



SENADO FEDERAL

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

PAUTA DA 2ª REUNIÃO

(4ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura)

**21/02/2018
QUARTA-FEIRA
às 09 horas**

**Presidente: Senadora Marta Suplicy
Vice-Presidente: Senador Ronaldo Caiado**



Comissão de Assuntos Sociais

**2ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA, DA 4ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA
DA 55ª LEGISLATURA, A REALIZAR-SE EM 21/02/2018.**

2ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA

Quarta-feira, às 09 horas

SUMÁRIO

1ª PARTE - DELIBERATIVA

ITEM	PROPOSIÇÃO	RELATOR (A)	PÁGINA
1	PLC 34/2015 - Não Terminativo -	SEN. VANESSA GRAZZIOTIN	13
2	PLC 53/2012 - Terminativo -	SEN. OTTO ALENCAR	53
3	PLS 360/2014 - Terminativo -	SEN. REGINA SOUSA	63
4	PLS 393/2015 - Terminativo -	SEN. OTTO ALENCAR	77
5	PLS 415/2015 - Terminativo -	SEN. ANA AMÉLIA	98
6	PLS 299/2016 - Terminativo -	SEN. VANESSA GRAZZIOTIN	123

7	PLS 43/2017 - Terminativo -	SEN. AIRTON SANDOVAL	135
8	PLS 122/2013 - Terminativo -	SEN. OTTO ALENCAR	146
9	PLS 92/2017 - Terminativo -	SEN. PAULO PAIM	174
10	PLS 151/2017 - Terminativo -	SEN. JORGE VIANA	183
11	PLS 157/2017 - Terminativo -	SEN. VICENTINHO ALVES	196
12	PLS 415/2017 - Terminativo -	SEN. JORGE VIANA	207

2ª PARTE - AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA DO PODER

FINALIDADE	PÁGINA
Discussão e votação do Relatório da avaliação da Política Pública "Programa Mais Médicos" em 2017: - RAS 19/2017. - Relatoria: Senadora Lídice da Mata. - Em 04.10.2017, aprovado o Plano de Trabalho apresentado pela Relatora. - Em 24.10.2017 e 26.10.2017, a Comissão de Assuntos Sociais realizou Audiências Públicas para instrução da matéria. - Votação simbólica.	215

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

PRESIDENTE: Senadora Marta Suplicy

VICE-PRESIDENTE: Senador Ronaldo Caiado

(20 titulares e 20 suplentes)

TITULARES			SUPLENTE
		PMDB	
Hélio José(PROS)(9)	DF (61) 3303-6640/6645/6646	1 Garibaldi Alves Filho(9)	RN (61) 3303-2371 a 2377
Waldemir Moka(9)(12)	MS (61) 3303-6767 / 6768	2 Valdir Raupp(9)	RO (61) 3303-2252/2253
Marta Suplicy(9)	SP (61) 3303-6510	3 Romero Jucá(9)	RR (61) 3303-2112 / 3303-2115
Elmano Férrer(9)(15)	PI (61) 3303-1015/1115/1215/2415/3055/3056/4847	4 Edison Lobão(9)	MA (61) 3303-2311 a 2313
Airton Sandoval(9)(13)	SP	5 Rose de Freitas(15)	ES (61) 3303-1156 e 1158
		Bloco Parlamentar da Resistência Democrática(PDT, PT)	
Ângela Portela(PDT)(2)	RR	1 Fátima Bezerra(PT)(2)	RN (61) 3303-1777 / 1884 / 1778 / 1682
Humberto Costa(PT)(2)	PE (61) 3303-6285 / 6286	2 Gleisi Hoffmann(PT)(2)	PR (61) 3303-6271
Paulo Paim(PT)(2)	RS (61) 3303-5227/5232	3 José Pimentel(PT)(2)	CE (61) 3303-6390 / 6391
Paulo Rocha(PT)(2)	PA (61) 3303-3800	4 Jorge Viana(PT)(2)	AC (61) 3303-6366 e 3303-6367
Regina Sousa(PT)(2)	PI (61) 3303-9049 e 9050	5 Lindbergh Farias(PT)(3)	RJ (61) 3303-6427
		Bloco Social Democrata(PSDB, DEM)	
Dalirio Beber(PSDB)(7)	SC (61) 3303-6446	1 Flexa Ribeiro(PSDB)(7)	PA (61) 3303-2342
Eduardo Amorim(PSDB)(7)	SE (61) 3303 6205 a 3303 6211	2 Sérgio de Castro(PDT)(7)(19)(20)	ES (61) 3303-6590
Ronaldo Caiado(DEM)(10)	GO (61) 3303-6439 e 6440	3 José Agripino(DEM)(10)	RN (61) 3303-2361 a 2366
Maria do Carmo Alves(DEM)(10)	SE (61) 3303-1306/4055	4 Davi Alcolumbre(DEM)(10)	AP (61) 3303-6717, 6720 e 6722
		Bloco Parlamentar Democracia Progressista(PP, PSD)	
Sérgio Petecão(PSD)(4)	AC (61) 3303-6706 a 6713	1 Otto Alencar(PSD)(4)	BA (61) 3303-1464 e 1467
Ana Amélia(PP)(4)(16)(17)	RS (61) 3303 6083	2 Wilder Morais(PP)(11)	GO (61)3303 2092 a (61)3303 2099
		Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania(PPS, PSB, PCdoB, REDE, PODE)	
Lídice da Mata(PSB)(5)	BA (61) 3303-6408	1 Romário(PODE)(5)	RJ (61) 3303-6517 / 3303-6519
Randolfe Rodrigues(REDE)(6)	AP (61) 3303-6568	2 Vanessa Grazziotin(PCdoB)(5)	AM (61) 3303-6726
		Bloco Moderador(PTB, PSC, PRB, PR, PTC)	
Cidinho Santos(PR)(8)	MT 3303-6170/3303-6167	1 Armando Monteiro(PTB)(8)	PE (61) 3303 6124 e 3303 6125
Vicentinho Alves(PR)(8)	TO (61) 3303-6469 / 6467	2 Eduardo Lopes(PR)(8)	RJ (61) 3303-5730

- (1) Os Blocos Parlamentares Democracia Progressista, Socialismo e Democracia e Moderador compartilham 1 vaga na comissão, com a qual o colegiado totaliza 21 membros.
- (2) Em 09.03.2017, os Senadores Ângela Portela, Humberto Costa, Paulo Paim, Paulo Rocha e Regina Sousa foram designados membros titulares; e os Senadores Fátima Bezerra, Gleisi Hoffmann, José Pimentel e Jorge Viana, como membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar da Resistência Democrática, para compor o colegiado (Of. 7/2017-GLBPRD).
- (3) Em 09.03.2017, o Senador Lindbergh Farias foi designado membro suplente, pelo Bloco Parlamentar da Resistência Democrática, para compor o colegiado (Of. 24/2017-GLBPRD).
- (4) Em 09.03.2017, os Senadores Sérgio Petecão e Ana Amélia foram designados membros titulares; e o Senador Otto Alencar, como membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo. 21/2017-BLDPRO).
- (5) Em 09.03.2017, a Senadora Lídice da Mata foi designada membro titular; e os Senadores Romário e Vanessa Grazziotin, membros suplentes, pelo Bloco Socialismo e Democracia, para compor o colegiado (Memo. 5/2017-BLSDEM).
- (6) Em 09.03.2017, o Senador Randolfe Rodrigues foi designado membro titular, pelo Bloco Socialismo e Democracia, para compor o colegiado (Memo. 15/2017-BLSDEM).
- (7) Em 09.03.2017, os Senadores Dalirio Beber e Eduardo Amorim foram designados membros titulares; e os Senadores Flexa Ribeiro e Ricardo Ferraço, membros suplentes, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado (Of. 27/2017-GLPSDB).
- (8) Em 09.03.2017, os Senadores Cidinho Santos e Vicentinho Alves foram designados membros titulares; e os Senadores Armando Monteiro e Eduardo Lopes, membros suplentes, pelo Bloco Moderador, para compor o colegiado (Of. 5/2017-BLOMOD).
- (9) Em 09.03.2017, os Senadores Hélio José, Eduardo Braga, Marta Suplicy, Rose de Freitas e Renan Calheiros foram designados membros titulares; e os Senadores Garibaldi Alves Filho, Valdir Raupp, Romero Jucá e Edison Lobão, membros suplentes, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. 32/2017-GLPMDB).
- (10) Em 13.03.2017, os Senadores Ronaldo Caiado e Maria do Carmo Alves foram designados membros titulares; e os Senadores José Agripino e Davi Alcolumbre, membros suplentes, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado (Of. 7/2017-GLDEM).
- (11) Em 14.03.2017, o Senador Wilder Morais foi designado membro suplente pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo. 38/2017-GLDPRO).
- (12) Em 14.03.2017, o Senador Waldemir Moka foi designado membro titular, em substituição ao senador Eduardo Braga, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 51/2017-GLPMDB).
- (13) Em 14.03.2017, o Senador Airton Sandoval foi designado membro titular, em substituição ao senador Renan Calheiros, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 52/2017-GLPMDB).
- (14) Em 15.03.2017, a Comissão reunida elegeu os Senadores Marta Suplicy e Ronaldo Caiado, respectivamente, Presidente e Vice-Presidente deste colegiado (Of. nº 1/2017-CAS).

-
- (15) Em 31.03.2017, o Senador Elmano Férrer foi designado membro titular, em substituição à senadora Rose de Freitas, que passa a atuar como suplente, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 86/2017-GLPMDB).
- (16) Em 07.06.2017, o Senador Benedito de Lira foi designado membro titular, em substituição à senadora Ana Amélia, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Of. s/n).
- (17) Em 14.06.2017, a Senadora Ana Amélia foi designada membro titular, em substituição ao Senador Benedito de Lira, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo 33/2017-BLDPRO).
- (18) Em 27.09.2017, foi criado o Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania.
- (19) Em 07.11.2017, o Senador Ricardo Ferraço licenciou-se, nos termos do art. 43, incisos I e II, do Regimento Interno, conforme os Requerimentos nºs 959 e 960/2017.
- (20) Em 21.11.2017, o Senador Sérgio de Castro foi designado membro titular, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado em vaga anteriormente ocupada pelo Senador Ricardo Ferraço (Of. nº 238/2017-GLPSDB).

REUNIÕES ORDINÁRIAS: QUARTAS-FEIRAS 9:00 HORAS
SECRETÁRIO(A): PATRICIA DE LURDES MOTTA DE OLIVEIRA E
OLIVEIRA
TELEFONE-SECRETARIA: 61 33034608
FAX:

TELEFONE - SALA DE REUNIÕES: 61 33034608
E-MAIL: cas@senado.gov.br



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA

4ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA
55ª LEGISLATURA

Em 21 de fevereiro de 2018
(quarta-feira)
às 09h

PAUTA
2ª Reunião, Extraordinária

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

1ª PARTE	Deliberativa
2ª PARTE	Avaliação de Política Pública do Poder Executivo em 2017 (Artigo 96-B do RISF)
Local	Anexo II, Ala Senador Alexandre Costa, Plenário nº 9

Retificações:

1. Apresentação de Emenda ao Item 7 da Pauta. (21/02/2018 08:35)

1ª PARTE**PAUTA****ITEM 1****PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 34, de 2015****- Não Terminativo -**

Altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.

Autoria: Deputado Luis Carlos Heinze

Relatoria: Senadora Vanessa Grazziotin

Relatório: Pela rejeição do Projeto.

Observações:

- Em 13.10.2015, a Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática aprovou Parecer contrário ao Projeto.
- Em 19.09.2017, a Comissão de Agricultura e Reforma Agrária aprovou Parecer favorável ao Projeto com a Emenda nº 1-CRA.
- Em 12.12.2017, o Senador Cidinho Santos apresenta Voto em Separado pela aprovação do Projeto e da Emenda nº 1-CRA.
- A matéria vai à Comissão de Meio Ambiente para prosseguimento da tramitação.
- A votação será simbólica.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Voto em Separado \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

[Parecer \(CRA\)](#)

[Parecer \(CCT\)](#)

ITEM 2**PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 53, de 2012****- Terminativo -**

Dispõe sobre a obrigatoriedade de os laboratórios farmacêuticos inserirem diferenciador tátil nos recipientes dos medicamentos injetáveis com potencial de letalidade.

Autoria: Deputada Sandra Rosado

Relatoria: Senador Otto Alencar

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 3**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 360, de 2014****- Terminativo -**

Altera a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersectorial de Bebidas e dá outras providências, para determinar

que conste o valor energético no rótulo de bebida alcoólica.

Autoria: Senador Ruben Figueiró

Relatoria: Senadora Regina Sousa

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 07.06.2017, a Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor aprovou Parecer favorável ao Projeto.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

[Parecer \(CTFC\)\)](#)

ITEM 4

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 393, de 2015

- Terminativo -

Dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

Autoria: Senador Reguffe

Relatoria: Senador Otto Alencar

Relatório: Pela aprovação do Projeto, das Emendas 1-CCJ, 4-CCJ, 5-CCJ e das 3 (três) Emendas que apresenta.

Observações:

- Em 03.08.2016, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1-CCJ a 5-CCJ.
- Em 09.10.2017, o Senador Eduardo Amorim apresentou 1 (uma) Emenda.
- Em 17.10.2017, o Senador Otto Alencar apresentou novo Relatório acolhendo o conteúdo da Emenda do Senador Eduardo Amorim.
- Em 29.11.2017, lido o Relatório, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

[Emenda \(CAS\)\)](#)

[Parecer \(CCJ\)\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 5

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 415, de 2015

- Terminativo -

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para tornar obrigatória a definição em regulamento e a divulgação do indicador ou parâmetro de custo-efetividade utilizado na análise das solicitações de incorporação de tecnologia e tornar obrigatório o respeito aos requisitos de aleatoriedade e publicidade na distribuição dos processos às instâncias responsáveis por essa análise.

Autoria: Senador Cássio Cunha Lima

Relatoria: Senadora Ana Amélia

Relatório: Pela aprovação do Projeto e da Emenda que apresenta.

Observações:

- Em 1º.03.2016, a Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática aprovou Parecer favorável ao Projeto.
- Em 24.08.2017, a Comissão de Assuntos Sociais realizou Audiência Pública para instrução da matéria.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria](#)
[Parecer \(CCT\)\)](#)

ITEM 6

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 299, de 2016

- Terminativo -

Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.

Autoria: Senador Telmário Mota

Relatoria: Senadora Vanessa Grazziotin

Relatório: Pela aprovação do Projeto e pela rejeição da Emenda nº 1-T.

Observações:

- Em 10.08.2016, durante o prazo regimental, a Senadora Ana Amélia apresentou a Emenda nº 1-T.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Emenda \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 7

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 43, de 2017

- Terminativo -

Determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.

Autoria: Senador Zeze Perrella

Relatoria: Senador Aírton Sandoval

Relatório: Pela aprovação do Projeto na forma do Substitutivo que apresenta.

Observações:

- Em 20.02.2018 a Senadora Vanessa Grazziotin apresenta uma Emenda ao PLS 43, de 2017.
- Nos termos do artigo 282, combinado com o artigo 92 do Regimento Interno do Senado Federal, se for aprovado o Substitutivo será ele submetido a Turno Suplementar.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Emenda \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 8

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 122, de 2013

- Terminativo -

Dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.

Autoria: Senadora Lúcia Vânia

Relatoria: Senador Otto Alencar

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das Emendas nºs 1 a 4-CDH-CE-CAE.

Observações:

- Em 11.12.2013, a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1 a 4-CDH.

- Em 03.06.2014, a Comissão de Educação, Cultura e Esporte aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1 a 4-CDH-CE.

- Em 05.09.2017, a Comissão de Assuntos Econômicos aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1 a 4-CDH-CE-CAE.

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Parecer \(CDH\)](#)

[Parecer \(CE\)](#)

[Parecer \(CAE\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 9**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 92, de 2017**

- Terminativo -

Acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.

Autoria: Senadora Rose de Freitas

Relatoria: Senador Paulo Paim

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 16.08.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

ITEM 10**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 151, de 2017**

- Terminativo -

Altera os arts. 392, 392-A e 473, III da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para estabelecer o compartilhamento da licença maternidade e da licença adotante.

Autoria: Senadora Rose de Freitas

Relatoria: Senador Jorge Viana

Relatório: Pela aprovação do Projeto na forma do Substitutivo que apresenta.

Observações:

- Nos termos do artigo 282, combinado com o artigo 92 do Regimento Interno do Senado Federal, se for aprovado o Substitutivo será ele submetido a Turno Suplementar.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 11

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 157, de 2017

- Terminativo -

Altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, para dispor sobre a assistência psiquiátrica e psicológica a ser oferecida a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina.

Autoria: Senadora Maria do Carmo Alves

Relatoria: Senadora Lídice da Mata (Substituído por *Ad Hoc*)

Relatoria *Ad hoc*: Senador Vicentinho Alves

Relatório: Pela aprovação do Projeto e da Emenda que apresenta.

Observações:

- Em 27.09.2017, a Presidência designa Relator "ad hoc" o Senador Vicentinho Alves em substituição à Senadora Lídice da Mata. Lido o Relatório na CAS, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 12

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 415, de 2017

- Terminativo -

Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir o uso do FGTS para pagamento de pensão alimentícia pelo trabalhador que não possuir outro recurso líquido disponível.

Autoria: Senador Lasier Martins

Relatoria: Senador Jorge Viana

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

2ª PARTE

Avaliação de Política Pública do Poder Executivo em

2017 (Artigo 96-B do RISF)

Finalidade:

Discussão e votação do Relatório da avaliação da Política Pública "Programa Mais Médicos" em 2017:

- RAS 19/2017.
- Relatoria: Senadora Lídice da Mata.
- Em 04.10.2017, aprovado o Plano de Trabalho apresentado pela Relatora.
- Em 24.10.2017 e 26.10.2017, a Comissão de Assuntos Sociais realizou Audiências Públicas para instrução da matéria.
- Votação simbólica.

Anexos da Pauta

[RAS 19/2017](#)

[Relatório](#)

1ª PARTE - DELIBERATIVA

1

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS,
sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015
(Projeto de Lei nº 4.148, de 2008, na Casa de
origem), do Deputado Luis Carlos Heinze, que
altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.



Relatora: Senadora **VANESSA GRAZZIOTIN**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 34, de 2015 (Projeto de Lei nº 4.148, de 2008, na Casa de origem), de autoria do Deputado Luis Carlos Heinze, que *altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005 – Lei de Biossegurança.*

O projeto visa a alterar o art. 40 daquele diploma legal para determinar que os rótulos dos alimentos e dos ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de organismos geneticamente modificados (OGM) ou derivados com presença superior a um por cento de sua composição final, detectada em análise específica, deverão informar a natureza transgênica do alimento.

O PLC, além de alterar o *caput*, inclui três parágrafos no art. 40. O § 1º determina que a informação sobre a presença de OGM, conforme definido no *caput*, deva constar dos rótulos dos alimentos embalados na ausência do consumidor e nos recipientes de alimentos vendidos a granel ou *in natura*, diretamente para o consumidor, determinando a aposição das seguintes frases, conforme o caso: “(nome do produto) transgênico” ou “contém (nome do ingrediente) transgênico”.

O § 2º faculta a utilização da expressão “livre de transgênicos” nos rótulos dos alimentos que não contenham OGM, desde que a ausência seja comprovada por análise específica.

Já o § 3º remete para o regulamento técnico de rotulagem geral de alimentos embalados a definição do tamanho mínimo da letra a ser utilizada na informação de que trata o § 1º.

A cláusula de vigência – art. 2º – determina que a lei por ventura originada do PLC entre em vigor na data de sua publicação.

Segundo o autor da proposição, há impropriedades nas atuais regras de rotulagem de alimentos que contêm OGM que necessitam ser sanadas, pois prejudicam, de forma injustificada, a imagem sobre a qualidade dos produtos e, por consequência, a sua comercialização, podendo, inclusive, ser interpretadas como barreiras não tarifárias às importações. Assim, entende o autor ser necessário disciplinar, de forma mais adequada, a rotulagem desses produtos, razão pela qual propõe que a rotulagem contemple os seguintes aspectos: limite de presença de OGM que isente a rotulagem; prevalência do critério da detectabilidade; e forma de apresentação da informação útil e clara ao consumidor.

No Senado Federal, o PLC nº 34, de 2015, foi distribuído para a análise das Comissões de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática (CCT); de Agricultura e Reforma Agrária (CRA); de Assuntos Sociais (CAS); e de Meio Ambiente (CMA). No prazo regimental, não foram apresentadas emendas ao projeto.

No âmbito da CCT, o projeto foi rejeitado, enquanto na CRA, ele foi aprovado com a Emenda nº 1-CRA, que visa a corrigir o texto da ementa, para explicitar o objeto da proposição, conforme determina o art. 5º da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que *dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis*.

II – ANÁLISE

Compete à CAS, na forma do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal dispor sobre o mérito de proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde.

Inicialmente, há que reconhecer que o tema objeto da proposição possui grande relevância em termos da saúde pública e da segurança dos consumidores e tem provocado intensa polêmica sobre os possíveis impactos que os OGMs, especialmente os transgênicos, causam na saúde humana e nos ecossistemas.



O impacto dos alimentos geneticamente modificados sobre a saúde humana ou animal e sobre o meio ambiente é aferido por meio de avaliação de risco, que é a probabilidade de ocorrência de um potencial ou conhecido efeito adverso à saúde em uma população, bem como de sua severidade. Para a saúde humana, os principais riscos potenciais dos OGMs identificados até o momento estão associados com toxicidade, alergenicidade e alterações nutricionais, além de eventual ocorrência de resistência a antibióticos, ainda que essa possibilidade seja considerada remota.

A avaliação de risco associado aos OGMs é complexa, especialmente quando se considera que, ao serem desenvolvidos, algumas características existentes nos organismos podem ser alteradas não intencionalmente, podendo-se afetar a expressão de seus componentes constitutivos. Assim, as incertezas do processo tornam a mensuração e avaliação de riscos atividades ainda mais complicadas.

Do ponto de vista da segurança alimentar, especificamente, parece ser consenso entre os pesquisadores que ainda é insuficiente o conhecimento acumulado sobre como funcionam as toxinas ou as substâncias alergênicas dos produtos modificados, bem como sobre quais podem ser os seus efeitos a longo prazo. Além disso, há que considerar a possibilidade, ainda que remota, de transferência horizontal de genes dos OGMs, especialmente daqueles resistentes a determinados antibióticos, e como isso poderia afetar a cadeia alimentar. Ainda que, para muitos alimentos geneticamente modificados, não se tenham identificado riscos para a saúde dos consumidores, pode-se argumentar que ainda é curto o período de observação para que sejam evidenciados efeitos adversos.

Ademais, os riscos para a saúde a serem considerados não se resumem aos diretamente decorrentes dos alimentos transgênicos, sobre os quais ainda não se tem muita certeza, mas abrangem também os decorrentes do aumento do uso de agrotóxicos, esses com efeitos sabidamente nocivos para a saúde humana e para o meio ambiente. A expansão de plantações de transgênicos tem aumentado o uso de agrotóxicos no País, uma vez que grande parte das sementes geneticamente alteradas tem como principal característica a resistência a venenos agrícolas. Com o crescimento do emprego desses produtos nas lavouras de plantas geneticamente modificadas, aumentam os riscos para a saúde dos consumidores.



Em um cenário em que não se dispõem de evidências científicas cabais sobre os riscos diretos e indiretos dos OGMs sobre a saúde da população, deve-se priorizar o princípio da precaução, que busca resguardar os legítimos interesses da sociedade, presentes e futuros, diante da possibilidade de ocorrência de danos sérios e irreversíveis para a saúde humana e o meio ambiente.

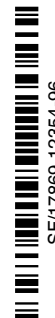
Destarte, até que os impactos dessa nova tecnologia sobre a saúde humana e o ecossistema estejam devidamente avaliados, há que adotar políticas pautadas no princípio da precaução. Isso implica a priorização da realização de mais pesquisas, a implementação de ações regulatórias mais rígidas e a disponibilização de informações o mais amplamente possível para fundamentar as escolhas dos consumidores.

O art. 40 da Lei nº 11.105, de 2005, que o projeto de lei sob análise pretende alterar, estabelece que “os alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados deverão conter informação nesse sentido em seus rótulos, conforme regulamento”. A Lei, portanto, não estabelece qualquer limite abaixo do qual se isenta o rótulo do alimento de veicular a informação sobre OGM.

O projeto ora sob análise altera esse dispositivo, para determinar que a informação sobre a natureza transgênica dos alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal seja obrigatória apenas quando a presença de OGM estiver acima do limite de um por cento do produto, conforme análise específica para tal finalidade.

A proposta também faculta a veiculação de informação de que o alimento é livre de OGM, desde que haja análise específica que comprove essa ausência. Isso, a nosso ver, poderá acarretar dificuldades para os produtores, especialmente os pequenos, já que, para veicular tal informação, haveria que realizar análises específicas, o que imporá mais custos para o processo de produção. Acreditamos que isso não beneficia os consumidores, pois dificultará que a informação seja disponibilizada ou implicará aumento do custo final do produto.

Julgamos que a atual Lei de Biossegurança regula de maneira adequada o tema da rotulagem dos OGMs, garantindo o respeito ao direito do consumidor à ampla e adequada informação sobre os produtos que vai consumir. Com relação às alterações propostas pelo PLC em análise, não cremos que elas contribuam para o aperfeiçoamento da matéria. Ao



contrário, entendemos que elas restringem a informação a ser disponibilizada ao consumidor sobre a natureza – transgênica ou não – dos alimentos que vai adquirir.

Corroborando o nosso entendimento, há manifestações contrárias ao PLC nº 34, de 2015, da parte do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da entidade Verde Vida – que organizou um manifesto público contrário ao projeto, com mais de 2.500 assinaturas – e do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), que assina documento com posição contrária ao PLC juntamente com outras entidades, incluindo associações de pacientes, conselhos e sociedades de profissionais de saúde, além de entidades acadêmicas, principalmente da área de saúde.

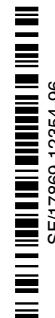
III – VOTO

Pelo exposto, o voto é pela **rejeição** do Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SF/17869.12354-96



SENADO FEDERAL
Senador Cidinho Santos

VOTO EM SEPARADO

Perante a COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015 (PL nº 4.148/2008, na Casa de origem), do Deputado Luis Carlos Heinze, que *altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005*.



SF/17130.26297-49

I – RELATÓRIO

Submete-se à análise da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 34, de 2015 (PL nº 4.148, de 2008, na Casa de origem), de autoria do Deputado Luis Carlos Heinze, que *altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005*.

O PLC em análise é constituído de dois artigos. O art. 1º altera a redação do art. 40 da Lei nº 11.105, de 2005, no sentido de estabelecer que os rótulos dos alimentos e dos ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal, oferecidos em embalagem de consumo final, que contenham ou sejam produzidos a partir de organismo geneticamente modificado (OGM) ou derivados com presença superior a 1% (um por cento) de sua composição final, detectada em análise específica, conforme regulamento, deverão informar ao consumidor a natureza transgênica do alimento.

Três parágrafos são propostos e complementam o *caput*. O §1º estatui que a informação em questão deve constar nos rótulos dos alimentos embalados na ausência do consumidor, bem como nos recipientes de alimentos vendidos a granel ou *in natura* diretamente ao consumidor, devendo ser grafada, em destaque, de forma legível, utilizando-se uma das seguintes expressões, conforme o caso, “(nome do produto) transgênico” ou “contém (nome do ingrediente) transgênico”.

O § 2º estabelece que aos alimentos que não contenham organismos geneticamente modificados será facultada a rotulagem “livre de

Gabinete do Senador Cidinho Santos

Anexo I, 19º andar – Ed. Principal – 70165-900 Brasília – DF Telefone: (61) 3303- 6167

transgênicos”, comprovada a total ausência, no alimento, de organismos geneticamente modificados, por meio de análise específica. O § 3º proposto, por sua vez, dispõe que a informação de que trata o § 1º deverá atender ao tamanho mínimo de letra definida no Regulamento Técnico de Rotulagem Geral de Alimentos Embalados. O art. 2º do PLC nº 34, de 2015, trata da cláusula de vigência.

Inicialmente, a Proposição foi distribuída às Comissões de Assuntos Sociais e de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA). Posteriormente, o Requerimento nº 548, de 2015, de iniciativa da Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática (CCT), solicitou, nos termos do disposto no art. 255, II, "c", 12, do Regimento Interno do Senado Federal, que fosse ouvida, também, essa Comissão.

Na CCT foi aprovado, em 13 de outubro de 2015, relatório de autoria do Senador RANDOLFE RODRIGUES, pela rejeição do Projeto. Nesse mesmo momento, apresentou-se o Requerimento nº 1.174, de 2015, de autoria do Senador LASIER MARTINS, que requereu a apreciação da Comissão de Agricultura e Reforma Agrária (CRA) sobre a presente matéria.

A CRA, por sua vez, adotou Parecer pela aprovação do PLC com a Emenda nº 1 – CRA, que visa a corrigir o texto da ementa para explicitar o objeto da proposição, conforme determina o art. 5º da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis.

Na CAS, por fim, a Senadora VANESSA GRAZZIOTIN apresentou Relatório pela rejeição do Projeto.

II – ANÁLISE

Compete à Comissão de Assuntos Sociais opinar sobre o mérito de proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde e inspeção e fiscalização de alimentos, na forma do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF).

Em breve síntese, a análise empreendida pela Relatora do PLC no âmbito da CAS fundamenta a opção pela rejeição da matéria sob o argumento de que é necessária a realização de mais pesquisas que avaliem os impactos dos OGM sobre a saúde humana e o ecossistema, considerando que, mesmo que não tenham sido identificados riscos dos alimentos



geneticamente modificados para a saúde dos consumidores, seria curto o período de observação para que fossem evidenciados efeitos adversos.

Alega, ainda, que a expansão de plantações de transgênicos tem aumentado o uso de defensivos agrícolas, uma vez que grande parte das sementes geneticamente alteradas tem como principal característica a resistência a determinados herbicidas.

Ademais, a Relatora considera que a proposta de condicionar a veiculação de informação de que o alimento é livre de OGM à análise específica que comprove essa ausência poderá acarretar dificuldades para os pequenos produtores, impondo mais custos para o processo de produção.

Cumpre-nos, contudo, expressar nossa divergência em relação à opinião da Relatora. Na análise constante do Parecer nº 4, de 2017, da CRA, de nossa relatoria, demonstra-se que o limite de tolerância de um por cento para a presença de OGM na composição final dos produtos alimentícios, conforme proposto pelo PLC no texto do art. 40 da Lei nº 11.105, de 2005, não altera a prática atual, que se encontra regulamentada no art. 2º do Decreto nº 4.680, de 24 de abril de 2003.

Ressaltamos que o estabelecimento de um limite de tolerância para a presença de OGM é extremamente relevante, pois é quase impossível garantir a total segregação dos produtos agrícolas, no caso, convencionais ou geneticamente modificados, podendo haver algum grau de mistura, considerada aceitável e inevitável. No Brasil, essa tolerância era de 4% até a edição do Decreto nº 4.680, de 2003, que reduziu esse percentual para o atual patamar de 1%. No Japão, por exemplo, é obrigatória a rotulagem para produtos com 5% ou mais.

Ratificamos nosso entendimento no sentido de que o fim da obrigatoriedade da aposição do símbolo “T” não prejudica, de qualquer forma, a correção e a exatidão das informações prestadas aos consumidores, uma vez que a Proposição institui, em Lei, a obrigatoriedade da grafia das expressões “(nome do produto) transgênico” ou “contém (nome do ingrediente) transgênico” nos rótulos dos alimentos com tais características.

Não há estudos científicos que comprovem que alimentos transgênicos causem mal à saúde humana, mas, por outro lado, há alimentos que contêm glúten, lactose, gorduras trans, ou mesmo sal ou açúcar em quantidades tais que agravam males conhecidos, como hipertensão, obesidade ou diabetes. Nem por isso a sociedade tem demandado símbolos



SF/17130.26297-49

destacados (G, para glúten, L, para lactose, ou GT, para gorduras trans) que alertem para a existência de tais ingredientes nos alimentos, bastando menção por escrito. Portanto, ao contrário do difundido em muitos veículos de comunicação, o PLC mantém a obrigatoriedade da informação clara, ostensiva e em língua portuguesa, conforme demandado pelo art. 31 do Código de Defesa do Consumidor, sobre a eventual natureza transgênica do produto.

Quanto ao custo da análise específica para comprovação da total ausência no alimento de organismos geneticamente modificados, entendemos que o regulamento poderá estabelecer critérios de amostragem e frequência com que tais análises deverão ser realizadas, não sendo cabível que todas as partidas e cargas de alimentos ou de matéria-prima a ser utilizada na sua fabricação sejam, necessariamente, analisadas quanto à ocorrência de transgênicos. Dessa forma, o custo dessas análises não constitui motivo relevante para a rejeição do PLC, cuja proposta contribui, a nosso ver, para que seja coibida a veiculação de propaganda enganosa quanto à ausência de transgênico nos alimentos.

Por fim, como contraponto à posição da Relatora, que entende ser necessário que haja mais tempo para avaliações, ressaltamos que os alimentos transgênicos são uma realidade há mais de 15 anos no mundo e ainda não há registros de que sua ingestão cause danos diretos à saúde humana. A incompreensão sobre a importância e a natureza dos avanços da Ciência leva contingentes de críticos, por motivos ideológicos ou religiosos, a se posicionarem contra tais avanços.

Quanto aos efeitos dos OGM sobre o meio ambiente, embora seja verdade que algumas variedades possam contribuir para o uso mais intensivo de defensivos agrícolas, as análises são geralmente enviesadas e se esquecem de que existem variedades de transgênicos que contribuem para a redução da necessidade do uso de agrotóxicos, como é o caso das tecnologias resistentes à ação de pragas e doenças. Além disso, é preciso ponderar que as tecnologias resistentes a herbicidas de amplo espectro, ainda que possam incentivar o uso desses defensivos com maior intensidade, trazem benefícios ambientais, pois, barateando o controle pós-emergente de ervas daninhas, contribuem para a viabilização do sistema de plantio direto, que permite um manejo de solo menos agressivo e com diversos benefícios ambientais, como a redução da erosão do solo e do assoreamento dos rios, a melhoria da capacidade de infiltração da água no solo, o aumento da presença de matéria orgânica e o favorecimento à atividade microbológica no solo, entre outros.



SF/17/130.26297-49

Feitas essas considerações e deixando momentaneamente de lado a polêmica sobre benefícios e riscos dos transgênicos, é importante anotar que o uso de transgênicos já é uma realidade consolidada na agricultura e que o PLC não tem o condão de incentivar o uso de transgênicos e nem é esse o intento do Projeto, que visa apenas ao estabelecimento de regras claras quanto à rotulagem de transgênicos, que contemplem informações inequívocas e úteis para os consumidores e que sejam factíveis de serem implementadas pelo setor produtivo.

Registramos, por fim, a necessidade de acolhimento da Emenda nº 1 – CRA, que corrige a ementa do PLC nº 34, de 2015, para explicitar o objetivo da proposição, como exige o art. 5º da Lei Complementar nº 95, de 1998, que *dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis*, evitando, assim, a chamada “ementa cega”. Por se tratar de emenda de redação, não alterando o mérito do Projeto, apenas tal modificação não ensejará o retorno do PLC à análise da Câmara dos Deputados.

