milhões de idosos precisem de geriatra, devo dizer isso. Nós estamos falando de um percentual frágil, com incapacidades e multicomplexidades, ou seja, não são todos os 32 milhões.

Destes 3.150, aproximadamente 1.850 são especialistas pela SBGG. Isso não quer dizer que eles não tenham residência médica, pois têm a titulação feita por meio da SBGG/AMB, e são feitas provas anuais para testar a qualificação. As provas consistem de uma avaliação curricular que gera uma pontuação. A pessoa tem que fazer uma prova escrita, que é *on-line*, e uma prova prática, composta de quatro estações, em que ela é avaliada para saber se tem habilidade para atender à pessoa idosa.

Este eslaide mostra a demografia médica, ou seja, o aumento no número de geriatras no País. Se observarmos, de 2012 a 2022 — os dados mais corretos que nós temos —, veremos que o número de médicos geriatras aumentou em 130%. Os próximos números são os de residências: ao redor de 300 vagas, na maior parte de São Paulo. Por falar em São Paulo, vemos que há uma concentração de residências. O que eu quero dizer com isso? A maior parte dos centros formadores de geriatria se encontra na Região Sudeste, boa parte em São Paulo. Trata-se de 3.150 geriatras, dos quais parte considerável está concentrada em São Paulo. Aliás, a SBGG, da qual eu sou Presidente, tem quase 4.100 associados, quase um terço está concentrado em São Paulo.

Existem, também, cursos *lato sensu* de geriatria. Qual dificuldade nós temos? Para esses cursos serem reconhecidos pelo MEC, são necessárias 360 horas. Quando falamos em 360 horas, isso não significa a carga horária da residência, porque a pessoa faz 60 horas semanais. Há muitos cursos, mais de 50, formadores no País. Estes cursos *lato sensu* têm carga horária geralmente muito baixa e frequentemente não apresentam a prática, ou seja, são muito teóricos e frequentemente ministrados nos fins de semana. Associado a isso, não é raro que parte considerável dos mentores, tutores e preceptores destes cursos não tenha formação adequada na área.

Em relação aos cursos, que são muitos, nós não sabemos quantos alunos estão se formando, apenas que grande quantidade está se formando País a fora, a maior parte deles é do setor privado. No entanto, a carga horária e a formação são insuficientes para que eles recebam a titulação em geriatria. Como eu disse, na atenção secundária, nós cuidamos de idosos frágeis, dependentes, com multicomplexidades. Não é possível que uma pessoa com 360 horas de formação atenda a um idoso neste contexto.

Eu já tinha falado da concentração: 58% dos médicos geriatras estão no Sudeste, parte considerável em São Paulo. Não se trata apenas de um problema de número, mas também de concentração num Estado específico do País. Quando nós falamos da Região Norte, temos 2% de geriatras: no Acre, 1 médico geriatra; no Amapá, 3.

Eu listei algumas conclusões extremamente relevantes que temos que pensar. Quando nós dizemos que queremos mais geriatras, é porque as pessoas que estão na graduação fazendo medicina têm que ter contato com a área. Como é que nós queremos que alguém tenha amor e paixão por uma área se ela, durante os 6 anos de graduação, não fez nenhuma disciplina da geriatria, ou, caso ela tenha feito, dos 6 anos, foi uma disciplina de 15, 30 ou 40 horas?!

Outro pensamento: que país é este em que há médicos que têm 30 ou 40 horas de carga horária em geriatria, mas que terão que cuidar de 32 milhões de idosos, quando este número só aumenta?! Este contexto reflete uma lógica que está errada, incorreta, uma lógica perversa que precisa ser modificada na formação dos profissionais. Ninguém vai querer fazer geriatria se não tiver tido contato no curso com a área. Boa parte das Ligas de Geriatria e Gerontologia do País afora têm profissionais que não têm formação na área como coordenadores. Eu também não sei o que está sendo discutido e a qualidade do que está sendo discutido e o que os alunos estão vendo para querer fazer geriatria, já que nem quem está coordenando tem formação específica.

Boa parte das faculdades que apresentam a disciplina de saúde do idoso, geriatria ou outro nome que é dado, muitas vezes, quem as faz são ortopedistas, cardiologistas, outros profissionais — deixo claro que nada tenho contra estas áreas —, mas não é um profissional formado em geriatria que ministra estas disciplinas. Vai ser muito difícil a pessoa querer atuar nesta área se ela, na graduação, não tem contato adequado e, mais do que isso, se na graduação ela não sai formada nem capacitada na atenção primária para prestar um atendimento adequado a um idoso frágil, nem mesmo para fazer a identificação necessária na atenção secundária. Nós precisamos levar em conta tudo isso.

Há a necessidade de aumentar o número de residências, como já foi dito, no Centro-Oeste, no Norte, no Nordeste. Nós temos que pensar como sociedade uma solução, porque boa parte dos preceptores está no Sudeste. Há, também, uma dificuldade de quem vai ser tutor, coordenador, supervisor destas pessoas. Nós precisamos ampliar este quadro e, mais do que isso, temos que tomar muito cuidado para não cair na esparrela de acreditar que quantidade é qualidade. Não adianta tentarmos subverter as regras, inundar o mercado de médicos geriatras e dizer que a assistência à pessoa idosa será de excelência. Isso não vai acontecer! Quando nós falamos em atenção secundária, estamos nos referindo a um idoso grave, um idoso difícil ser manejado exclusivamente pela atenção primária, alguém que está pedindo auxílio para ser cuidado na atenção secundária.

Do contrário, nós poderemos cair na esparrela de que vamos facilitar ou abrir mão de regras e sair formando geriatras a rodo pelo País e de que vamos melhorar a assistência. Não devemos cair nesta armadilha. Não devemos abrir mão da qualidade para resolver os problemas da pessoa idosa. Nós temos, sim, que ampliar as vagas de residência e ir atrás de formação de qualidade para que quem esteja cuidando do idoso tenha condições e qualificação adequada para prestar uma assistência adequada.

Não há número suficiente para todo mundo, talvez nunca tenhamos. Aí, sim, nós vamos estudar todas as estratégias que abordamos aqui de matriciamento, de telessaúde, além de outras questões, porque nós estamos falando de um país continental, mas sem abrir mão da qualidade. Não adianta achar que nós vamos cuidar de um idoso dependente, frágil, com múltiplas comorbidades, doenças, com um profissional malformado. Isso vai dar errado, vai custar caro ao País, não vai oferecer benefício à saúde destas pessoas, enfim, vai piorar a qualidade de vida delas, e nós vamos continuar na mesma situação em que estamos.

Devemos buscar resolver este problema juntos, mas sem abrir mão da qualidade.

Muito obrigado pela oportunidade. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Luiz Couto. Bloco/PT - PB) - Muito obrigado, Marco Túlio.

Convido o companheiro Deputado Alexandre Lindenmeyer para presidir a reunião.

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Agradeço ao Deputado Luiz Couto.

Minhas saudações a todas e a todos.

Quero saudar, em especial, os demais membros que compõem a Mesa.

Passo a palavra ao Sr. Carlos Cardoso, Coordenador de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação.