III – VOTO

Diante do exposto, somos favoráveis à *aprovação* do Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015, com a Emenda nº 1 – CRA.

Sala da Comissão,

Senador CIDINHO SANTOS



SF/17130.26297-49



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 34, DE 2015 (Nº 4.148/2008, na Casa de origem)

Altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 40 da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 40. Os rótulos dos alimentos e dos ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal, oferecidos em embalagem de consumo final, que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados com presença superior a 1% (um por cento) de sua composição final, detectada em análise específica, conforme regulamento, deverão informar ao consumidor a natureza transgênica do alimento.

§ 1º A informação estabelecida neste artigo deve constar nos rótulos dos alimentos embalados na ausência do consumidor, bem como nos recipientes de alimentos vendidos a granel ou *in natura* diretamente ao consumidor, devendo ser grafada, em destaque, de forma legível, utilizando-se

uma das seguintes expressões, conforme o caso, "(nome do produto) transgênico" ou "contém (nome do ingrediente) transgênico".

§ 2º Aos alimentos que não contenham organismos geneticamente modificados será facultada a rotulagem "livre de transgênicos", comprovada a total ausência no alimento de organismos geneticamente modificados, por meio de análise específica.

§ 3º A informação de que trata o § 1º deverá atender ao tamanho mínimo de letra definida no Regulamento Técnico de Rotulagem Geral de Alimentos Embalados."(NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PROJETO DE LEI ORIGINAL Nº 4.148, DE 2008.

Altera e acresce dispositivos à Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. *O caput do artigo 40 da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, passa a vigorar com a seguinte redação:*

Art. 40. *Os rótulos dos alimentos destinados ao consumo humano, oferecidos em embalagem de consumo final, que contenham organismos geneticamente modificados, com presença superior a 1% de sua composição final, detectada em análise específica, deverão informar o consumidor, a natureza transgênica do alimento.*

Art. 2º. *Acresce-se ao artigo 40 da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, os §§ 1º, 2º e 3º, com a seguinte redação:*

§ 1º. *A informação estabelecida neste artigo deve constar nos rótulos dos alimentos embalados na ausência do consumidor, bem como nos recipientes de alimentos vendidos à granel ou in natura diretamente ao consumidor, devendo ser grafada, em destaque, de forma legível, utilizando-se uma das seguintes expressões, dependendo do caso:*

“(nome do produto) transgênico” ou “ contém (nome do ingrediente) transgênico”.

§ 2º: Aos alimentos que não contenham organismos geneticamente modificados será facultada a rotulagem “ livre de transgênicos”, desde que tenham similares transgênicos no mercado brasileiro e comprovada a total ausência no alimento de organismos geneticamente modificados, através de análise específica.

§ 3º. O direito à informação para os alimentos que envolvam organismos geneticamente modificados está disciplinado exclusivamente neste artigo e a sua não observância implicará na aplicação das penalidades previstas no Código de Defesa do Consumidor e demais normas aplicáveis.

Art. 3º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

Ressaltamos que defendemos o direito do consumidor ser informado sobre as características ou propriedades dos alimentos.

Entretanto, o direito à informação deve ser aplicado em consonância com os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, contemplados no inciso III, do artigo 4º da Lei 8.078/90, além de apresentar conteúdo útil, esclarecedor e eficiente, em obediência ao Código de Defesa do Consumidor, especialmente seus artigos 6º e 31.

A experiência diária de relacionamento com o consumidor, nos leva a acreditar que a informação que induza a erro, falso entendimento ou de conteúdo inútil, é desinformante, já que não cumpre o papel de esclarecer, mas sim o de confundir ou de nada agregar.

A questão da biotecnologia no Brasil foi extremamente politizada. Algumas organizações, sob o pretexto de informar o consumidor, pretendem que o rótulo do alimento funcione como ferramenta de contra propaganda, intuito com o qual a legislação em vigor tem ido de encontro, ao estabelecer frases e símbolo, sem conteúdo esclarecedor, ora inúteis, ora desinformantes, o que, em verdade, leva o consumidor a uma situação exatamente contrária àquela objetivada pela Lei nº 8.078/90.

É por tais razões que elaboramos a presente proposta de alteração da Lei nº 11.105/05 para que as regras de rotulagem possam atingir seu fim, estabelecendo o critério da detectabilidade, o limite de presença não intencional de OGM e a forma da informação de modo a não confundir o consumidor.

I - Detectabilidade

Julgamos inapropriado o critério da rastreabilidade para o fim de rotulagem de produtos geneticamente modificados, devendo ser adotado o critério da **DETECTABILIDADE**, como proposto no *caput* do artigo 40, já que os inconvenientes da primeira são de ordem econômica e operacional.

Consideramos a rastreabilidade um esse sistema extremamente complexo, custoso e com graves inconvenientes, tais como:

1. O critério de rastreabilidade é frágil e coloca em desvantagem os produtos nacionais em relação aos importados.

Em regra, a fragilidade desse critério, subsume-se no fato de que os meios de comprovação da não utilização de matéria-prima geneticamente modificada, baseiam-se na apresentação de *certificados* e/ou outros documentos, inclusive fiscais, de difícil controle.

Outra desvantagem com relação a esse método é a dificuldade, senão impossibilidade, da sua realização para produtos importados.

Não há controle da matéria-prima e do produto final importados, no país de origem, gerando, dessa forma, tratamento desigual com relação aos produtos nacionais.

Os altos custos para a fabricação de produto nacional livre de organismos geneticamente modificados, segundo o critério da rastreabilidade, acarretariam tratamento desigual com relação aos produtos importados não rastreados, em consequência não rotulados.

Tais custos, de certificação e rastreabilidade, em determinados casos tornam-se impraticáveis, sendo, ainda, repassados ao consumidor através do preço dos produtos.

2. Os fornecedores de matéria-prima, em sua maioria, não estão preparados para um processo de certificação, sendo que os fornecedores estrangeiros podem não se dispor a tal processo, podendo gerar desabastecimento.
3. O controle do processo de certificação, especialmente de grãos, nem sempre é feito na sua totalidade. Acresce-se, ainda, o fato de que pode ocorrer agregação não intencional, nas etapas de transporte e armazenagem.

O processo de certificação, em especial, plano de amostragem e metodologia devem ser precisos e rigorosos, sob pena de se tornarem inócuos.

4. A certificação geraria várias categorias de matérias-prima no mercado, com valores distintos, impactando toda a cadeia produtiva.

II - Percentual

Todas as matérias-primas utilizadas na produção de alimentos, incluindo as geneticamente modificadas, são previamente avaliadas pelas autoridades competentes e consideradas seguras para consumo humano e animal.

Assim, a informação sobre a transgênia se presta a garantir o direito de escolha, sem de nenhuma forma, afetar a saúde do consumidor.

Bem por isso, a fixação de quaisquer percentuais de presença passível de isentar a rotulagem não segue nenhum conteúdo científico, mas sim, em verdade, econômicos, ou seja, custos gerados na "segregação" da matéria-prima convencional da transgênica, em toda a cadeia produtiva.

Imprescindível, desse modo, a rotulagem seja exigida para os alimentos em que, através de análise laboratorial, constata-se proteína ou DNA resultantes de técnica de engenharia genética, acima do limite de 1% no produto final.

III – Formato da informação

Três outros itens que dizem respeito à forma de prestar a informação nos alimentos transgênicos, também merecem disciplina mais adequada e que resultaram nas redações dos §§ 1º, 2º e 3º, a saber:

1) Indicação da espécie doadora do gene;

Entendemos que a indicação da espécie doadora do gene não traz benefício ao consumidor, uma vez que de difícil compreensão (nomes científicos), contrariando, desse modo, o disposto nos artigos 6º e 31 do Código de Defesa do Consumidor, que exige o fornecimento ao consumidor de informações claras e que não o levem a erro ou falso entendimento.

Por essa razão, a informação contemplada no § 2º, art. 2º, do Decreto nº 4.680/03 não se refletiu na presente proposta.

2) Aposição de símbolo no rótulo; e,

Quanto a inserção de símbolo junto à informação de transgênia, conforme disciplinado no Decreto nº 4.680/03 e na Portaria nº 2.658/03, julgamos inapropriada a sua utilização para indicação da presença de DNA ou proteína resultante da modificação genética, pelos motivos que seguem.

As normas de rotulagem de alimentos estabelecidas no Mercosul e no *Codex Alimentarius*, não apresentam dispositivos específicos de rotulagem dos produtos produzidos a partir de organismos geneticamente modificados e seus derivados.

As exigências do Decreto nº 4.680/03 e da Portaria nº 2.658/03 provocam sérios problemas nas relações comerciais internacionais¹, uma vez que o Brasil é o único país do mundo a adotar um símbolo de alerta em produtos aprovados para consumo humano.

As normas brasileiras não se baseiam em nenhum precedente internacional ao instituir o símbolo, que de resto, somente agrega valor negativo ao produto.

Cabe ainda ressaltar que a apresentação gráfica (formato e cores) do símbolo disciplinado na Portaria nº 2.658, de 22 de dezembro de 2003, é utilizada em placas de advertência, atenção e existência de risco², afixadas em locais de perigo, radiação, eletricidade, explosão, entre outros.

Assim, o símbolo em questão vincula o alimento, que contenha DNA ou proteína obtida através de organismo geneticamente modificado, a circunstâncias de perigo, nocividade, cuidado, alerta, e outras mais para as quais a apresentação gráfica é usualmente destinada.

Esta correspondência entre o símbolo (triângulo amarelo e preto) e suposto "risco" de consumo afeta a imagem de qualidade dos produtos, bem como, a exigência da cor amarela gera altos custos com embalagens, haja vista que, muitas vezes, esta cor não compõe a rotulagem usual dos produtos.

¹ É sabido que o governo Argentino considerou o Decreto nº 4.680/03 restritivo ao comércio bilateral e regional, apontando normas do Mercosul infringidas por ele, a saber:

Artigo 1º do Tratado de Asunción;
Artigo 1º da Decisão CMC 22/00;
Resolução GMC 21/02, e
Decisões CMC 6/96 e 58/00.

² Simbologia disciplinada por normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. – Vide Anexo I.

3) Rotulagem de alimentos e ingredientes produzidos a partir de animais alimentados com ração com ingredientes transgênicos.

Certo é também, que inexistem no mercado internacional regras de rotulagem para produtos produzidos a partir de animais alimentados com OGM, bem como, em hipóteses muito restritas, se exige a rotulagem quando ausente a proteína ou DNA resultantes de técnica de engenharia genética, sendo provável que os importadores entendam tais exigências como a criação de barreiras não tarifárias, e pior, **não justificadas tecnicamente**, passível, ainda, de gerar, em contraposição, restrições em exportações.

A exclusão de previsão de rotulagem de alimentos destinados a animais também carecem de justificativa técnica nos moldes acima.

CONCLUSÃO:

Em razão de todas as impropriedades das regras de rotulagem supra-elencadas, mister se faz que a disciplina da rotulagem dos alimentos que contenham organismos geneticamente modificados, contemple de forma clara: limite de presença de OGM (%) que isente a rotulagem; prevalência do critério da detectabilidade; e forma de apresentação da informação útil e clara ao consumidor.

ANEXO I



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA SECRETARIA-GERAL DA MESA**LEI Nº 11.105, DE 24 DE MARÇO DE 2005.**

Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências

Art. 40. Os alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados deverão conter informação nesse sentido em seus rótulos, conforme regulamento.

(Às Comissões de Assuntos Sociais; e de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle)

Publicado no DSF, de 5/5/2015

Secretaria de Editoração e Publicações - Brasília-DF

OS: 11792/2015



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 4, DE 2017

Da COMISSÃO DE AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA, sobre o processo Projeto de Lei da Câmara nº34, de 2015, que Altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.

PRESIDENTE: Senador Ivo Cassol

RELATOR: Senador Cidinho Santos

19 de Setembro de 2017



PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA, sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015 (Projeto de Lei nº 4.148/2008, na Casa de origem), do Deputado Luis Carlos Heinze, que altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.

RELATOR: Senador **CIDINHO SANTOS**

I – RELATÓRIO

Submete-se à análise da Comissão de Agricultura e Reforma Agrária (CRA) o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 34, de 2015 (PL nº 4.148, de 2008, na origem), de autoria do Deputado Luis Carlos Heinze, que altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.

Constituído de dois artigos, o art. 1º altera a redação do art. 40 da Lei nº 11.105, de 2005, no sentido de estabelecer que os rótulos dos alimentos e dos ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal, oferecidos em embalagem de consumo final, que contenham ou sejam produzidos a partir de organismo geneticamente modificado (OGM) ou derivados com presença superior a 1% (um por cento) de sua composição final, detectada em análise específica, conforme regulamento, deverão informar ao consumidor a natureza transgênica do alimento.

Três parágrafos são propostos e complementam o *caput*. O §1º estatui que a informação em questão deve constar nos rótulos dos alimentos embalados na ausência do consumidor, bem como nos recipientes de alimentos vendidos a granel ou *in natura* diretamente ao consumidor, devendo ser grafada, em destaque, de forma legível, utilizando-se uma das seguintes expressões, conforme o caso, “(nome do produto) transgênico” ou “contém (nome do ingrediente) transgênico”.

O § 2º estabelece que aos alimentos que não contenham organismos geneticamente modificados será facultada a rotulagem “livre de



transgênicos”, comprovada a total ausência, no alimento, de organismos geneticamente modificados, por meio de análise específica. O § 3º proposto, por sua vez, dispõe que a informação de que trata o § 1º deverá atender ao tamanho mínimo de letra definida no Regulamento Técnico de Rotulagem Geral de Alimentos Embalados. O art. 2º do PLC nº 34, de 2015, trata da cláusula de vigência.

Inicialmente, a Proposição foi distribuída às Comissões de Assuntos Sociais (CAS) e de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA). Posteriormente, o Requerimento nº 548, de 2015, de iniciativa da Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática (CCT), solicitou, nos termos do disposto no art. 255, II, "c", 12, do Regimento Interno do Senado Federal, que fosse ouvida, também, essa Comissão.

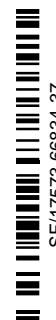
Aprovado o Requerimento mencionado, o PLC foi distribuído ao Senador Randolfe Rodrigues na CCT, para relatar. Em seguida, foi aprovado o Requerimento nº 42/2015 – CCT, de autoria dos Senadores Randolfe Rodrigues, Cristovam Buarque e Aloysio Nunes Ferreira, propondo a realização de Audiência Pública conjunta com a CMA, com vistas a instruir o Projeto. Foram realizadas duas audiências em 11 e 12 de agosto de 2015.

Na CCT foi aprovado, em 13 de outubro de 2015, relatório de autoria do Senador Randolfe Rodrigues, pela rejeição do Projeto. Neste mesmo momento, apresentou-se o Requerimento nº 1.174, de 2015, de autoria do Senador Lasier Martins, que requereu a oitiva desta Comissão de Agricultura e Reforma Agrária (CRA) sobre a presente matéria.

II – ANÁLISE

Compete a esta Comissão, nos termos do inciso XVIII do art. 104-B do Regimento Interno do Senado Federal, opinar em assuntos correlatos à política de desenvolvimento tecnológico da agropecuária, mediante estímulos fiscais, financeiros e creditícios à pesquisa e experimentação agrícola, pesquisa, plantio e comercialização de organismos geneticamente modificados.

Com respeito ao mérito do PLC nº 34, de 2015, cumpre esclarecer alguns aspectos importantes a respeito do tema. Um organismo geneticamente modificado é aquele submetido a técnicas laboratoriais que, de alguma forma, modificaram seu genoma. Por sua vez, um organismo



SF/17573.66834-37

transgênico é aquele submetido a técnica específica de inserção de um trecho de DNA de outra espécie. Assim, **o transgênico é um tipo de OGM, mas nem todo OGM é um transgênico**. Devido à relação existente entre esses termos, frequentemente, eles são utilizados de forma equivocada como sinônimos.

Para entendermos a polêmica que envolve a Proposição em análise, é importante destacar que, a despeito dos alimentos transgênicos serem uma realidade há mais de 15 anos no mundo, ainda não há registros de que sua ingestão cause danos diretos à saúde humana. Não obstante, cumpre destacar que essa tecnologia apenas acelera artificialmente, mediante técnicas de engenharia genética, mudanças genéticas que poderiam levar décadas num processo de melhoramento genético convencional, ou centenas de anos num processo de seleção natural. A incompreensão sobre a importância e a natureza dos avanços da Ciência leva contingentes de críticos, por motivos ideológicos ou religiosos, a se posicionarem contra tais avanços.

Importa ainda resgatar a evolução recente do marco regulatório da biossegurança no Brasil. Foi a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, que ficou conhecida como Lei de Biossegurança, que regulamentou os incisos II e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabeleceu normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados, e autorizou o Poder Executivo a criar, no âmbito da Presidência da República, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio). Essa Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 1.752, de 20 de dezembro de 1995, e posteriormente alterada pela Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001.

Porém, tanto a Lei de Biossegurança quanto o Decreto não trataram da questão da rotulagem de alimentos derivados de OGM ou transgênicos. Aliás, **na Lei de Biossegurança não é utilizado o termo “transgênico”**. Sua introdução via PLC pode ensejar insegurança jurídica, uma vez que o conceito de “transgênico” não está estabelecido na Lei e nem é proposto pelo PLC.

Assinale-se ainda que a rotulagem de alimentos é tratada pelo Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, que *institui normas básicas sobre alimentos*. Além de normas sobre rotulagem, o Decreto-Lei citado trata do registro e do controle dos alimentos, dos aditivos, dos padrões de identidade e qualidade, da fiscalização, dos procedimentos administrativos, das infrações e penalidades, e dos estabelecimentos. Mas, naturalmente, o

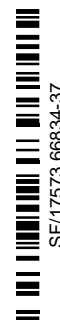


capítulo que trata da rotulagem não aborda a ocorrência de transgênicos, tecnologia inexistente à época da edição do Decreto-Lei. A Proposição em análise não optou por alterar este Decreto-Lei, mas sim a atual Lei de Biossegurança.

Diferentemente do que tem sido apregoado, a primeira norma a disciplinar a rotulagem de alimentos embalados que contivessem ou fossem produzidos com organismo geneticamente modificado foi o Decreto nº 3.871, de 18 de julho de 2001, que impunha tal informação a alimentos com presença de OGM acima do *limite de 4 % do produto*. Esse Decreto (que não fazia nenhuma referência à Lei nº 8.974, de 1995) estabelecia que o rótulo deveria apenas apresentar uma das seguintes expressões: "(tipo do produto) geneticamente modificado" ou "contém (tipo de ingrediente) geneticamente modificado". Para alimentos constituídos de mais de um ingrediente, os níveis de tolerância estabelecidos deveriam ser aplicados para cada um dos ingredientes considerados, separadamente, na composição do alimento. Os Ministérios da Justiça; da Agricultura, Pecuária e do Abastecimento; do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; da Saúde e da Ciência e Tecnologia eram os responsáveis pela fiscalização e pelo controle das informações fornecidas aos consumidores.

O Decreto nº 3.871, de 2001, foi posteriormente revogado pelo Decreto nº 4.680, de 24 de abril de 2003, ainda em vigor, que busca regulamentar o direito à informação quanto aos alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de organismos geneticamente modificados. O art. 1º do Decreto reitera os propósitos explicitados na ementa, mas o art. 2º e seguintes passam a tratar apenas de OGMs transgênicos. Conforme este art. 2º, “na comercialização de alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de organismos geneticamente modificados, com presença acima do limite de 1% do produto, o consumidor deverá ser informado da natureza transgênica desse produto”. Trata-se de percentual ainda menor que os 4% anteriormente estipulados pelo revogado Decreto nº 3.871, de 2001.

O estabelecimento de um limite de tolerância é importante, pois é quase impossível garantir a total segregação dos produtos agrícolas, no caso, convencionais ou transgênicos, podendo haver algum grau de mistura, considerada aceitável e inevitável. Não obstante, não encontramos explicação para a redução, aparentemente aleatória, do percentual de 4 para 1%, nos decretos de 2001 e 2003. No Japão, por exemplo, é obrigatória a rotulagem para produtos com 5% ou mais.



Impende destacar que, conforme o § 1º do art. 2º do Decreto atualmente em vigor, tanto nos produtos embalados como nos vendidos a granel ou *in natura*, no rótulo da embalagem ou do recipiente em que estão contidos deverá constar, em destaque, no painel principal e *em conjunto com o símbolo a ser definido mediante ato do Ministério da Justiça*, uma das seguintes expressões, dependendo do caso: "(nome do produto) transgênico", "contém (nome do ingrediente ou ingredientes) transgênico(s)" ou "produto produzido a partir de (nome do produto) transgênico".

Em outubro de 2003, o Poder Executivo encaminhou projeto de lei ao Congresso, transformado na Lei nº 11.105, de 2005, que revogou sua antecessora, a Lei nº 8.974, de 1995. A Lei de Biossegurança atual é regulamentada pelo Decreto nº 5.591, de 22 de novembro de 2005.

O art. 40 da atual Lei de Biossegurança dispõe que os alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados deverão conter informação nesse sentido em seus rótulos, conforme regulamento, ou seja, o Decreto nº 5.591, de 2005. Este, por sua vez, definiu, no art. 91, que tal informação será tratada na forma de *decreto específico*, recepcionando, assim, o Decreto nº 4.680, de 2003.

O PLC nº 34, de 2015, em análise altera a redação do art. 40 da Lei de Biossegurança para que ela própria, e não o decreto, regulamente a informação sobre presença de ingredientes transgênicos nos alimentos. Concordamos com tal medida.

Espera-se que o regulamento que tratará da análise específica mencionada no artigo proposto a atribuirá à competência de órgãos públicos de vigilância sanitária, que atuarão por meio de amostragens da matéria-prima utilizada pela agroindústria de alimentos. Isso é importante, uma vez que o custo da análise laboratorial é elevado e a sua realização demandará esforço orçamentário do Poder Público. Alternativamente, o Poder Público poderá estabelecer taxas a serem pagas pela indústria de alimentos, para custear as análises em laboratórios privados credenciados. Acreditamos que o regulamento também tratará da frequência com que tais análises deverão ser realizadas, não sendo cabível que todas as partidas e cargas de alimentos ou de matéria-prima a ser utilizada na sua fabricação sejam, necessariamente, analisadas quanto à ocorrência de transgênicos. É a fiscalização por amostras que deve avaliar se os fornecedores de alimentos ou matéria-prima para sua fabricação estão cumprindo a legislação quanto à rotulagem e embalagem.



Um § 1º é proposto à nova redação do art. 40 e define a obrigatoriedade da grafia das expressões “(nome do produto) transgênico” ou “contém (nome do ingrediente) transgênico”, nos rótulos dos alimentos e dos ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal, oferecidos em embalagem de consumo final, que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados. Hoje, tais expressões são determinadas apenas por força do Decreto nº 4.680, de 2003.

Também, de forma acertada, o § 2º proposto ao art. 40 da Lei de Biossegurança faculta aos alimentos que não contenham organismos geneticamente modificados a rotulagem “livre de transgênicos”, desde que comprovada a total ausência no alimento de organismos geneticamente modificados, por meio de análise específica.

O § 3º proposto estabelece que a informação sobre a natureza transgênica do produto deverá atender ao tamanho mínimo de letra definida no “Regulamento Técnico de Rotulagem Geral de Alimentos Embalados”, contido na Resolução RDC nº 259, de 20 de setembro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Não vemos, aqui, problema de técnica legislativa, pois o Projeto faz referência genérica ao Regulamento, e não à Resolução, que pode ser revogada ou substituída.

Por fim, contrariamente à posição exarada no parecer da Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática, não consideramos nociva ao direito do consumidor à informação o fim da obrigatoriedade da aposição do símbolo “T”. Segundo o art. 31 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que *dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências*, o Código de Defesa do Consumidor (CDC):

Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.

Portanto, em nosso entendimento, a alteração legislativa proposta pelo PLC nº 34, de 2015, não afronta o CDC, porquanto institui em Lei a obrigatoriedade da grafia das expressões “(nome do produto) transgênico” ou “contém (nome do ingrediente) transgênico”, nos rótulos dos alimentos que tais características.



Adicionalmente, como já afirmamos, não se verifica, por estudos científicos, que alimentos transgênicos causem mal à saúde humana. Por outro lado, há alimentos que contêm glúten, lactose, gorduras trans, ou mesmo sal ou açúcar em quantidades tais que agravam males conhecidos, como hipertensão, obesidade ou diabetes. Nem por isso a sociedade tem demandado símbolos destacados (G, para glúten, L, para lactose, ou GT, para gorduras trans) que alertem para a existência de tais ingredientes nos alimentos, bastando a menção por escrito. Portanto, ao contrário do difundido em muitos veículos de comunicação, o PLC mantém a obrigatoriedade da informação clara, ostensiva e em língua portuguesa, conforme demandado pelo art. 31 do CDC, sobre a eventual natureza transgênica do produto.

Propomos, por fim, a correção da ementa do PLC nº 34, de 2015, para explicitar o objetivo da proposição, como exige o art. 5º da Lei Complementar nº 95, de 1998, que *dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis*, evitando assim a chamada “ementa cega”. Por se tratar de emenda de redação, não alterando o mérito do Projeto, apenas tal modificação não ensejará o retorno do PLC à análise da Câmara dos Deputados.

III – VOTO

Diante do exposto, somos favoráveis à **aprovação** do Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015, com a emenda a seguir apresentada.

EMENDA Nº 1 - CRA

Dê-se à ementa do Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015, a seguinte redação:

“Altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, para informar ao consumidor a natureza transgênica do alimento.”

Sala da Comissão, 19 de setembro de 2017.



Senador Ivo Cassol, Presidente

Senador Cidinho Santos, Relator





Relatório de Registro de Presença
CRA, 19/09/2017 às 11h - 24ª, Extraordinária
 Comissão de Agricultura e Reforma Agrária

PMDB		
TITULARES		SUPLENTES
WALDEMIR MOKA	PRESENTE	1. ROSE DE FREITAS
ELMANO FÉRRER	PRESENTE	2. ROMERO JUCÁ
VALDIR RAUPP	PRESENTE	3. VAGO
DÁRIO BERGER	PRESENTE	4. VAGO

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)		
TITULARES		SUPLENTES
FÁTIMA BEZERRA		1. ÂNGELA PORTELA PRESENTE
PAULO ROCHA		2. GLEISI HOFFMANN
REGINA SOUSA	PRESENTE	3. HUMBERTO COSTA
ACIR GURGACZ		4. PAULO PAIM PRESENTE

Bloco Social Democrata (PSDB, PV, DEM)		
TITULARES		SUPLENTES
DALIRIO BEBER	PRESENTE	1. FLEXA RIBEIRO PRESENTE
EDUARDO AMORIM		2. DAVI ALCOLUMBRE
RONALDO CAIADO	PRESENTE	3. VAGO

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)		
TITULARES		SUPLENTES
LASIER MARTINS	PRESENTE	1. JOSÉ MEDEIROS PRESENTE
IVO CASSOL	PRESENTE	2. ANA AMÉLIA PRESENTE

Bloco Parlamentar Socialismo e Democracia (PPS, PSB, PCdoB, REDE)		
TITULARES		SUPLENTES
LÚCIA VÂNIA		1. VAGO
VAGO		2. VAGO

Bloco Moderador (PTB, PSC, PRB, PR, PTC)		
TITULARES		SUPLENTES
WELLINGTON FAGUNDES	PRESENTE	1. TELMÁRIO MOTA
CIDINHO SANTOS	PRESENTE	2. PEDRO CHAVES PRESENTE

Não Membros Presentes

JOSÉ PIMENTEL
 ATAÍDES OLIVEIRA
 AIRTON SANDOVAL

DECISÃO DA COMISSÃO**(PLC 34/2015)**

NA 24ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA CRA REALIZADA NESTA DATA, A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO DO SENADOR CIDINHO SANTOS, QUE PASSA A CONSTITUIR PARECER DA CRA, FAVORÁVEL AO PLC Nº 34/2015, COM A EMENDA Nº 1-CRA.

19 de Setembro de 2017

Senador IVO CASSOL

Presidente da Comissão de Agricultura e Reforma Agrária



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

PARECER Nº , DE 2015

Da COMISSÃO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO, COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA, sobre o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 34, de 2015, do Deputado Luis Carlos Heinze, que *altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005*.

RELATOR: Senador **RANDOLFE RODRIGUES**

I – RELATÓRIO

Vem à análise desta Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática (CCT) o Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015, do Deputado Luis Carlos Heinze, que *altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005*.

Objetivamente, as alterações previstas pelo PLC nº 34, de 2015, são:

- (i) Rotular como transgênicos apenas os alimentos cuja presença de OGM for comprovadamente detectada através de “análise específica”;
- (ii) Facultar a rotulagem “livre de transgênicos” aos alimentos para os quais a referida “análise específica” tenha resultado negativo sobre a presença de OGMs; e
- (iii) Retirar o símbolo “T”, atualmente utilizado para a identificação de alimentos transgênicos, substituindo-o pelas expressões “(nome do produto) transgênico” ou “contém (nome do ingrediente) transgênico.”

No Senado o PLC nº 34, de 2015, foi distribuído para as Comissões de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

(CCT); de Assuntos Sociais (CAS); e de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA).

II – ANÁLISE

Compete a esta Comissão, nos termos do art. 104-C do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), opinar em assuntos correlatos às áreas de desenvolvimento científico, tecnológico e inovação tecnológica (inciso I), comunicação (inciso VII) e regulamentação, controle e questões éticas referentes a comunicação (inciso VIII).

Quanto ao mérito, passo a opinar:

O direito fundamental à informação, um dos pilares da democracia e do Estado de Direito, pertence a toda a coletividade e encontra previsão expressa no artigo 5.º, inciso XIV, da Constituição, que garante ser “assegurado a todos o acesso à informação (...)”.

Especificamente em relação ao consumidor, tratou a Constituição Federal de defini-lo como sujeito de direitos fundamentais, ao prever, em seu artigo 5.º, inciso XXXII: “*o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor*”. Tão grande a sua relevância que o artigo 170, inciso V, elencou a “*defesa do consumidor*” como princípio da ordem econômica.

O direito constitucional do consumidor à informação encontra-se regulamentado pela Lei n.º 8.078, de 1990, que instituiu o Código de Defesa do Consumidor, tendo sido objeto de diversas disposições específicas para a sua proteção. Entre elas, destaca-se o artigo 6.º, inciso III, que institui como direito básico do consumidor “*a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem*.”

Registre-se, por oportuno, que o direito fundamental do consumidor à informação independe da presença ou da ausência de riscos à sua saúde advindos do produto. Assim, ainda que se alegue a inexistência de riscos decorrentes de OGMs, ao consumidor é garantido o acesso



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

integral às informações relativas ao produto, inclusive no que se refere às suas características e composição. Caso tal direito fundamental seja violado, aplicar-se-á o tipo penal contido no artigo 66 do Código de Defesa do Consumidor, que institui como crime “*fazer afirmação falsa ou enganosa, ou omitir informação relevante sobre a natureza, característica, qualidade, quantidade, segurança, desempenho, durabilidade, preço ou garantia de produtos ou serviços.*”

Apesar dos debates na Câmara dos Deputados, quando da aprovação em Plenário do PLC n.º 34, de 2015, terem se voltado ao debate sobre a necessidade ou não de se manter o símbolo “T” (previsto na Portaria do Ministério da Justiça n.º 2.658, de 2003), a questão nuclear de maior relevância consiste na previsão de que a comprovação acerca da presença de OGMs nos produtos seria realizada através de “análise específica”. É este, na realidade, o “ponto-chave” do Projeto de Lei em análise, do qual adviriam as maiores violações ao direito constitucional do consumidor à informação e impactos à diplomacia e economia nacionais.

Explica-se: segundo a sistemática atualmente em vigor, disciplinada pela atual redação do artigo 40 da Lei n.º 11.105, de 2005, pelo Decreto n.º 4.680, de 2003, e pela Portaria do Ministério da Justiça n.º 2.658, de 2003, a identificação da origem transgênica é realizada com base na matéria-prima utilizada na composição do produto final, isto é, no início do processo produtivo. Assim, no sistema atual, basta que determinada espécie transgênica tenha sido utilizada para que advenha a necessidade de rotulagem do produto acerca da presença de OGM. A lógica é simples: havendo matéria-prima transgênica, deverá ocorrer a rotulagem. Observe-se que, dada a facilidade de se identificar a presença de OGM na matéria-prima utilizada no produto, não há necessidade de qualquer comprovação laboratorial.

Já pela proposta contida no PL n.º 34, de 2015, a identificação da origem transgênica seria realizada no próprio produto final, através de análise laboratorial. A identificação, portanto, não mais seria realizada com base na matéria prima, mas no próprio produto acabado, na última fase do processo produtivo, por meio da tal “análise específica”.

Na prática, como a maior parte dos alimentos que contém OGM em sua constituição são (ultra)processados (como óleos e



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

margarinas, por exemplo), a detecção da origem transgênica não será possível de ser realizada. Com isso, a matéria-prima poderá ser 100 % transgênica, mas, em função do processo industrial de fabricação do alimento, este não mais poderá ser identificado como produto de um OGM, dada a impossibilidade de se detectar o DNA da matéria-prima transgênica.

Como bem explica a Ana Paula Bortoletto, pesquisadora do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, a inclusão da “análise específica” para a comprovação da origem transgênica do produto “*é um detalhe técnico que dificulta ter essa informação porque, como a detecção só acontece se tivermos o DNA, o material genético do alimento transgênico, quase nenhum alimento processado, industrializado, vai ter o DNA inteiro para fazer essa análise. Então, no produto final, não necessariamente vamos encontrar a prova laboratorial de que ele é transgênico. E o que importa para o consumidor é saber se a matéria prima usada no produto é ou não transgênica.*”

Assim, dada a impossibilidade técnica de se identificar a presença ou não de matéria-prima provida de OGM através de análise laboratorial do produto final acabado, o resultado nefasto da eventual aprovação do PLC n.º 34, de 2015, seria a ausência de rotulagem sobre a origem transgênica para a grande maioria dos produtos transgênicos, o que representaria forma de ocultar do consumidor a informação sobre a presença de OGMs nos produtos que consome.

Dessa forma, mais do que deixar de informar o consumidor, violando o seu direito fundamental à informação, o Congresso Nacional, com a eventual aprovação do PL n.º 4.148/2008, estaria permitindo que a sociedade brasileira seja ludibriada sobre a presença ou não de transgênicos nos produtos que consome diariamente.

Por fim, vale registrar que o PLC n.º 34, de 2015 desconsidera a vontade da maioria da população brasileira. Primeiro, porque, segundo enquête pública realizada pelo Senado Federal, 94 % dos participantes possuem opinião contrária à referida proposição legislativa. Segundo, porque outras pesquisas de opinião oficiais demonstram a vontade da maioria da sociedade em “querer saber se um alimento contém ou não ingrediente transgênico (74% da população IBOPE, 2001; 71% IBOPE,



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

2002; 74% IBOPE, 2003; e 70,6% ISER, 2005)”, como informa a “Carta das entidades da sociedade civil contra o PL 4148/2008.”

Diante de todos esses elementos, conclui-se que o PLC n.º 34, de 2015, representa violação flagrante ao direito fundamental do consumidor à informação, garantido pela Constituição Federal e pelo Código de Defesa do Consumidor.

Especificamente em relação aos OGMs, apesar da Lei n.º 11.105, de 2005, ter permitido o seu cultivo e comercialização, ainda não há qualquer consenso científico acerca dos potenciais riscos que possam produzir à saúde da coletividade, inclusive por decorrência da questão do aumento do uso de agrotóxicos.

A falta de certeza científica acerca da inexistência de danos advindos do consumo de OGM tem sido objeto de estudos aprofundados por parte de cientistas de todo o mundo, podendo ser destacada a recente chamada da União Europeia e Governo francês para investigar os impactos a longo prazo na saúde ocasionados pelo consumo de alimentos OGM face às incertezas levantadas pelos estudos de nutrição animal.

No ponto, é preciso ressaltar que o princípio da precaução, amplamente aplicado nas legislações brasileira e internacional, inclusive consistindo em princípio orientador do Protocolo de Cartagena sobre biossegurança (artigo 1.º), aplica-se ao caso da rotulagem de transgênicos, já que a sua incidência se dá “quando a informação científica é insuficiente, inconclusiva ou incerta e haja indicações de que os possíveis efeitos sobre o ambiente, a saúde das pessoas ou dos animais ou a proteção vegetal possam ser potencialmente perigosos e incompatíveis com o nível de proteção escolhido.”

O princípio da precaução serviu de fundamento para que o Congresso Nacional francês vetasse por completo a implantação de milho geneticamente no país, decisão legislativa que foi posteriormente ratificada pela Corte Constitucional francesa na Decisão n.º 694, de 2014.

Assim, ainda que não haja comprovação sobre a relação direta entre o consumo de alimentos transgênicos com danos à saúde dos consumidores, o fato é que, por força do princípio da precaução, a mera



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

incerteza científica a esse respeito já é suficiente para a adoção de medidas destinadas a evitar a ocorrência de tais danos, o que se impõe ainda com mais evidência em razão de sua gravidade. Adicione-se a tais considerações o fato de que o cultivo de OGMs implica o aumento considerável da utilização de agrotóxicos, sobre os quais há certeza científica sobre a produção de danos à saúde do consumidor.

A justificação do Projeto de Lei em epígrafe não encontra fundamentos na realidade fática. A alegação genérica de que a rotulagem criminaliza o consumo desses alimentos não prospera e pode ser facilmente rechaçada a partir de pesquisa produzida pelos próprios produtores de tais alimentos. A Associação Brasileira das Indústrias de Alimentos realizou, em parceria com o instituto IPSOS, em maio de 2014, pesquisa cujo objetivo central consistia na mera apresentação do atual símbolo dos alimentos oriundos de transgênicos a uma amostra de indivíduos, para que respondessem à seguinte pergunta: “na sua opinião, qual é o significado desse símbolo?”

Dos entrevistados, 69% declararam não compreendê-lo; 14 %, o identificaram como um possível sinal de trânsito; 6%, como transgênicos e, portanto, identificaram adequadamente a rotulagem; 6%, como um sinal de alerta; 2%, como marca de roupa; e, apenas 3% dos entrevistados identificaram o símbolo como potencial gerador de males à saúde ou perigoso.

Veja-se: há 5 vezes mais pessoas que identificam o símbolo como um sinal de trânsito que como algo potencialmente nocivo à saúde. Há, por outro lado, uma carência enorme de informação da sociedade a respeito do tema, que se agravaria ainda mais com a exclusão do rótulo.

Assim, não goza de ressonância empírico-científica a alegação de que a rotulagem abala a credibilidade dos produtos antes os consumidores, criminalizando seu consumo. Tampouco a supressão da rotulagem servirá para mitigar eventual preconceito, pois preconceito é uma enfermidade social que se trata com informação e não com a subtração desse direito fundamental.

Especialistas em análise semiótica apontam que o atual símbolo identificador não inspira medo, mas antes, pelo seu fundo amarelo,



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

inspira cautela. É neste mesmo sentido que nos semáforos a cor amarela significa “atenção”, e os sinais vermelho e verde significam, na consciência coletiva, respectivamente, proibição ou autorização.

III – VOTO

Pelos motivos expostos, opinamos pela *rejeição* do Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015.

Sala da Comissão, **13/10/2015**

SENADOR CRISTOVAM BUARQUE, Presidente

SENADOR RANDOLFE RODRIGUES, Relator

1ª PARTE - DELIBERATIVA

2

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 53, de 2012 (Projeto de Lei nº 910, de 2007, na origem), da Deputada Sandra Rosado, que *dispõe sobre a obrigatoriedade de os laboratórios farmacêuticos inserirem diferenciador tátil nos recipientes dos medicamentos injetáveis com potencial de letalidade.*



RELATOR: Senador **OTTO ALENCAR**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 53, de 2012 (Projeto de Lei nº 910, de 2007, na Casa de origem), da Deputada Sandra Rosado. A proposição obriga os laboratórios farmacêuticos a inserirem diferenciador tátil nos recipientes dos medicamentos injetáveis com potencial de letalidade.

O PLC é composto por cinco artigos. O primeiro determina que os laboratórios farmacêuticos atuantes no mercado brasileiro devem inserir elemento diferenciador, identificável pelo tato, nos envoltórios dos medicamentos injetáveis que possuam potencial de letalidade.

O art. 2º condiciona o registro, no País, de novo medicamento injetável com potencial de letalidade à comprovação do cumprimento dessa exigência, conferindo prazo de 360 dias para que os medicamentos já registrados sejam adaptados às determinações legais.

O art. 3º remete ao regulamento a definição de quais medicamentos estarão sujeitos à regra e de outros elementos de identificação necessários, enquanto o art. 4º determina que eventuais infrações legais sejam sancionadas na forma da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que

configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

O art. 5º – cláusula de vigência – determina que a lei eventualmente originada do projeto entre em vigor na data de sua publicação.

Na justificação do projeto, a autora informa que, nos atendimentos emergenciais, há grande incidência de “administração imprópria” de medicamentos, em função da celeridade com que precisam ser executados os procedimentos. Já no atendimento ambulatorial, acredita que esses erros também acontecem, porém em menor frequência. Para ela, a diferenciação tátil dos medicamentos injetáveis reduziria, ou até mesmo eliminaria, a ocorrência desses erros letais.

O projeto foi distribuído à análise exclusiva deste Colegiado, que decidirá em caráter terminativo, não tendo recebido emendas durante o prazo previsto na alínea c, do inciso II do art. 122 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF).

II – ANÁLISE

A competência da CAS para apreciar e decidir terminativamente sobre o PLC nº 53, de 2012, está fundamentada no inciso IV do § 1º do art. 91 e no inciso II do art. 100 do Risf.

A apresentação do PLC nº 53, de 2012, está plenamente justificada pelo fato de os erros de medicação serem responsáveis por elevada carga de morbimortalidade em todo o mundo. No entanto, como os danos resultantes desses erros podem implicar responsabilidade do autor, é comum que sejam ocultados. Por isso, as estatísticas sobre o assunto nem sempre são confiáveis.

Relatos da literatura médica internacional apontam que o percentual de erros de medicação em atendimentos de emergência situa-se na faixa de 15% a 34%, mesmo nos hospitais dos países desenvolvidos. No Brasil, estudo multicêntrico realizado em enfermarias de clínica médica de diversos hospitais universitários das Regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste mostrou índice de erro de 30%. São números assustadores, mas, muito provavelmente, inferiores à realidade das unidades de



emergência do Sistema Único de Saúde sem vínculo com instituições universitárias.

Segundo a literatura médica, as áreas mais vulneráveis aos erros de medicação são anestesia, terapia intensiva, quimioterapia e pediatria e, dentro dessas áreas, a administração intravenosa de medicamentos é a que gera maiores danos.

Historicamente, os erros de medicação eram atribuídos individualmente ao profissional de saúde responsável, quase sempre o profissional de enfermagem que efetivamente administra o medicamento. De fato, o fator humano deve ser considerado. Pessoas cometem equívocos e todos os profissionais de saúde estão sujeitos a momentos de desconcentração, em que podem esquecer detalhes relevantes, especialmente após horas e horas de plantão em um ambiente estressante. No entanto, as pesquisas mostram que uma abordagem sistêmica da questão, na tentativa de aprimorar as condições de trabalho, é mais efetiva do que simplesmente buscar a punição de quem administrou erroneamente a medicação.

Esse é o grande mérito da iniciativa da Deputada Sandra Rosado. Em vez de buscar a penalização de auxiliares e técnicos de enfermagem, os profissionais que efetuam a maioria das aplicações de medicamentos no ambiente hospitalar, a parlamentar propõe medida de grande valor profilático, pois permitirá a prévia identificação de um equívoco prestes a ser cometido.

Em situações de emergência, em que não se tem a desejável tranquilidade para ler os rótulos dos frascos, a presença de um diferencial tátil certamente contribuirá para alertar o profissional para o potencial de letalidade do medicamento a ser administrado, fazendo-o checar com mais cuidado se o produto é adequado ao paciente. Estamos seguros que a medida resultará em redução significativa dos erros de medicação que provocam mortes ou graves sequelas nos pacientes.

Não há óbices com relação à constitucionalidade da proposição em tela. Por fim, no que concerne à juridicidade, o projeto se afigura irretocável, porquanto: *i*) o meio eleito para o alcance dos objetivos permitidos (normatização via edição de lei) é o adequado; *ii*) a matéria inova o ordenamento jurídico; *iii*) possui o atributo da generalidade; *iv*) se mostra dotado de coercitividade; e *v*) se revela compatível com os princípios gerais do direito pátrio.



III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei da Câmara nº 53, de 2012.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 53, DE 2012

(nº 910/2007, na Casa de origem, da Deputada Sandra Rosado)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de os laboratórios farmacêuticos inserirem diferenciador tátil nos recipientes dos medicamentos injetáveis com potencial de letalidade.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os laboratórios farmacêuticos atuantes no mercado brasileiro ficam obrigados a inserir diferenciador tátil nos envoltórios dos medicamentos injetáveis que possuam potencial de letalidade.

Parágrafo único. O elemento diferenciador de que trata este artigo deverá ser facilmente identificado pelo usuário do medicamento ao primeiro contato de suas mãos com o envoltório.

Art. 2º O registro de novo medicamento injetável que possua potencial de letalidade só será feito após prévia comprovação do cumprimento da exigência mencionada no art. 1º.

Parágrafo único. Os envoltórios de medicamentos já registrados e comercializados no País deverão estar adaptados à exigência mencionada no art. 1º no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias a contar da entrada em vigor desta Lei, sob pena de suspensão dos respectivos registros até que se faça a referida adaptação.

Art. 3º A definição de quais medicamentos deverão se sujeitar às exigências desta Lei será feita na regulamentação expedida pelo órgão competente do Poder Executivo, a quem caberá também estabelecer outros requisitos a serem inseridos nas embalagens principais e secundárias considerados indispensáveis à adequada identificação dos produtos.

Art. 4º A inobservância do disposto nesta Lei ou em seu regulamento constitui infração sanitária, sujeitando os infratores às sanções previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PROJETO DE LEI ORIGINAL Nº 910, DE 2007

Dispõe sobre a obrigatoriedade dos laboratórios farmacêuticos em procederem a diferenciação tátil nos recipientes dos medicamentos injetáveis que possam causar a morte e dá outras providências;

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Os laboratórios farmacêuticos atuantes no mercado brasileiro ficam obrigados a procederem a diferenciação tátil dos medicamentos injetáveis, que possam causar a morte instantânea de indivíduos que não necessitem de sua administração.

§1º A diferenciação tátil de que trata o *caput* deverá ser colocada nos envoltórios dos produtos injetáveis que possuam potencial de letalidade.

§2º A diferenciação tátil deverá ser facilmente identificável ao contato direto com seus manipuladores, de modo a que seja identificado seu potencial letal ao primeiro contato com as mãos.

Art. 2º. O órgão de vigilância sanitária federal deverá regulamentar esta lei no prazo de 180 dias de sua publicação, definindo quais os medicamentos que se sujeitarão à diferenciação tátil definida no art. 1º desta lei, entre outros requisitos que deverão constar de suas embalagens principais e secundárias, considerados indispensáveis à adequada identificação dos produtos de que trata esta lei.

Art. 3º. O registro dos medicamentos que forem obrigados à observância dos requisitos definidos nesta lei e em seu regulamento fica vinculado à prévia comprovação do cumprimento das normas respectivas.

Art. 4º. Os medicamentos já registrados e comercializados no país terão o prazo de 360 dias para se adaptarem às normas desta lei e de seu regulamento, sob pena de terem seus registros suspensos até a regularização.

Art. 5º. A inobservância às exigências desta lei e de seu regulamento constituem infração sanitária e sujeitam os infratores às sanções previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 6º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei objetiva reduzir, quiçá eliminar, as intercorrências médicas, em alguns casos letais, da administração incorreta de substâncias injetáveis que podem causar a morte se utilizadas em desrespeito às suas indicações de uso.

Os atendimentos emergenciais e urgenciais, em face da celeridade com que precisam ser executados, têm possibilidades aumentadas de que uma administração imprópria seja realizada. Tal fato também pode ocorrer no atendimento ambulatorial padrão, por descuido ou negligência, apesar das menores probabilidades.

Todavia, se os frascos dos medicamentos com potencial letal alto, quando administrados de forma contra-indicada e em pacientes que não precisam ou não podem utilizá-los, tiverem uma forma de identificação ao primeiro contato com quem os manipular, os devidos cuidados poderão ser tomados de forma tempestiva, impedindo que a vida dos pacientes seja colocada em risco desnecessário, sem prejuízos à celeridade do atendimento médico, já que em determinados casos, os segundos e minutos podem ser primordiais para salvar a vida de alguém.

Atualmente, os medicamentos injetáveis, de uma forma geral, são veiculados em ampolas similares, não importando se perigosos ou não. Isso torna impossível, em um primeiro contato, a diferenciação entre as substâncias indicadas ou contra-indicadas a um determinado paciente.

Consideramos que a presente proposta terá impactos positivos na atenção à saúde da população, dever constitucional do Estado brasileiro, principalmente no que concerne ao seu restabelecimento e manutenção.

Ante as razões acima expendidas, solicitamos o apoio dos demais Deputados para a aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 26 de abril de 2007.

Deputada SANDRA ROSADO

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA SECRETARIA-GERAL DA MESA

LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977.

Configura infrações à legislação sanitária federal; estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências

(À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa)

Publicado no DSF, em 21/06/2012.

1ª PARTE - DELIBERATIVA

3

PARECER N° , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado n° 360, de 2014, do Senador Ruben Figueiró, que *altera a Lei n° 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersetorial de Bebidas e dá outras providências, para determinar que conste o valor energético no rótulo de bebida alcoólica.*

Relatora: Senadora **REGINA SOUSA**

I – RELATÓRIO

Em exame na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 360, de 2014, de autoria do Senador Ruben Figueiró.

A proposição determina a inserção, no rótulo das bebidas alcoólicas, de seu valor energético, por meio do acréscimo de art. 8º-A à Lei n° 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas.

A cláusula de vigência – art. 2º do PLS – dispõe que a lei originada entrará em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Na justificação da medida, o autor argumenta que, apesar de haver muito debate sobre os malefícios decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, um dos aspectos frequentemente olvidados dessa discussão refere-se ao elevado teor calórico desses produtos.



O PLS nº 360, de 2014, foi previamente apreciado pela Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC), onde recebeu parecer pela aprovação, com relatoria do Senador Romero Jucá.

A proposição não foi objeto de emendas.

II – ANÁLISE

A apreciação do PLS nº 360, de 2014, pela CAS justifica-se em razão do disposto no inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), que confere a este Colegiado a competência para opinar, quanto ao mérito, sobre proposições que versem sobre proteção e defesa da saúde. Por decidir terminativamente sobre a matéria, com fulcro no inciso I do art. 91 do RISF, a CAS deverá, ainda, pronunciar-se sobre a constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade do projeto.

O uso nocivo e a dependência de álcool são importantes fatores de risco para diversos agravos à saúde. No mundo, são responsáveis por mais de dois milhões de mortes por ano, estando fortemente correlacionados com a ocorrência de cirrose hepática, intoxicações, acidentes de trânsito, violência urbana e vários tipos de câncer.

Estima-se que 11,5% dos que bebem apresentam o padrão de beber caracterizado como “pesado” (consumo habitual de 60 gramas ou mais de álcool por semana). No continente americano como um todo, a prevalência é de 12%, sendo 17,9% em homens e 4,5% nas mulheres. No Brasil, a Organização Mundial da Saúde estima que, entre os consumidores de bebidas alcoólicas, 32,4% dos homens e 10,1% das mulheres apresentam esse padrão “pesado” de consumo de álcool.

Por serem consumidas em grandes quantidades, as bebidas também têm papel relevante na ingestão calórica de nossa população adulta. Dessa forma, o consumo de bebidas alcoólicas constitui importante fator que contribui para a epidemia de obesidade que ora vivenciamos.

Uma lata de cerveja de 350 ml, por exemplo, tem entre 150 e 200 calorias. Já uma taça de 125 mililitros de vinho seco contém cerca de 100 calorias. As bebidas destiladas, em função de seu teor alcoólico mais elevado, atingem valores superiores, com cerca de 240 calorias em 100 mililitros de uísque, vodca ou cachaça.



No que se refere à constitucionalidade da proposição, observa-se que a União é competente para legislar a respeito de proteção e defesa da saúde, a teor do art. 24, inciso XII, da Constituição Federal (CF). Quanto à espécie normativa utilizada, verifica-se que a escolha por um projeto de lei ordinária revela-se correta, pois a matéria não está reservada pela CF à lei complementar.

No que concerne à juridicidade, a proposição afigura-se acertada, porquanto: i) o meio eleito para o alcance dos objetivos pretendidos (normatização via edição de lei) é o adequado; ii) a matéria nela vertida inova o ordenamento jurídico; iii) possui o atributo da generalidade; iv) se afigura dotada de potencial coercitividade; e v) se revela compatível com os princípios diretores do sistema de direito pátrio.

Ademais, a matéria veiculada não é de iniciativa privativa do Presidente da República (art. 61, § 1º, da CF) nem está no rol das competências exclusivas do Congresso Nacional ou de qualquer de suas Casas, expresso nos arts. 49, 51 e 52 da CF.

Tampouco há ressalvas a fazer no tocante à técnica legislativa empregada.

Por fim, cumpre destacar que é um direito do cidadão ser devidamente informado sobre as propriedades – benéficas ou maléficas – dos produtos que consome, para que possa exercer um consumo consciente. Nesse sentido, acreditamos que a medida em comento poderá instigar uma maior moderação no uso de bebidas alcoólicas, desestimulando o consumo excessivo.

III – VOTO

Em vista do exposto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 360, de 2014.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SF/17587.39126-60



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO

SENADO Nº 360, DE 2014

Altera a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersetorial de Bebidas e dá outras providências, para determinar que conste o valor energético no rótulo de bebida alcoólica.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 8º-A:

“Art. 8º-A. Na rotulagem de bebida alcoólica deverá constar o valor energético do produto.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Qualquer bebida alcoólica deve ser consumida com moderação, haja vista o seu potencial de uso nocivo e de dependência.

Por outro lado, o uso do álcool é cultural, sendo admitido em quase todas as sociedades do mundo.

A despeito desses fatos, que são amplamente conhecidos, as informações sobre o saber beber com responsabilidade e as consequências do uso inadequado de álcool ainda são insuficientes.

Um dos aspectos menos discutidos, e divulgados, do consumo de bebidas alcoólicas é relativo às informações nutricionais desses produtos, notadamente o seu valor energético.

De fato, as bebidas alcoólicas, principalmente as destiladas, apresentam elevado teor calórico: um grama de álcool tem sete calorias. Isso é particularmente importante no contexto epidemiológico atual, que apresenta um aumento expressivo e contínuo das prevalências do sobrepeso e da obesidade.

Ademais, à luz do Código de Defesa do Consumidor, as empresas já detêm essa obrigação, tanto em face do direito à informação, que deve ser adequada e clara no que tange às características dos produtos (art. 6º, inciso III), quanto em razão da exigência de que na oferta e apresentação de produtos devem constar informações corretas, precisas, claras e ostensivas sobre suas características, qualidades e composição (art. 31).

Consideramos imprescindível, portanto, informar o consumidor sobre o valor energético desses produtos, de forma a possibilitar um consumo mais consciente.

Dessa forma, estaremos contribuindo para a proteção à saúde da população, bem como para a defesa dos direitos do consumidor.

Sala das Sessões,

Senador **RUBEN FIGUEIRÓ**

3
LEGISLAÇÃO CITADA

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2014

Altera a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que *dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersectorial de Bebidas e dá outras providências*, para determinar que conste o valor energético no rótulo de bebida alcoólica.

LEI Nº 8.918, DE 14 DE JULHO DE 1994.

Dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersectorial de Bebidas e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º É estabelecida, em todo o território nacional, a obrigatoriedade do registro, da padronização, da classificação, da inspeção e da fiscalização da produção e do comércio de bebidas.

.....
.....

Art. 8º É facultado o uso da denominação conhaque, seguida da especificação das ervas aromáticas ou componentes outros empregados como substância principal do produto destilado alcoólico que, na sua elaboração, não aproveite como matéria-prima o destilado ou aguardente vínica.

.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos [arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal](#) e [art. 48 de suas Disposições Transitórias](#).

.....
.....

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

.....
III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [\(Redação dada pela Lei nº 12.741, de 2012\)](#) [Vigência](#)

.....
Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.

(Às Comissões de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle; e de Assuntos Sociais, cabendo à última decisão terminativa)



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 7, DE 2017

Da COMISSÃO DE TRANSPARÊNCIA, GOVERNANÇA, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE E DEFESA DO CONSUMIDOR, sobre o processo Projeto de Lei do Senado nº360, de 2014, do Senador Ruben Figueiró, que Altera a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersetorial de Bebidas e dá outras providências, para determinar que conste o valor energético no rótulo de bebida alcoólica.

PRESIDENTE: Senador Ataídes Oliveira

RELATOR: Senador Romero Jucá

RELATOR ADHOC: Senador Dário Berger

07 de Junho de 2017

2
SENADO FEDERALComissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle
CMA**PARECER Nº , DE 2016**

Da COMISSÃO DE MEIO AMBIENTE, DEFESA DO CONSUMIDOR E FISCALIZAÇÃO E CONTROLE, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 360, de 2014, do Senador Ruben Figueiró, que *altera a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994*, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersetorial de Bebidas e dá outras providências, *para determinar que conste o valor energético no rótulo de bebida alcoólica*.

RELATOR: Senador **ROMERO JUCÁ****I – RELATÓRIO**

Encontra-se neste colegiado, para exame e decisão, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 360, de 2014, de autoria do Senador Ruben Figueiró, composto de dois artigos.

O art. 1º do projeto propõe o acréscimo do art. 8º-A à Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que *dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas, autoriza a criação da Comissão Intersetorial de Bebidas e dá outras providências*, com o propósito de tornar obrigatória a informação do valor energético no rótulo de bebida alcoólica.

O art. 2º, cláusula de vigência, fixa que a lei que resultar da aprovação do projeto entre em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Ao justificá-lo, seu autor aponta que um dos aspectos menos debatidos sobre o consumo de bebidas alcoólicas é pertinente às suas informações nutricionais, em especial o valor energético dessas bebidas.



SENADO FEDERAL
Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle
CMA

Salienta, inclusive, que as bebidas destiladas contêm elevado teor calórico, o que corrobora a relevância da proposta para o momento atual, assinalado por crescimento significativo e contínuo das prevalências do sobrepeso e da obesidade.

Posteriormente, o PLS nº 360, de 2014, será remetido à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em regime de decisão terminativa.

Não foram apresentadas emendas ao projeto.

II – ANÁLISE

Compete a esta Comissão manifestar-se sobre o mérito de temas relativos à defesa do consumidor, consoante o disposto no art. 102-A, inciso III, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF).

Para a avaliação de mérito, é mister enunciar dois dispositivos da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, Código de Defesa do Consumidor (CDC). O seu art. 6º, inciso III, prevê como direito básico do consumidor, além de outros, a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição e qualidade, ao passo que o art. 31, *caput*, do CDC impõe ao fornecedor o dever de prestar ao consumidor informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa acerca das características, qualidades, quantidade e composição, entre outros dados.

Observe-se que o fato de o consumidor brasileiro já estar habituado a conferir os rótulos das embalagens de produtos constitui um ganho expressivo. Em nosso entendimento, essa conquista decorre da regra contida nesses dispositivos da Lei nº 8.078, de 1990.

Entretanto, nem todos os consumidores têm ciência de que as bebidas alcoólicas podem conter alto valor calórico – um copo grande de vinho pode ter cerca de duzentas calorias. Assim, ao ingerir bebida alcoólica, o consumidor mais desatento pode não perceber o risco a que está exposto – sobrepeso e obesidade –, porque não é obrigatória a informação do conteúdo energético no rótulo.



SF/16867.77257-10



SENADO FEDERAL
Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle
CMA

Portanto, o mérito da proposição reside em proporcionar ao consumidor informação mais completa, para que ele disponha de mais elementos para um consumo consciente.

Como se depreende, a proposta está em perfeita consonância com as disposições da norma consumerista.

A nosso ver, o projeto de lei em apreciação concorre para o aprimoramento da referida Lei nº 8.918, de 1994, e, portanto, concluímos que o PLS nº 360, de 2014, é relevante e oportuno.

III – VOTO

Isto posto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 360, de 2014.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





Relatório de Registro de Presença

CTFC, 07/06/2017 às 09h - 8ª, Extraordinária

Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do

PMDB	
TITULARES	SUPLENTES
RENAN CALHEIROS	1. VAGO
AIRTON SANDOVAL PRESENTE	2. VAGO
DÁRIO BERGER PRESENTE	3. VAGO
ROMERO JUCÁ PRESENTE	4. VAGO

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)	
TITULARES	SUPLENTES
FÁTIMA BEZERRA PRESENTE	1. GLEISI HOFFMANN
PAULO PAIM PRESENTE	2. HUMBERTO COSTA
REGINA SOUSA PRESENTE	3. JORGE VIANA
ACIR GURGACZ	4. LINDBERGH FARIAS PRESENTE

Bloco Social Democrata (PSDB, PV, DEM)	
TITULARES	SUPLENTES
ATAÍDES OLIVEIRA PRESENTE	1. MARIA DO CARMO ALVES
DALIRIO BEBER PRESENTE	2. FLEXA RIBEIRO PRESENTE
DAVI ALCOLUMBRE	3. RICARDO FERRAÇO

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)	
TITULARES	SUPLENTES
SÉRGIO PETECÃO	1. VAGO
GLADSON CAMELI	2. VAGO

Bloco Parlamentar Socialismo e Democracia (PPS, PSB, PCdoB, REDE)	
TITULARES	SUPLENTES
JOÃO CAPIBERIBE	1. RANDOLFE RODRIGUES
VANESSA GRAZZIOTIN PRESENTE	2. CRISTOVAM BUARQUE

Bloco Moderador (PTB, PSC, PRB, PR, PTC)	
TITULARES	SUPLENTES
CIDINHO SANTOS PRESENTE	1. EDUARDO LOPES PRESENTE
ARMANDO MONTEIRO	2. VAGO

Não Membros Presentes

JOSÉ PIMENTEL
 RONALDO CAIADO
 VALDIR RAUPP
 WELLINGTON FAGUNDES

DECISÃO DA COMISSÃO

(PLS 360/2014)

REUNIDA A COMISSÃO, NA 8ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, NESTA DATA, É LIDO E APROVADO O RELATÓRIO, QUE PASSA A CONSTITUIR PARECER DA CTFC, PELA APROVAÇÃO DO PROJETO.

07 de Junho de 2017

Senador ATAÍDES OLIVEIRA

Presidente da Comissão de Transparência, Governança,
Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor

1ª PARTE - DELIBERATIVA

4

PARECER Nº , DE 2016

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015, do Senador Reguffe, que *dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.*



Relator: Senador **OTTO ALENCAR**

I – RELATÓRIO

Trata-se da análise da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em caráter terminativo, ao Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 393, de 2015, de autoria do Senador Reguffe, que *dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.*

O art. 1º da proposição prevê que União, Estados, Distrito Federal, Municípios e entidades privadas de saúde conveniadas, que realizem cirurgias com recursos do SUS deverão publicar, em seus sítios oficiais na internet, as listas de pacientes que serão submetidos a cirurgias eletivas, por especialidade médica. Já o art. 2º enumera as informações que devem ser publicadas: número identificador do paciente ou do responsável legal junto ao Registro Geral (RG), data de ingresso na fila de espera e posição ocupada na lista. O art. 3º, por sua vez, determina que a lista de espera seja atualizada semanalmente.

O art. 4º altera a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa), para acrescentar uma nova hipótese de ato de improbidade, que consiste em fraudar ou deixar de elaborar a lista de espera.

O art. 5º é a cláusula de vigência da lei, prevista para ocorrer na data de sua publicação, e o art. 6º determina que as disposições legais em contrário serão revogadas.

Na justificção, o autor ressalta que o objetivo da iniciativa é o de garantir transparência e publicidade nas listas de espera de cirurgias médicas eletivas financiadas com recursos públicos do SUS, listas essas que estariam sujeitas, atualmente, a adulterações e fraudes. Ele argumenta que manter um registro público permitirá um controle mais eficiente por parte do próprio SUS, dos órgãos de controle da Administração Pública e da sociedade.

Na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), o projeto foi aprovado com as Emendas nº 1-CCJ a nº 5-CCJ. A Emenda nº 1-CCJ altera a ementa da proposição para incluir as leis que estão sendo modificadas pela proposição. A Emenda nº 2-CCJ corrige a omissão às instituições privadas contratadas que realizam procedimentos cirúrgicos com recursos do SUS e faculta a divulgação do agendamento cirúrgico eletivo dos pacientes. para os serviços de saúde que não possuem sítio próprio na internet, no sítio da direção do SUS da esfera de governo a que estão adstritos. A Emenda nº 3-CCJ substitui o número do Registro Geral (RG) pelo número do Cartão Nacional de Saúde para fins de identificação do paciente ou de seu responsável legal, de forma a salvaguardar a sua privacidade. A Emenda nº 4-CCJ corrige falhas de redação e de técnica legislativa. A Emenda nº 5-CCJ suprime cláusula de revogação genérica (art. 6º da proposição), por contrariar o disposto na Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998 – que dispõe sobre elaboração, redação, alteração e consolidação das leis –, cujo art. 9º determina que se deve enumerar, expressamente, as leis ou disposições revogadas.

II – ANÁLISE

Compete à CAS, de acordo com o disposto no inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), opinar sobre proposições que digam respeito à promoção e defesa da saúde e, também, às competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, por ser a comissão que proferirá a decisão terminativa, a CAS deve manifestar-se sobre os aspectos de constitucionalidade, de juridicidade, de regimentalidade e de técnica legislativa da matéria (Risf, arts. 100, inciso II, e 101, inciso I).



No que tange à constitucionalidade, o projeto trata de matéria inserida na competência legislativa concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal, conforme dispõe o inciso XII do art. 24 da Constituição Federal (CF). A proposta também está de acordo com os ditames constitucionais relativos às atribuições do Congresso Nacional (art. 48 da CF) e à legitimidade da iniciativa legislativa dos parlamentares (art. 61 da CF). Não se divisam, portanto, óbices quanto à constitucionalidade da proposta. Ademais, também não se identifica vício de injuridicidade. Quanto à regimentalidade, verifica-se que o trâmite da proposição observou o disposto no Risf.

No que respeita ao mérito, o projeto de lei cuida de garantir a transparência e a publicidade das listas de espera de cirurgias médicas eletivas, financiadas com recursos públicos do SUS e, assim, aprimorar o controle social sobre o sistema. A nosso ver, portanto, é uma iniciativa importante.

Ela já ocorre em outros países, a exemplo de Portugal, onde existe o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Naquele país, todas as pessoas que necessitam de cirurgia em uma unidade pública têm o direito de ser incluídas em uma lista de espera. Esse sistema foi criado, em 2004, com o objetivo de “minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorra dentro do tempo clinicamente admissível”, tendo sido implantado para suprir a notória falta de informação relativa às listas de espera cirúrgicas.

No Brasil, contudo, continuam a existir esquemas com a finalidade de burlar as filas para a realização de procedimentos no âmbito do SUS. Recentemente, segundo notícias veiculadas pela mídia, na cidade de Guarapuava (PR), três vereadores foram afastados porque tinham acesso privilegiado ao sistema de marcação de consultas, exames e cirurgias de um consórcio que atende também outras duas cidades da região. Em Caldas Novas (GO), catorze dos quinze vereadores foram processados pelo Ministério Público porque montaram uma central paralela de marcação de consultas para atender a eleitores. Outra fraude foi descoberta em São Lourenço do Sul (RS), também montada com o intuito de obter benefícios eleitorais. Até mesmo o renomado Hospital das Clínicas de São Paulo, maior complexo hospitalar da América Latina, tem sido alvo de denúncias. Lá, existia um esquema que possibilitava ao paciente conseguir, além de



consultas, exames de tomografia ou até mesmo de ressonância magnética. Cada expediente tinha um preço.

Em resposta a essas e outras denúncias, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) iniciou uma série de auditorias para apurar as irregularidades. No entanto, segundo a própria secretária de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, isso não é suficiente e os desvios apontados reforçam que “é acertada a prioridade dada pela atual gestão do Ministério da Saúde à informatização da rede pública para dar transparência ao uso dos recursos públicos”. Nesse aspecto, também é fundamental a implantação do prontuário eletrônico, que registra o histórico do paciente em plataforma digital.

Ante o exposto, consideramos meritória a iniciativa e alguns aprimoramentos propostos pela CCJ.

Apresentada nossa análise, julgamos necessário propor mais duas emendas nossas e acatar a emenda apresentada pelo Senador Eduardo Amorim. A primeira trata da aplicação do que dispõe a Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS nº. 1.559, de 1º de agosto de 2008, sugerindo que a referida proposição traga, no seu conteúdo, a determinação de que as filas de espera para realização de cirurgias eletivas estejam submetidas a processos de regulação do acesso, instituídos pelos gestores competentes do SUS.

Outro aspecto importante é que a proposição deve deixar claro a que ente federado compete a responsabilidade pela regulação e publicação das filas de espera, definindo essa responsabilidade a partir da esfera gestora do estabelecimento de saúde. Essa questão se torna relevante uma vez que existem diversos estabelecimentos de saúde sob gestão de uma esfera de governo, mas sob gerência de outra. Isto é, o ente federativo mantenedor do estabelecimento de saúde não é o mesmo ente federativo gestor desse estabelecimento. Considerando o princípio da descentralização do SUS e a competência da esfera gestora para estabelecer e operacionalizar as ações de regulação do acesso que irão incidir sobre a rede prestadora de serviços de saúde, é fundamental que as filas de espera sejam reguladas pelos entes gestores do estabelecimento de saúde, obedecendo aos protocolos e fluxos de regulação estabelecidos.

A segunda emenda proposta foi apresentada no intuito de flexibilizar a lista a partir de critérios estritamente médicos, devidamente justificados e registrados. Isso porque, o quadro clínico do paciente sempre



SF17387.02026-07

pode agravar, o que torna necessária a adoção de medidas mais imediatas. Além disso, também é possível acontecer de novos pacientes necessitarem de intervenções cirúrgicas com maior presteza, o que irá ocasionar a postergação de casos menos graves.