O SR. CARLOS CARDOSO - Boa tarde a todos.

Sou Carlos Cardoso, como fui apresentado pelo Deputado. Agradeço a oportunidade de representar o Ministério da Educação, mais especificamente a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

Faço minha apresentação pessoal: sou fisioterapeuta por formação, tenho pós-graduação em gerontologia, fui cuidador de idosos. Portanto, este tema é bem caro para mim pessoalmente, assim como para o Ministério da Educação.

Minha audiodescrição: eu sou um homem preto, de 1,90 metro, tenho cabelo trançado, estou vestindo uma camisa rosa e um terno cinza.

Atualmente, nosso parceiro de primeira hora é o Ministério da Saúde. Quanto ao levantamento dos dados, foi maravilhoso o que disseram a Lígia e a Priscilla: é preciso que a população envelheça não com senilidade, mas com senescência, ou seja, de forma saudável. Levando em consideração o trabalho que a DDES faz hoje, além das residências em saúde, a residência médica e a residência multiprofissional, nós trabalhamos com o Programa de Desenvolvimento da Preceptorial em Saúde — PRODEPS e a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas — CAMEM. A gerontologia, bem como a geriatria perpassam todos estes programas, que são tocados pela Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde.

Atualmente a residência médica conta com 60 programas, 402 vagas autorizadas e 337 ocupadas. A Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso é um programa de gerontologia e outros relacionados à atenção do idoso são 45; 1.018 vagas autorizadas e apenas 599 ocupadas. Estes dados são de hoje, retirados tanto do SisCNRM, como do SINAR, que são sistemas de monitoramento, acompanhamento e inserção de processos no âmbito das residências em saúde.

Qual é a dificuldade hoje, para responder às perguntas que foram levantadas, que há na residência multiprofissional em saúde? A dificuldade é fazer com que esse vazio seja preenchido entre as vagas ofertadas e as vagas preenchidas, onde entra, principalmente a educação em saúde. Como foi bem lembrado pelo colega, nós não conseguimos nos apaixonar e ter vivência numa área se isso não foi colocado na nossa graduação e se não vemos isso no dia a dia.

Atualmente, nós vivemos numa sociedade que passa por um processo que chamamos de "uberização", terceirização e capitalismo selvagem, o que faz com que tenha valor a pessoa que gera capital para a sociedade. A pessoa que, entre muitas outras, "teoricamente não está gerando capital" não é visada. Consequentemente, os profissionais que vão cuidar dos idosos também não vão querer se especializar, nem ter um mercado de trabalho específico para aquilo. Esta questão é cultural.

Com o envelhecimento da população, é necessário que comecemos, cada vez mais, a implementar a educação em saúde, considerando que o envelhecimento populacional é, sim, um ponto-chave tanto do mercado de trabalho, como da expansão nas especialidades multiprofissionais em saúde. Desta forma, o profissional vai querer se especializar, atender a este público e, uma vez que comece a ter contato com pacientes específicos, verá quão vasto e rico eles podem ser.

Particularmente, eu atendi a idosos, durante 8 anos, após minha graduação e só aprendi. Cada dia era uma experiência diferente, uma forma diferente de trabalhar com estas pessoas. É imprescindível que esta prática seja levada para outras áreas, como as residências. Acredito que esta é uma das maiores dificuldades que nós enfrentamos. Esta mudança é cultural, uma mudança de mentalidade na sociedade, de valorização do idoso e, consequentemente, de valorização do mercado desta pessoa que vai atendê-lo.

É nisso que nós temos trabalhado na Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde, juntamente com a Comissão Nacional de Residência Médica, buscando fazer, regularmente, a revisão da matriz de competências para que tanto o médico residente R 1, como o médico residente R 2 tenham, em sua formação, o caráter voltado para o atendimento a uma pessoa idosa. Nós entendemos as peculiaridades, as especificidades de cada pessoa no envelhecimento, mas isso precisa ser trabalhado dentro da residência.

A Comissão Nacional de Residência Médica tem-se debruçado sobre este assunto, muito em voga em relação ao que a diretoria tem colocado, juntamente com a Secretaria de Educação Superior. Atualmente, o que nós entendemos como mais relevante e mais difícil é a mudança de mentalidade.

O Ministério da Educação, juntamente com a diretoria, com toda a coordenação de residências em saúde e com a equipe técnica, mantém-se aberto ao diálogo com outras instituições, principalmente com o Ministério da Saúde, um parceiro de primeira hora, com as entidades médicas, para que nós continuemos fomentando e educando estas pessoas e valorizando o idoso na sua totalidade.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Muito obrigado, Carlos Cardoso.

Quero saudar aqueles que estão conosco pelo meio virtual.

Convido a fazer uso da palavra o Sr. Bruno Leandro de Souza, Conselheiro Federal, pelo Estado da Paraíba, do Conselho Federal de Medicina — CFM, para sua apresentação.

O SR. BRUNO LEANDRO DE SOUZA - Muito obrigado a todos.

Boa tarde, Deputado Alexandre Lindenmeyer.

Boa tarde, Deputado Luiz Couto, do meu Estado da Paraíba.

Saúdo, ainda, todos os que me antecederam e todos os que participarem do debate posteriormente.

Meu nome é Bruno Leandro de Souza, como apresentado pelo Deputado. Sou Conselheiro Federal pelo Estado da Paraíba, administrador em saúde e médico auditor. Participo, com muita alegria, desta Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, na Câmara dos Deputados, Comissão que trata da falta de geriatras no Brasil.

(Segue-se exibição de imagens.)

É importante lembrar, em relação a este tema, um cenário importante, ou seja, a quantidade de médicos no Brasil aumentou bastante nos últimos anos: 575 mil médicos, 660 mil registros, já que há médico com mais de um registro, em vários Estados distintos. O número de médicos por mil habitantes aumentou muito, desde a década de 90 até agora. O Ministério da Saúde confere, como número ideal, 2,5 médicos para cada mil habitantes, e temos 2,81 médicos a cada mil habitantes. Temos um número mais do que o ideal, distribuído de forma desigual e, em especialidades, de forma desigual.

Este é mais um gráfico que mostra a quantidade da população médica em relação à evolução — para facilitar a visualização —, e a densidade de médicos por cada mil habitantes, que aumentou 209%. O número de especialistas aumentou 60%. Mais da metade dos médicos tem alguma especialidade, e quase metade não tem ainda nenhum RQE. Quando vamos às especialidades, a geriatria, de forma geral, está entre as últimas em número de especialistas. A população está envelhecendo, o que significa a melhora das condições de vida e a melhora da qualidade, mas não há um acompanhamento do cuidado da saúde da pessoa idosa, no que diz respeito aos médicos geriatras, em termos de quantidade e de qualidade, considerando-se tudo o que já foi dito por aqueles que me antecederam.

Quem é geriatra hoje no Brasil? É um médico com mais ou menos 45 anos de idade, do sexo feminino, que está localizado principalmente nos grandes centros, na capital. Mais de 70% dos geriatras hoje estão em Municípios com mais de 500 mil habitantes. Vê-se a distribuição da geriatria principalmente na Região Sudeste e em cidades grandes. De outro lado, a população é bem desassistida em outras regiões do País.