E a emenda proposta pelo Senador Eduardo Amorim visa aperfeiçoar a disposição contida no inciso I do art. 2º do PLS nº 393, de 2015, que determina a obrigatoriedade de as listas de pacientes por especialidade conterem o número identificador do paciente junto ao Registro Geral (RG), bem como seu órgão expedidor, como forma de identificação do paciente e respeito à sua privacidade. Assim, é importante explicitar a proibição de divulgar o nome e a imagem do paciente, de forma a preservar seu direito de personalidade e sua privacidade e respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana.



III – VOTO

Ante o exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015, com as Emendas nº 1-CCJ, nº 4- CCJ e nº 5-CCJ, e com as seguintes emendas:

EMENDA Nº – CAS

Dê-se ao art. 1º do Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015, a seguinte redação:

Art. 1º A União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e as entidades privadas de saúde conveniadas que realizam cirurgias médicas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigados a publicar, em seus sítios oficiais na internet, as listas de pacientes que serão submetidos a cirurgias eletivas em entidades de saúde por cuja gestão sejam responsáveis.

§ 1º As listas a que se refere o caput deste artigo deverão ser divididas por especialidade médica.

§ 2º As filas de espera para realização de cirurgias eletivas serão submetidas a processos de regulação do acesso instituídos pelos gestores competentes do SUS.

.....

EMENDA Nº – CAS

Acrescente-se o seguinte parágrafo único ao art. 3º do Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015:

“Art.3º.....

Parágrafo único. Poderão ser efetuadas modificações na lista referida no caput com base em critério médico devidamente fundamentado e registrado. ”

EMENDA Nº – CAS

Dê-se ao art. 2º do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 393, de 2015, a seguinte redação:

“Art. 2º.....

- I - o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente, ou, caso ele ainda não tenha sido emitido, de documento oficial de identificação, vedada a divulgação do nome e da imagem do paciente, de forma a preservar seu direito de personalidade e sua privacidade.
- II- data do agendamento do procedimento cirúrgico eletivo.
- III- posição ocupada pelo paciente no agendamento da especialidade médica pertinente. ”



Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



PLS 393/2015
00006

EMENDA Nº -CAS
(ao PLS nº 393, de 2015)

Dê-se ao inciso I do art. 2º do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 393, de 2015, a seguinte redação:

“Art. 2º

I - o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente, ou, caso ele ainda não tenha sido emitido, de documento oficial de identificação, vedada a divulgação do nome e da imagem do paciente, de forma a preservar seu direito de personalidade e sua privacidade.

.....”

JUSTIFICAÇÃO

Esta emenda que apresentamos visa a aperfeiçoar a disposição contida no inciso I do art. 2º do PLS nº 393, de 2015, que determina a obrigatoriedade de as listas de pacientes por especialidade conterem o número identificador do paciente junto ao Registro Geral (RG), bem como seu órgão expedidor, como forma de identificação do paciente e respeito à sua privacidade.

Entendemos que o dispositivo deve mencionar o Cartão Nacional de Saúde, que já está sendo implantado em algumas unidades da Federação, ou, caso ele ainda não tenha sido emitido, utilizar a expressão genérica “documento oficial de identificação”, que pode contemplar a Carteira Nacional de Habilitação (CNH), o Cadastro de Pessoa Física (CPF), a Carteira de Identidade (CI) ou o RG.

O objetivo mais importante da emenda, contudo, é explicitar a proibição de divulgar o nome e a imagem do paciente, de forma a preservar seu direito de personalidade e sua privacidade e respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana.

Sala da Comissão,

Senador EDUARDO AMORIM



PARECER Nº , DE 2016

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 393, de 2015, do Senador Reguffe, que *dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.*

Relatora: Senadora **SIMONE TEBET**

I – RELATÓRIO

Vem para análise dessa Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 393, de 2015, de autoria do Senador Reguffe, que *dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.*

A proposição conta com seis artigos. O primeiro prevê que a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e as entidades privadas de saúde conveniadas que realizem cirurgias com recursos do SUS deverão publicar, em seus sítios oficiais na internet, as listas de pacientes, por especialidade médica, que serão submetidos a cirurgias eletivas em seu âmbito de atuação.

O art. 2º trata das informações que devem ser publicadas na *internet*. Segundo esse dispositivo, as listas de espera devem conter o número identificador do paciente ou do responsável legal junto ao Registro Geral (RG), sua data de ingresso na fila de espera e a respectiva posição ocupada nessa lista.

O art. 3º prevê que a lista de espera deverá ser atualizada semanalmente, enquanto o art. 4º altera a Lei de Improbidade Administrativa (Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992), para acrescentar uma nova hipótese de ato de improbidade, consistente em fraudar ou deixar de elaborar a lista de espera.

O art. 5º constitui a cláusula de vigência da lei e o art. 6º postula que as disposições legais em contrário serão revogadas.

Em sua justificção, o autor argumenta que garantir o acesso a informações confiáveis e periodicamente atualizadas, mantidas em registro público, representará um mecanismo efetivo de combate a adulterações e fraudes que possam ser cometidas no âmbito do SUS, permitindo um controle mais eficiente por parte do próprio Sistema e dos demais órgãos responsáveis, tanto da Administração Pública como da sociedade.

A matéria foi despachada à CCJ e à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), cabendo à última a decisão terminativa, nos termos do art. 91, inciso I, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF).

Não foram apresentadas emendas no prazo regimental.

II – ANÁLISE

Cabe à CCJ manifestar-se, principalmente, quanto à constitucionalidade, regimentalidade, juridicidade e técnica legislativa do PLS nº 393, de 2015, tendo em vista que o projeto será apreciado em decisão terminativa pela CAS (RISF, arts. 100, inciso II, e 101, inciso I). Nada obstante, com o intuito de aprimorar a proposição, cumpre discutir algumas questões de mérito, que poderão ser aprofundadas na análise do projeto pela CAS.

No que tange à constitucionalidade, formal e material, não há reparos a fazer. O PLS trata de matéria de competência legislativa da União, pois compete a esse ente federativo instituir normas gerais de proteção e defesa da saúde (Constituição Federal, art. 24, inciso XII e § 1º).

Além disso, o projeto não invade a iniciativa privativa do Presidente da República, pois, conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), a iniciativa parlamentar é admissível quando se tratar de projeto de lei que objetive apenas conferir transparência a atos do Poder Público:

Ação direta de inconstitucionalidade. Lei nº 11.521/2000 do Estado do Rio Grande do Sul. Obrigação do Governo de divulgar na imprensa oficial e na internet dados relativos a contratos de obras públicas. Ausência de vício formal e material. Princípio da publicidade e da transparência. Fiscalização. Constitucionalidade.

(...)

2. Lei que obriga o Poder Executivo a divulgar na imprensa oficial e na internet dados relativos a contratos de obras públicas não depende de iniciativa do chefe do Poder Executivo. A lei em questão não cria, extingue ou modifica órgão administrativo, tampouco confere nova atribuição a órgão da administração pública. O fato de a regra estar dirigida ao Poder Executivo, por si só, não implica que ela deva ser de iniciativa privativa do Governador do Estado. Não incide, no caso, a vedação constitucional (CF, art. 61, § 1º, II, e).

3. A legislação estadual inspira-se no princípio da publicidade, na sua vertente mais específica, a da transparência dos atos do Poder Público. Enquadra-se, portanto, nesse contexto de aprimoramento da necessária transparência das atividades administrativas, reafirmando e cumprindo o princípio constitucional da publicidade da administração pública (art. 37, *caput*, CF/88).

4. É legítimo que o Poder Legislativo, no exercício do controle externo da administração pública, o qual lhe foi outorgado expressamente pelo poder constituinte, implemente medidas de aprimoramento da sua fiscalização, desde que respeitadas as demais balizas da Carta Constitucional, fato que ora se verifica.

(...)

6. Ação julgada improcedente. (Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.444, Tribunal Pleno, Rel. Ministro Dias Toffoli, julgada em 6.11.2014)

A regimentalidade também não merece questionamentos, uma vez que seguiu o que dispõem os arts. 91, inciso I, 100 e 101 do RISF. Sua juridicidade também é inquestionável, uma vez que a normatização proposta é adequada ao instrumento jurídico utilizado.

Com relação à técnica legislativa, contudo, há reparos a fazer. Consideramos necessário suprimir o art. 6º do PLS, que prevê a “revogação das disposições legais em contrário”, pois a cláusula de revogação, nos termos do art. 9º da Lei Complementar (LCP) nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, deve enumerar, expressamente, as leis ou disposições revogadas.

Além disso, promovemos pequenos ajustes no estrito âmbito da técnica legislativa, quais sejam: retirar os pontos após a nomeação dos artigos 3º e 4º; ao acrescentar novo inciso ao art. 11 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, fazer referência, de maneira expressa, ao *caput* e aos incisos, que não foram modificados, além de consignar o indicativo de “nova redação” ao final do dispositivo alterado; e o inciso acrescentado, sendo o último do artigo, deve terminar com ponto final; e, por fim, proceder ao ajuste do art. 4º a fim de que conste a inclusão do inciso X, e não XXII, ao art. 11 da Lei n.º 8.429/92.

Consideramos imprescindível, ainda, realizar outros pequenos ajustes na proposição, que ora apontamos.

O art. 1º do projeto, ao tratar das entidades abrangidas pela norma, deixou de mencionar as instituições privadas contratadas que realizam procedimentos cirúrgicos com recursos do SUS. Essas entidades, contudo, também realizam cirurgias com recursos públicos, razão pela qual devem ser alcançadas pela proposição. Além disso, propomos facilitar a divulgação do agendamento cirúrgico eletivo dos pacientes nos serviços de saúde que não possuem sítio próprio na internet, facultando que essa divulgação possa acontecer, também, no sítio da direção do SUS da esfera de governo a que está vinculado o serviço de saúde. Para tanto, propomos nova redação ao dispositivo, sem alterar o seu mérito.

Finalmente, entendemos ser necessário alterar o art. 2º do projeto, que prevê a identificação do paciente ou do responsável legal por meio do número do Registro Geral (RG). Entendemos que a publicação dessa informação pode gerar questionamentos quanto à violação da privacidade dos pacientes, razão pela qual optamos por identificá-los exclusivamente pelo número do Cartão Nacional de Saúde.

III – VOTO

Ante o exposto, votamos pela **constitucionalidade, juridicidade, regimentalidade e boa técnica legislativa** do PLS nº 393, de 2015, na forma das seguintes emendas:

EMENDA Nº 1 – CCJ

Dê-se à ementa do Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015, a seguinte redação:

“Dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet do agendamento de pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e acrescenta dispositivo à Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa) para caracterizar o descumprimento dessas disposições como ato de improbidade administrativa.”

EMENDA Nº 2 – CCJ

Dê-se ao art. 1º do Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015, a seguinte redação:

“**Art. 1º** Os serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) deverão publicar em seus sítios da internet, preferencialmente, ou em sítio da direção do SUS da esfera de governo a que estão adstritos, o agendamento dos pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, por especialidade médica.”

EMENDA Nº 3 – CCJ

Dê-se ao art. 2º do Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015, a seguinte redação:

“**Art. 2º** O agendamento de pacientes mencionado no art. 1º deve conter as seguintes informações:

I – identificação do paciente, mediante o número do Cartão Nacional de Saúde;

II – data de agendamento do procedimento cirúrgico eletivo;

III – posição ocupada pelo paciente no agendamento da especialidade médica pertinente.”

EMENDA Nº 4 – CCJ

Dê-se ao art. 4º do Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015, a seguinte redação:

“**Art. 4º** O art. 11 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso X:

‘**Art.11.**

.....

X – deixar de elaborar, atualizar ou publicar semanalmente na internet, assim como adulterar ou fraudar o agendamento de procedimentos cirúrgicos eletivos em serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou fazê-lo em descumprimento às determinações legais aplicáveis.’(NR)”

EMENDA Nº 5 – CCJ

Suprima-se o art. 6º do Projeto de Lei do Senado nº 393, de 2015.

Sala da Comissão, 3 de agosto de 2016.

Senador JOSÉ MARANHÃO, Presidente

Senadora SIMONE TEBET, Relatora

PROJETO DE LEI DO SENADO n.º 393, de 2015.

Dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e as entidades privadas de saúde conveniadas que realizam cirurgias médicas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigados a publicar, em seus sítios oficiais na internet, as listas de pacientes, por especialidades médicas, que serão submetidos a cirurgias eletivas em seu âmbito de atuação.

Art. 2º As listas de pacientes mencionadas no art. 1º desta Lei devem conter as seguintes informações:

I – o número identificador do paciente e do responsável legal junto ao Registro Geral (RG), bem como seu órgão expedidor, como forma de identificação do paciente e respeito à sua privacidade:

II – a data de ingresso do paciente na fila de espera;

III - a posição que ocupa na fila de espera da especialidade médica pertinente.

Art. 3º. A lista de pacientes que se submeterão a cirurgias eletivas deve ser atualizada semanalmente.

Art. 4º. O art. 11 da Lei n.º 8.429, de 2 de junho de 1992, passa a vigorar acrescido do inciso XXII, assim redigido:

XXII – deixar de elaborar, atualizar, publicar semanalmente na internet, adulterar ou fraudar a lista ou a ordem dos pacientes que aguardam a realização de cirurgias eletivas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), ou fazê-lo em descumprimento às determinações legais aplicáveis;

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Revogam-se as disposições legais em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei visa garantir a transparência e a publicidade das listas de espera de cirurgias médicas eletivas, financiadas com recursos públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), na rede pública ou privada conveniada de atendimento à saúde em todo o território brasileiro.

Para isso, fica estabelecido que a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e as entidades privadas de saúde que realizam cirurgias

médicas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigados a publicar e atualizar semanalmente, em seus sítios oficiais na internet, as listas de pacientes, por especialidades médicas, que serão submetidos a cirurgias eletivas em seu âmbito de atuação.

Acredita-se que a manutenção de um registro público e confiável das pessoas que aguardam na fila das cirurgias eletivas, disponibilizadas na internet e atualizadas periodicamente, é um mecanismo efetivo de combate a adulterações e fraudes nestas listas, porquanto possibilita a ampla fiscalização pelos pacientes e pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS), além do controle exercido por todos os órgãos de controle da Administração Pública e da sociedade.

Com tal desiderato, a proposição estabelece a obrigatoriedade de que a lista registre: 1) o número identificador do paciente e do responsável legal junto ao Registro Geral (RG), bem como seu órgão expedidor, como forma de identificação do paciente e respeito à sua privacidade; 2) a data de ingresso do paciente na fila; e a 3) a posição que ocupa na fila de espera da especialidade médica pertinente.

Importante destacar, outrossim, que a adulteração ou fraude às listas de pacientes que aguardam por cirurgias no âmbito do SUS passa a considerada e tratada como "improbidade administrativa", sujeitando-se os responsáveis às penas previstas no inciso III do art. 12 da Lei n.º 8.429/92, independentemente das sanções penais, civis e administrativas previstas na legislação específica.

Diante de todo o exposto, com a finalidade de garantir o acesso à saúde aos cidadãos brasileiros, de forma universal e igualitária, apresento a proposta legislativa em tela, oportunidade em que pugno aos nobres pares pela sua aprovação.

Sala das Sessões, em ...

SENADOR REGUFFE

PDT/DF

LEGISLAÇÃO RELATIVA AO TEMA

LEI Nº 8.429, DE 2 DE JUNHO DE 1992.

Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

(...)

CAPÍTULO III Das Penas

Art. 12. Independentemente das sanções penais, civis e administrativas previstas na legislação específica, está o responsável pelo ato de improbidade sujeito às seguintes cominações, que podem ser aplicadas isolada ou cumulativamente, de acordo com a gravidade do fato: [\(Redação dada pela Lei nº 12.120, de 2009\).](#)

I - na hipótese do art. 9º, perda dos bens ou valores acrescidos ilicitamente ao patrimônio, ressarcimento integral do dano, quando houver, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de oito a dez anos, pagamento de multa civil de até três vezes o valor do acréscimo patrimonial e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de dez anos;

II - na hipótese do art. 10, ressarcimento integral do dano, perda dos bens ou valores acrescidos ilicitamente ao patrimônio, se concorrer esta circunstância, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de cinco a oito anos, pagamento de multa civil de até duas vezes o valor do dano e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou

indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de cinco anos;

III - na hipótese do art. 11, ressarcimento integral do dano, se houver, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de três a cinco anos, pagamento de multa civil de até cem vezes o valor da remuneração percebida pelo agente e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de três anos.

Parágrafo único. Na fixação das penas previstas nesta lei o juiz levará em conta a extensão do dano causado, assim como o proveito patrimonial obtido pelo agente.

(Às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania; e de Assuntos Sociais, cabendo à última decisão terminativa.)

1ª PARTE - DELIBERATIVA

5

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 415, de 2015, do Senador Cássio Cunha Lima, que *altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para tornar obrigatória a definição em regulamento e a divulgação do indicador ou parâmetro de custo-efetividade utilizado na análise das solicitações de incorporação de tecnologia e tornar obrigatório o respeito aos requisitos de aleatoriedade e publicidade na distribuição dos processos às instâncias responsáveis por essa análise.*

Relatora: Senadora **ANA AMÉLIA**

I – RELATÓRIO

Encontra-se na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para exame e decisão terminativa, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 415, de 2015, de autoria do Senador Cássio Cunha Lima.



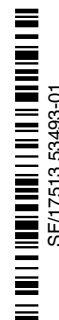
SF/17513.63493-01

A proposição acrescenta dois parágrafos ao art. 19-O da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), com o intuito de tornar obrigatória a definição, em regulamento, e a divulgação do parâmetro de custo-efetividade utilizado na análise das solicitações de incorporação de tecnologia no Sistema Único de Saúde (SUS), além de determinar que sejam obedecidos critérios de aleatoriedade e publicidade na distribuição desses processos às instâncias responsáveis pela análise.

De acordo com o autor, tais medidas contribuirão para que o processo de incorporação de novas tecnologias ao SUS seja mais transparente e cumpra a finalidade de garantir à sociedade brasileira a oferta de medicamentos, produtos e procedimentos atualizados e condizentes com as melhores práticas médicas.

A proposição foi distribuída para ser apreciada pela Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática (CCT), que concluiu pela sua aprovação, e pela CAS, a quem cabe, agora, a decisão terminativa sobre a matéria.

Em 24 de agosto de 2017, por força da aprovação do Requerimento nº 9, de 2017-CAS, de minha autoria, foi realizada audiência pública na CAS para debater a matéria. A audiência contou com a presença dos seguintes convidados; Thiago Rodrigues Santos, Coordenador-Geral de Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde do Ministério da Saúde; Gustavo Laine Araújo de Oliveira, Técnico do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde; Denizar Vianna Araújo, Professor Associado do Departamento de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes, Diretor de Avaliação de Tecnologia em Saúde da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI); Carísi Anne Polanczyk, Pesquisadora Coordenadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Avaliação em Tecnologias em Saúde (INCT-IATS).



No prazo regimental, não foram oferecidas emendas à proposição.

II – ANÁLISE

Conforme o disposto no inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à CAS manifestar-se sobre o mérito de matérias atinentes à proteção e defesa da saúde e às competências do SUS. No presente caso, por se tratar de decisão em caráter terminativo, cabe a esta Comissão, também, emitir parecer acerca da constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade da matéria e sobre a técnica legislativa empregada na proposição.

No que tange à constitucionalidade, o projeto de lei cuida de matéria inserida na competência legislativa concorrente da União, dos estados e do Distrito Federal, conforme dispõe o inciso XII do art. 24 da Constituição Federal (CF), e está de acordo com os preceitos constitucionais relativos às atribuições do Congresso Nacional (art. 48 da CF) e à legitimidade da iniciativa legislativa dos parlamentares (art. 61 da CF). Não se vislumbram, portanto, óbices quanto à constitucionalidade da proposta. Da mesma forma, não se verifica vício de injuridicidade. Ademais, quanto à regimentalidade, o seu trâmite observou o disposto no Risf.

Com relação ao mérito, cumpre destacar, inicialmente, a importância do objeto da proposição, qual seja o aprimoramento da norma que regula a introdução de novas tecnologias no âmbito do SUS.

De fato, de acordo com a Carta Magna, o Estado tem o dever de oferecer à população o *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (art. 196, inciso II).



Por esse motivo, a LOS incluiu no campo de atuação do SUS a execução de *ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica* (art. 6º, inciso I, alínea “d”).

No entanto, o déficit existente entre demanda e oferta de novas tecnologias, em um ambiente dinâmico de constante transformação tecnológica, e o delicado balanço entre escassez de recursos e sua distribuição equânime, tornaram necessário regulamentar o conceito de integralidade da atenção à saúde, para estabelecer quais bens e serviços podem ser fornecidos pelo SUS e em que circunstâncias.

Assim, foi sancionada a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Essa norma adicionou um novo capítulo à LOS, que trata da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde (Capítulo VIII), criando a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC (art. 19-Q), a quem compete assessorar o Ministério da Saúde na sua atribuição de decidir sobre a incorporação de novas tecnologias em saúde no âmbito do SUS.

Todavia, a despeito de reconhecermos os inúmeros avanços ocorridos no processo de incorporação tecnológica ao SUS nos últimos anos, notadamente após a criação da Conitec, consideramos que as medidas propostas pelo PLS nº 415, de 2015 – com os devidos ajustes –, irão aprimorar o processo, sobretudo no que se refere à transparência da análise econômica, o que poderá conferir maior credibilidade às decisões.

Nesse sentido, merecem ser trazidos à baila alguns argumentos apresentados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba (CRMPB), em ofício encaminhado a esta Casa Legislativa, que ratificam as medidas propostas pelo projeto de lei sob análise.



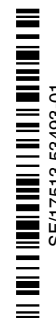
De acordo com o CRMPB, o processo de incorporação tecnológica ao SUS é falho. Por esse motivo, as demandas, que são em número crescente, não têm sido atendidas. Isso tem contribuído para o crescimento do fenômeno conhecido como "judicialização", pelo qual medicamentos, procedimentos e produtos para a saúde, a que os pacientes não conseguem ter acesso, são pleiteados por meio de ações judiciais.

Além de identificar falhas de caráter procedimental nas demandas analisadas pela Conitec, o CRMPB considera as deliberações desse órgão questionáveis, especialmente *por não ter ainda estabelecido, de forma clara, parâmetros balizadores de custo-efetividade de procedimentos médicos no Brasil*. Para a entidade, isso coloca em xeque todo o processo.

Por derradeiro, uma vez que o critério da aleatoriedade na distribuição de processos está consagrado, inclusive pelo Poder Judiciário, o CRMPB acredita que ele também deveria ser aplicado no âmbito da Conitec, com o propósito de evitar vieses de seleção e conflitos de interesse, como determina o projeto de lei sob análise.

Além do posicionamento adotado pelo CRMPB, outros argumentos técnicos também respaldam as medidas preconizadas pelo PLS nº 415, de 2015.

No artigo *Limiar de custo-efetividade: uma necessidade para o Brasil?*, publicado no Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, em outubro de 2016, as pesquisadoras Márcia Pinto, da Fundação Oswaldo Cruz; Marisa Santos, do Instituto Nacional de Cardiologia; e Anete Trajman, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, discutem a possibilidade da adoção de um limiar nas avaliações econômicas em saúde.



O indicador discutido pelas autoras é a razão de custo-efetividade incremental (ICER, do inglês *incremental cost-effectiveness ratio*), que, segundo elas, já é adotado pelo Reino Unido, Chile, Colômbia, Canadá e México, entre outros países, embora nem sempre seja considerado como parte do processo formal de tomada de decisão de incorporação tecnológica.

A Icer é calculada pela razão entre a diferença de custo e a diferença de efetividade de duas alternativas tecnológicas. O limiar é o referencial numérico da Icer abaixo do qual uma tecnologia é considerada custo-efetiva. Assim, quanto mais alto o limiar, menos tecnologias serão consideradas custo-efetivas e, conseqüentemente, um menor número delas será incorporado ao sistema, com base nesse critério.

Ainda segundo as pesquisadoras, não existe consenso sobre a melhor maneira de estabelecer esse limiar. Também há controvérsias sobre como diferentes fatores podem influenciar o seu valor, tais como o orçamento e a produtividade do setor saúde, as mudanças na saúde produzidas por outras áreas (como a educação), o aumento da expectativa de vida e a redução do risco basal da ocorrência de doenças.

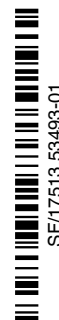
Todavia, a despeito de reconhecerem a existência dessas dificuldades metodológicas, as autoras concluem que a adoção de um limiar de custo-efetividade, no Brasil, poderia contribuir para a racionalização da tomada de decisão nos pleitos de incorporação tecnológica ao SUS e para a utilização mais eficiente e efetiva dos recursos orçamentários em saúde, conferindo maior sustentabilidade ao sistema. Além disso, poderia tornar as decisões de incorporação tecnológica mais transparentes, por facilitar a interpretação das avaliações econômicas.



No entanto, em que pesem a essas argumentações, o debate acerca da necessidade da adoção explícita de limiares de custo-efetividade, nos diferentes países, está longe de terminar, conforme apontam as pesquisadoras Patricia Coelho de Soarez e Hillegonda Maria Dutilh Novaes, ambas da Universidade de São Paulo (USP), em artigo recentemente publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*, em maio de 2017 – *Limiares de custo-efetividade e o Sistema Único de Saúde*.

As autoras destacam, inicialmente, que a adoção de um limiar para um determinado sistema de saúde pode ser explícita ou implícita. Limiares explícitos são valores oficialmente reconhecidos por tomadores de decisão, que os adotam formalmente, tornando-os públicos. Limiares implícitos, por sua vez, são valores não oficiais, que podem ser inferidos a partir da análise do padrão de decisões prévias de incorporação tecnológica em um determinado sistema de saúde. Foram identificados limiares explícitos nas principais organizações de avaliação de tecnologias em saúde da Tailândia, Irlanda e Reino Unido, e implícitos na Austrália, Canadá (Ontário), Suécia, Estados Unidos da América e Brasil.

No Brasil, como mencionado, não foi definido um valor explícito do limiar de custo-efetividade estabelecido para o SUS. Ademais, em face do pequeno número de relatórios de recomendação da Conitec que apresentam o cálculo da razão de custo-efetividade incremental (11%), não é possível propor um limiar adequado para o País apenas com base na análise retrospectiva dessas recomendações. Outros fatores que dificultam esse tipo de análise provêm do fato de as avaliações econômicas realizadas no País utilizarem indicadores que apresentam denominadores heterogêneos – DALY (do inglês, *disability-adjusted life years*, anos de vida ajustados por incapacidade), QALY (do inglês, *quality-adjusted life years*, anos de vida ajustados pela qualidade) ou anos de vida; e de estarem distantes do padrão internacional de qualidade metodológica requerido.



Por essas razões, publicações recentes enfatizam a necessidade de aprofundar e realizar novos estudos para o desenvolvimento de limiares que incorporem, com clareza, restrições orçamentárias e custos de oportunidade existentes em países de diferentes níveis de renda. Com efeito, os indicadores atualmente existentes ainda não conseguiram superar o dilema da escolha dos melhores mecanismos de alocação dos recursos públicos, nem capturar valores importantes para a sociedade, tais como implicações éticas, princípios de justiça distributiva e preferências sociais.

Em verdade, até mesmo a dita recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o limiar de custo-efetividade, publicada pela Comissão de Macroeconomia e Saúde, em 2001, e citada como referência pelo autor do projeto de lei, na justificção – que era de três vezes o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* por anos de vida ajustados para qualidade – caiu por terra, por não proporcionar a especificidade necessária para orientar os processos de tomada de decisão em países diferentes, podendo levar a decisões equivocadas de alocação de recursos.

Além disso, conforme ressaltam as mencionadas autoras, existe uma fronteira tênue entre o bom e o mau uso do limiar explícito, que pode ser facilmente ultrapassada pela manipulação dos estudos apresentados. Esse risco – embora possa ser minimizado pelo rigor que deve nortear a elaboração e a revisão dos modelos – também foi apontado no primeiro artigo que sumarizamos: as avaliações econômicas frequentemente se baseiam em modelos matemáticos cujos parâmetros e pressupostos podem ser selecionados de forma discricionária, gerando resultados moldados ao limiar estabelecido.



A conclusão que as pesquisadoras da USP chegam é que não é possível simplesmente transpor experiências internacionais, pois a definição do valor do limiar é contexto-específica e depende do nível de renda, das características do sistema de saúde e da disponibilidade, capacidade e disposição da sociedade de pagar por avanços tecnológicos, bem como de suas preferências sociais. E que o uso desse limiar deveria ser feito sempre em conjunto com outros parâmetros.

Em relação à segunda medida proposta pelo PLS, qual seja a de determinar que sejam obedecidos critérios de aleatoriedade e publicidade na distribuição dos processos de incorporação tecnológica ao SUS, consideramos que, apesar de acertada, também merece reparos.

De fato, o paralelo traçado com a aleatoriedade da distribuição de processos no âmbito do Poder Judiciário não é adequado, pois só se distribui processo a juízo competente; por exemplo, não se distribui matéria trabalhista a um juiz da área penal. Da mesma forma, no processo de avaliação de incorporação de tecnologias em saúde – cujos assuntos são extremamente amplos, abrangendo toda sorte de medicamentos, produtos e procedimentos de saúde – a demanda a ser analisada deve ser distribuída a quem detenha conhecimento e formação profissional e acadêmica sobre o tema em questão.

Por conseguinte, a aleatoriedade pode e deve ser praticada, mas apenas dentro dos parâmetros mencionados. Consideramos fundamental ressaltar o respeito à especialização técnica requerida para fins de análise da matéria, sem o qual se corre o risco de fazer uma análise inepta. Isso é imprescindível para que a demanda seja corretamente avaliada.



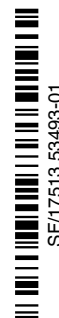
Um último reparo merece ser feito, este em relação à técnica legislativa empregada na proposição: observamos que o projeto de lei sob análise se equivocou ao alterar o art. 19-O, e não o 19-Q, da LOS. A nosso ver, a alteração pretendida deveria ter sido feita no art. 19-Q, cujo § 2º dispõe sobre os critérios que, necessariamente, devem ser observados pela Conitec nos processos de incorporação de tecnologias. O art. 19-O alterado pelo PLS, contudo, trata apenas de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Não tem, portanto, relação com o objeto do projeto.

Feitas essas considerações, cumpre destacar que a regulação da incorporação tecnológica é essencial para o adequado funcionamento dos sistemas públicos de saúde. Mas, como bem ressaltou a CCT, comissão que nos antecedeu na análise do PLS nº 415, de 2015, também constitui um grande desafio.

Especificamente, a definição explícita de um limiar de custo-efetividade é um tema politicamente sensível, notadamente em razão dos fortes interesses econômicos, muitas vezes conflitantes, dos diversos segmentos envolvidos na questão: grupos de pacientes, provedores de assistência à saúde, fornecedores de tecnologias em saúde e formuladores e implementadores de políticas de saúde, entre outros.

Desse modo, tornar o processo de incorporação tecnológica em saúde mais explícito e transparente é apropriado, pois todos os segmentos envolvidos têm interesse em monitorá-lo. Porém, isso não pode ser feito de modo a engessá-lo por meio de mecanismos legais que reduzam o processo de tomada de decisão a um ato meramente mecânico. É necessário garantir que o gestor de saúde tome as decisões de incorporação com base em múltiplos critérios, adequados à realidade local, entre eles as avaliações econômicas, e que eles sejam devidamente esclarecidos e divulgados.





Por essas razões, votamos pela aprovação do PLS nº 415, de 2015, com a apresentação de uma emenda que promove os ajustes considerados necessários na proposição.

III – VOTO

Ante o exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 415, de 2015, com a seguinte emenda:

EMENDA Nº -CAS

Dê-se ao art. 1º do Projeto de Lei do Senado nº 415, de 2015, a seguinte redação:

“**Art. 1º** Os arts. 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:

‘**Art. 19-Q.**

.....

§ 3º As metodologias empregadas na avaliação econômica a que se refere o inciso II do § 2º serão dispostas em regulamento e amplamente divulgadas, inclusive no que se refere aos indicadores e parâmetros de custo-efetividade utilizados, em combinação com outros critérios.’ (NR)

‘Art. 19-R.....’

§ 1º

.....

V – distribuição aleatória em todas as instâncias, respeitadas a especialização e a competência técnica requeridas para a análise da matéria;

VI – publicidade dos atos processuais.

.....’ (NR)”

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 415 , DE 2015

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*, para tornar obrigatória a definição em regulamento e a divulgação do indicador ou parâmetro de custo-efetividade utilizado na análise das solicitações de incorporação de tecnologia e tornar obrigatório o respeito aos requisitos de aleatoriedade e publicidade na distribuição dos processos às instâncias responsáveis por essa análise.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 19-O da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação, renumerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“**Art.19-O.**

§1º

§ 2º Será definido em regulamento e amplamente divulgado o indicador ou parâmetro de custo-efetividade utilizado na análise prevista no § 1º.

§3º A distribuição dos processos de incorporação de tecnologia às instâncias responsáveis pela análise obedecerá aos requisitos de aleatoriedade e publicidade, na forma definida em regulamento, com os objetivos de minimizar a ocorrência de vieses de seleção e de conflitos de interesse.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A incorporação de tecnologias em saúde no Brasil obedece a complexo e intrincado processo, no qual diversas autarquias públicas federais (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e Conselho Federal de Medicina – CFM) exercem, na esfera de suas estritas competências, discricionariedade técnica, a fim de garantir à sociedade civil o acesso a tecnologias seguras, eficazes e com custo-efetividade compatível com as possibilidades orçamentárias do Estado brasileiro.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a recente criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), foi estabelecido um procedimento administrativo específico para avaliação dessas novas tecnologias.

O ordenamento jurídico pátrio, inclusive o próprio texto constitucional, consagra amplas garantias de acesso à saúde por meio do SUS. Contudo, a insuficiência do Sistema na concretização de políticas públicas que satisfaçam plenamente essas garantias tem ensejado uma miríade de ações judiciais, visando à concessão de tratamentos médicos não oferecidos pelo SUS.

Assim, não há como afastar a intervenção do Poder Judiciário, a qual geralmente ocorre por intermédio de ações judiciais individuais. Essa prática, conhecida como “judicialização da saúde”, compromete os escassos recursos destinados ao Sistema como um todo, beneficiando indivíduos em detrimento do coletivo e agravando o fosso das desigualdades sociais.

Estima-se que, em 2012, mais de trezentos e sessenta e cinco milhões de reais do orçamento do Ministério da Saúde tiveram que ser destinados ao custeio de tratamentos prescritos e equipamentos adquiridos em virtude de decisões judiciais, o que representou um aumento de mil e quatrocentas vezes em relação ao ano de 2003.

Isso ocorreu porque, diante da incapacidade do SUS de garantir o direito fundamental de acesso à saúde, não se pode evitar que pacientes ou instituições de defesa dos interesses dos cidadãos, sobretudo o Ministério Público, ingressem com ações individuais ou até ações civis públicas visando à adoção de políticas de saúde por intermédio do Poder Judiciário.