Para que nós tenhamos ideia, o Censo de 2022 mostra que há 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos e 22 milhões de pessoas com mais de 65 anos. A própria Organização Mundial da Saúde diz que deveria haver um médico geriatra para cada mil idosos. Neste caso, deveria haver em torno de 32 mil geriatras no Brasil. Portanto, se há 3 mil, há um déficit de 29 mil profissionais.

É claro que este déficit não é um número absoluto, como foi dito por alguns que me antecederam na fala, porque outros profissionais médicos e não médicos ajudam na questão da saúde do idoso. Em relação aos médicos, no entanto, existem vários com formação em outras doenças crônicas que participam do cuidado da pessoa idosa. No Brasil, esta proporção, em vez de ser um geriatra para mil pessoas idosas, é um geriatra para cada 12.086 pessoas idosas, muito aquém do que é recomendado pela própria Organização Mundial da Saúde.

Nós podemos ver nesta tabela, nesta figura, 14 Estados listados à esquerda, os 12 primeiros ou são do Norte ou do Nordeste, o que mostra que a maioria dos poucos que existem ainda está concentrada no Sul e no Sudeste. Além desta distribuição desigual, há uma desproporção em relação à escassez em outras áreas do País, uma desproporção alarmante.

Nós vemos o envelhecimento da população desde 1980 até agora. Percebe-se que antes a população com mais de 65 anos era em torno de 4% no geral, hoje já está em torno de 10,9%. Este envelhecimento da população, fruto de uma melhor qualidade de assistência, não foi contemplado, na mesma proporção e na mesma velocidade, com a formação de geriatras.

Igualmente, as escolas médicas se expandiram, todos sabemos disso. Nós tínhamos 78 cursos de medicina em 1990 e hoje temos quase 400 cursos, com a promessa de que se vai abrir mais. Porém, as grades curriculares não colocam a geriatria como prioridade na própria saúde pública, o que é um grande erro. Por isso, nós precisamos discutir este ponto, precisamos aproveitar que está havendo uma discussão da matriz geral curricular das escolas médicas, do ensino médico. É muito importante a valorização não só da geriatria, mas também dos cuidados paliativos e de outros temas relacionados às necessidades de evolução da nossa população, inclusive da cronificação de algumas doenças.

Hoje, o Deputado Luiz Couto perguntou quais são as principais barreiras que se enfrentam. Aqui eu as listo. A baixa atração para a especialidade, que exige uma carga emocional bastante intensa, em vista da própria natureza da especialidade, que lida com doenças crônicas e cuidados paliativos, o que pode desencorajar alguns médicos.

A pouca exposição na graduação é outra barreira. Apesar do grande número de escolas médicas e do grande número de médicos formados, a geriatria, muitas vezes, não é enfatizada neste currículo, e, quando existe, a ênfase é em uma carga horária muito diminuta. Nós precisamos mudar isso, fazendo a discussão das diretrizes curriculares do ensino médico.

Há poucas vagas para a residência médica. Nós precisamos de, pelo menos, uma dezena de milhar a mais de geriatras, e o número de vagas oferecidas, conforme já foi dito pelos antecessores, é ainda muito reduzido, em relação às nossas necessidades.

As vagas que existem ainda não são totalmente preenchidas. Por quê? Porque, além desta baixa atratividade, exige-se um pré-requisito. Lembro aos senhores que a medicina intensiva e a neurologia, por exemplo, que são áreas muito especializadas, por uma necessidade de mais formação hoje não exigem mais clínica médica como pré-requisito: elas têm uma entrada direta e, no primeiro ano de formação, exigem uma formação maior em clínica médica.

Portanto, da mesma forma, a geriatria poderia ser pensada em um modelo de acesso direto, o que facilitaria, quem sabe, a entrada de mais médicos interessados na especialidade. Hoje, para se tornar geriatra, além dos 6 anos de medicina, é preciso fazer mais 4 anos de residência. Nós poderíamos conseguir estabelecer 3 anos de residência, com acesso direto, como forma de melhorar a atratividade, para que os médicos se interessem pela especialidade.

Temos um déficit de preceptores, também já mencionaram os que me antecederam. Faltam médicos geriátricos qualificados, como preceptores, além da carência de serviços estruturados. O financiamento e o incentivo, infelizmente, hoje são também limitados, porque esta especialidade exige um investimento maior, há um alto custo operacional. A regionalização de vagas, por outro lado, é notável.

Portanto, nós sabemos que o número de especialistas não tem acompanhado a demanda populacional, principalmente o número de geriatras. Nós precisamos que as escolas médicas ensinem mais disciplinas ligadas ao envelhecimento, não só a geriatria, mas também especialidades outras. Nós precisamos fazer isso de forma urgente, por causa do envelhecimento populacional, que tem sido rápido. Não devemos esquecer nunca que este envelhecimento é uma conquista, mas, se não enfrentarmos esta questão de forma adequada, ele vai ser um problema.

Por isso, nós precisamos fazer participar desta formação urgentemente, para o atendimento geriátrico como prioridade, para que esta qualidade e esta conquista realmente sejam duradouras e muito bem aproveitadas pela nossa geração.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Obrigado, Dr. Bruno Leandro de Souza, Conselheiro Federal pelo Estado da Paraíba no Conselho Federal de Medicina.

Convido a Sra. Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa, Coordenadora-Adjunta da Comissão Ciclos de Vida e Conselheira no Conselho Nacional de Saúde, para proferir sua manifestação.

A SRA. WALQUIRIA CRISTINA BATISTA ALVES BARBOSA - Boa tarde a todos e a todas.

Eu sou Walquiria, formada em educação física, tenho mestrado em ciência e saúde. Sou titulada em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e estou no Conselho Nacional de Saúde como Conselheira Representante da Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas. Estou como Conselheira Estadual do Direito da Pessoa Idosa, representando a SBGG — Seção Pará.

Eu gostaria que fosse, por favor, iniciada a apresentação que eu encaminhei.

(*Segue-se exibição de imagens.*)

Obrigada.

O Conselho Nacional de Saúde é uma instituição de caráter deliberativo, propositivo, que, a partir da nossa Constituição Federal Cidadã, permitiu a participação da sociedade civil na implementação de políticas públicas. Nós temos os conselhos dos direitos, as unidades do Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa, os conselhos setoriais, que são os Conselhos de Saúde, de Educação, de Assistência Social.

Nosso conselho tem 19 comissões. A Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida é uma delas. Aliás, eu estou, no momento, na coordenação-adjunta.

Eu não vou me deter nesta questão, porque já falaram bastante do aumento demográfico de pessoas idosas, por causa da melhoria das condições de saúde, do controle das doenças infectocontagiosas, do aumento da expectativa de vida, mas não necessariamente da qualidade de vida destas pessoas. As pessoas estão vivendo mais, mas, infelizmente, estão convivendo com doenças crônicas degenerativas e, por isso, nós precisamos de pessoas capacitadas para trabalharem na perspectiva da prevenção, da promoção e da proteção.

Nós temos que levar em consideração a questão das múltiplas velhices, o que significa que cada pessoa vivencia o processo de envelhecer de forma diferente, de acordo com sua história pessoal e com os aspectos estruturais da sua vida. Nós temos as pessoas idosas nos povos indígenas, nos povos ribeirinhas, nos povos quilombolas. Temos as pessoas idosas na zona rural, na zona urbana, o que tem que ser levado em consideração.

Este envelhecimento traz grandes desafios para o País, que vão desde a saúde até a economia e a garantia de direitos. Eu vou dar ênfase à questão da saúde.

O sistema de saúde brasileiro não está preparado para atender à população envelhecida. As doenças crônicas, as demências e os transtornos mentais são alguns dos principais desafios. É preciso melhorar o atendimento e a formação dos profissionais de saúde de forma geral.

Eu extraí isso do *site* da SBGG, sobre o que é a geriatria, mas o Marco Túlio já falou. A desvantagem de ser a última expositora é que a maioria das dúvidas já foram mencionadas.

Já mencionaram também que a Organização Mundial da Saúde recomenda que a cada mil habitantes haja um médico geriatra. Mas qual é a nossa realidade? Há um geriatra para cada 12.086 pessoas idosas. Vejam que eu nem estou levando em consideração a questão das regiões. Segundo dados da Demografia Médica do Brasil de 2023, há 2.670 médicos geriatras no Brasil, quando deveríamos ter 310 mil médicos especialistas geriatras atuantes no País.

Deveria aumentar o número de programas de geriatria. O Marco Túlio disse que há quarenta e poucos, um pouquinho a mais do que eu disse, segundo minha fonte há 35 ou 54 — acho que foi a Priscilla que falou.

Eu consultei o *site* do Conselho Federal de Medicina, Dr. Bruno, segundo o qual há, em São Paulo, 995 geriatras; no Rio de Janeiro, 239; e, em Minas Gerais, 444. Aliás, na nossa Mesa, nós temos dois mineiros: a Lígia e o Marco. O Rio Grande do Sul, que tem o maior número de pessoas idosas, tem 171 geriatras. Vejam a diferença!

Nossa Região Norte, eu sou do Estado do Pará, que conta com 46 geriatras, e a maioria, porque eu conheço, não se formou aqui no Pará, mas em São Paulo: os que tiveram a oportunidade de estudar em São Paulo. Nós temos apenas uma residência em geriatria, que funciona no Hospital João de Barros Barreto, pela UFPA. No Amapá, nós temos três geriatras, não há residência em geriatria, mas, se formos considerar geriatra titulado pela SBGG, temos apenas um geriatra no Amapá, que é a Thaila. Em Roraima, há cinco geriatras, mas nenhum titulado pela SBGG. No Amazonas, nós temos nove geriatras.

Como eu falei, já consultei o *site* da SBGG, que difere um pouco. Quando se é formado em geriatria, tem-se residência. No caso dos titulados, diminui cada vez mais a quantidade de geriatras.

Eu quero fazer uma relação entre a teoria e a prática. O que nós temos na teoria? A Política Nacional do Idoso, de acordo com a Lei nº 8.842, de 1994, estabelece a inclusão nos currículos escolares da disciplina que aborda o processo de envelhecimento, que tem que ser desde o ensino infantil até a graduação. Nós sabemos que isso está na teoria, mas, na prática, não é assim que funciona. Adequar os currículos, as metodologias e o material didático de formação de profissionais na área de saúde, como também sabemos, está apenas na teoria.

Eu fiquei feliz ao ver o MEC participar desta Mesa, porque penso que tem que se enfatizar a questão da graduação. A temática do envelhecimento, segundo o art. 19 do Estatuto do Idoso, tem que ser inserida como tema transversal a ser trabalhado, para mostrar às crianças, aos jovens e aos adultos que envelhecer é um processo natural do ser humano: só não ficará velho quem morrer antes.

O que diz mais, na teoria, nossa Política Nacional do Idoso? Nós temos legislações riquíssimas, mas que precisam ser cumpridas. Aliás, é este o nosso papel, como controle social.

A Política Nacional do Idoso estabelece o incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e de Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS; à discussão e à readequação de currículos e de programas de ensino nas instituições de ensino superior.

Nosso Estatuto da Pessoa Idosa também trouxe algumas coisas. É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do SUS, de modo a garantir o acesso universal e igualitário. Nós sabemos que isso ainda precisa melhorar bastante. As instituições de saúde devem observar os critérios mínimos de atendimento às necessidades da pessoa idosa, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais.

A Lígia se esforça bastante, mas ainda é preciso melhorar esta questão ligada aos treinamentos.

A caderneta da saúde da pessoa idosa, como a Lígia já disse, visa à avaliação multidimensional da pessoa idosa, o que também está nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, das quais consta a "*promoção do envelhecimento ativo e saudável*". No entanto, nós vemos, na prática, que normalmente não há uma integração na área dos serviços, ou seja, a saúde não conversa com o esporte e o lazer, nem com o Ministério do Esporte, no sentido de desenvolver atividades de esporte e de lazer na perspectiva da prevenção. Isso gera um grande impacto na qualidade de vida das pessoas, porque muitas delas não têm como pagar uma academia. Portanto, seria interessante que houvesse mais programas públicos de incentivo à prática de esporte e de lazer.

Outra diretriz é o "*provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa*".

Eu trago dados de uma dissertação de mestrado da Paula Serra Azul, de 2020, em que ela coloca algumas situações bem pertinentes. Ela diz que nós temos que trabalhar conceitos específicos de geriatria e de gerontologia, como síndromes

geriátricas (incontinência urinária e/ou fecal, imobilidade, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, iatrogenia e autonomia), que ainda não constam dos conteúdos de graduação médica, nem de ciências da saúde, nem de profissionais de saúde.

Eu me formei em 1995 e, para não dizer que eu não tive nada, eu tive uma aula que tratava sobre a questão do envelhecimento — apenas uma aula, em 4 anos de curso! Se eu for perguntar para vocês, sei que, na sua graduação, quase não se aborda a temática do envelhecimento. No curso de enfermagem aqui da Universidade do Estado do Pará, tiraram a disciplina enfermagem gerontológica, em pleno aumento do número de pessoas idosas.

O processo educativo estratégico para lidar com o envelhecimento populacional compreende níveis educacionais anteriores à graduação e avança para a educação permanente e continuada, com foco no trabalho interdisciplinar e em equipe. Seria fundamental, principalmente no manejo da pessoa idosa, este trabalho interdisciplinar, do geriatra, do fisioterapeuta, do professor de educação física, do psicólogo e do assistente social.

A Serra Azul fez uma entrevista com alguns residentes. Vejam o que eles disseram:

A população que mais procura médico e que, às vezes, se preocupa mais é a população idosa, justamente pelo acometimento de doenças crônicas ou de outras doenças. Às vezes, o idoso é muito deixado de lado porque, segundo alguns, eles não têm mais funcionalidade, não servem mais para nada. Eu acho que eles são muito deixados de lado. Por isso, a importância de a gente voltar a atenção para a gente se formar, lembrando também que, da mesma forma que a gente se preocupa com uma criança e com um adulto, nós temos que nos preocupar com o idoso.