Consoante com o dever do Estado de zelar pelos interesses sociais e garantir o acesso às novas tecnologias em saúde, visando manter sempre

atualizado o rol de procedimentos médicos disponíveis no SUS, a Conitec tem contribuído para agilizar e qualificar a incorporação dessas tecnologias no Brasil.

A Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, inseriu na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS), o Capítulo VIII, que trata da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde. Esse Capítulo instituiu a Conitec, no art. 19-Q, e, no art. 19-O, previu que os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Segundo o parágrafo único do art. 19-O da Lei, *em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo*. No entanto, até o momento, a legislação não estabeleceu os parâmetros ou indicadores de custo-efetividade a serem utilizados; tampouco foram tomadas medidas regulatórias nesse sentido, no que concerne às novas tecnologias a serem incorporadas no âmbito do SUS.

As diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde com recomendações para Avaliação de Tecnologia em Saúde não definem um limiar de razão de custo-efetividade incremental (RCEI) elegível para incorporação de tecnologias, ao contrário do que fazem os países europeus, o Canadá e a Austrália. Também não está claro o fundamento legal segundo o qual a Conitec analisa a custo-efetividade de um procedimento médico, nem qual é o limiar adotado para considerar que um procedimento é custo-efetivo, lacuna que propicia, por vezes, a adoção, pela administração pública, de discricionariedade técnica de baixa qualidade.

Frise-se, no que concerne ao limiar adotado para a análise de custo-efetividade, que existem dois parâmetros aceitos internacionalmente: de um lado, nas maiores economias do mundo, considera-se custo-efetivo o procedimento cujo RCEI seja inferior a cinquenta mil dólares por ano de vida salvo; de outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o limiar consista em três vezes o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* por Anos de Vida Ajustados para Qualidade (QALY) ou Anos de Vida Ajustados para Incapacidade (DALY).

No Brasil, a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde nº 458, de 21 de maio de 2012, assinada pelo então

Secretário, Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior, salientou que, *tradicionalmente, na avaliação de custo-efetividade, é utilizada a razão custo-efetividade incremental (ICER) [sigla em inglês] inferior a 50 mil dólares por ano de vida salvo.*

Apesar da afirmação contida na citada portaria da SAS, o valor equivalente a cinquenta mil dólares por ano de vida salvo parece não ser ainda praticado no Brasil. Embora, em diversas oportunidades, tenha-se buscado mudar o perfil de subfinanciamento da saúde pública no país, o percentual do PIB investido na área ainda é desmesuradamente baixo.

Assim, parece-nos que atribuir um valor intermediário à RCEI, em uma faixa situada entre o praticado nos países desenvolvidos e o preconizado pela OMS, seria mais compatível com o *status* do Brasil – sétima economia do mundo e importante país emergente – e adequado para contemplar as demandas crescentes por incorporação de tecnologia no âmbito do SUS.

A nosso ver, a RCEI, isoladamente, não permite que formuladores de políticas de saúde definam a relação de custo-efetividade da intervenção. Tal conclusão exige uma comparação com um valor de referência para a RCEI, acima do qual uma intervenção não seria considerada custo-efetiva (isto é, o custo incremental por unidade adicional de ganho de saúde é demasiadamente elevado e não se justifica), e abaixo do qual seria considerada custo-efetiva.

O valor limite da RCEI representa a maior quantidade de valor monetário para um QALY que a sociedade ainda pode pagar, em momento específico no tempo – dado o orçamento fixo da saúde, isto é, um orçamento que não aumenta, nem pode ser ultrapassado dentro de um determinado ano –, com o objetivo de maximizar os ganhos de saúde.

Não obstante, sem pretender que uma norma legal invada a alçada do estabelecimento de critérios técnicos infralegais, as observações aqui expendidas servem ao propósito de ilustrar a necessidade de a Conitec, no exercício de suas atribuições, definir claramente, por meio de regulamento, o parâmetro de custo-efetividade utilizado para balizar a incorporação de tecnologia no âmbito do SUS.

Este projeto de lei que apresentamos cuidou também de outro aspecto da atuação da Conitec. Para avaliação das solicitações que lhes são apresentadas, a Comissão tem-se valido do suporte técnico especializado dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS), integrantes da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS).

A esse respeito, assinalamos que, assim como falta o estabelecimento de parâmetro para o RCEI, também carecem de definição legal os critérios balizadores da distribuição dos processos para análise especializada. Tal omissão pode introduzir problemas intransponíveis na avaliação de uma determinada tecnologia. É necessário conferir maior transparência nesse procedimento administrativo para minimizar possíveis vieses de seleção de avaliadores com conflito de interesses.

A título de ilustração, ressaltamos que o Poder Judiciário já adotou critérios aleatórios de distribuição das ações que ali ingressam. Para seguir esse exemplo, consideramos que a Conitec deve adotar método similar para distribuir as demandas de avaliação de novas tecnologias, atendendo aos princípios da isonomia e publicidade que devem nortear a administração pública.

Essa definição contribuirá para que, de fato, o processo de incorporação de novas tecnologias no SUS seja transparente e cumpra sua finalidade precípua de garantir a oferta, à sociedade brasileira, de procedimentos terapêuticos (medicamentos e produtos) atualizados e qualificados, condizentes com o melhor da prática médica.

Conclamamos, pois, os nobres Pares a emprestarem o seu apoio à aprovação da medida proposta.

Sala das Sessões,

Senador CÁSSIO CUNHA LIMA



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

[Mensagem de veto](#)

[Regulamento](#)

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

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.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. [\(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013\)](#)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

CAPÍTULO VIII

[\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE
TECNOLOGIA EM SAÚDE”

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo

fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - **(VETADO)**; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º **(VETADO)**. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-S. **(VETADO)**. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

(Às Comissões de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática; e de Assuntos Sociais, em decisão terminativa.)

PARECER Nº , DE 2015

Da COMISSÃO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO, COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 415, de 2015, do Senador Cássio Cunha Lima, que *altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para tornar obrigatória a definição em regulamento e a divulgação do indicador ou parâmetro de custo-efetividade utilizado na análise das solicitações de incorporação de tecnologia e tornar obrigatório o respeito aos requisitos de aleatoriedade e publicidade na distribuição dos processos às instâncias responsáveis por essa análise.*

Relator: Senador **EDUARDO AMORIM**
RELATOR AD HOC SENADOR ALOYSIO NUNES FERREIRA

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática (CCT) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 415, de 2015, de autoria do Senador Cássio Cunha Lima.

A proposição altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que estabelece os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), para tornar obrigatória a definição, em regulamento, do indicador custo-efetividade utilizado na elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que estabelecem os medicamentos e produtos necessários para o tratamento das doenças em suas diferentes fases.

A iniciativa também prevê que a distribuição dos processos de incorporação de tecnologia às instâncias responsáveis pela análise

obedeçam aos requisitos de aleatoriedade e publicidade, na forma definida em regulamento.

Após a apreciação deste Colegiado, a matéria seguirá para a Comissão de Assuntos Sociais a quem caberá deliberar terminativamente.

Não foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 104-C do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CCT opinar sobre proposições relacionadas ao desenvolvimento e utilização de novas tecnologias, temática abrangida pela proposição sob exame.

Do ponto de vista da competência regimental desta Comissão, importa ressaltar que a incorporação de novas tecnologias constitui hoje um dos grandes desafios do sistema de saúde.

Conforme apontam os estudos realizados no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), os gastos com saúde crescem em ritmo exponencial enquanto os recursos disponíveis são limitados, sendo necessário adotar mecanismos que assegurem o uso racional dessas tecnologias, o que, nos termos da Lei Orgânica da Saúde, deve ser feito precipuamente por meio da análise do parâmetro custo-efetividade.

Este indicador foi introduzido no nosso ordenamento jurídico pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que foi editada em resposta ao consenso que se formou em torno da necessidade de se conferir maior racionalidade no processo da incorporação de tecnologias no sistema de saúde.

Nesse sentido, o custo-efetividade afigura-se como variável indispensável para apoiar os tomadores de decisão na difícil tarefa de avaliar a conveniência e oportunidade de incorporação de um novo medicamento, equipamento ou procedimento.

Ocorre que, conforme bem observado pelo autor da iniciativa, Senador Cássio Cunha Lima, existe uma lacuna na legislação brasileira que não estabeleceu os parâmetros ou indicadores de custo-efetividade a serem

utilizados e tampouco tornou obrigatória a definição, em regulamento, da metodologia de análise a ser utilizado no processo de tomada de decisão referente à incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS.

De ter-se, assim, por louvável a presente iniciativa que prevê a definição em regulamento e a ampla divulgação do parâmetro de custo-efetividade adotado, o que é essencial para assegurar a incorporação racional de tecnologias no sistema de saúde.

Também de se louvar, no projeto, é a previsão para que os órgãos competentes passem a adotar os requisitos de aleatoriedade e publicidade na distribuição dos processos que tenham por objeto a incorporação de tecnologias, o que, por certo, melhor atende aos princípios constitucionais da impessoalidade e da transparência.

III – VOTO

Pelo exposto, votamos pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 415, de 2015.

Sala da Comissão, em **01/03/2016**

Senador **LASIER MARTINS**, Presidente

SENADOR ALOYSIO NUNES FERREIRA, Relator **AD HOC**

1ª PARTE - DELIBERATIVA

6

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 299, de 2016, do Senador Telmário Mota, que *altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.*

Relatora: Senadora **VANESSA GRAZZIOTIN**

I – RELATÓRIO

Vem para análise da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 299, de 2016, de autoria do Senador Telmário Mota, que *altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências*, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.

Seu art. 1º acrescenta um inciso XLIII ao art. 10 da Lei nº 6.437, de 2016, para incluir, no rol de infrações sanitárias, a prática de reutilizar produtos para a saúde, cuja limpeza, desinfecção ou esterilização sejam proibidos por regulamento da autoridade sanitária. O projeto também estabelece as sanções para esse tipo de infração, quais sejam *advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa.*

O art. 2º, cláusula de vigência, determina que a lei eventualmente resultante do projeto em comento passe a vigorar na data de sua publicação.

Na justificção, o autor cita reportagem do programa *Fantástico*, da Rede Globo de Televisão, sobre esquema fraudulento instituído para reduzir as despesas das operadoras de planos de saúde



SF/17212.26483-73

envolvidas. Tais empresas recompensavam financeiramente médicos que reaproveitassem indevidamente materiais utilizados em procedimentos cardiológicos invasivos. Diante disso, argumenta que a legislação brasileira necessita ser modificada para, de fato, coibir a reutilização de produtos para a saúde de “uso único”, ou seja, cuja limpeza, desinfecção ou esterilização são proibidas.

O projeto sob análise será apreciado unicamente por este colegiado, em caráter terminativo.

Perante esta Comissão, foi oferecida a Emenda nº 1 – T, de autoria da Senadora Ana Amélia, que propõe modificar o texto do art. 1º do PLS em comento para enfatizar que a autoridade sanitária deve definir os produtos de saúde cuja reutilização é proibida. Acredita que essa alteração proverá maior segurança jurídica ao setor regulado.

II – ANÁLISE

De acordo com o disposto no inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à CAS opinar sobre matérias que digam respeito à proteção e defesa da saúde. Além disso, por se tratar de decisão exclusiva e terminativa, incumbe a este Colegiado ainda manifestar-se sobre os aspectos de constitucionalidade, de juridicidade, de regimentalidade e de técnica legislativa da matéria.

Inicialmente, cabe salientar que não se vislumbram óbices quanto à constitucionalidade da proposta, que trata de matéria inserida na competência legislativa concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal, conforme dispõe o inciso XII do art. 24 da Constituição Federal (CF), além de estar em conformidade com as atribuições do Congresso Nacional, estabelecidas pelo art. 48 da CF, e com a iniciativa legislativa outorgada aos parlamentares (art. 61 da CF).

Também não se verifica vício de injuridicidade e, quanto à regimentalidade, constata-se que o trâmite da matéria observou o disposto no Risf. Da mesma forma, a proposta atende aos requisitos de técnica legislativa, pois foi redigida de acordo com a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que *dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis*.



Passemos, agora, à análise do mérito da proposição.

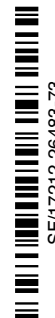
Trata-se de projeto voltado à proteção da saúde da população, na medida que a reutilização inadequada de materiais cirúrgicos põe em risco a saúde de pacientes. O caso citado na justificção é paradigmático, pois exames cardiológicos invasivos são geralmente realizados em pacientes com doenças potencialmente graves. Portanto, o procedimento a que se submeteram ofereceu risco adicional – e desnecessário – devido à má qualidade do material, indevidamente reutilizado. Tal situação, nada aceitável, certamente tem impactos na taxa de mortalidade desses pacientes, haja vista o alto risco de complicações infecciosas, tais como a temida endocardite bacteriana.

No entanto, é necessário informar que alguns materiais utilizados em procedimentos médicos podem, de fato, ser reutilizados com segurança, desde que devidamente limpos, desinfetados ou esterilizados. Dada a sua grande importância sanitária, o tema está regulamentado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 156, de 11 de agosto de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Dentre outras disposições, essa RDC autoriza a Anvisa a valer-se de evidências científicas para determinar se o material pode – ou não – ser reprocessado. Nos casos em que se permite o reaproveitamento, há uma série de regras a serem observadas, tais como a proibição da comercialização de produtos reprocessados e a necessidade de licenciamento, junto à autoridade sanitária, das empresas que fazem reprocessamento.

Por sua vez, o rol de produtos cujo reaproveitamento é proibido está disposto no anexo da Resolução (RE) nº 2.605, de 11 de agosto de 2006, também da Anvisa. Portanto, nos termos da RDC nº 156, de 2006, a reutilização de qualquer material que conste dessa resolução é considerada infração sanitária.

Esse arcabouço normativo aqui apresentado deixa claro que a Anvisa tem, efetivamente, atuado sobre a questão da reutilização dos produtos para a saúde. A RE nº 2.605, de 2006, cumpre o papel de não deixar dúvidas sobre quais tipos de matérias cuja reprocessamento é proibido. Dessa forma, acreditamos ser inócua a modificação proposta pela Emenda nº 1 – T.



SF/17212.26483-73

Assim, a despeito de toda essa previsão normativa infralegal, observa-se que persistem práticas de reuso de material não passível de reprocessamento. Por esse motivo, somos favoráveis à positivação dessa infração no Ordenamento Jurídico. Acreditamos que essa medida, por proporcionar maior respaldo legal à Anvisa, contribuirá para aprimorar, efetivamente, os processos de fiscalização sobre a qualidade dos produtos para a saúde.

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **rejeição** da Emenda nº 1 – T e pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 299, de 2016.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SF/17212.26483-73

PLS 299/2016
00001-T

EMENDA Nº – CAS
(ao PLS nº 299, de 2016)

Dê-se a seguinte redação ao art. 1º do Projeto de Lei do Senado nº 299, de 2016:

Art. 1º O art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XLIII:

“Art. 10.
.....

XLIII – reutilizar produtos para a saúde, tais como equipamentos, aparelhos, materiais, artigos ou sistemas de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, cuja limpeza, desinfecção ou esterilização sejam expressamente proibidos pela autoridade sanitária, na forma do regulamento: pena – advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa.

JUSTIFICAÇÃO

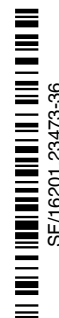
O Projeto de Lei do Senado nº 299, de 2016, de autoria do Senador Telmário Mota, altera a Lei no 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento é meritório. No entanto, em boa parte dos casos, não há proibição expressa da reutilização por parte da autoridade sanitária, nem tampouco autorização, deixando ao juízo da autoridade sanitária a interpretação de quais materiais são passíveis ou não de reutilização.



Para adequarmos o texto da lei, para evitar futuras interpretações sobre a eventual omissão da regulação e garantir maior segurança nos procedimentos médicos e odontológicos, sugere-se alteração do inciso XLIII do art. 10 da Lei 6.437/1977, no intuito de incluir a palavra “expressamente”. Assim, o texto da lei será claro e objetivo, obrigando a autoridade sanitária a expressar quais são os produtos de saúde de reutilização proibida e conferindo segurança jurídica a empresas e profissionais dedicados à assistência à saúde no sentido de deixar claro quais são as práticas prescritas pela autoridade sanitária.

Sala da Comissão,

Senadora **Ana Amélia**
(PP-RS)



SF/16201..23473-36



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 299, DE 2016

Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.

AUTORIA: Senador Telmário Mota

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2016

Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.



SF/16756.14591-97

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XLIII:

“**Art. 10.**

XLIII – reutilizar produtos para a saúde, tais como equipamentos, aparelhos, materiais, artigos ou sistemas de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, cuja limpeza, desinfecção ou esterilização sejam proibidos pela autoridade sanitária, na forma do regulamento:

pena – advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa.

.....” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.



SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

JUSTIFICAÇÃO

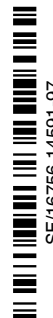
O reaproveitamento de equipamentos, aparelhos, materiais, artigos ou sistemas de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 156, de 11 de agosto de 2006, que *dispõe sobre o registro, rotulagem e re-processamento de produtos médicos, e dá outras providências*.

De acordo com essa norma, alguns desses produtos podem ser reprocessados e reutilizados, ou seja, podem ser reaproveitados em outros procedimentos após a devida limpeza, desinfecção e esterilização. Todavia, existem produtos cujo reprocessamento é proibido e, portanto, a Anvisa os considera de “uso único”, o que quer dizer que, por razões sanitárias, jamais devem ser reutilizados.

Apesar de a regra existir desde 2006, ainda há relatos de reutilização de produtos de “uso único”. O caso mais escandaloso foi divulgado recentemente pela imprensa, num programa jornalístico da televisão.

Trata-se da descoberta de indevida reutilização de cateteres utilizados em procedimentos cardiológicos invasivos. Segundo a reportagem, tal prática foi arquitetada por meio de abominável acordo entre alguns gestores de uma operadora de plano privado de assistência à saúde e um grupo de cardiologistas. Estes reutilizavam materiais de “uso único”, para que, com isso, houvesse redução das despesas que a operadora teria com o pagamento dos procedimentos. Em decorrência disso, a operadora recompensava os profissionais envolvidos mediante pagamento de honorários mais elevados que a média do mercado.

Diante desse grave fato, acreditamos que o Parlamento deve efetivamente atuar de modo a coibir condenável prática. Por isso, apresentamos projeto de lei para assegurar que a reutilização de produtos



SF/16756.14591-97



SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

para a saúde de “uso único” torne-se uma infração sanitária legalmente estabelecida e, por conseguinte, seja passível das penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que *configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências*.

Portanto, ao garantir maior segurança nos procedimentos médicos e odontológicos, acreditamos contribuir para melhorar a proteção à saúde da população.

Sala das Sessões,

Senador TELMÁRIO MOTA



LEGISLAÇÃO CITADA

Lei nº 6.437, de 20 de Agosto de 1977 - Lei de Infrações à Legislação Sanitária - 6437/77
artigo 10

1ª PARTE - DELIBERATIVA

7



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 43, de 2017, do Senador Zeze Perrella, que *determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.*

Relator: Senador **AIRTON SANDOVAL**

I – RELATÓRIO

Em exame nesta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 43, de 2017, do Senador Zeze Perrella, que *determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.*

O art. 1º da proposição determina a inserção, nas bulas de medicamentos, de advertências dirigidas aos atletas, no sentido de sempre consultarem a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos, definida pelo Código Mundial Antidopagem, quando do consumo de medicamentos. O art. 2º é a cláusula de vigência e concede prazo de cento e oitenta dias para que a lei entre em vigor, contado a partir de sua publicação.

Na justificção do PLS nº 43, de 2017, o Autor informa que é responsabilidade do atleta informar-se sobre a vedação ao uso de determinado medicamento pela Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem.



SF/17316.35586-08



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

Nesse sentido, a proposição busca instituir um alerta adicional para os atletas, caso necessitem consumir medicamentos para tratar doenças ou mitigar seus sintomas. É importante que estejam cientes da importância dos efeitos do uso dessas substâncias farmacológicas sobre sua performance esportiva e as implicações desse uso no cumprimento das normas antidopagem, esclarece o Autor.

A proposição foi distribuída à apreciação deste colegiado para decisão em caráter terminativo. Esgotado o prazo regimentalmente previsto, não foi objeto de emendas.

II – ANÁLISE

Preliminarmente, cumpre apontar que o PLS nº 43, de 2017, foi distribuído à apreciação deste colegiado com fundamento no inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), que confere à CAS competência para opinar sobre proposições que digam respeito a proteção e defesa da saúde e a produção, controle e fiscalização de medicamentos. A competência para decidir terminativamente sobre o projeto, por sua vez, está fundamentada no inciso I do art. 91 do Risf.

A dopagem, mais popularmente conhecida por seu nome em idioma inglês, *doping*, caracteriza-se pelo uso de qualquer substância proibida pela regulamentação esportiva instituída pelo Comitê Olímpico Internacional (COI). Geralmente busca-se melhorar o desempenho esportivo com essa conduta.

O uso de substâncias para melhorar o desempenho em competições é conhecido desde a Antiguidade, mas ganhou impulso significativo após a Segunda Guerra Mundial – em função da disponibilização de produtos desenvolvidos inicialmente para melhorar o desempenho dos soldados – e durante a Guerra Fria, pela supervalorização das competições esportivas como forma de propaganda política.

Hoje sabemos que muitos dos superatletas produzidos pela antiga União Soviética eram fruto de doses absurdas de hormônios esteroides, que provocaram inúmeras mortes e sequelas em desportistas



SF/17316.35586-08



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

daquele país. No lado ocidental a história não foi diferente, com a banalização do uso de substâncias hoje banidas, a fim de superar seus adversários nas quadras, ringues e pistas de ciclismo e atletismo.

Diante dessa situação preocupante, o COI criou, em 1967, uma comissão formada por médicos para combater o crescimento da dopagem. Por meio da análise da urina do atleta, facilmente coletada, era possível detectar as substâncias proibidas à época. Desde então, a guerra à dopagem não parou de evoluir, incluindo a criação da Agência Mundial Antidopagem pelo COI. Mas a criatividade dos que pretendem obter vantagens escusas nas competições parece ser ilimitada, de modo que o problema da dopagem permanece grave e atual.

É preciso esclarecer, todavia, que muitos medicamentos disponíveis nas farmácias e drogarias e por nós usados no dia a dia constam da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem. São produtos desenvolvidos para tratar doenças, mas que se mostraram úteis para o desempenho dos atletas, a exemplo dos hormônios. E há também os medicamentos que não influenciam a performance esportiva, mas são empregados para impedir a detecção das substâncias estimulantes nos testes antidopagem.

Nesse sentido, o projeto de lei sob análise é oportuno para alertar os atletas sobre a necessidade de consultar a lista de substâncias proibidas antes de consumir medicamentos. Considerando que mesmo fármacos sem qualquer influência sobre a atividade desportiva podem ter seu uso vedado, é fundamental ter extrema cautela para evitar o consumo inadvertido de um produto que, uma vez detectado nos exames antidopagem, pode resultar em profundo revés na carreira do atleta.

No tocante à constitucionalidade, nada obsta à aprovação do projeto, que trata de matéria sobre a qual cabe ao Congresso Nacional dispor e à União legislar concorrentemente com os estados e o Distrito Federal. É o que determinam os incisos IX e XII do art. 24 da Constituição Federal. Igualmente, não há óbice quanto à iniciativa parlamentar, pois a matéria não se inclui entre as listadas no § 1º do art. 61 da Carta Magna, onde são especificadas aquelas de iniciativa privativa do Presidente da República.



SF17316.35586-08



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

No que concerne à técnica legislativa, no entanto, observa-se violação do art. 7º, IV da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis. Esse dispositivo determina que “o mesmo assunto não poderá ser disciplinado por mais de uma lei, exceto quando a subsequente se destine a complementar lei considerada básica, vinculando-se a esta por remissão expressa”.

Dessa forma, considerando que o art. 57 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que *dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras providências*, já dispõe sobre as bulas, o mais indicado seria acrescentar parágrafo ao referido dispositivo.

Oferecemos, então, emenda integral, para sanar os óbices apontados e aprimorar a iniciativa do Senador Zeze Perrella.

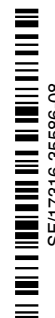
III – VOTO

Em visto do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 43, de 2017, na forma da seguinte emenda:

EMENDA Nº – CAS (SUBSTITUTIVO)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 43, DE 2017

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que *dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras providências*, para determinar que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista



SF/17316.35586-08



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

atualizada de substâncias e métodos proibidos
antes de consumir medicamentos.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 57 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976,
passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

"**Art. 57.**

.....
§ 3º As bulas de medicamentos trarão advertência dirigida aos
atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de
substâncias e métodos proibidos, definida em conformidade com o
Código Mundial Antidopagem, antes de consumir medicamentos."
(NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta
dias de sua publicação oficial.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/17316.35586-08

PLS 43/2017
00001

Emenda nº de 2018 - CAS
(ao PLS 43 de 2017)

O Artigo 1º do Projeto de Lei do Senado nº 43, de 2017 passa a ter a seguinte redação:

Art. 1º As bulas de medicamentos, definidos em regulamento específico, trarão advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos, definida em conformidade com o Código Mundial Antidopagem, antes de consumir medicamentos."
(NR)

Justificação

Ao incluir nas bulas dos medicamentos, indiscriminadamente, advertência aos atletas acerca da necessidade de consultar a lista de substância e métodos proibidos, entendemos que o resultado gerado tenderá a ser o oposto ao de informar corretamente, podendo gerar confusão.

Assim sendo, entendemos meritória a proposta de ampliar o acesso a informação, porém, cabendo à Anvisa regulamentar quais deverão ter a observação em bula.

Sala da Comissão, fevereiro de 2018.

Senadora VANESSA GRAZZIOTIN
PCdoB/AM





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 43, DE 2017

Determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.

AUTORIA: Senador Zeze Perrella

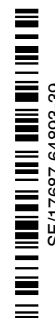
DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2017

Determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º As bulas de medicamentos trarão advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos, definida em conformidade com o Código Mundial Antidopagem, antes de consumir medicamentos.

Art. 2º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O sítio eletrônico da Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem (ABCD) esclarece que, segundo o Código Mundial Antidopagem, é responsabilidade de cada atleta assegurar que nenhuma substância proibida relacionada na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos, da Agência Mundial Antidopagem (AMA), seja ingerida ou entre em contato com seu corpo. E lembra que é inútil tentar justificar que não houve intenção ou transferir a culpa para outra pessoa ou alegar negligência do médico, porque isso não elimina a violação das regras antidopagem.

A ABCD salienta que o atleta encontra as informações necessárias sobre o assunto tanto em seu próprio *site* quanto no da AMA e que, em caso de dúvidas, o atleta deve buscar aconselhamento junto às entidades esportivas da qual faz parte e também conversar com seu treinador, seu médico e demais profissionais que integram a equipe técnica.

A Autoridade lembra que todo atleta precisa saber que o consumo de uma substância proibida sem a Autorização de Uso Terapêutico (AUT), válida e emitida pelo órgão competente, constitui violação do Código Mundial Antidopagem. Isso significa que o esportista só pode tomar um medicamento que contenha substância proibida em sua composição depois de solicitar e obter uma AUT.

A AUT é a autorização, com validade pré-determinada, que o atleta precisa solicitar à ABCD caso necessite utilizar, por razões terapêuticas, um medicamento que possua substância proibida; a AUT será concedida se não existir uma opção de tratamento alternativo ou se forem atendidos todos os critérios presentes no Padrão Internacional para Autorização de Uso Terapêutico da AMA.

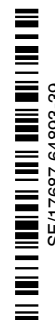
Segundo a ABCD, o Código Mundial Antidopagem reconhece o direito de os atletas receberem o melhor tratamento em caso de doença. Assim, se o único medicamento adequado para tratar sua doença contém uma substância proibida, o atleta precisa solicitar uma AUT e o pedido será analisado por uma comissão de médicos preparada para cumprir os critérios de permissão para autorização.

A ABCD esclarece ainda que não é o médico que tem o dever de perguntar se o paciente é atleta ao prescrever um medicamento contendo uma substância proibida; é o próprio atleta que tem a obrigação de informar seu médico sobre as restrições impostas pelas normas antidopagem.

Em caso de emergência médica, a Autoridade aconselha o atleta a consultar imediatamente seu médico para que ele solicite à ABCD uma AUT em caráter emergencial, se os medicamentos prescritos contiverem substâncias proibidas.

E lembra que, mesmo se não estiver em período de competição, o atleta deve sempre consultar a Lista de Substâncias e Métodos Proibidos e, se necessário, solicitar uma AUT, pois nesse período pode acontecer um Controle Fora-de-Competição.

Em tal contexto, esta proposição que apresentamos busca instituir um alerta adicional para os atletas. Na eventualidade de eles terem de consumir medicamentos para tratar doenças ou aliviar sintomas de saúde, é essencial que eles se lembrem da importância de se informar sobre os efeitos do uso dessas



substâncias farmacológicas em sua performance esportiva e as implicações desse uso no cumprimento das normas antidopagem.

Nossa intenção, assim, é ajudar nossos atletas a evitar o *doping* e contribuir para a boa imagem do esporte nacional.

Sala das Sessões,

Senador **ZEZE PERRELLA**



1ª PARTE - DELIBERATIVA

8

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, da Senadora Lúcia Vânia, que *dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.*



Relator: Senador **OTTO ALENCAR**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 122, de 2013, que autoriza a União a transferir diretamente recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar. Para isso, em seu art. 1º esclarece que a lei dispõe sobre a transferência direta de recursos às famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF) “que tenham em sua composição crianças e adolescentes entre 4 (quatro) e 17 (dezesete) anos matriculados em escolas públicas”.

O art. 2º esclarece que a União fará isso ao incentivar o desenvolvimento de programas de transferência direta de recursos para a aquisição de material escolar, por meio de convênios, conforme o § 1º, e do estabelecimento de metas, conforme o § 2º.

O art. 3º esclarece que o apoio financeiro da União poderá derivar tanto de verbas destinadas à manutenção e desenvolvimento do ensino, quanto de “outros recursos orçamentários”.

O art. 4º determina que o auxílio às famílias terá a forma de cartões magnéticos fornecidos aos pais ou responsáveis pelos alunos e alunas; seus parágrafos determinam o uso de tais cartões exclusivamente em estabelecimentos credenciados pelo sistema de ensino; a função exclusiva de “cartão de débito” para os cartões magnéticos distribuídos, e a possível variabilidade do valor distribuído conforme “as etapas da educação básica,

modalidades de ensino e custo médio estimado do material escolar em cada unidade da Federação”.

O art. 5º, por seu turno, prevê que a estimativa do montante dos gastos implicados pela proposição deverá ser “incluída no projeto de lei orçamentária cuja apresentação se der após decorridos sessenta dias de publicação” da Lei em comento.

Por fim, o art. 6º prevê a entrada em vigor da Lei na data de sua publicação.

Em suas razões, o autor esclarece que sua inspiração veio de programa complementar adotado pelo governo do Distrito Federal; esclarece também que outra inspiração, mais distante, é o fato de o sucesso do PBF dever-se também aos programas complementares associados ao programa. São também intenções da proposição o fortalecimento “da autonomia das pessoas”, a redução dos custos governamentais, a eliminação do estigma associado ao material escolar “doador” e o fortalecimento do comércio local.

A proposição foi distribuída, inicialmente, para análise das Comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), da Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) e da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), cabendo a esta última a decisão terminativa. Posteriormente, em virtude da aprovação do Requerimento nº 371, de 2013, determinou-se também a análise do PLS nº 122, de 2013, pela Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE).

A CDH aprovou a matéria com quatro emendas, que corrigem a ementa (nº1), alteram a redação das cabeças dos arts. 1º e 2º (nº 2 e nº 3), e alteram toda a estrutura do art. 4º da proposição (nº 4), eliminando redundâncias e reorganizando a disposição dos ditames entre *caput* e parágrafos. Importa dizer que nenhuma das emendas altera o espírito e as ideias principais da proposição em sua forma original.

As emendas aprovadas pela CDH foram ratificadas pelas comissões que, a seguir, examinaram e aprovaram a matéria, sempre nos termos dados a ela pela CDH.



SF/17949.19379-28

II – ANÁLISE

Conforme o art. 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal, à Comissão de Assuntos Sociais compete o exame de proposições que versem sobre a seguridade social, o que torna regimental o seu exame do PLS nº 122, de 2013.

Não há óbices de constitucionalidade ou de juridicidade ao Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013. Trata-se de proposição que complementa o espírito da legislação em vigor, e cujo intuito é o de aperfeiçoar a educação pública brasileira.

Com o final do parágrafo anterior, antecipamos nosso juízo a respeito do mérito da proposição. Não há como negar a qualidade e a boa ideia presentes na proposição, e isso inclusive em função do método usado para compô-la: a inspiração em boas práticas já aprovadas e em funcionamento.

O projeto vai ao encontro do espírito de igualdade presente na legislação brasileira e na cultura política brasileira dos últimos trinta anos, sendo oportuno, generoso e prático, além de promover a autonomia de cidadãos e cidadãs. As emendas apresentadas não fizeram senão aperfeiçoá-lo, sem negar em nada seu espírito.

III – VOTO

Em razão do exposto, o voto é pela **aprovação** do PLS nº 122, de 2013, com as quatro emendas propostas pela Comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa e aprovadas também pela Comissão de Educação, Cultura e Esporte e pela Comissão de Assuntos Econômicos.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



PARECER Nº , DE 2013

Da COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, da Senadora Lúcia Vânia, que *dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.*

RELATOR: Senador **ANIBAL DINIZ**

RELATOR *AD HOC*: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

Chega à Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 122, de 2013, de autoria da Senadora Lúcia Vânia, que dispõe sobre a transferência direta de recursos para compra de material escolar pelos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) que tenham em sua composição crianças e adolescentes com idade entre 4 e 17 anos matriculados em escolas públicas.

De acordo com o projeto, a União incentivará o desenvolvimento de programas de transferência direta de recursos para aquisição de material escolar pelas famílias dos beneficiários do PBF. O incentivo poderá ser feito por meio de assinatura de convênios com os entes federados, que conterão metas, etapas ou fases de execução e as responsabilidades das partes, sendo exigida contrapartida de todos os entes participantes.

Nos termos do art. 3º da proposição, o apoio financeiro aos entes da Federação que instituírem os programas de transferência poderá ser efetivado por meio de recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino, além de outros recursos orçamentários.

Ademais, o art. 4º estabelece que a compra do material escolar se dará exclusivamente por meio de cartão magnético fornecido aos responsáveis pelos estudantes. O beneficiário adquirirá o material em estabelecimentos comerciais previamente credenciados pelos respectivos sistemas de ensino.

Na justificativa, a autora afirma que a proposição é inspirada em política pública já experimentada pelo Governo do Distrito Federal (GDF), que criou o *Cartão Material Escolar*. Por meio desse cartão, os beneficiários de programas sociais podem adquirir material diretamente em rede credenciada de papelarias, livrarias, armarinhos e outros pequenos estabelecimentos comerciais.

Argumenta, ainda, que a iniciativa representa uma nova fronteira para os programas de transferência de renda, especialmente ao prever que os estados e municípios utilizem a política social existente para melhorar as condições de vida da população. Também afirma que, ao transferir diretamente os recursos para os beneficiários, o governo fortalece a autonomia das pessoas para escolher os produtos que melhor atendam suas preferências pessoais, além de permitir a obtenção de melhores preços e evitar os custos administrativos dos processos de compras governamentais.

A matéria foi distribuída inicialmente para o exame das Comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), de Assuntos Econômicos (CAE) e de Assuntos Sociais (CAS), cabendo à última a decisão terminativa. Posteriormente, como resultado da aprovação do Requerimento nº 371, de 2013, a matéria foi também distribuída à Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE).

Não foram apresentadas emendas à proposição.

II – ANÁLISE

Cabe a este colegiado avaliar a proposição sob a ótica dos direitos humanos. Em particular, cabe analisar a proposta no que respeita à proteção da infância e da juventude, nos termos do inciso VI do art. 102-E do Regimento Interno do Senado Federal.

De início, reconhecemos que o PLS nº 122, de 2013, é merecedor de nossa acolhida, pois busca estimular a assinatura de convênios que permitirão o acesso de nossas crianças e adolescentes a um dos elementos essenciais ao bom aproveitamento educacional – o material escolar indispensável na sala de aula e em casa.

Com a sugestão de parcerias, o projeto procura dar condições de aquisição de material às famílias beneficiárias do PBF. Isso possibilitará, aos alunos, viverem no ambiente escolar com mais dignidade. Afinal, munir os alunos carentes dos instrumentos adequados ao aprendizado evitará discriminações sofridas por alguns deles quando frequentam a escola sem o material exigido. De fato, com a medida pretendida, todos os alunos passam a ter acesso aos mesmos recursos – o que nos leva a concluir que a proposição, sem sombra de dúvida, busca democratizar o acesso dos cidadãos à educação. Além disso, a liberdade para comprar o material escolar de sua preferência oferece, ao aluno, um benefício social enorme com o aumento de sua autoestima.

Também, ao definir a utilização do cartão eletrônico como meio de pagamento, o projeto incorpora a ideia de que, na administração dos recursos que são uma forma de complementação de renda, devem-se envidar todos os esforços para evitar que as pessoas – em especial, meninas e meninos – sejam estigmatizados por sua situação de carência.

O projeto, além disso, tem o mérito de buscar a criação de um estímulo ao comércio local, agregando oportunidades de crescimento econômico para as microrregiões, dando início a um círculo virtuoso do qual todos se beneficiam.

Assim, do ponto de vista deste colegiado, que ora avalia esta proposição à luz dos direitos humanos, podemos concluir que a intenção da autora é nobre e meritória, pois busca democratizar o acesso aos materiais

escolares, beneficiando milhões de crianças e adolescentes carentes brasileiros.

Contudo, entendemos que são necessários pequenos reparos de redação para dar uniformidade ao texto, que não pretende obrigar os entes federados a aderirem ao sistema de cartão escolar pretendido, mas busca estimular as parcerias para sua consecução. Por essa razão, apresentamos algumas emendas destinadas a aperfeiçoar o projeto.

III – VOTO

Em face do exposto, votamos pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, com as seguintes emendas:

EMENDA Nº 01 – CDH

Dê-se à ementa do Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, a seguinte redação:

“Dispõe sobre o incentivo da União ao desenvolvimento, pelos entes da Federação, de programas de aquisição de material escolar vinculados ao Programa Bolsa Família”.

EMENDA Nº 02 – CDH

Dê-se ao art. 1º do Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, a seguinte redação:

“**Art. 1º** Esta Lei dispõe sobre incentivos à implantação, pelos entes da Federação, de programas de aquisição de material escolar pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.”

EMENDA Nº 03 – CDH

Dê-se ao *caput* do art. 2º do Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, a seguinte redação:

“**Art. 2º** A União poderá criar incentivos ao desenvolvimento de programas de transferência de recursos para aquisição de material escolar pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família que tenham em sua composição crianças e adolescentes entre quatro e dezessete anos matriculados em escolas públicas.

.....”

EMENDA Nº 04 – CDH

Dê-se ao art. 4º do Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, a seguinte redação:

“**Art. 4º** A aquisição do material escolar poderá ser feita diretamente pelos beneficiários em estabelecimentos comerciais previamente credenciados, conforme critérios estabelecidos pelos respectivos sistemas de ensino.

§ 1º A aquisição de que trata o *caput* poderá ser viabilizada por meio de cartão magnético, que funcionará como cartão de débito no ato da aquisição, a ser fornecido aos pais ou aos responsáveis pelas crianças e adolescentes de que trata o art. 2º.

§ 2º O limite de recursos creditados em cada cartão magnético escolar poderá variar de acordo com as etapas da educação básica, modalidades de ensino e custo médio estimado do material escolar em cada unidade da Federação.”

Sala da Comissão, 11 de dezembro de 2013.

Senadora Ana Rita, Presidenta

Senador Paulo Paim, Relator *ad hoc*



SENADO FEDERAL
Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa - CDH
PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 122, de 2013

0/1

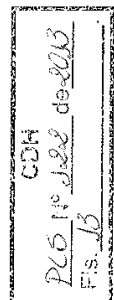
ASSINAM O PARECER, NA 73ª REUNIÃO, DE 11/12/2013, OS(AS) SENHORES(AS) SENADORES(AS)

PRESIDENTE: *[Assinatura]*

RELATOR: *[Assinatura]*

SEN. PAULO PAIM, RELATOR "AD-HOC"

Bloco de Apoio ao Governo(PSOL, PT, PDT, PSB, PCdoB)	
Ana Rita (PT) <i>(PRESIDENTA)</i>	1. Angela Portela (PT)
João Capiberibe (PSB) <i>[Assinatura]</i>	2. Eduardo Suplicy (PT) <i>[Assinatura]</i>
Paulo Paim (PT) <i>[Assinatura]</i>	3. Humberto Costa (PT) <i>[Assinatura]</i>
Randolfe Rodrigues (PSOL) <i>[Assinatura]</i>	4. Anibal Diniz (PT)
Cristovam Buarque (PDT)	5. João Durval (PDT)
Wellington Dias (PT)	6. Antonio Carlos Valadares (PSB)
Bloco Parlamentar da Maioria(PV, PSD, PMDB, PP)	
Roberto Requião (PMDB)	1. Sérgio Souza (PMDB)
VAGO	2. Ricardo Ferraço (PMDB)
Paulo Davim (PV) <i>[Assinatura]</i>	3. VAGO
Vanessa Grazziotin (PCdoB)	4. VAGO
Sérgio Petecão (PSD) <i>[Assinatura]</i>	5. VAGO
Lídice da Mata (PSB) <i>[Assinatura]</i>	6. VAGO
Bloco Parlamentar Minoria(PSDB, DEM)	
VAGO	1. VAGO
VAGO	2. VAGO
VAGO	3. Wilder Moraes (DEM)
VAGO	4. VAGO
Bloco Parlamentar União e Força(PTB, PRB, PSC, PR)	
Magno Malta (PR)	1. João Vicente Claudino (PTB)
Gim (PTB)	2. Osvaldo Sobrinho (PTB) <i>[Assinatura]</i>
Eduardo Lopes (PRB) <i>[Assinatura]</i>	3. VAGO



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador FLEXA RIBEIRO

PLS 122 2013
44
APX

PARECER Nº , DE 2014

Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, da Senadora Lúcia Vânia, que *dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.*



RELATOR: Senador **FLEXA RIBEIRO**

RELATOR Ad Hoc: Sen. PAULO BUENA

I – RELATÓRIO

Chega à análise da Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 122, de 2013, de autoria da Senadora Lúcia Vânia.

O PLS pretende que a União desenvolva, por meio de convênios com os entes federados, programas voltados para a transferência direta de recursos para aquisição de material escolar pelas famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família que contem com crianças e adolescentes entre 4 e 17 anos de idade, matriculados em escolas públicas.

A proposição estabelece que os programas previstos sejam desenvolvidos por meio do fornecimento de cartões magnéticos, a serem utilizados em estabelecimentos comerciais previamente cadastrados. Prevê, também, que os recursos federais dirigidos à implementação desse tipo de programa possam advir de fontes vinculadas à manutenção e ao desenvolvimento do ensino. Além disso, dispõe que o valor transferido por

Página: 1/4 07/03/2014 10:29:47

015ca93722e3a4b1a43430efd8256e9fb1ec007d



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador FLEXA RIBEIRO

PLS 2 2013
45

AK

aluno possa variar de acordo com a etapa cursada e o custo médio do material escolar em cada unidade da Federação.

A fim de atender ao disposto na Lei de Responsabilidade Fiscal, o projeto estipula que a estimativa do montante de gasto decorrente da execução dos programas propostos seja incluída no projeto de lei orçamentária cuja apresentação se der após sessenta dias de publicação da lei em que se transformar.

Na justificção, a autora informa que o PLS nº 122, de 2013, é inspirado em política pública instituída pelo Governo do Distrito Federal, que complementa o Programa Bolsa Família com recursos destinados à aquisição de material escolar, em estabelecimentos comerciais cadastrados. Trata-se, portanto, de iniciativa que não só avança na materialização do direito à educação das crianças mais pobres, mas também fortalece a economia local.

Distribuído à Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), o PLS nº 122, de 2013, foi aprovado com quatro emendas, destinadas a explicitar seu caráter de promoção de incentivos federais a programas locais e sua natureza eminentemente autorizativa.

Após a apreciação da CE, o projeto será analisado pelas Comissões de Assuntos Econômicos (CAE) e de Assuntos Sociais (CAS), cabendo à última decisão em sede terminativa.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 102 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à CE opinar sobre proposições que tratem de assuntos relacionados à educação, como é o caso do PLS nº 122, de 2013.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador FLEXA RIBEIRO

PLS 3
322 2013
- 16
A

De fato, ainda que não se refira diretamente ao ensino, a proposição trata de insumo indispensável para o êxito dos alunos na educação básica: o material escolar. São notórias as dificuldades das famílias de baixa renda em adquirir materiais essenciais para as atividades pedagógicas e artísticas realizadas em sala de aula e nas tarefas de casa.

Embora o acesso à maioria dos livros didáticos e a obras paradidáticas seja assegurado por meio dos programas do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), não existe nenhum programa federal que financie ou distribua materiais escolares diversos, como lápis, cadernos, borrachas, apontadores, tinta, cola, tesoura, e muitos outros, fundamentais para o trabalho eficaz e criativo na escola. Alguns estados e prefeituras implementam programas próprios de distribuição de material escolar, mas esse tipo de iniciativa não se encontra universalizada no País.

As pesquisas mostram que os beneficiários do Bolsa Família utilizam parte significativa dos recursos que recebem, especialmente nos primeiros meses do ano, para a compra do material escolar de seus filhos. Considerando o foco do programa na garantia do direito à educação das crianças e adolescentes, isso não poderia ser diferente.

Nesse sentido, a promoção de incentivos federais para a criação de programas locais de material escolar voltados ao público do Bolsa Família significa, na prática, um benefício a mais para as famílias, justamente as mais pobres. Além disso, esse tipo de ação por certo gera impactos positivos na educação das crianças beneficiárias, na medida em que assegura os materiais requeridos pelas escolas, com a liberdade de escolha proporcionada pela aquisição direta via cartão magnético. Finalmente, como defende a autora, a iniciativa resulta na dinamização das economias locais, gerando demanda para os estabelecimentos comerciais cadastrados para a venda dos materiais escolares.

tb2014-00670



SF14209.03716-98

Página: 3/4 07/03/2014 10:29:47

015ca93722e3a4b1a43430e1d8256c9fb1ec007d



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador FLEXA RIBEIRO

PLS 122 2013
4 07
AR

O mérito do PLS nº 122, de 2013, portanto, parece-nos incontestado.

As emendas aprovadas na CDH, a nosso juízo, aperfeiçoam a proposição, ao explicitar que o projeto não pretende obrigar estados e municípios a aderirem ao sistema de cartão escolar pretendido, mas apenas estimular parcerias para sua consecução.

III – VOTO

Pelas razões expostas, somos pela APROVAÇÃO do Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, e das Emendas nºs 1, 2, 3 e 4 – CDH.

Sala da Comissão, em 3 de junho de 2014.



, Presidente



, Relator Ad Hoc

Sen. Paulo Bauer



Página: 4/4 07/03/2014 10:29:47

015ca93722e3a4b1a43430efd8256c9fb1ec007d





SENADO FEDERAL
Comissão de Educação, Cultura e Esporte - CEPLS nº 122 2013
PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 122, de 2013

ASSINAM O PARECER, NA 25ª REUNIÃO, DE 03/06/2014, OS(AS) SENHORES(AS) SENADORES(AS)

PRESIDENTE: [Assinatura] (Sen. Cyro Miranda)

RELATOR AD HOC: [Assinatura] (Sen. Paulo Bauer)

Bloco de Apoio ao Governo(PSOL, PT, PDT, PCdoB, PRB)	
Angela Portela (PT)	1. Lindbergh Farias (PT)
Wellington Dias (PT)	2. Anibal Diniz (PT) <i>Anibal Diniz</i>
Ana Rita (PT) <i>Ana Rita</i>	3. Marta Suplicy (PT)
Paulo Paim (PT) <i>Paulo Paim</i>	4. Vanessa Grazziotin (PCdoB)
Randolfe Rodrigues (PSOL)	5. Pedro Taques (PDT)
Cristovam Buarque (PDT) <i>Cristovam</i>	6. Antonio Carlos Valadares (PSB)
Lídice da Mata (PSB)	7. Zeze Perrella (PDT)
Inácio Arruda (PCdoB) <i>Inácio</i>	8. Rodrigo Rollemberg (PSB)
João Capiberibe (PSB)	9. VAGO
Bloco Parlamentar da Maioria(PV, PSD, PMDB, PP)	
José Sarney (PMDB)	1. Eduardo Braga (PMDB)
Roberto Requião (PMDB)	2. Vital do Rêgo (PMDB)
Romero Jucá (PMDB)	3. Valdir Raupp (PMDB)
João Alberto Souza (PMDB)	4. Ricardo Ferraço (PMDB)
Eunício Oliveira (PMDB)	5. Pedro Simon (PMDB) <i>Pedro Simon</i>
Ana Amélia (PP) <i>Ana Amélia</i>	6. VAGO
Benedito de Lira (PP)	7. VAGO
Ciro Nogueira (PP)	8. VAGO
Kátia Abreu (PMDB)	9. VAGO
Bloco Parlamentar Minoria(PSDB, DEM, SD)	
Cyro Miranda (PSDB)	1. Cícero Lucena (PSDB)
Alvaro Dias (PSDB) <i>Alvaro Dias</i>	2. Flexa Ribeiro (PSDB) <i>Flexa Ribeiro</i>
Paulo Bauer (PSDB) <i>Paulo Bauer</i>	3. Cássio Cunha Lima (PSDB)
Maria do Carmo Alves (DEM) <i>Maria do Carmo Alves</i>	4. Lúcia Vânia (PSDB)
José Agripino (DEM) <i>José Agripino</i>	5. Aloysio Nunes Ferreira (PSDB) <i>Aloysio Nunes Ferreira</i>
Bloco Parlamentar União e Força(PTB, PSC, PR)	
Armando Monteiro (PTB) <i>Armando Monteiro</i>	1. Eduardo Amorim (PSC)
Gim (PTB)	2. João Vicente Claudino (PTB)
VAGO	3. Mozarildo Cavalcanti (PTB)
VAGO	4. Antonio Carlos Rodrigues (PR)



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 83, DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS, sobre o processo Projeto de Lei do Senado nº122, de 2013, da Senadora Lúcia Vânia, que Dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.

PRESIDENTE: Senador Tasso Jereissati

RELATOR: Senadora Fátima Bezerra

RELATOR ADHOC: Senador Lindbergh Farias

05 de Setembro de 2017





SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora **FÁTIMA BEZERRA** PT | RN**PARECER Nº , DE 2017**

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, da Senadora Lúcia Vânia, que *dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.*

RELATORA: Senadora **FÁTIMA BEZERRA****I – RELATÓRIO**

É submetido a esta Comissão o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 122, de 2013, de autoria da Senadora Lúcia Vânia, com a ementa em epígrafe. A proposição, composta por seis artigos, prevê que a União incentivará, nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, a entrega direta de recursos às famílias beneficiárias do Bolsa Família para a compra de material escolar. Os recursos seriam usados, por meio de cartões magnéticos, na modalidade débito, em estabelecimentos comerciais previamente credenciados. Os aportes em favor dos entes subnacionais dar-se-iam mediante a assinatura de convênios entre esses e o Governo Federal. Trata-se, portanto, de proposta de cunho autorizativo, uma vez que os convênios se prestam à viabilização de transferências voluntárias, como regulamentado pelo art. 25 da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (Lei Complementar nº 101, de 2000).

Na Justificação, a autora sustenta o seguinte:

... ao transferir diretamente os recursos para os beneficiários, o governo fortalece a autonomia das pessoas para escolher os produtos que melhor atendam suas preferências pessoais, além de permitir a obtenção de melhores preços e eliminar os custos administrativos dos processos de compras governamentais.

A proposição já foi apreciada pelas Comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) e de Educação, Cultura e Esporte (CE). Permanecem pendentes as Comissões de Assuntos Econômicos (CAE) e de Assuntos Sociais (CAS), cabendo à última decidir terminativamente sobre a matéria. Em 23 de novembro de 2016, fui designada relatora no âmbito CAE.

II – ANÁLISE

De acordo com o art. 99, inciso I, do Regimento Interno do Senado Federal, compete a esta Comissão opinar sobre o aspecto econômico e financeiro de qualquer matéria que lhe seja submetida.

No âmbito da CDH, o Senador Anibal Diniz, na condição de relator, apresentou quatro emendas, as quais foram aprovadas. Posteriormente, essas emendas foram referendadas pela CE, na forma de parecer elaborado pelo Senador Flexa Ribeiro.

As emendas aprovadas introduziram as seguintes alterações:

REDAÇÃO ORIGINAL	EMENDAS CDH/CE
Dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.	Dispõe sobre o incentivo da União ao desenvolvimento, pelos entes da Federação, de programas de aquisição de material escolar vinculados ao Programa Bolsa Família.
Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a transferência direta de recursos para aquisição de material escolar às famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família que tenham em sua composição crianças e adolescentes entre 4 (quatro) e 17 (dezessete) anos matriculados em escolas públicas.	Art. 1º Esta Lei dispõe sobre incentivos à implantação, pelos entes da Federação, de programas de aquisição de material escolar pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.
Art. 2º A União incentivará o desenvolvimento de programas de transferência direta de recursos para aquisição de material escolar pelas famílias dos beneficiários do Programa Bolsa Família, de que trata a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que tenham em sua composição crianças e adolescentes entre 4 (quatro) e 17 (dezessete) anos matriculados em escolas públicas.	Art. 2º A União poderá criar incentivos ao desenvolvimento de programas de transferência de recursos para aquisição de material escolar pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família que tenham em sua composição crianças e adolescentes entre quatro e dezessete anos matriculados em escolas públicas.



REDAÇÃO ORIGINAL	EMENDAS CDH/CE
<p>Art. 4º A compra do material escolar será realizada por meio de cartão magnético fornecido aos pais dos alunos especificados no art. 2º ou aos responsáveis por esses alunos.</p> <p>§ 1º Por meio do cartão, cada beneficiário de que trata o <i>caput</i> adquirirá material escolar em estabelecimentos comerciais previamente credenciados, de acordo com critérios estabelecidos pelos respectivos sistemas de ensino.</p> <p>§ 2º O cartão, destinado exclusivamente à aquisição de material escolar, funcionará como cartão de débito.</p> <p>§ 3º O valor transferido por aluno poderá variar de acordo com as etapas da educação básica, modalidades de ensino e custo médio estimado do material escolar em cada unidade da Federação.</p>	<p>Art. 4º A aquisição do material escolar poderá ser feita diretamente pelos beneficiários em estabelecimentos comerciais previamente credenciados, conforme critérios estabelecidos pelos respectivos sistemas de ensino.</p> <p>§ 1º A aquisição de que trata o <i>caput</i> poderá ser viabilizada por meio de cartão magnético, que funcionará como cartão de débito no ato da aquisição, a ser fornecido aos pais ou aos responsáveis pelas crianças e adolescentes de que trata o art. 2º.</p> <p>§ 2º O limite de recursos creditados em cada cartão magnético escolar poderá variar de acordo com as etapas da educação básica, modalidades de ensino e custo médio estimado do material escolar em cada unidade da Federação.</p>



Constata-se que as emendas introduzidas tão somente reforçaram o caráter autorizativo da presente proposição. Temos, assim, que o projeto não enfrenta qualquer óbice de ordem orçamentária. A sua eventual conversão em norma gerará gastos públicos na exata medida das dotações que sejam introduzidas nas leis orçamentárias anuais e dos convênios que sejam firmados com governos estaduais e municipais.

Em relação ao mérito, destaco que o Bolsa Família tem uma importância fundamental no combate à pobreza e no processo de inclusão educacional. Ao estimular o desenvolvimento de programas que busquem garantir o acesso ao material escolar de crianças e adolescentes integrantes de famílias beneficiadas pelo recém citado programa, o PLS nº 122, de 2013, fortalece as políticas de assistência social e de inclusão educacional, a exemplo do Programa Nacional do Livro Didático (PNLD).

III – VOTO

Em face do exposto, voto pela aprovação do Projeto de Lei do Senado nº 122, de 2013, e das Emendas nºs 1 a 4 – CDH/CE.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora





6

Senado Federal

Relatório de Registro de Presença
CAE, 05/09/2017 às 10h - 32ª, Ordinária
 Comissão de Assuntos Econômicos

PMDB	
TITULARES	SUPLENTES
KÁTIA ABREU	1. EDUARDO BRAGA
ROBERTO REQUIÃO PRESENTE	2. ROMERO JUCÁ PRESENTE
GARIBALDI ALVES FILHO PRESENTE	3. ELMANO FÉRRER PRESENTE
RAIMUNDO LIRA	4. WALDEMIR MOKA PRESENTE
SIMONE TEBET PRESENTE	5. VAGO
VALDIR RAUPP PRESENTE	6. VAGO

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)	
TITULARES	SUPLENTES
GLEISI HOFFMANN	1. ÂNGELA PORTELA
HUMBERTO COSTA	2. FÁTIMA BEZERRA PRESENTE
JORGE VIANA PRESENTE	3. PAULO PAIM
JOSÉ PIMENTEL PRESENTE	4. REGINA SOUSA
LINDBERGH FARIAS PRESENTE	5. PAULO ROCHA
ACIR GURGACZ PRESENTE	6. RANDOLFE RODRIGUES

Bloco Social Democrata (PSDB, PV, DEM)	
TITULARES	SUPLENTES
TASSO JEREISSATI PRESENTE	1. ATAÍDES OLIVEIRA PRESENTE
RICARDO FERREÇO PRESENTE	2. DALIRIO BEBER
JOSÉ SERRA	3. FLEXA RIBEIRO PRESENTE
RONALDO CAIADO PRESENTE	4. DAVI ALCOLUMBRE
JOSÉ AGRIPINO	5. MARIA DO CARMO ALVES PRESENTE

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)	
TITULARES	SUPLENTES
OTTO ALENCAR PRESENTE	1. SÉRGIO PETECÃO
OMAR AZIZ PRESENTE	2. JOSÉ MEDEIROS PRESENTE
CIRO NOGUEIRA	3. BENEDITO DE LIRA

Bloco Parlamentar Socialismo e Democracia (PPS, PSB, PCdoB, REDE)	
TITULARES	SUPLENTES
FERNANDO BEZERRA COELHO PRESENTE	1. ROBERTO ROCHA PRESENTE
LÍDICE DA MATA PRESENTE	2. CRISTOVAM BUARQUE
VANESSA GRAZZIOTIN	3. LÚCIA VÂNIA

Bloco Moderador (PTB, PSC, PRB, PR, PTC)	
TITULARES	SUPLENTES
WELLINGTON FAGUNDES PRESENTE	1. PEDRO CHAVES PRESENTE
ARMANDO MONTEIRO PRESENTE	2. VAGO
TELMÁRIO MOTA PRESENTE	3. CIDINHO SANTOS PRESENTE

Não Membros Presentes



Relatório de Registro de Presença

Não Membros Presentes

VICENTINHO ALVES

DÁRIO BERGER

HÉLIO JOSÉ

DECISÃO DA COMISSÃO**(PLS 122/2013)**

A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO, QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CAE, FAVORÁVEL AO PROJETO, COM AS EMENDAS NºS 1 A 4 - CDF/CE/CAE.

05 de Setembro de 2017

Senador TASSO JEREISSATI

Presidente da Comissão de Assuntos Econômicos



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 122, DE 2013

Dispõe sobre a transferência direta de recursos aos beneficiários do Programa Bolsa Família para aquisição de material escolar.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a transferência direta de recursos para aquisição de material escolar às famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família que tenham em sua composição crianças e adolescentes entre 4 (quatro) e 17 (dezesete) anos matriculados em escolas públicas.

Art. 2º A União incentivará o desenvolvimento de programas de transferência direta de recursos para aquisição de material escolar pelas famílias dos beneficiários do Programa Bolsa Família, de que trata a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que tenham em sua composição crianças e adolescentes entre 4 (quatro) e 17 (dezesete) anos matriculados em escolas públicas.

§ 1º A União poderá firmar convênios com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para implementação dos programas de que trata o *caput*.

§ 2º Os convênios definirão metas, etapas ou fases de execução e responsabilidades das partes, exigida contrapartida financeira dos entes participantes.

Art. 3º O apoio financeiro da União aos entes da Federação que instituírem os programas de que trata o *caput* do art. 2º poderá ser efetivado por meio de recursos

2

destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino, além de outros recursos orçamentários.

Art. 4º A compra do material escolar será realizada por meio de cartão magnético fornecido aos pais dos alunos especificados no art. 2º ou aos responsáveis por esses alunos.

§1º Por meio do cartão, cada beneficiário de que trata o *caput* adquirirá material escolar em estabelecimentos comerciais previamente credenciados, de acordo com critérios estabelecidos pelos respectivos sistemas de ensino.

§2º O cartão, destinado exclusivamente à aquisição de material escolar, funcionará como cartão de débito.

§ 3º O valor transferido por aluno poderá variar de acordo com as etapas da educação básica, modalidades de ensino e custo médio estimado do material escolar em cada unidade da Federação.

Art. 5º Com vistas ao cumprimento do disposto na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a estimativa do montante do gasto decorrente do disposto nesta Lei será incluída no projeto de lei orçamentária cuja apresentação se der após decorridos sessenta dias de publicação desta Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A proposição que ora apresentamos é inspirada em política pública já experimentada por um ente da federação. Trata-se do programa do Cartão Material Escolar, implementado pelo Governo do Distrito Federal (GDF). Por meio desse cartão, os beneficiários de programas sociais no DF podem adquirir o material escolar diretamente em rede credenciada de papelarias, livrarias, armarinhos e outros pequenos estabelecimentos comerciais.

A iniciativa do GDF complementa o programa de transferência de renda do Governo Federal, ao ter como público-alvo as famílias registradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadúnico), beneficiárias do Programa Bolsa Família.

3

O Cadúnico é coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), e serve para selecionar os beneficiários de programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família. É utilizado também pelos governos estaduais e municipais para desenvolver políticas sociais locais.

O sucesso do Bolsa Família está ligado não apenas à transferência direta de renda, mas também aos programas complementares associados a ela. É nesse sentido que a proposta apresentada constitui uma nova fronteira para os programas de transferência de renda, especialmente ao prever que os entes subnacionais utilizem a tecnologia de política social criada em nosso País para melhorar as condições de vida de suas populações.

Programa dessa natureza está em consonância com o disposto na Constituição Federal que, no art. 208, estabelece o seguinte:

“**Art. 208.** O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

(....)

VII - atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de **material didático-escolar**, transporte, alimentação e assistência à saúde.”

Ademais, ao transferir diretamente os recursos para os beneficiários, o governo fortalece a autonomia das pessoas para escolher os produtos que melhor atendam suas preferências pessoais, além de permitir a obtenção de melhores preços e eliminar os custos administrativos dos processos de compras governamentais.

Mas os ganhos dessa medida não são apenas financeiros ou relativos ao ato de consumir *stricto sensu*. É que, em geral, os sistemas de ensino que fornecem material escolar o fazem por meio de compras centralizadas, com a posterior distribuição de cadernos, lápis e uniformes para os estudantes de suas redes. No entanto, no cotidiano da sala de aula e dos pátios escolares a criança que usa um caderno “carimbado” com a marca de um programa social acaba sendo discriminada pelos pares. Transferir diretamente os recursos assegura que essas crianças possam escolher materiais com qualidade e características semelhantes aos de seus colegas, evitando que sejam estigmatizadas no interior das escolas. Isso, sem dúvida, terá reflexos na autoconfiança das crianças, com efeitos no seu desempenho acadêmico.

Essa iniciativa tem também o condão de fortalecer o comércio local, induzindo um círculo virtuoso de geração de renda e emprego e de fortalecimento do tecido social das comunidades. Acrescente-se, ainda, que a existência de um recurso

4

específico para compra de material escolar liberará o benefício do Bolsa Família, que a família já recebe, para a alimentação e o atendimento de outras necessidades básicas.

É em virtude das vantagens dessa estratégia de compra de material escolar que propomos a sua extensão a todo o território nacional. Nesse sentido, sugerimos que a União colabore com os entes subnacionais que implementarem programas dessa natureza. Por meio dessas iniciativas, os municípios, estados e Distrito Federal, em convênio com a União, repassarão os recursos às famílias participantes do Bolsa Família, atendidas as condicionalidades do Programa. Para tanto, se utilizarão de cartão magnético, por meio do qual os beneficiários poderão comprar os materiais no comércio local.

Assim, tendo em vista a conveniência, a oportunidade e o mérito do programa implementado pelo GDF, o submetemos ao Congresso Nacional na forma deste Projeto de Lei do Senado e solicitamos dos nobres Pares a aprovação da medida.

Sala das Sessões,

Senadora **LÚCIA VÂNIA**

(Às Comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa; de Assuntos Econômicos; e de Assuntos Sociais, cabendo à última a decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, de 11/04/2013.

1ª PARTE - DELIBERATIVA

9

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 92, de 2017, da Senadora Rose de Freitas, que *acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.*



RELATOR: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 92, de 2017, da Senadora Rose de Freitas, que acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.

A autora justifica a proposição na necessidade de se complementar a proteção conferida às crianças pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que permite, por um dia no ano, o afastamento do trabalhador de seu posto de trabalho para acompanhar filho de até seis anos de idade em consulta médica.

De acordo com a nobre Senadora, a tutela conferida pelo diploma legislativo em pauta afigura-se demasiadamente tímida, por dela excluir crianças maiores de seis anos de idade e adolescentes, que, também, demandam atenção de seus genitores para a preservação de sua saúde.

Além disso, a autora considera recomendável ampliar o leque protetivo do referido inciso XI do art. 473, possibilitando a ausência do posto de trabalho por até dois dias a cada semestre, para acompanhar filho menor de 18 anos, a consulta médica, comprovada por atestado de comparecimento,

sendo vedada a incidência de descontos no salário do trabalhador e permitida a compensação de jornadas, observado o limite de duas horas diárias.

A proposição foi distribuída a esta CAS, em caráter terminativo.

Não houve, até o momento, a apresentação de emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 22, I, da Constituição Federal, incumbe à União legislar privativamente sobre direito do trabalho, motivo pelo qual ao mencionado ente federado é atribuída a prerrogativa de disciplinar a matéria objeto do PLS nº 92, de 2017.

Além disso, não se trata de questão cuja iniciativa seja reservada ao Presidente da República, aos Tribunais Superiores ou ao Procurador-Geral da República, motivo pelo qual aos parlamentares, nos termos do art. 48 da Constituição Federal, é franqueado iniciar o processo legislativo sobre ela.

Adequada a atribuição da matéria à CAS, uma vez que os arts. 91, I, e 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF) a ela conferem a prerrogativa para apreciação terminativa da matéria em exame.

Ressalte-se, ainda, que não se trata de tema cuja disciplina exija a aprovação de lei complementar, motivo pelo qual a lei ordinária é o instrumento apto à inserção dele no ordenamento jurídico nacional.

No mérito, verifica-se que a proposição concretiza o postulado da proteção integral, localizado no art. 227 da Carta Magna, segundo o qual é dever do Estado e da sociedade garantir à criança e ao adolescente o direito à saúde.

Tal direito passa, necessariamente, pela avaliação periódica do estado de saúde dos tutelados pela citada norma constitucional, o que somente pode ser viabilizado, caso se disponibilize aos pais o tempo necessário para tanto.

No serviço público, já há, no art. 83 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, permissão para que os genitores se afastem de seu trabalho para cuidar de seus filhos menores de dezoito anos. O aludido



SF/17048.92140-07

dispositivo prevê que o afastamento possa se dar por até sessenta dias, sem a perda da remuneração do servidor.

O postulado da isonomia (art. 5º, *caput*, da Constituição Federal) impõe que tratamento semelhante seja conferido aos trabalhadores da iniciativa privada, sob pena de alijarmos os filhos dos empregados regidos pelo texto celetista da proteção constitucional em exame.

Por isso, recomenda-se a aprovação do PLS nº 92, de 2017, como maneira de se conferir efetividade aos dispositivos constitucionais acima elencados e de se prestigiar a tão propalada função social da propriedade (art. 5º, XXIII, da Constituição Federal) nas relações entre capital e trabalho no Brasil.

III – VOTO

Ante o exposto, vota-se pela aprovação do PLS nº 92, de 2017.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 92, DE 2017

Acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.

AUTORIA: Senadora Rose de Freitas

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº DE 2017

Acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 473.**

.....
XI – 2 (dois) dias a cada seis meses para acompanhar filho menor de 18 (dezoito) anos em consulta médica.

Parágrafo único. Sem prejuízo do disposto no inciso XI, é vedado ao empregador descontar as horas em que o trabalhador sendo mãe, pai ou responsável tenha se ausentado do trabalho para acompanhar filho menor de 18 (dezoito) anos, a consulta médica, comprovada por atestado de comparecimento, permitida a compensação de jornada de trabalho, até o limite de 2 (duas) horas diárias.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Apresento o presente Projeto de Lei para complementar, de forma necessária, a modificação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, que foi instaurada pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.

Referida Lei introduziu no art. 473 da CLT a possibilidade de que o trabalhador possa se ausentar por um dia de trabalho ao ano para acompanhar filho de até seis anos a consulta médica. Ao fazê-lo, buscou ressaltar o apoio ao bem estar da infância que a sociedade e o legislador sempre buscaram ressaltar.

Não obstante a importância dessa disposição, entendemos que a atual redação da CLT peca por sua excessiva timidez. Com efeito, ao limitar a possibilidade de acompanhamento médico unicamente aos filhos de até seis anos, o legislador deixou de contemplar boa parte, senão a maior parte dos trabalhadores e das crianças brasileiras, além da totalidade dos adolescentes.

É verdade que as crianças menores são mais suscetíveis às doenças típicas da infância, a justificar essa atenção especial da Lei, mas crianças maiores de seis anos, se não costumam ficar doentes com a mesma frequência, também são amplamente dependentes dos pais para obter os necessários cuidados médicos. O mesmo pode ser dito, *mutatis mutandi*, em relação aos adolescentes, muito menos dependentes dos pais, mas que ainda podem precisar de seu auxílio.

É muito comum em grande parte das empresas, descontar da remuneração do empregado as horas prescritas no atestado de comparecimento por dia de serviço, ressalto que ao menor de 16 anos não é prestada a assistência à saúde sem o acompanhamento de responsável.