Ela também fez este quadro. Profissionais recém-egressos das faculdades de medicina não dispõem das competências mínimas para atuarem na atenção à saúde das pessoas idosas e têm dificuldade em identificar precocemente situações de risco para a fragilização e o risco de perda de autonomia. Eu estou falando dos recém-formados. Eles também têm dificuldade em utilizar medidas preventivas e de suporte clínico e em trabalhar em equipe interdisciplinar e na perspectiva intersetorial, que são inerentes à questão da gerontologia.

Qual é a percepção dos médicos sobre a necessidade dessa formação? Isso está na dissertação de mestrado da Serra Azul, com quem concordo. Olhem a percepção de um médico sobre a necessidade da formação em geriatria: *"Totalmente importante. A população está envelhecendo, cada vez mais a (falha na transmissão). Essa problemática que a gente fala aqui é que os alunos, futuros médicos, vão pegar no dia a dia na prática, nos postos de saúde, em emergências hospitalares ou até nas próprias especialidades. Então a gente tem que estar preparado para lidar com essa problemática, porque a tendência é crescer cada vez mais e, sem um curso adequado, vai ter uma base muito mais fraca".*

Outro médico disse o seguinte: *"Tem que ser disciplina obrigatória, principalmente de agora em diante, que vai ter um maior percentual de idosos. Até 2030 vai ter um número maior de idosos, serão não sei quantos milhões de idosos. Vai ter o envelhecimento da população. Então, a partir de agora tem que ter".*

Mais um entrevistado disse: *"A realidade nossa é que a população está envelhecendo, então você atende uma demanda muito alta de paciente geriátrico".*

Por fim, disse outro médico: *"O ensino é importante porque vai atender uma demanda muito alta de paciente; quando você for fazer emergência, PSF, um consultório, você vai ter uma demanda muito grande de paciente geriátrico".*

Então, inclusive, conforme o requerimento, essas são questões a serem respondidas. Nesse contexto, a inclusão do processo de envelhecimento como curso de vida em todos seus aspectos nos currículos de graduação é uma prioridade. Olhe aí, Carlos, do MEC. Torna-se imperativo que sejam apresentados a todo aluno de graduação os princípios da prática geriátrica. Deve-se lembrar que mudanças propostas para a educação médica só afetarão o serviço após 10 anos, 15 anos de sua implementação. Não se deve deixar passar o tempo e permitir que a transição demográfica avance. Este é o momento de introduzir as mudanças que vão permitir a formação de médicos capazes de promover saúde, bem-estar e melhor qualidade de vida às pessoas idosas na próxima década.

O cuidado com as pessoas idosas inclui o acesso a cuidados gerontológicos. A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa precisa de mais recursos para investir em educação permanente e competências da rede SUS para o cuidado da população idosa. É preciso incluir diferentes cenários de cuidado na formação médica das residências médicas e multiprofissionais do SUS. Priscilla, isso é importante inclusive nas instituições de longa permanência para pessoas idosas.

É preciso implementar a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer, de cuidados paliativos e fortalecimento do cuidado na comunidade, especialmente no caso daquele que apoia a família.

Deputados, nós precisamos de recursos financeiros de emendas parlamentares para implementar essas políticas. Nós precisamos também de vocês para que seja ratificada a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. A CIDOSO tem um papel primordial na ratificação dessa convenção.

É fundamental identificar as principais necessidades de saúde da pessoa idosa, considerando a sua capacidade funcional, com foco na pessoa; identificar e buscar solucionar as barreiras de acesso das pessoas aos serviços de saúde, e esses serviços têm que chegar às pessoas idosas; e promover o cuidado integral de forma intersetorial. Então, é importantíssima essa integração entre as equipes de atenção à saúde, de proteção, e os conselhos de direitos, assim como os setoriais.

Para finalizar, eu queria agradecer as minhas amigas, porque não fazemos nada sozinhas. Eu consultei todas essas pessoas, conversei com elas, porque, quando fui designada para ser representante no Conselho Nacional de Saúde, fiquei muito insegura, por não ser geriatra. Mas, com o apoio das minhas amigas, consegui concluir essa apresentação. São elas: Karla Giacomini, geriatra, de Minas Gerais, que me ajudou a elaborar estes slides; Raimunda Nonata, da Referência Técnica da Saúde da Pessoa Idosa de Roraima; Goreth Espindola, da Referência Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do Amapá, enfermeira e Presidente da ABRAZ Amapá; Larissa Barradas, geriatra, daqui do Pará; Marina Borges, geriatra e Diretora Científica da ABRAZ do Pará; Thaila Picanço, geriatra e Diretora Científica da ABRAZ do Amapá; e a Dra. Celene Queiroz, de São Paulo, que é geriatra e Presidente da ABRAZ Nacional.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Muito obrigado.

Eu quero mais uma vez agradecer a Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa. Da mesma forma, agradeço a Bruno Leandro de Souza, Carlos Cardoso, Dr. Marco Túlio Gualberto Cintra, Priscilla Azevedo e Lúgia Gualberto.

Agora vamos passar aos debates.

Faço referência a algumas ponderações que foram apresentadas a respeito do gradativo envelhecimento da nossa população. A projeção é de que, até o final de 2050, o percentual da população idosa seja bastante alto. Conforme dados que foram colocados aqui, há mais de 32 milhões de pessoas idosas hoje no Brasil, e temos um número de geriatras muito aquém do que gostaríamos. Isso não é diferente em relação aos gerontólogos e a outros profissionais.

Fica uma indagação, diante das apresentações que tive a oportunidade de assistir. Uma questão muito clara é a do financiamento. O financiamento para o setor é pífio, praticamente inexistente.

A Dra. Walquiria fez referência a emendas parlamentares. Isso, por si só, demonstra que o recurso não está onde deveria estar, nos Ministérios. Esse recurso está deslocado, em volumes consideráveis, dentro do Congresso Nacional, cuja função, a nosso ver, deveria ser fiscalizar e legislar, e não administrar um orçamento desse tamanho. Depois os Ministérios vêm bater à porta. Há pleitos aqui ou acolá, sem uma política mais equilibrada, que dê oportunidades equânimes aos entes, aos Municípios, por meio de políticas que cheguem a todos.

O PAC — Programa de Aceleração do Crescimento é para 4 anos, e há um PAC anual dentro do Congresso, um PAC por ano. Existe então, a meu ver, uma distorção. Isso dificulta inclusive as ações dos Ministérios, o Ministério da Educação, o Ministério da Cultura, o Ministério da Saúde, o Ministério dos Direitos Humanos, entre outros tantos, dificulta o estabelecimento de políticas mais efetivas em favor da população idosa, para a qual, como eu disse no começo, o orçamento é pífio. Ela não tem sido prioridade.

Foi mencionada também a questão dos cursos de Medicina. Se eu entendi bem, a carga horária na área da geriatria é de cerca de 40 horas. Isso é muito pouco. Ao mesmo tempo, diz-se que as pessoas têm que se sentir estimuladas a se apaixonarem pela área, a gostarem dela.