Por esse motivo, apresentamos a presente proposição, que modifica a atual redação do inciso XI do art. 473 da CLT e garante justificação da falta do empregado para acompanhamento a consulta de filho menor de qualquer idade. Além disso, estabelece que não poderão ser



3

descontadas as horas despendidas em acompanhamento a consulta dos filhos, permitindo-se, contudo, a compensação de jornada.

Acreditamos que o presente projeto complementa de forma adequada a intenção já manifestada pelo legislador e representará um grande avanço para a saúde da infância e adolescência.

Sala das Sessões,

Senadora ROSE DE FREITAS



LEGISLAÇÃO CITADA

- Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de Maio de 1943 - Legislação Trabalhista; Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); CLT - 5452/43
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1943;5452>
 - artigo 473
 - inciso XI do artigo 473
- Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016 - MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA - 13257/16
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2016;13257>

1ª PARTE - DELIBERATIVA

10

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 151, de 2017, da Senadora Rose de Freitas, que *altera os arts. 392, 392-A e 473, III da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para estabelecer o compartilhamento da licença maternidade e da licença adotante*”.



RELATOR: Senador JORGE VIANA

I – RELATÓRIO

Trata-se de Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 151, de 2017, de autoria da Senadora Rose de Freitas, que *modifica a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para ampliar a licença-maternidade para 180 (cento e oitenta) dias, permitindo o compartilhamento de 60 (sessenta) dias, mesmo nos casos de licença-adoção*.

A autora do Projeto, em sua justificativa, faz um levantamento da legislação, em diversos países do mundo, no que se refere à disciplina da licença-maternidade e da licença-paternidade. Registra, também, que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomenda um mínimo de 14 (quatorze) semanas de afastamento, no caso de licença-maternidade, com remuneração não inferior a dois terços do salário, pagos através de seguro social ou fundos públicos. A mesma entidade não estabelece um padrão mínimo recomendável para a licença-paternidade.

Além disso, a autora argumenta que o art. 226 da Constituição Federal aponta a família como base da sociedade brasileira, merecedora de proteção especial do Estado. Com esses fundamentos, propõe-se o aumento no prazo da licença-maternidade, com a possibilidade de compartilhamento, como estímulo à paternidade responsável.

A proposição foi distribuída à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em decisão terminativa.

Até o momento, não houve a apresentação de emendas.

II – ANÁLISE

Compete à CAS discutir e votar proposições que versem sobre relação de trabalho, seguridade e previdência social (art. 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal).

Cabe ao Congresso Nacional dispor sobre a presente matéria pois a competência legislativa para discipliná-la é da União (art. 22, I e XXIII; e 24, XII, da Constituição Federal – CF; c/c art. 48, *caput*, da CF).

A nossa Constituição atribui aos pais, em conjunto, os deveres de assistir, criar e educar os seus filhos menores (art. 229). Cabe à família, à sociedade e ao Estado assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos (art. 227, da CF).

Com tanta ênfase constitucional nessas responsabilidades, cabe aos Legisladores proporcionar, a ambos os genitores, os meios necessários ao cumprimento de seus deveres perante os seus filhos. Assim, o PLS em análise, ao ampliar o prazo de licença-maternidade de 120 para 180 dias e permitir a fruição partilhada, tem o fim de pôr em prática esses mandamentos constitucionais citados.

Tratando-se de uma criação conjunta, solidária e compartilhada, os deveres dos pais não devem ser dissociados e fragmentados em compartimentos separados. Cabe a eles, em conjunto, decidir quem está mais apto, nos primeiros meses de vida do bebê, a ficar afastado de seu posto de trabalho, a fim de ministrar os cuidados necessários ao bem-estar da criança, e quem, no mesmo período, está em melhores condições de permanecer trabalhando.

Garante-se, com tal medida, um tratamento mais igualitário entre homens e mulheres, nos termos do art. 5º, I, da Carta Magna. Os pais poderão distribuir entre eles, ao menos parcialmente, os encargos familiares decorrentes do nascimento de seu filho. É necessário afastar, do nosso ordenamento jurídico, a ideia machista de que cabe à mãe, e somente a ela,



cuidar de seu filho recém-nascido, relegando ao pai o mero papel de provedor para assuntos materiais. Nesse sentido, permitir à mãe o compartilhamento da licença até 60 (sessenta) dias do período com seu cônjuge, companheiro ou genitor é muito meritório.

Outra medida altamente positiva, introduzida na legislação pela proposta, prevê a concessão de licença-maternidade em dobro no caso de filho com deficiência ou com necessidade especial, com previsão de compartilhamento, por até a metade do prazo, com o cônjuge ou companheiro, de forma alternada. Nada mais justo: para cuidados redobrados, licenças compatíveis. Entretanto, o uso, no texto original, da expressão “portador de deficiência” já foi abandonado pelos especialistas em normas sociais. Nesse aspecto, é passível de correção.

A iniciativa, da forma em que está redigida, atentou apenas para os aspectos de direito trabalhista, envolvidos na questão, relegando a questão previdenciária a um vazio legislativo. Também há impropriedades de redação e erros na formatação. Esses aspectos, sem substancial mudança no mérito, podem ser corrigidos em emenda substitutiva.

Uma vez estabelecida a cobertura previdenciária para os períodos de compartilhamento da licença-maternidade perde razão de ser a mudança no art. 473 da CLT que concede o direito de faltar ao trabalho em razão do benefício. As ausências serão tratadas como nos demais casos em que o trabalhador falta ao trabalho em decorrência da cobertura previdenciária.

Como a ampliação e a extensão desse benefício implica custos orçamentários adicionais, a proposição, nos termos em que está redigida, afronta o § 5º do art. 195 da Constituição, segundo o qual “nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total”.

Se isso não bastasse, a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000) dispõe, em seu art. 14, que (a) concessão ou ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita deverá estar acompanhada de estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva iniciar sua vigência e nos dois seguintes, atender ao disposto na lei de diretrizes orçamentárias e a pelo menos uma das seguintes condições (...).



Logo, a ausência de estimativa sobre o impacto orçamentário da ampliação do benefício previdenciário, que se pretende aprovar, afronta a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Para contornar essa exigência e permitir o respeito ao dispositivo constitucional citado anteriormente, estabelecemos no art. 3º do PLS, a vigência das novas normas para o primeiro dia do exercício financeiro seguinte ao da publicação da nova lei. Assim haverá tempo hábil para a alocação dos recursos necessários ao cumprimento das novas normas.

Posto isso e visando solucionar os entraves constitucionais e jurídicos acima apontados, apresentamos, ao final, emenda substitutiva ao Projeto.

III – VOTO

Ante o exposto, opinamos pela **aprovação** do PLS nº 151, de 2017, na forma da seguinte Emenda substitutiva:

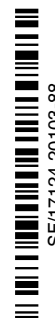
EMENDA Nº - CAS (SUBSTITUTIVO)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 151, DE 2017

Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para ampliar os prazos de duração da licença-maternidade e de pagamento do salário-maternidade para 180 (cento e oitenta) dias, permitindo o compartilhamento de até 60 (sessenta) dias, com o cônjuge ou companheiro.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os arts. 392 e 392-A da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passam a vigorar com as seguintes alterações:



“**Art. 392.** A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 180 (cento e oitenta) dias sem prejuízo do emprego e do salário, podendo compartilhar até 60 (sessenta) dias do período com seu cônjuge, companheiro ou genitor.

.....

§ 6º Em caso de filho com deficiência ou com necessidade especial, a empregada terá direito à licença-maternidade em dobro, que poderá ser compartilhada, em metade do período, com o cônjuge, companheiro ou genitor, de forma alternada.

§ 7º Em caso de licença-maternidade concedida, em compartilhamento, ao cônjuge, companheiro ou genitor empregado, este deverá notificar o empregador com antecedência de 10 (dez) dias. (NR)”

“**Art. 392-A.** À empregada que adotar ou obtiver a guarda judicial para fins de adoção será concedida licença-maternidade, nos termos do art. 392 desta Consolidação, permitido o compartilhamento nele previsto.” (NR)

Art. 2º A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 71.** O salário-maternidade é devido à segurada da Previdência Social, durante 180 (cento e oitenta) dias, com início no período entre 28 (vinte e oito) dias antes do parto e a data de ocorrência deste, observadas as situações e condições previstas na legislação no que concerne à proteção à maternidade, facultado o compartilhamento de até 60 (sessenta) dias desse benefício com o cônjuge, companheiro ou genitor.

.....(NR)”

“**Art. 71-A** Ao segurado ou segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança é devido salário-maternidade pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, permitido o compartilhamento de até 60 (sessenta) dias do benefício com o cônjuge ou companheiro.

.....(NR)”

“**Art. 71-B.**

.....



§ 4º Aplica-se o disposto neste artigo, no que couber, aos casos em que houver compartilhamento da licença-maternidade e do salário-maternidade, nos termos do arts. 71, 71-A e 71-D desta Lei e dos arts. 392 e 392-A da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.” (NR)”

.....

“**Art. 71-D.** Em caso de nascimento, adoção ou guarda de filho com deficiência ou com necessidade especial o salário-maternidade previsto nos arts. 71 e 71-A desta Lei será concedido por prazo dobrado, permitido o compartilhamento, com o cônjuge, companheiro ou genitor, de metade do prazo total de afastamento, com o salário respectivo.

.....(NR)”

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no primeiro dia do exercício financeiro seguinte ao de sua publicação.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/17124.20103-88



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 151, DE 2017

Altera os arts. 392, 392-A e 473, III da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para estabelecer o compartilhamento da licença maternidade e da licença adotante.

AUTORIA: Senadora Rose de Freitas

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº DE 2017

Altera os arts. 392 ,392-A e 473,III da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para estabelecer o compartilhamento da licença maternidade e da licença adotante.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 392.** A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 180 (cento e oitenta) dias, sem prejuízo do emprego e do salário, podendo compartilhar até 60 dias do período com seu cônjuge ou companheiro.

.....
§ 6º Em caso de filho portador de deficiência ou com necessidade especial terá direito a licença maternidade em dobro e poderá ser compartilhada por até a metade com o cônjuge ou companheiro de forma alternada.” (NR).

“**Art. 392-A.** A empregada que adotar ou obtiver a guarda judicial para fins de adoção será concedido o compartilhamento da licença nos termos do artigo anterior.”. (NR).

“**Art. 473, III.** Pela quantidade de até 60 dias em caso de compartilhamento da licença.”. (NR).

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A referida proposição tem como objetivo estabelecer no ordenamento jurídico brasileiro o compartilhamento das licenças maternidade e adotante.

Quando uma criança nasce, todos os olhares se dirigem a ela e na orgulhosa mãe. No entanto, existe uma figura muito presente na educação e afetivo que também desfruta do momento do nascimento e a posterior criação: o pai.

Mas, quanto tempo livre os pais têm quando uma criança nasce? Dependendo do país do mundo encontramos desigualdade em relação às licenças de paternidade e maternidade entre si, já que em alguns pode ser compartilhada e pode ser maior que em outros.

Noruega, Suécia e Finlândia, as melhores condições na Europa: São os países do mundo que melhores condições laborais têm para os casais que decidem ter um filho e desfrutar da licença por paternidade ou maternidade. No caso da Noruega, os pais podem desfrutar desde 2012 de 14 semanas com o bebê após o nascimento. Suécia, por outro lado, conta com 12 semanas de licença por paternidade, dos 13 meses disponíveis que a mãe tem. No caso da Finlândia, a mãe conta com 15 semanas, e o pai com 3 semanas.

Espanha, França Itália e Reino Unido: Enquanto que na Espanha, as mães desfrutam de 16 semanas de licença, os homens somente têm 2 semanas. A licença da mãe pode ser compartilhada com o pai se assim for o seu desejo. No caso da França, as mães têm 112 dias após o parto, mas os homens somente desfrutam de duas semanas, da mesma forma que na Espanha. No caso da Itália, as mães têm 154 dias e os pais 91.



SF/17951.02036-53

No entanto, existem países em que os homens ainda não têm licença de paternidade, como a Grécia, República Tcheca ou Ucrânia. Na Irlanda não existe lei, mas podem compartilhar 112 dos 182 dias que tem a mãe.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), três aspectos constituem a licença-maternidade ideal: pelo menos 14 semanas de afastamento com remuneração não inferior a dois terços do salário, pagos através de seguro social ou fundos públicos. Não existe um padrão recomendado para a licença-paternidade.

Nos termos do art. 226 da Constituição Federal, a família é a base da sociedade brasileira, merecendo especial proteção do Estado.

Em face disso, toda e qualquer medida destinada a resguardá-la deve ser estimulada pela sociedade e pelo Estado, em especial pelo Parlamento.

Considerando que a direção da família incumbe, em igualdade de condições, ao homem e à mulher (art. 1567 do Código Civil - Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002), sempre no interesse dos filhos menores, necessário conceder ao pai o direito de acompanhar não só o nascimento, mas o desenvolvimento do filho no período neonatal.

Trata-se de medida que estimula a paternidade responsável, inserindo o genitor, desde os primeiros momentos, na rotina de cuidados com o seu filho.

Além disso, a proposição visa a aumentar o prazo da licença maternidade, expandindo de 120 para 180 dias, como maneira de majorar o contato da mãe e do pai com a criança, garantindo que o menor tenha todos



SF/17951.02036-53

os cuidados recomendados ao seu saudável desenvolvimento nesses primeiros momentos de vida.

Ainda na referida proposição proponho a ampliação da licença maternidade com o respectivo compartilhamento para as famílias que venham a ter filhos deficientes ou portadores de necessidades especiais.

Nos dias de hoje criar e dar a assistência a um filho que esteja em condições normais de saúde já requer muito de seus pais. Em um lar com um filho especial a atenção tem que ser integral e requer cuidados extras em relação a uma criança motivo esse que proponho a dilação do prazo da licença maternidade para esse caso específico.

Solicita-se, então, apoio dos meus nobres pares na aprovação integral da presente proposta legislativa.

Sala das Sessões,

Senadora Rose de Freitas



LEGISLAÇÃO CITADA

- Constituição de 1988 - 1988/88

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:constituicao:1988;1988>

- artigo 226

- Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de Maio de 1943 - Legislação Trabalhista; Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); CLT - 5452/43

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1943;5452>

- artigo 392

- Lei nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002 - Código Civil (2002) - 10406/02

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2002;10406>

1ª PARTE - DELIBERATIVA

11

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 157, de 2017, da Senadora Maria do Carmo Alves, que *altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, para dispor sobre a assistência psiquiátrica e psicológica a ser oferecida a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina.*

Relatora: Senadora **LÍDICE DA MATA**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 157, de 2017, de autoria da Senadora Maria do Carmo Alves, que estabelece a obrigatoriedade de prestação de assistência psiquiátrica e psicológica a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina. Para tanto, o PLS altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que *dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.*



SF/17262.49890-61

O projeto é composto de três artigos. O primeiro acrescenta o inciso V ao § 5º do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, para incluir, entre as condições a serem garantidas ao médico residente, pela instituição responsável pelo programa de residência médica, a assistência psiquiátrica e psicológica gratuita.

O art. 2º do projeto altera a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, acrescentando ao § 7º do art. 3º os incisos III e IV, para tornar obrigatória a oferta de assistência psiquiátrica e psicológica gratuita aos alunos matriculados no curso de graduação em medicina; e determinar que esse atendimento poderá ser prestado por alunos dos cursos de graduação em medicina ou psicologia, desde que sob a supervisão de profissionais.

O art. 3º, a cláusula de vigência, determina que a lei originada do projeto entre em vigor cento e vinte dias após a data de sua publicação.

Na justificção da matéria, a autora reporta dados de estudo publicado no *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, prestigioso periódico médico, que analisou duzentos estudos, realizados em 43 países, sobre a prevalência de depressão e a ocorrência de ideação suicida entre estudantes de medicina. Segundo esse estudo, 27% dos estudantes de medicina sofrem de algum grau de depressão, e 11,1% relataram pensamentos suicidas. A autora também cita possíveis fatores de risco para a ocorrência desses agravos entre estudantes de medicina, como: forte competição para ingressar no curso; rigor acadêmico, privação de sono, exposição a situações clínicas traumáticas e distância de familiares e amigos. O conhecimento da farmacologia e o fácil acesso a medicamentos também foram lembrados como fatores facilitadores de tentativas de suicídio entre esses estudantes.

A matéria foi distribuída exclusivamente para a CAS, que decidirá sobre a matéria em caráter terminativo. No prazo regimental, não foram apresentadas emendas.



II – ANÁLISE

Nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CAS apreciar o projeto no que tange à proteção da saúde. No presente caso, como a este colegiado cabe a decisão terminativa, também devem ser analisados os aspectos relativos à constitucionalidade, à juridicidade, à regimentalidade e à técnica legislativa da proposição.

Com relação ao mérito da matéria, concordamos com a autora da proposição quanto à necessidade de prover cuidados especiais à saúde mental de médicos residentes e estudantes de medicina do País, uma vez que há inúmeros estudos que evidenciam risco acrescido de ocorrência de depressão e suicídio nesse grupo populacional.

O problema da depressão e do suicídio entre estudantes de medicina foi tema do II Encontro Nacional de Conselhos de Medicina, em 2016. Segundo a psiquiatra Alexandrina Meleiro, membro da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e palestrante do encontro, estudos internacionais indicam que os médicos se suicidam cinco vezes mais que a população geral. Ainda de acordo com a psiquiatra, o risco de suicídio, seja na população geral, seja entre médicos, é quase sempre reconhecível e previsível. Entre os principais motivos para a alta taxa de suicídio dos profissionais médicos estão o acesso a meios mais eficazes de letalidade, o isolamento social – desde a faculdade –, a situação conjugal insatisfatória e a precária situação empregatícia.

Estudo recente realizado por Fernanda Brenneisen Mayer, pesquisadora da Universidade de São Paulo (USP), intitulado “Sintomas de depressão e ansiedade em estudantes de medicina – um estudo multicêntrico”, analisou os fatores determinantes da depressão e da ansiedade entre alunos de medicina. A pesquisa envolveu 1.350 estudantes de medicina, de 22 escolas médicas do País.

O estudo mostrou que 41% dos estudantes apresentaram sintomas depressivos, 81,7% apresentaram estado de ansiedade e 85,6% apresentaram traços de ansiedade. Outros sintomas frequentemente relatados foram cansaço, elevada autocobrança, irritabilidade e distúrbios do sono.



Esses dados evidenciam que o problema existe e é de grande magnitude e relevância. Assim, propostas de intervenção concretas para o seu enfrentamento devem ser adotadas.

Algumas iniciativas, semelhantes às propostas pelo projeto de lei em análise, já existem no País, a exemplo do Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que funciona desde 1986. Portanto, evidencia-se como necessária e factível a medida proposta pelo PLS sob análise.

No entanto, há uma ressalva a fazer quanto ao mérito. Trata-se do inciso IV, incluído no § 7º do art. 3º da Lei nº 12.871, de 2013, que prevê a possibilidade de que o atendimento psicológico seja prestado por alunos dos cursos de graduação em medicina ou psicologia, desde que sob a supervisão de profissionais.

A nosso ver, essa não é uma medida adequada, pois poderia afetar de forma negativa o ambiente terapêutico e sujeitar a situações constrangedoras ou embaraçosas os alunos que buscassem o serviço. Isso porque a relação terapêutica exige, para o seu sucesso, um ambiente que favoreça o estabelecimento de vínculo de confiança, especialmente em relação à capacidade do profissional que assiste o paciente e à segurança com relação ao sigilo das informações. No entanto, a atenção psicológica prestada por colegas, com quem o aluno/paciente convive cotidianamente, em uma relação simétrica ou horizontal, não nos parece que favoreça a criação de um ambiente terapêutico capaz de ser continente de toda a dor, angústia e preocupações do estudante que necessita de atenção.

Por conseguinte, cremos que esse inciso deve ser suprimido, para que não haja indução legal a esse tipo de prática. Isso não impediria, contudo, que os programas que quisessem implantar um serviço de apoio psicológico aos estudantes de medicina, que contasse com a atuação de estudantes de graduação das áreas médica e psicológica, assim o fizessem.

Ademais, a determinação de que, para atuar, os alunos devem contar com a supervisão de profissionais, não precisaria constar da lei, pois já é uma obrigação legal. Alunos de graduação não podem atuar de forma autônoma, mas apenas sob a supervisão de um tutor acadêmico. A atuação



profissional só é permitida aos portadores de diploma de graduação em Medicina e Psicologia, devidamente inscritos no respectivo conselho profissional. Assim, esse dispositivo é despiciendo.

Por fim, no que tange aos aspectos de constitucionalidade, juridicidade, regimentalidade e técnica legislativa, não vislumbramos óbices à aprovação da matéria.

III – VOTO

Do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 157, de 2017, com a seguinte emenda:

EMENDA Nº -CAS

Dê-se ao art. 2º do Projeto de Lei do Senado nº 157, de 2017, a seguinte redação:

"**Art. 2º** O § 7º do art. 3º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso III:

'**Art. 3º**

.....

§ 7º

.....

III – a oferta obrigatória de assistência psiquiátrica e psicológica gratuita aos alunos matriculados no curso de graduação em Medicina da instituição.' (NR)"

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SF/17262.49890-61



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 157, DE 2017

Altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, para dispor sobre a assistência psiquiátrica e psicológica a ser oferecida a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina.

AUTORIA: Senadora Maria do Carmo Alves

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Gabinete da Senadora Maria do Carmo Alves

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2017

Altera as Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, para dispor sobre a assistência psiquiátrica e psicológica a ser oferecida a médicos residentes e a alunos de graduação em Medicina.



SF/17652.38471-10

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O § 5º do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar com o seguinte inciso IV:

“**Art. 4º**
.....
§ 5º
.....
IV – assistência psiquiátrica e psicológica gratuita.
.....” (NR)

Art. 2º O § 7º do art. 3º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos III e IV:

“**Art. 3º**
.....

§ 7º.....

.....
III – a oferta obrigatória de assistência psiquiátrica e psicológica gratuita aos alunos matriculados no curso de graduação em Medicina da instituição.

IV – o atendimento a que se refere o inciso anterior poderá ser prestado por alunos dos cursos de graduação em Medicina ou Psicologia, desde que sob a supervisão de profissionais.” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

Recentemente, o *Journal of the American Medical Association* (JAMA), prestigiado periódico médico, publicou consistente estudo em que analisou a prevalência de depressão e a ocorrência de pensamentos suicidas entre estudantes de Medicina. A pesquisa valeu-se de dados levantados em quase 200 estudos, realizados em 43 países. Seus resultados evidenciaram que 27,2% dos estudantes avaliados tinham algum grau de depressão – incidência superior à da população geral – e que 11,1% relataram pensamentos suicidas.

Esse perfil epidemiológico explica os vários relatos de autoextermínio entre alunos de curso de Medicina, a saber: em 2016, uma estudante da *Icahn School of Medicine*, em Nova Iorque, suicidou-se ao pular da janela do apartamento do campus onde morava. Outra aluna, da *Southampton University*, no Reino Unido, intoxicou-se em janeiro de 2017, ao passo que, na Índia, a imprensa registrou três suicídios de estudantes num intervalo de quatros meses. No Brasil, o jornal *Folha de São Paulo* noticiou, em abril de 2017, que, desde o início do ano, houve seis tentativas de suicídio entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Deve-se reconhecer que aqueles que decidem seguir a carreira médica, em geral, submetem-se a rígido teste de seleção em universidades particulares ou públicas. Muitos passam anos se preparando até obter êxito em um competitivo teste de admissão. Ao entrarem na universidade, enfrentam fatores que favorecem a depressão como estresse, privação de sono, rigor acadêmico, exposição a situações clínicas traumáticas e distância de familiares e amigos. Reportagens sobre o tema têm demonstrado que os



estudantes, muitas vezes, sentem-se frustrados por não terem a quem recorrer. O sentimento de desamparo favorece o aprofundamento da ansiedade e da depressão, cuja gravidade pode motivar o suicídio.

A literatura médica reconhece que esse quadro psicossocial disfuncional pode desencadear transtornos mentais, bem como fomentar a ideação suicida. Some-se a isso, ainda, o fato de haver outros fatores de risco, tais como o conhecimento da farmacologia e o fácil acesso a medicamentos que podem ser utilizados em eventual tentativa de autoextermínio.

Diante dessa situação, apresentamos projeto de lei para facilitar o acesso ao atendimento psiquiátrico e psicológico para esses profissionais e estudantes. Assim, sugerimos tornar obrigatório que faculdades de Medicina e instituições que oferecem programas de Residência Médica disponibilizem atendimentos na área de saúde mental, respectivamente, a seus alunos e médicos residentes.

Sala das Sessões,

Senadora MARIA DO CARMO ALVES



LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 6.932, de 7 de Julho de 1981 - LEI-6932-1981-07-07 - 6932/81

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1981;6932>

- parágrafo 5º do artigo 4º

- Lei nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993 - Lei de Contratação Temporária de Interesse Público (1993) - 8745/93

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1993;8745>

- Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013 - LEI-12871-2013-10-22 - 12871/13

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2013;12871>

- parágrafo 7º do artigo 3º

1ª PARTE - DELIBERATIVA

12

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 415, de 2017, do Senador Lasier Martins, que altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir o uso do FGTS para pagamento de pensão alimentícia pelo trabalhador que não possuir outro recurso líquido disponível.



Relator: Senador **JORGE VIANA**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 415, de 2017, de autoria do Senador Lasier Martins.

O projeto contém dois artigos. O primeiro, modifica o artigo 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir o uso do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) para pagamento de pensão alimentícia pelo trabalhador que não possuir outro recurso líquido disponível. O segundo artigo determina a vigência imediata da Lei, se aprovada.

O projeto foi distribuído exclusivamente a esta CAS, a quem caberá a decisão terminativa.

No prazo regimental, não foram apresentadas emendas à proposição.

II – ANÁLISE

Compete à CAS opinar sobre matérias pertinentes às relações de trabalho, seguridade social e a outros assuntos correlatos, nos termos do art. 100 do Regime Interno do Senado Federal (RISF).

A Constituição Federal (CF) estabelece que cabe ao Congresso Nacional dispor sobre todas as matérias de competência da União (art. 48); e compete à União legislar sobre direito do trabalho (art. 22, I).

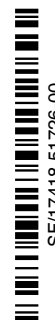
No que diz respeito à juridicidade, à regimentalidade e à técnica legislativa não há óbices que impeçam a tramitação da proposição.

No mérito, o PLS nº 415, de 2017, tem o objetivo de auxiliar o trabalhador que passa por forte restrição de renda e que não tem condições de honrar seus compromissos financeiros. Como ressalta o autor na justificção da proposição, as políticas de emprego e renda infelizmente não são efetivas a ponto de assegurar garantias mínimas ao trabalhador que deixa o emprego. Diante disso, o autor propõe a possibilidade de uso dos recursos do trabalhador no FGTS para o pagamento de pensão alimentícia determinada em juízo, quando o trabalhador não possuir outro recurso líquido disponível.

O FGTS é uma poupança compulsória do trabalhador. Além da finalidade de garantir recursos em caso de demissão sem justa causa, o art. 20 da Lei nº 8.036, de 1990, relaciona diversas hipóteses em que o trabalhador pode sacar os recursos de sua conta, como no caso de aquisição da casa própria, em despesas com doenças graves, ou na aposentadoria. Os diversos incisos desse artigo deixam evidente a finalidade social dos recursos do FGTS. Nesse sentido, este projeto também tem o fim social de proteger o dependente do trabalhador a quem se dirige a pensão alimentícia.

Além dos benefícios econômicos e sociais da medida, certamente a medida contribuirá para reduzir a judicialização dos conflitos envolvendo o pagamento de pensão alimentícia – fenômeno bastante elevado no Brasil. A maior parte dos processos nas varas de família são relativos a pagamento de pensão alimentícia. Por exemplo, na Defensoria Pública do Rio de Janeiro, em 2016, 80% dos processos no núcleo de família eram de ações de alimento. Na de Minas Gerais, o percentual alcançava 90%.

Já há, inclusive, acórdão proferido pela Turma Nacional de Uniformização (TNU) dos Juizados Especiais Federais, em 2014, que



aceitou o pedido do uso do FGTS para pagamento de pensão alimentícia. De acordo com a TNU, o rol do art. 20, da Lei nº 8.036, que relaciona as hipóteses para saque do FGTS, é meramente exemplificativo. A fundamentação da TNU ao autorizar o saque nessa hipótese baseou-se nos princípios constitucionais da proporcionalidade e na dignidade da pessoa humana.

Além disso, se aprovado, o presente projeto contribuirá sensivelmente para a diminuição de prisão civil por atraso de pensão alimentícia.

Por fim, sendo o FGTS um patrimônio do trabalhador, entendemos que seus recursos devem ser utilizados em seu favor e de sua família, como no caso do pagamento da pensão alimentícia. Diante disso, consideramos que a proposição merece prosperar.

III – VOTO

Pelo exposto, o voto é pela aprovação do Projeto de Lei do Senado nº 415, de 2017.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 415, DE 2017

Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir o uso do FGTS para pagamento de pensão alimentícia pelo trabalhador que não possuir outro recurso líquido disponível.

AUTORIA: Senador Lasier Martins (PSD/RS)

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador **Lasier Martins**

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº DE 2017

Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir o uso do FGTS para pagamento de pensão alimentícia pelo trabalhador que não possuir outro recurso líquido disponível.



SF/17322.71201-17

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 20.**

.....
XX – pagamento de pensão alimentícia fixada em juízo, quando o trabalhador não possuir outro recurso líquido disponível.

.....” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), constitui um pecúlio a ser disponibilizado no momento da aposentadoria ou morte do trabalhador, ao mesmo tempo que representa um valor de garantia para a indenização do tempo de serviço, nos casos de demissão imotivada.

Além de ampliar o direito indenizatório do trabalhador, que pode, com a aposentadoria, contar com o valor acumulado dos depósitos feitos em seu nome, incluem-se entre os objetivos do FGTS, favorecendo ao trabalhador de forma indireta, proporcionar as condições necessárias à formação de um fundo de aplicações direcionado ao financiamento da construção e comercialização de habitações, assim como para investimentos em saneamento básico e infraestrutura urbana.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador **Lasier Martins**

Partindo-se do princípio de que esse Fundo é um patrimônio do trabalhador, é plausível que sua disponibilização possa ser também autorizada para determinadas ocasiões que são decisivas para sua vida, como já o fizeram diversas leis, a exemplo das que permitiram a movimentação da conta vinculada do trabalhador no FGTS quando o trabalhador for acometido de neoplasia maligna; para aplicação em quotas de fundos mútuos de privatização; quando o trabalhador ou seus dependentes for portador do vírus HIV; quando o trabalhador ou seus dependentes estiver em estágio terminal, em razão de doença grave; quando o trabalhador tiver idade igual ou superior a setenta anos; quando o trabalhador com deficiência necessite adquirir órtese ou prótese para promoção de acessibilidade e de inclusão social; entre outras.

Com as grandes disparidades que temos no País, com taxas de desemprego bastante elevadas e baixos níveis de rendimentos, um número significativo de trabalhadores, que passa períodos prolongados sem conseguir uma colocação no mercado de trabalho, vêm encontrando dificuldades para se prevenir, por meio de alguma espécie de poupança, para os períodos mais difíceis. Por outro lado, infelizmente, não temos ainda efetivas políticas públicas de emprego e de renda. Os programas que compõem o Sistema Público de Emprego, dentre eles, o seguro desemprego e o FGTS, não conseguem dar garantias mínimas ao trabalhador e àquele que deixa o emprego, por demissão ou aposentadoria.

Nesse contexto, estamos propondo a possibilidade de movimentação da conta vinculada no FGTS para pagamento de pensão alimentícia, nos casos em que o trabalhador não contar com outros recursos para fazê-lo. Sendo o FGTS um patrimônio do trabalhador, nada mais justo do que facilitar o seu acesso a quem, em momentos de estreitamento do mercado de trabalho, não consegue uma vaga para trabalhar e prover seu próprio sustento e o de seus dependentes.

São essas as razões que nos levam a formular o presente projeto de lei, que submetemos à apreciação dos nobres pares integrantes desta Casa, na expectativa de sua pronta acolhida.

Sala das Sessões,

Senador LASIER MARTINS



LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 8.036, de 11 de Maio de 1990 - Lei do FGTS; Lei do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - 8036/90
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1990;8036>
- artigo 20

2ª PARTE - AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

1

Aprovado em 19 / 04 / 17
Senador(a) Wladimir
Presidente da CAS-SF



SENADO FEDERAL
COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

REQUERIMENTO Nº 19 , DE 2017-CAS

Nos termos do artigo 96-B, combinado com os artigos 90, inciso IX, e 100 do Regimento Interno do Senado Federal, a Comissão de Assuntos Sociais decide selecionar a seguinte Política Pública do Poder Executivo para avaliação no ano de 2017: Programa Mais Médicos.

Sala da Comissão, em 19 de abril de 2017.