Cito manifestação de uma médica que trabalha na área de saúde bucal. Ela coordena uma especialização na área de saúde bucal para PCDs, para não colaborativos. Ela diz que a procura é muito baixa. Por quê? Não é por questão de vocação. A procura é muito baixa porque essa é uma área que dá muito trabalho e, ao mesmo tempo, a remuneração é muito baixa. Então, entra também um outro olhar. Isso não é diferente hoje.

Eu posso estar equivocado, mas percebo que já existem dificuldades para que pessoas se sintam motivadas a ser ginecologistas, obstetras, pediatras. Começa a diminuir a procura, também por causa, talvez, da baixa remuneração e da falta de valorização profissional.

Fica esta indagação: não seria desafiador, nesse contexto, melhorar o financiamento, para que o estudante possa, na universidade, ver nessas especializações, na área de geriatria, por exemplo, modalidades que o motivem e o valorizem profissionalmente, de maneira que ele se sinta estimulado a seguir nessa área em sua caminhada na medicina?

Em relação à gerontologia, aqui fica outra manifestação. Existe uma necessidade, uma demanda de gerontólogos, mas o que se vê é que os cursos de Gerontologia são muito localizados e são poucos. São muito localizados e são poucos. Ao mesmo tempo, existe este conflito. Quais são as atribuições do gerontólogo? Até onde elas vão e até onde vão as atribuições do técnico em gerontologia. Há esse conflito e, na prática, os técnicos em gerontologia, que contam com cursos esparsos

no País, acabam tendo uma participação muito limitada. Este é o desafio. Falou-se aqui em mais cursos de Medicina, mas vamos ter que multiplicar os cursos de Gerontologia no nosso País. E precisamos viabilizar a questão do financiamento.

Quanto à ratificação da convenção, compartilho do que disse a Walquiria. Mais do que haver a ratificação por parte do Brasil, tem que ser feita uma mobilização no Congresso, para que isso ocorra.

Walquiria também fez uma referência. Eu estava mostrando aqui quando ela estava falando. Walquiria disse que temos que ter políticas para estimular a pessoa idosa a praticar exercícios, atividades físicas, para que essa pessoa tenha realmente uma vida mais saudável. Isso não é algo que começa a partir dos 60 anos. Temos que estimular a pessoa a adotar bem cedo essa prática. Espero que tenhamos essas opções, para que as pessoas possam chegar a uma idade mais avançada com qualidade de vida e não fiquem tão dependentes de fármacos e cheias de doenças. Conheço um médico de 95 anos que se exercita e que ainda está lá receitando. Ele está mentalmente muito bem, obrigado. É preciso que isso não seja algo para poucos. Espero que possamos construir políticas que deem essa oportunidade para a grande maioria das pessoas, para que sejam efetivamente incluídas.

Agora vou deixar a palavra à disposição dos debatedores, para que, se quiserem, façam algum comentário a respeito das manifestações que surgiram.

Tem a palavra a Dra. Lígia Gualberto.

A SRA. LÍGIA IASMINE PEREIRA DOS SANTOS GUALBERTO - Agradeço a oportunidade de estar aqui hoje falando sobre esse tema. Agradeço ao Deputado Alexandre Lindenmeyer, ao Padre e Deputado Luiz Couto e a toda a Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, aos colegas que estão aqui.

O debate foi muito rico, trouxe muitas contribuições. Em síntese, eu chamaria a atenção para a necessidade de trabalharmos desde a graduação habilidades e competências mínimas em cuidado à saúde da pessoa idosa. O ideal é que se trabalhe a educação para o envelhecimento em todas as fases da vida, desde a escola, desde o Programa Saúde na Escola, a fim de que possamos valorizar o envelhecimento, valorizar as pessoas idosas em todo o curso de vida, promovendo a união de todos os setores, com o MEC, na formação e na qualificação de profissionais de todas as áreas, especialmente dos profissionais de saúde, e não somente dos médicos.

Do ponto de vista da formação médica, identifico como um dos principais gargalos a falta de estímulo e de valorização das temáticas de saúde da pessoa idosa nos currículos de graduação do médico generalista, do recém-formado, do médico da graduação. Ele é que vai estar ali exposto, dando plantão às vezes na UPA, no hospital, na unidade básica de saúde, trabalhando como generalista e atendendo sobretudo a população idosa, que é a população que frequenta o SUS em peso e que demanda do serviço de saúde cuidados assertivos e cuidados de qualidade, cuidados que não piorem a vida dela, minimamente. Uma prescrição errada, um medicamento iatrogênico, qualquer situação pode gerar mais dano do que bem.

Precisamos ter esse trabalho, ao longo de toda a formação desse profissional, porque não está envolvido só cuidado clínico, só cuidado de doença. Estamos cuidando de pessoas com complexidades, com diversas necessidades. Precisamos ter esse olhar ampliado, um olhar global de saúde, que não envolve somente o cuidado de doenças específicas. O cardiologista, por exemplo, precisa ter um olhar direcionado quando está cuidando da hipertensão de uma pessoa idosa de 90 anos ou de uma pessoa idosa de 64 anos, autônoma, independente, ou, às vezes, de um idoso que tenha alguma doença grave e esteja internado. Tudo isso traz necessidades e demanda habilidades competentes diferenciadas.

No âmbito da formação do profissional generalista, precisamos, no mínimo, ampliar a capacidade desses profissionais de diferenciar o que é normal do envelhecimento e o que não é. Esse é o ponto básico. Isso está na política nacional de saúde da pessoa idosa, já está previsto em portaria, e até hoje pessoas têm dificuldade de entender o que é normal do envelhecimento e o que não é. Então, consideram esquecimentos como algo normal do envelhecimento, consideram quedas como algo normal do envelhecimento, sem dar o devido valor àquilo que pode propiciar intervenções factíveis; que pode melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa; que pode, inclusive, evitar prejuízos e doenças mais graves, complexas; que pode evitar sequelas.

Esses seriam os pontos principais que eu ressaltaria neste momento.

Contem com a nossa contribuição, com a nossa colaboração para continuar o debate que faça avançar a qualificação do cuidado com a pessoa idosa no País.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Obrigado, Dra. Lígia.

Passo a palavra à Dra. Priscilla Azevedo para que faça as suas considerações finais, se quiser.

A SRA. PRISCILLA AZEVEDO SOUZA - Quero só complementar que, no âmbito da formação especializada de profissionais para que atuem em favor da saúde do idoso, reforço esse papel não só do médico geriatra como também de uma equipe multiprofissional qualificada para esse cuidado. Temos que pensar nessa interlocução em toda essa rede de atenção. É preciso que se considere não só a formação de especialistas. Esse idoso está em todos os serviços de atenção. Então, é importante pensarmos nesse trânsito e nesse cuidado qualificado.

Nós do Ministério da Saúde temos a intenção, no âmbito da Política Nacional de Residências em Saúde, como já citei, de priorizar determinadas especialidades e de as ampliarmos, com foco na garantia dessa atenção mais qualificada à população brasileira.

Agradeço mais uma vez a oportunidade e também me coloco à disposição desse debate.

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Muito obrigado.

Passo a palavra ao Dr. Marco Túlio.

O SR. MARCO TÚLIO GUALBERTO CINTRA - Novamente agradeço a oportunidade de estar na Câmara dos Deputados para falar deste importante assunto.

Vou fazer uma complementação sobre algo que não falei, sobre as ameaças que existem na área de geriatria. Não deu tempo, acabei falando muito do SUS, da atenção secundária, da oportunidade de os médicos geriatras atuarem no matriciamento da pessoa idosa e em telessaúde, para que possam alcançar todo o País, a fim de que o idoso ribeirinho que esteja em Estados da Amazônia Legal, por exemplo, possa receber assistência que tenha a mesma qualidade da que recebe quem mora em São Paulo.

É interessante, mostrei que, em 10 anos, de 2012 a 2022, houve um crescimento do número de profissionais de geriatria, de 130%, mas, se considerarmos outros países, como os Estados Unidos, veremos que a geriatria vive uma crise horrorosa, até com diminuição do número de profissionais. Existem algumas ameaças mercadológicas que não citei, mas é importante destacá-las. Estão muito ligadas ao mercado privado. Um exemplo é a avaliação geriátrica. O geriatra demora mais para atender o idoso frágil, com incapacidade, com multicomplexidades, não porque fica batendo papo e fazendo um monte de testes que não servem para nada, e sim porque faz uma avaliação geriátrica ampla. Essa avaliação é feita porque se trata de idosos complexos. Precisamos definir prioridades, definir adequadamente o estado de saúde, definir metas de tratamento. Não é possível tratar tudo dessas pessoas. Temos que priorizar o que é mais importante, o que vai fazer mais diferença na vida dessas pessoas. Muitas vezes, lidamos com a comunicação de más notícias: demência, perspectiva de sobrevida baixa. Então, isso tudo demora mais.

Quando falamos de valorização disso, para a avaliação geriátrica ampla, no contexto do SUS, não há uma remuneração específica. Poucos planos de saúde pagam para se fazer uma avaliação geriátrica ampla, apesar de estar no rol da ANS. Na prática, enquanto o dermatologista — nada contra a dermatologia! — consegue atender, de 15 em 15 minutos, quatro pacientes, em 1 hora o geriatra atende um paciente, e o valor recebido é o mesmo.

Esse mesmo problema acontece no âmbito hospitalar. No hospital, qual é o paciente cujo atendimento vai ser mais difícil? O idoso frágil, com incapacidades, multicomplexo. Esse é o mais difícil e será atendido pelo médico geriatra, que vai receber o mesmo valor que recebe o colega dele que atende um paciente que tem um quadro muito mais fácil, em todos os sentidos, de tratamento, de comunicação. Portanto, várias questões mercadológicas são ameaças à área. Nós estamos falando em expansão. Se não tomarmos cuidado, daqui a uns anos poderemos enfrentar no Brasil, nessa área, uma crise da mesma magnitude da crise que está acontecendo nos Estados Unidos. Várias questões precisam ser pensadas com muito carinho na área de geriatria.

Agradeço muito a oportunidade de falar isso tudo aqui. Coloco a SBBG — também estou representando a AMB, a Associação Médica Brasileira — à disposição para debater tudo isso, para debater quais seriam as competências mínimas para os cursos de graduação na área da saúde. Entendo que todos os profissionais da área da saúde têm que ter uma formação mínima de atendimento ao idoso. Há 32 milhões de idosos no Brasil, e vão ser 35 milhões, 40 milhões, 50 milhões. Por isso, é preciso que haja uma formação mínima para se atender adequadamente a pessoa idosa.

Em relação a isso e a todos os assuntos que foram levantados aqui, nós nos colocamos à disposição para constituirmos grupos de estudo, de debate e trabalharmos juntos para podermos encontrar soluções.

Muito obrigado pela oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Muito obrigado, Dr. Marco Túlio.

Passo a palavra ao Dr. Carlos Cardoso, que também fará as suas considerações finais.

O SR. CARLOS CARDOSO - Agradeço novamente a fala dos companheiros daqui da bancada.

Apesar de sabermos que estamos comentando a falta de especialistas especificamente nos programas de residência médica no Brasil, entendemos que há outras coisas que também precisam ser levadas em consideração, como, por exemplo, a quantidade de residentes em programa multiprofissional. Muitas vezes, não temos esse olhar para o multi, para a fisioterapia, para a enfermagem, para a fono. Essas profissões também são relacionadas a envelhecimento e atenção à pessoa idosa.

O que acontece? Com o atendimento especificamente com o médico, esquecemos que esse atendimento para a pessoa idosa é multiprofissional. Então, é necessário o acompanhamento, por exemplo, com o enfermeiro. Esse enfermeiro teve essa residência, essa especialização fundamentada? Ele veio de uma instituição de ensino superior que promoveu essa adequada formação desse profissional? Tudo isso precisa ser levado em consideração.

O cenário escasso que enfrentamos atualmente não é alheio à sociedade que está fora disso tudo. Como vamos conseguir a valorização da residência médica voltada à geriatria e à gerontologia se, na sociedade, não há a valorização da pessoa idosa, que é o foco dessa especialidade? Eu falo justamente no sentido de buscar a valorização da pessoa idosa em todos os cenários.

Como a Lígia bem colocou, há o Programa Saúde na Escola. A Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior — SERES, do Ministério da Educação, estabelece parâmetros mínimos dentro das matrizes curriculares para que todos os formandos, os egressos tenham vivenciado essa experiência na graduação, a fim de que, minimamente, tenham vontade de trabalhar com esse público.

Obviamente, também há a questão da valorização financeira. Como bem colocado, é um público que demanda mais atenção, é um público que requer mais especialização. No entanto, da porta para fora, há um mundo capitalista em que aquele profissional não vai receber o mesmo valor que recebe outro profissional que atendeu quatro pacientes naquele mesmo período de tempo. Como estabelecemos essa valorização e o financiamento para tudo isso? Como vamos pagar o tempo que foi demandado para a especialização desses profissionais? Tudo isso precisa ser considerado, precisa ser analisado.

O Ministério da Educação, a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde, a Secretaria de Ensino Superior, nós temos nos debruçado sobre isso, temos pensado em tratativas para resolvermos essa questão, considerando essa mentalidade, levando em consideração, é claro, que o que fazemos também é reflexo do que está na sociedade. São âmbitos e aspectos que consideramos. Precisamos realmente colocar todos esses pontos em perspectiva, analisá-los, para que, então, consigamos uma valorização maior tanto das residências médicas, residências em saúde, quanto dos profissionais que atuam diretamente com o envelhecimento.

Inclusive, esta é uma pauta que poderia ser colocada. Por que não falamos sobre a educação do envelhecimento? Falamos especificamente sobre idoso, sobre velho. Ainda há muito isso. Temos tentado mudar, mas ainda há esse estigma a respeito do envelhecimento. Então, é necessária a educação do envelhecimento, educação e saúde do envelhecimento, porque, como a Walquiria bem disse, só não envelhece quem morre antes. Se Deus quiser, todos vão envelhecer.

O Ministério da Educação permanece aberto ao diálogo, ao debate, às considerações de outros órgãos também, como, por exemplo, a AMB, que foi muito bem representada aqui, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e o Ministério da Saúde.

Espero que tenhamos somado em relação ao debate. A Pasta permanece aberta para outras considerações.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Obrigado, Carlos.

Passo a palavra a Bruno Leandro de Souza, que fará as suas considerações finais.

O SR. BRUNO LEANDRO DE SOUZA - Muito obrigado, Deputado Alexandre.

Agradeço à Mesa e a todos que estão participando virtualmente desta audiência.

Quero dizer que, para nós, é uma grande satisfação o interesse da Casa e desta Comissão em discutir este tema.

Deputado, precisamos fazer uma reflexão sobre a própria cultura no nosso País no que diz respeito à atenção primária à saúde e à atenção básica, porque, infelizmente, de modo geral, tudo que é primário, tudo que é básico não é tão valorizado. Acho que o maior erro, talvez, seja o primário e o básico terem esse nome, porque remetem a uma coisa que é muito simples, quando, na verdade, é o mais importante. Se tivéssemos uma atenção primária e básica fortalecida, 80% das doenças sequer precisariam ser tratadas por outros especialistas que não o próprio médico de família. Obviamente, temos essa lacuna no nosso País, pela falta de investimento.

Eu, além de integrar o Conselho Federal de Medicina, presido hoje o Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba. Fiscalizo as unidades básicas de saúde e vejo quanto é degradante a situação das nossas UBSs. As tecnologias não entram como investimento nessas unidades. Temos hospitais com *PET scans*, mas, às vezes, falta na periferia o médico que deveria fazer a prevenção e o tratamento das doenças mais simples. Então, isso já é uma inversão de valores.

No próprio SUS — Sistema Único de Saúde, o nosso sistema público, e também no sistema privado, deveríamos estar investindo mais em quem faz atenção primária e atenção básica ou em especialidades como pediatria, geriatria, que são especialidades que demandam um tempo de consulta maior. Valorizamos, no entanto, quem faz uma cirurgia complexa, por exemplo. Não que não devêssemos valorizar o profissional que a realiza, mas a subvalorização dos demais faz com que haja realmente um desinteresse em relação a essas áreas, que são fundamentais, como já foi bem discutido.

Há também a necessidade de ampliação, pelo Ministério da Educação, das vagas gerais de residência médica. Por ano, 43 mil médicos são formados, e há somente 16 mil, 17 mil vagas de residência. Então, de uma forma geral, precisamos acompanhar esse número. Em países como, por exemplo, Canadá, Estados Unidos, em países europeus ou até mesmo em outros países, como a China, o número de vagas de residência médica é maior do que o de formados. Sabem por quê? Porque eles já têm conhecimento de que pessoas de outros países vão procurar se qualificar lá. Nós precisamos ter mais vagas de especialistas do que de formados, e, infelizmente, essa realidade está longe de ser a nossa. Repito, há 16 mil vagas, e, por ano, 43 mil médicos são formados.

Quem estamos formando? Formamos muitos médicos sem avaliarmos a sua qualificação. Por isso, é necessária a prova de proficiência. Não estamos dando oportunidade a esses médicos de se especializarem. Para a geriatria, são pouco mais de 3 centenas de vagas. Isso é muito pouco. Precisamos de quase 30 mil, como já foi bem explicado pela própria Organização Mundial da Saúde.

Eu apelo mais uma vez no que diz respeito a formação mais objetiva. Hoje, para a pessoa ser geriatra, tem que passar numa prova de residência, de clínica médica, fazer 2 anos. Depois, fazer outra prova de residência e fazer mais 2 anos. São 4 anos de formação e duas provas a serem prestadas. Para que a pessoa vai fazer isso? Para ser desvalorizada pelo SUS? Para ser desvalorizada pelo setor privado? Para ter um tempo de formação mais longo e, ainda assim, enfrentar todos os problemas da geriatria, como já foi bem mencionado por todos que me antecederam?

É sobre isto que precisamos refletir, sobre o nosso papel como País, para valorizar realmente aquilo que é primário e básico, considerando isso como o mais importante. Essa valorização não é só financeira, é também uma valorização estrutural, é também uma valorização profissional. É preciso haver melhor qualificação na graduação, melhor qualificação na pós-graduação, com um tempo mais curto de formação. Esse tempo mais curto não significa tempo menos qualificado. Vai ser um tempo bem qualificado, bem aproveitado, justamente para a formação da medicina do envelhecimento.

Muito obrigado, mais uma vez, pela oportunidade. O Conselho Federal de Medicina continua à disposição do debate. Espero vê-los pessoalmente numa próxima ocasião. Nada é melhor do que o contato pessoal, mas, graças a Deus, a tecnologia nos permite, pelo menos deste modo, fazer este importante debate.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Obrigado, Dr. Bruno.

Passo a palavra à Dra. Walquiria Barbosa, para que faça as suas considerações finais.

A SRA. WALQUIRIA CRISTINA BATISTA ALVES BARBOSA - Primeiro, eu queria agradecer esta oportunidade de discutir essa temática, que, a meu ver, é de suma importância, e parabenizar pela iniciativa do Deputado Luiz Couto, o Deputado Alexandre e o Deputado Reimont.

Penso que é importante fazer o dever de casa. Essas diretrizes curriculares dos cursos de saúde, principalmente do curso de Medicina, têm que ser reavaliadas, para que tenham uma carga horária maior no que se refere à temática do envelhecimento.

Quanto às residências em saúde, Priscilla, sugiro que elas sejam disponibilizadas mais nas Regiões Norte e Nordeste, onde, conforme dados que você mesma apresentou, o número de geriatras é reduzido. São necessárias principalmente residências gratuitas, para se garantir um maior número de pessoas.

Eu também acho que o nosso papel como sociedade civil organizada é incentivar as pessoas a se interessarem mais pela temática do envelhecimento. Temos uma comissão no Conselho Nacional de Saúde que avalia os cursos de graduação. A coordenadora é a Francisca Valda. Vamos propor também que, dentro do Conselho Nacional de Saúde, essa temática seja debatida, a fim de podermos criar estratégias para que se tenha maior número de geriatras qualificados e compromissados com o atendimento à pessoa idosa.

Foi um prazer rever a Lígia, ainda que virtualmente, o Marco Túlio e conhecer os demais aqui.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Alexandre Lindenmeyer. Bloco/PT - RS) - Quero agradecer a palavra de todos e de todas. Agradeço a presença dos convidados, que muito nos honraram com suas exposições e esclarecimentos. Quero agradecer a presença de todos vocês neste plenário. Eu me refiro também à manifestação "Glauber fica!" Está muito caracterizada. Nada mais havendo a tratar, vou encerrar os trabalhos, antes, porém, convoco reunião para deliberação de emendas ao Orçamento de 2025, a ser realizada no dia 4 de dezembro do corrente ano, próxima quarta-feira, às 13 horas, neste plenário. Declaro encerrada a presente reunião.