Senado Federal

Relatório de Registro de Presença
CAS, 19/04/2017 às 09h - 7ª, Extraordinária
 Comissão de Assuntos Sociais

PMDB	
TITULARES	SUPLENTES
HÉLIO JOSÉ	1. GARIBALDI ALVES FILHO
WALDEMIR MOKA PRESENTE	2. VALDIR RAUPP PRESENTE
MARTA SUPPLY PRESENTE	3. ROMERO JUCÁ PRESENTE
ELMANO FÉRRER PRESENTE	4. EDISON LOBÃO
AIRTON SANDOVAL PRESENTE	5. ROSE DE FREITAS

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática(PDT, PT)	
TITULARES	SUPLENTES
ÂNGELA PORTELA PRESENTE	1. FÁTIMA BEZERRA PRESENTE
HUMBERTO COSTA PRESENTE	2. GLEISI HOFFMANN
PAULO PAIM PRESENTE	3. JOSÉ PIMENTEL PRESENTE
PAULO ROCHA PRESENTE	4. JORGE VIANA
REGINA SOUSA PRESENTE	5. LINDBERGH FARIAS

Bloco Social Democrata(PSDB, PV, DEM)	
TITULARES	SUPLENTES
DALIRIO BEBER PRESENTE	1. FLEXA RIBEIRO PRESENTE
EDUARDO AMORIM PRESENTE	2. RICARDO FERRAÇO
RONALDO CAIADO PRESENTE	3. JOSÉ AGRIPINO
MARIA DO CARMO ALVES PRESENTE	4. DAVI ALCOLUMBRE

Bloco Parlamentar Democracia Progressista(PP, PSD)	
TITULARES	SUPLENTES
SÉRGIO PETECÃO	1. OTTO ALENCAR
ANA AMÉLIA PRESENTE	2. WILDER MORAIS PRESENTE

Bloco Parlamentar Socialismo e Democracia(PPS, PSB, PCdoB, REDE)	
TITULARES	SUPLENTES
LÍDICE DA MATA PRESENTE	1. ROMÁRIO
RANDOLFE RODRIGUES	2. VANESSA GRAZZIOTIN PRESENTE

Bloco Moderador(PTB, PSC, PRB, PR, PTC)	
TITULARES	SUPLENTES
CIDINHO SANTOS PRESENTE	1. ARMANDO MONTEIRO PRESENTE
VICENTINHO ALVES PRESENTE	2. EDUARDO LOPES

Não Membros Presentes

ACIR GURGACZ



SENADO FEDERAL

RELATÓRIO Nº , DE 2017
COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Avaliação de Políticas Públicas
(Art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal - RISF)

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Presidente: Senadora **MARTA SUPLICY**

Vice-Presidente: Senador **RONALDO CAIADO**

Relatora: Senadora **LÍDICE DA MATA**

ÍNDICE

1 Apresentação	03
2 Contextualização.....	07
2.1 Distribuição de médicos no País	11
2.2 Programa Mais Médicos	16
2.3 Projeto Mais Médicos para o Brasil	19
2.3.1 A Lei 12.871/13	19
2.3.2 A Lei 13.333/16	26
3 Cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)	28
3.1. Análise dos requisitos de pactuação de acordos internacionais	28
4 Processos no TCU sobre o Programa	29
4.1 Auditoria operacional (Processo 005.391/2014-8).....	29
4.1.1. Inadequação da supervisão dos médicos participantes	30
4.1.2 Tutoria	33
4.1.3 Módulo de acolhimento	35
4.1.4 Distribuição dos médicos entre os municípios	39
4.1.5 Ações de avaliação e monitoramento do Projeto	40
4.1.6 Fornecimento de alimentação e moradia aos médicos participantes	44
4.1.7 Gasto de recursos para capacitar profissionais	47
4.2 Acompanhamento (Processo 027.492/2013-3).....	47
4.2.1 Acórdão nº 360/2017	48
4.3 Representação (Processo 003.771/2014-8).....	51
5 Distribuição dos médicos no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil	53
5.1 Critérios para a distribuição dos médicos do Projeto	54
5.2 Alocação dos médicos do PMMB	57
5.2.1 Perfil municípios adeptos do PMMB	63
5.2.2 Perfil dos médicos do PMMB	64
5.2.3 Dados atuais	67
5.2.4 Indicadores de impacto na distribuição dos médicos	69
5.3 Problemas detectados na distribuição de médicos.....	72
6 Impacto na atenção básica em saúde e na rede assistencial	75
6.1 Ampliação do acesso da população à atenção básica	76
6.2 Produtividade assistencial na atenção básica	78
6.3 Indicadores de efetividade	80
6.4 Percepção e avaliação dos usuários, profissionais e gestores	82
7 Aspectos e impactos educacionais do Programas	88
8 Financiamento e Despesas do Programa	92
8.1 Dados atuais da execução financeira e orçamentária.....	93
8.2 Gastos do Programa	97
9 Considerações finais	101
10 Conclusão	Erro! Indicador não definido.

1 Apresentação

A Constituição Federal de 1988 prevê, em seu art. 49, inciso X, a competência exclusiva do Congresso Nacional para fiscalizar, diretamente ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta. Adicionalmente, o art. 58, § 2º, inciso VI, estipula como competência das Comissões da Câmara dos Deputados e do Senado Federal a apreciação de programas de obras, planos nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento, conforme sua área de competência.

Nesse sentido, a incorporação, por meio da Resolução nº 44, de 17 de setembro de 2013, da atividade de avaliação de políticas públicas no âmbito das competências regimentais das comissões permanentes é uma importante medida que instrumentaliza o Senado Federal para o exercício da função fiscalizadora que a Constituição lhe atribui. Com essa atividade, busca-se contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas selecionadas.

Assim, em obediência ao art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal, que estabelece que “as comissões permanentes selecionarão, na área de sua competência, políticas públicas desenvolvidas no âmbito do Poder Executivo para serem avaliadas”, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) decidiu selecionar, nos termos do Requerimento nº 19, de 2017, da Senadora Marta Suplicy, a Política Pública do Poder Executivo “Programa Mais Médicos”, para ser objeto de avaliação em 2017.

Para orientar a elaboração deste relatório de avaliação do Programa Mais Médicos, foi aprovado pela CAS o respectivo Plano de Trabalho, que estabeleceu os seguintes eixos temáticos norteadores do trabalho:

- i. antecedentes do Programa Mais Médicos;
- ii. financiamento e gastos do Programa;
- iii. distribuição dos médicos no âmbito do Programa;
- iv. cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS);
- v. ações de monitoramento e avaliação;
- vi. impacto na atenção básica em saúde e na rede assistencial;
- vii. aspectos e impactos educacionais do Programa;
- viii. percepção dos usuários e profissionais; e
- ix. análise dos dados de produção dos serviços e indicadores de saúde.

Como metodologia da avaliação a ser realizada, o Plano de Trabalho previu a coleta e análise de dados secundários, obtidos de fontes documentais e de estatísticas produzidas por órgãos governamentais executores do Programa e órgãos de fiscalização e controle, bem como por instituições internacionais e acadêmicas, além da realização de duas audiências públicas, com a participação de especialistas e gestores de saúde.

Cabe registrar que o plano proposto foi integralmente cumprido, no período de junho a novembro do corrente ano, tendo sido ouvidas, no total, oito autoridades e especialistas, nas duas audiências públicas realizadas no âmbito da CAS, por força do Requerimento nº 131, de 2017, de autoria da Senadora Lídice da Mata.

A primeira audiência pública foi realizada no dia 24 de outubro de 2017, e contou com a participação dos seguintes expositores:

- Deputado Federal Jorge Solla;
- Antônio Ferreira Lima Filho, Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento, do Ministério da Saúde;
- Wilames Freire Bezerra, Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Secretário Municipal de Saúde de Pacatuba do Estado do Ceará.

Para essa primeira audiência pública, também foi convidado o Senhor Renato Tasca, representante da Organização Pan-Americana da Saúde, para falar sobre a Cooperação Brasil-OPAS, mas ele não compareceu à audiência.

A segunda audiência pública foi realizada no dia 26 de outubro de 2017, e contou com a participação dos seguintes expositores:

- Felipe Proença de Oliveira, Professor Assistente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);
- Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, Professor Assistente da Universidade de Brasília (UnB);
- Lincoln Lopes Ferreira, Segundo Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB);

- Alceu José Peixoto Pimentel, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Este relatório está estruturado da seguinte forma: uma seção introdutória; uma segunda seção em que se procede à contextualização do Programa Mais Médicos (PMM), abordando os seus antecedentes e os principais fatores que o justificaram, especialmente a distribuição dos médicos no País, bem como o marco legal do Programa (seção 2); a seção 3, que discute a Cooperação Brasil-OPAS, que viabilizou a vinda de milhares de médicos cubanos; a seção 4, que apresenta um breve resumo das auditorias do TCU; a seção 5, que apresenta os resultados da distribuição dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB); a seção 6, que apresenta dados relativos ao impacto do PMMB na atenção primária, como produção assistencial e indicadores de efetividade; a seção 7, que apresenta dados sobre a percepção de usuários, profissionais e gestores de saúde; a seção 8, que trata dos aspectos educacionais do Programa; a seção 9, que analisa o financiamento e as despesas do PMM; e, por fim, a seção 10, onde são feitas considerações finais sobre o Programa.

2 Contextualização

O déficit e a distribuição inadequada de serviços e profissionais de saúde, especialmente de médicos, são problemas que ocorrem em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Quando se trata de regiões remotas, pobres e periféricas a situação é ainda mais grave. A má distribuição geográfica de profissionais de saúde, principalmente médicos, é uma situação difícil e que necessita ser enfrentada com bastante ênfase por parte de todos os Entes Federados com vistas à busca de soluções. Países, com diferentes sistemas econômicos, políticos e níveis de riqueza vêm desenvolvendo diversas estratégias para enfrentar o problema.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 representou uma verdadeira mudança de paradigma, ao promover a expansão dos direitos e das garantias fundamentais, incorporando em seu texto os direitos sociais. É nesse cenário, de expansão de direitos, que a saúde é inscrita como “direito de todos e dever do Estado” e que é constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema fundamentado na ideia de justiça social, cujas características essenciais são a universalização e a integralidade da atenção à saúde.

Em seus 27 anos, o SUS possibilitou um importante aumento no acesso aos cuidados de saúde da população brasileira com uma cobertura de mais de 100 milhões de pessoas. No entanto, o SUS, assim como outros sistemas de saúde, sofre com problemas da escassez de recursos financeiros, má distribuição e insuficiência de médicos no território nacional, o que compromete a concretização dos princípios da universalidade e da integralidade da atenção, tão essenciais para a materialização do preceito constitucional da justiça social.

Em 2009, estimava-se que 42% da população brasileira residia em municípios com densidade menor do que 0,25 médicos por mil habitantes. Nas regiões Norte e Nordeste o caso era ainda mais grave. O Norte com 8% da população total do País tinha 4,3% do total de médicos. Já o Nordeste, com 28% da população brasileira, contava com 18,2% do total de médicos. Enquanto isso, a Região Sudeste, com 42% da população, concentrava 60% de todos os médicos do País.

As estratégias implementadas até recentemente para enfrentar o déficit e a má distribuição de médicos não foram suficientes para dar solução efetiva para esses problemas. Diversas iniciativas foram tentadas, como:

- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976);
- Programa de Interiorização do SUS – PISUS (1993);
- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001); e
- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB (2011).

Todos esses programas, apesar de terem contribuído para atrair profissionais para áreas remotas, não alcançaram a magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios, nem a sustentabilidade necessária para dar uma resposta efetiva ao problema da falta de médicos nas áreas mais carentes e de difícil acesso.

De acordo com o Deputado Jorge Solla e Felipe Proenço de Oliveira, da Universidade Federal da Paraíba, em audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal, em outubro de 2017, constituem evidências da necessidade de mais médicos no Brasil:

- i. o contexto da medicina brasileira, caracterizado por pleno emprego, com postos de trabalho não preenchidos, boa remuneração e proteção social;
- ii. a conjuntura de regulação incipiente do Estado brasileiro;
- iii. o número de médicos por habitante no Brasil, que está abaixo da média da OCDE, de países vizinhos e de países com sistemas universais de saúde, como o nosso (Tabela 1);
- iv. a expansão do número de serviços públicos de saúde, não acompanhada pelo aumento do número de médicos. De 2003 a 2012 o mercado de trabalho abriu 143 mil novas vagas de emprego médico formal, mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos. Foi constatado déficit de 50 mil médicos no período de 10 anos;
- v. número de vagas em cursos de medicina por habitante menor que o de países vizinhos e que a média da OCDE, com concentração de vagas nas capitais e nas regiões Sul e Sudeste do País.

Tabela 1 - Médicos por habitantes, 2013.

País/ Região	Médico/ 1.000 hab.
Brasil	1,86
Uruguai	3,74
Argentina	3,16
Portugal	3,9
Espanha	4,0
Reino Unido	2,7
OCDE	2,8
Nordeste do Brasil	1,0

Fonte: Solla, audiência pública CAS, out. 2017.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi, portanto, a primeira estratégia de grande magnitude e com uma dimensão capaz de atender a demanda dos municípios, mediante o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis e desassistidas, e com mudanças estruturais no campo da formação médica, com vistas a formar mais médicos e com um perfil profissional mais adequado e voltado para a atenção primária.

O Programa é constituído por três dimensões de atuação:

- i. provisão emergencial de médicos em regiões prioritárias para o SUS;
- ii. expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do País, com implantação de novo currículo, com foco na qualificação da formação e valorização da Atenção Básica; e
- iii. ações voltadas para a melhoria da estrutura física das unidades básicas de saúde (UBS): construção, reforma e ampliação.

No campo da formação médica, a meta do Programa é sair dos quase 380 mil médicos, em 2013, para chegar a 600 mil médicos em 2024, quando se poderia alcançar o índice desejado de 2,7 médicos por mil habitantes no País (Solla, 2017).

2.1 Distribuição de médicos no País

As informações a respeito da distribuição de médicos no País foram extraídas dos seguintes estudos e ou relatórios: Pinto HA et al, Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015¹; Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013²; ³ Girardi SN, Carvalho CL. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária⁴; *Demografia Médica no Brasil*, publicado em fevereiro de 2013⁵; Pinto H A et al, O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica.⁶; Oliveira FP, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34⁷; Rede Observatório Programa

¹ Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface (Botucatu).

² Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013

³ Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 Out 2011.

⁴ Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah IM, Wau Der Maas L, Campos LAB. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2011. p. 171-86.

⁵ Scheffer M, Cassenotte A, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil: 2013. 256p cenários e indicadores de distribuição [Internet]. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, [acesso em 10 Out 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.

⁶ Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. Divulg Saúde Debate. 2014; 51:105- 120.

⁷ Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araujo SQ, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.

Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014⁸ dentre outros.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória, convertida na Lei 12.8711, pelo Congresso Nacional, em outubro do mesmo ano se incorporando a outras alternativas assumidas pelos Governo Federal que trazia para si a tarefa repensar a política de Atenção Básica a Saúde, as Estratégias e Ações para mudança na realidades e na expansão dos serviços bem como, no oferecimento de mais profissionais com vistas à cobertura das necessidades demandadas por inúmeros seguimentos sociais e Entes Federados.

Segundo Pinto et al (2017. P1), em estudo já citado no presente relatório:

A AB deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, deve ordenar o acesso com equidade às redes de atenção e estar próxima das pessoas, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como modo prioritário de organização da AB.

A proporção de médico por habitante no Brasil (1,8/1.000)⁴ era muito menor que: a da Argentina (3,9)⁵; a de diversos países que também garantem sistemas de saúde universais como Canadá (2,4), Reino Unido (2,7), Espanha (3,5) e Portugal (3,8); e menor também que a média dos 33 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (3,1)⁴. (op cit).

⁸ Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 [Internet]. 2015 [acessado em 10 outubro 2017]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>

O estudo de Sheffer⁹ mostra que, em outubro de 2011, os conselhos de medicina registravam a existência de 371.788 médicos em atividade no Brasil. O número confirma uma tendência de crescimento exponencial da categoria, que perdura há quarenta anos. Entre 1970, quando havia 58.994 médicos, até o momento do levantamento realizado pelo estudo dos Conselhos, o número de médicos saltou 530%. O percentual é mais de cinco vezes maior que o do crescimento da população, que, em cinco décadas, aumentou apenas 104,8%.

O aumento expressivo do número de médicos no Brasil resulta de uma conjugação de fatores. Entre eles, estão as crescentes necessidades em saúde, as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, as garantias de direitos sociais, a incorporação de tecnologias médicas e o envelhecimento da população. Também não podem ser ignorados fatores como a expansão do sistema de saúde, a oferta de mais postos de trabalho médico e o fato de que esses profissionais recebem o maior salário médio do País.

A perspectiva atual é de manutenção dessa curva ascendente. Enquanto a taxa de crescimento populacional reduz sua velocidade, a abertura de escolas médicas e de vagas em cursos já existentes apresenta aceleração. A estimativa do estudo é de que cerca de 16.800 novos profissionais tenham desembarcado anualmente no mercado de trabalho a partir de 2011. Com a edição da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que *institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de*

⁹ Scheffer M, Cassenotte A, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil: 2013. 256p cenários e indicadores de distribuição [Internet] . São Paulo: Conselho Federal de Medicina, [acesso em 10 Out 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.

dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, é de esperar que esse número cresça ainda mais.

De fato, em 1980, havia 1,13 médicos para cada grupo de mil habitantes no País. Essa razão subiu para 1,48, em 1990; para 1,71, no ano 2000; e atingiu 1,89, em 2009. Em 2011, o índice chegou a 1,95 médicos por mil habitantes.

Uma das principais razões para o salto no número de médicos é a abertura de novas escolas médicas. O País tinha, em 2009, um total de 185 escolas médicas, com uma oferta de 16.876 vagas por ano. Dados de 2011 indicam que 45% dos cursos estavam no Sudeste. Do total de vagas disponíveis, 58,7% eram oferecidas por instituições privadas e 41,3% por escolas públicas.

Em 2011, existiam 1,95 médicos por mil habitantes no Brasil. Contudo, esse índice variava nas diferentes regiões geográficas, inclusive dentro de determinada região. O Sudeste, com 2,61 médicos por mil habitantes, apresentava concentração 2,6 vezes maior que o Norte (0,98). O resultado do Sul (2,03) ficou bem próximo do alcançado pelo Centro-Oeste (1,99). O Sudeste e o Sul tinham quase o dobro da concentração de médicos por mil habitantes do Nordeste (1,19).

Quando se analisa por unidade da Federação, os maiores índices – próximos ou superiores aos de países da União Europeia – são os apresentados pelo Distrito Federal (4,02 médicos por mil habitantes), Rio de Janeiro (3,57), São Paulo (2,58) e Rio Grande do Sul (2,31). Os Estados do Espírito Santo (2,11) e de Minas Gerais (1,97) também estavam acima da média nacional (1,95).

No outro extremo, estavam estados da Região Norte (Amapá e Pará) e do Nordeste (Maranhão), com menos de um médico por mil habitantes, índices comparáveis aos dos países africanos. Desequilíbrios ainda mais acentuados existem dentro dos próprios estados, bem como nas regiões e microrregiões.

Em verdade, a concentração de profissionais tende a ser maior nos polos econômicos, nos grandes centros populacionais e onde se concentram estabelecimentos de ensino, maior quantidade de serviços de saúde e, conseqüentemente, maior oferta de trabalho. Regiões menos desenvolvidas, mais pobres e no interior dos estados com grandes territórios e zonas rurais extensas têm, sabidamente, maior dificuldade para atrair e fixar profissionais médicos.

É nas cidades de maior porte, especialmente nas capitais, que se concentra a maioria dos médicos brasileiros, o que aumenta a desigualdade no acesso ao atendimento médico. Em média, o conjunto desses municípios apresenta uma razão de médicos por mil habitantes de 4,22. Esse índice é mais que duas vezes superior à média nacional (1,95).

O Município de São Paulo, por exemplo, tem 4,33 médicos por mil habitantes, enquanto o estado homônimo tem 2,58. Três capitais do Sudeste e do Sul – Vitória, Belo Horizonte e Florianópolis – chamam a atenção pela elevada proporção de médicos por habitantes, especialmente quando se compara com os números dos respectivos estados.

Cumpramos ressaltar, que o modelo do sistema de saúde brasileiro permite múltiplos vínculos do mesmo médico. Um mesmo médico, se atender em dois locais, ou tiver dois vínculos diferentes, será contado como “dois postos de trabalho médico ocupados”. Assim, o número de postos

ocupados por médicos em estabelecimentos de saúde no Brasil chega a 636.017, enquanto o País tem 371.788 profissionais registrados nos conselhos regionais de medicina. O número de postos ocupados por médico é de 3,33 por mil habitantes.

O critério “posto de trabalho médico ocupado” reforça as desigualdades regionais já demonstradas em outras estatísticas: as Regiões Sudeste e Sul colocam-se novamente no extremo oposto ao das Regiões Norte e Nordeste. Nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, a cada grupo de mil moradores correspondem 4,47 postos de trabalho médico ocupados. O índice é 44% superior à média do País, que tem 3,33 postos de trabalho médico ocupados por mil habitantes.

A pesquisa indica que os usuários do SUS contam com quatro vezes menos médicos que os usuários do setor privado para atender suas necessidades de assistência. Quando se considera a dimensão da população que depende exclusivamente do SUS (3,25 vezes maior que a dos planos privados de saúde), constata-se que a clientela da saúde privada conta com 3,9 vezes mais postos de trabalho médico disponíveis que os usuários da rede pública.

2.2 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória, convertida na Lei 12.8711, pelo Congresso Nacional, em outubro do mesmo ano se incorporando a outras alternativas assumidas pelos Governo Federal que trazia para si a tarefa repensar a política de Atenção Básica a Saúde, as Estratégias e Ações para mudança na realidades e na expansão dos serviços bem como, no oferecimento de mais profissionais com vistas à cobertura das

necessidades demandadas por inúmeros seguimentos sociais e Entes Federados. Ele tem como proposta básica formar recursos humanos para a área médica do SUS, com os seguintes objetivos:

- i. reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS;
- ii. fortalecer a atenção básica em saúde;
- iii. aprimorar a formação médica;
- iv. aprofundar a inserção dos médicos na realidade de saúde do País;
- v. fortalecer a integração ensino-serviço;
- vi. promover a troca de conhecimentos e experiências entre médicos formados no Brasil e no exterior;
- vii. ampliar a participação dos médicos nas políticas públicas de saúde e no funcionamento do SUS; e
- viii. estimular a realização de pesquisas no âmbito do SUS.

Para a consecução desses objetivos, foram propostas três ações:

- x. reordenamento da oferta dos cursos de medicina e de vagas na residência, de forma a conferir prioridade às regiões com menor relação de vagas e médicos por habitante, desde que possuam condições de oferecer a estrutura correspondente;
- xi. estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica;

- xii. promoção do aperfeiçoamento dos médicos em regiões prioritárias do SUS, por meio da integração ensino-serviço, inclusive do intercâmbio internacional.

A respeito da primeira ação, a lei estabelece regras de autorização para cursos de medicina ministrados por instituições educacionais privadas.

Nesse caso, o Ministério da Educação (MEC) faz o chamamento público para a pré-seleção dos municípios nos quais será autorizado o funcionamento de novos cursos, considerando a necessidade social da oferta e a existência de equipamentos públicos adequados para a atenção básica, a atenção às urgências e emergências, a atenção psicossocial, a atenção ambulatorial especializada e hospitalar, bem como a vigilância em saúde.

Cabe ao MEC regulamentar os procedimentos para o chamamento público, os termos de adesão e os critérios para a elaboração do edital de seleção de propostas.

Essa iniciativa está em consonância com as evidências científicas disponíveis a respeito da distribuição de médicos em áreas carentes^{10,11,12}. Resta saber se, de fato, o MEC aplicará os critérios legais ou se a conveniência política prevalecerá. De acordo com informações divulgadas pela imprensa, a maior parte dos novos cursos de medicina será

¹⁰ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **El Servicio Social de Medicina en América Latina Situación Actual y Perspectivas**. 1998. Disponível em: <<http://www.opsecu.org/jspui/bitstream/123456789/285/1/285.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2015.

¹¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**. Global policy recommendations. 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf>. Acesso em: 9 set. 2015.

¹² DOVLO, D. **The brain drain and retention of health professionals in Africa**. (A case study prepared for a Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: Things That Work!). Accra, 2003. Disponível em: <http://www.medact.org/content/health/documents/brain_drain/Dovlo%20-%20brain%20drain%20and%20retention.pdf>. Acesso em: 9 set. 2015.

aberta na Região Sudeste¹³, área que, conforme já descrevemos, concentra a maior quantidade de médicos de nosso país.

A segunda ação proposta – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica – também pode contribuir para a interiorização do trabalho médico.

A terceira ação mostrou a maior repercussão junto à opinião pública e será descrita no item a seguir.

2.3 Projeto Mais Médicos para o Brasil

2.3.1 A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, criou, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que consiste na oferta de cursos de especialização por instituição pública de educação superior, que envolverão atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial. O curso de aperfeiçoamento tem duração máxima de três anos, mas poderá ser prorrogado por mais três anos, caso sejam ofertadas outras modalidades de formação.

A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), de acordo com a citada norma, ficou a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que cuidam de disciplinar a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamentos e os recessos.

¹³ Disponível em: <<http://www.cruzeirodosul.inf.br/materia/518800/sudeste-deve-concentrar-novos-cursos-de-medicina>>. Acesso em: 9 set. 2015.

Dessa forma, a Lei concede total discricionariedade ao Poder Executivo para a fixação dos parâmetros do curso, não havendo sequer fixação de limites mínimos e máximos para a carga horária ou garantias legais básicas relacionadas a direitos trabalhistas mínimos, ou a recessos e férias.

A aprovação do médico no curso de especialização é condicionada ao desempenho em avaliações periódicas e ao cumprimento dos requisitos do Projeto.

A Lei determina que as vagas para participação no Projeto podem ser ocupadas por médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País e por médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional, os quais são denominados de “intercambistas”. Todos os médicos que ingressam no PMMB, na qualidade de alunos do curso de aperfeiçoamento, são considerados “participantes”.

A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade: em primeiro lugar, os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados; em seguida, os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e, por último, os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

O art. 15 do citado diploma legal estabelece que integram o Projeto: i) os participantes, médicos selecionados segundo os critérios definidos, que se submetem ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

ii) os supervisores, médicos responsáveis pela supervisão profissional contínua e permanente dos médicos participantes; e iii) os tutores acadêmicos, docentes médicos responsáveis pela orientação acadêmica.

Para serem habilitados a participar do PMMB, os médicos intercambistas devem apresentar o diploma de graduação em medicina expedido por instituição de educação superior estrangeira e a habilitação para o exercício da medicina no país de sua formação, além de “possuir conhecimentos de língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica”.

O médico intercambista deve exercer a medicina exclusivamente no âmbito do Projeto, dispensada a revalidação do diploma, porém vedado o exercício da profissão fora das atividades do Projeto. Na redação original da Medida Provisória nº 621, de 2013, que deu origem a essa Lei, era prevista a exigência de registro provisório no Conselho Regional de Medicina (CRM), para o exercício da profissão pelo médico intercambista, no âmbito do Projeto. Essa exigência foi retirada durante a tramitação da proposição.

O intercambista fica isento, portanto, das exigências do art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que *dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências, in verbis*:

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

A única condição para o exercício da Medicina pelo médico intercambista é que a sua participação no PMMB seja atestada pela coordenação do Projeto. Caberá ao Ministério da Saúde a emissão de um 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 no âmbito do Projeto.

A coordenação do Projeto deve comunicar ao CRM que jurisdicionar na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único. O médico intercambista fica sujeito à fiscalização pelo respectivo CRM.

A inscrição no Projeto confere ao intercambista estrangeiro o direito ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de três anos, prorrogável por igual período (art. 18). Ressalte-se que não há vinculação explícita do visto com a duração do curso de especialização. O prazo de três anos é fixo, bem como a sua prorrogação conforme decidiu o Supremo Tribunal Federal em 30 de novembro do corrente ano pela constitucionalidade do Programa Mais Médicos, Por 6 votos a 2, considerando improcedente ação protocolada pela Associação Médica do Brasil para questionar a validade do programa no que diz respeito a validação dos Diplomas dos Médicos Intercambistas. A corte entendeu que a Medida Provisória 621/2013, depois convertida na Lei 12.871/2013, é constitucional, inclusive nos artigos que permitiram a contratação de médicos estrangeiros sem revalidação do diploma e alterações nos cursos de medicina para enfatizar o atendimento na saúde básica.

Os médicos integrantes do PMMB percebem bolsas nas modalidades: bolsa-formação, bolsa-supervisão e bolsa-tutoria, cujos valores são definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Os médicos participantes recebem ajuda de custo, paga pela União, destinada a compensar as despesas de sua instalação, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de três bolsas-formação. A União também é autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e de seus dependentes legais.

O médico participante é enquadrado como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que *dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências*, excetuados os intercambistas estrangeiros cobertos por outro sistema previdenciário.

Os médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto na Lei e nas normas complementares estarão sujeitos às penas de advertência, suspensão e desligamento das ações de aperfeiçoamento (art. 21).

O art. 22 da Lei determina que todas as outras ações de aperfeiçoamento na área de atenção básica em saúde, em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos, para executar as ações previstas na Lei nº 12.871, de 2013 (art. 23).

É com fundamento nesse artigo que o Ministério da Saúde firmou termo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a contratação de médicos cubanos, conforme se discutirá mais adiante.

Os Ministérios da Saúde e da Educação são autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas criadas no âmbito da Lei nº 12.871, de 2013.

A Lei faculta a concessão de bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médicas ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde (art. 27).

Os valores percebidos a título de bolsa, no âmbito do Programa Mais Médicos, não caracterizam contraprestação de serviços para fins de incidência do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRPF). O mesmo benefício é estendido aos bolsistas da Residência em Área Profissional da Saúde, estabelecida pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que *institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera*

as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos na Lei nº 12.871, de 2013, correm à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no Orçamento Geral da União.

Para os candidatos que participarem, pelo período mínimo de um ano, de ações de aperfeiçoamento na área de atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado e desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação, receberá pontuação adicional de 10% na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos programas de residência médica.

Nas “Disposições Finais”, o texto vigente determina que o quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de dez por cento do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos Conselhos Regionais de Medicina. Hoje, esse limite seria de aproximadamente 40 mil médicos.

O art. 32 da Lei determina que a Advocacia-Geral da União atue, nos termos do art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e tutor acadêmico.

Por fim, a Lei nº 12.871, de 2013, promove o acréscimo dos seguintes parágrafos ao art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que *dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências*:

§ 3º A residência médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas do Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de residência médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 5º As instituições de que trata os parágrafos anteriores deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública.

Os §§ 3º e 4º, são de difícil interpretação. O *caput* do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981, já determina que “a Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço...”.

Após a homologação do resultado da seleção, o médico inscrito no CRM segue diretamente para exercer suas atividades na unidade básica de saúde (UBS) onde foi lotado. Já o médico intercambista passa por um módulo de acolhimento com duração de quatro semanas, executado na modalidade presencial e com carga horária mínima de 160 horas. Segundo o art. 16, § 2º, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, “será aplicada avaliação para certificar que os médicos intercambistas possuam conhecimentos em língua portuguesa em situações cotidianas da prática médica no Brasil durante a execução do Módulo”.

Após a chegada ao município, o médico passa a executar suas atividades na UBS onde estiver lotado. Cabe ressaltar que o exercício das atividades nas unidades de saúde compõe o processo de aperfeiçoamento dos

médicos participantes, que ocorrerá mediante a oferta de curso de especialização com duração de até três anos, prorrogável por igual período (art. 14, *caput* e § 1º, da Lei nº 12.871, de 2013).

São concedidas bolsas nas seguintes modalidades e valores:

- i. bolsa-formação aos médicos participantes no valor mensal de R\$ 11.520,00 (onze mil, quinhentos e vinte reais);
- ii. bolsa-supervisão aos médicos supervisores no valor mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais);
- iii. bolsa-tutoria aos tutores acadêmicos no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

2.3.2 A Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016

Em 24 de agosto de 2016, o Plenário do Senado aprovou o Projeto de Lei de Conversão nº 16, de 2016 – originado da Medida Provisória nº 723, de 2016 –, transformando-o na Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016, que *prorroga o prazo de dispensa de que trata o art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Essa medida prorrogou por mais três anos o prazo de dispensa da obrigação de revalidar o diploma para o exercício da Medicina no âmbito do PMMB nos seguintes termos:

Art. 1º O prazo de dispensa previsto no art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, fica prorrogado por três anos.

Parágrafo único. Para fins do disposto no *caput*, fica prorrogado, por três anos, o prazo do visto temporário de que trata o art. 18 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Como se vê, a partir da decisão STF, a prorrogação da dispensa por mais três anos tornou-se universal.

3 Cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

No cerne do PMM, está a cooperação entre o Estado Brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), para a participação de médicos cubanos no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

3.1 Análise dos requisitos de pactuação de acordos internacionais

Um estudo de especialistas em Relações Internacionais da Consultoria Legislativa do Senado Federal -Nota Informativa n 2871/13 considera que o 80º Termo de Cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS – que dá lastro ao Projeto Mais Médicos no Brasil –, ao prever a atuação direta de profissionais junto à população, exorbita o disposto em tratados internacionais que supostamente lhe proveem sustentação jurídica.¹⁴

Na opinião dos Consultores o Congresso Nacional aprovou, mediante o Decreto Legislativo nº 11, de 1956, o Convênio Básico entre o Governo dos Estados Unidos do Brasil e a OMS, para “Assistência Técnica de Caráter Consultivo”.

¹⁴ CONSULTORIA LEGISLATIVA DO SENADO FEDERAL. Nota Informativa nº 2.878, de 16 de setembro de 2013, de autoria do Consultor Legislativo Márcio Pereira Pinto Garcia. Nota Informativa nº 1.829, de 2016, de autoria dos Consultores Legislativos Heloisa Inês Magalhães, Marcelo Lúcio Ottoni de Castro e Susane Guida de Souza.

Os especialistas em relações internacionais entendem, portanto, que a legalidade da contratação de médicos cubanos via OPAS/OMS não é uma questão pacificada dentro do Programa Mais Médicos, mas que mediante decisão do STF, a matéria examinada e decidida por aquela Corte recola no âmbito da legalidade as relações dessa parceria.

4 Processos no TCU sobre o Programa

Existem no TCU três processos principais com o *status* de processos abertos, isto é, ainda não concluídos, que cuidam de avaliar e fiscalizar o Programa Mais Médicos sob diferentes perspectivas.

Nesses processos, encontram-se informações volumosas, abrangentes e detalhadas sobre o Programa, com ênfase na condução do PMMB, conforme demonstram os subitens que se seguem.

4.1 Auditoria operacional (Processo 005.391/2014-8)

Ainda se encontra aberta no TCU a Auditoria Operacional, realizada na forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), que se originou com o objetivo de avaliar a eficácia do Programa Mais Médicos, sobretudo quanto ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, e teve início em 14 de março de 2014.¹⁵

¹⁵ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. A última ação do Ministro-Relator no processo de auditoria foi proferir decisão sobre os embargos de declaração solicitados pela Advocacia-Geral da União, por meio do Acórdão 445/2017. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/539120148.PROC%2520/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false> Acesso em: 14 nov. 2017.

Por meio do Acórdão nº 331, de 2015, publicado em 4 de março de 2015, foram relatadas, em minúcias, as falhas identificadas pelo TCU no Projeto Mais Médicos para o Brasil, que serão resumidas nos subitens que se seguem.¹⁶

4.1.1 Inadequação da supervisão dos médicos participantes

Conforme disposto no art. 15, I e II, da Lei nº 12.871, de 2013, os médicos participantes do PMMB devem ter supervisão profissional contínua e permanente a ser realizada por um médico supervisor. Nos termos do § 3º desse artigo, a atuação e a responsabilidade dos supervisores são limitadas, exclusivamente, à atividade de supervisão médica.

De acordo com o Ministério da Saúde, foi estabelecido o limite máximo de dez médicos para cada supervisor, que deverá realizar visitas mensais e elaborar relatórios periódicos sobre as atividades. Essa informação consta da *Orientação para os Gestores Municipais*¹⁷, elaborada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde.

O Ministério informa ainda que esse limite máximo pode ser reduzido em situações especiais, como, por exemplo, as verificadas na Amazônia Legal, mas outras regiões do País também podem ter menor relação médico/supervisor.

¹⁶ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/539120148.PROC%2520/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/2/false> Acesso em: 14 nov. 2017.

¹⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Orientação para os Gestores Municipais*. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Documento-orientacao-gestores-informe.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.

Nesse sentido, um edital para seleção de supervisores no âmbito do PMMB, publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG, fixou, em seu item 2.9, o máximo de 6 médicos para cada supervisor. Vê-se que, de fato, a proporção de 10 médicos por supervisor não deve ser ultrapassada.

Com o intuito de ampliar o escopo de informações necessárias, o TCU com base em dados fornecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) identificou listagem de 1.522 supervisores ativos e habilitados. Por meio de cruzamentos de dados referentes ao tópico *Relatório de Supervisão*, constatou-se que havia 9.415 médicos com supervisores designados.

Considerando que a relação de médicos integrantes do projeto, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, informava 13.790 médicos participantes, tem-se que pelo menos 4.375 (31,73%) deles não possuíam supervisores indicados na listagem da UNA-SUS.

Outro problema detectado refere-se ao fato de as avaliações encaminhadas pelos supervisores terem sido consideradas “pobres nos aspectos clínicos e se dedicarem quase que exclusivamente ao controle de absenteísmo, à estrutura das unidades, à composição das equipes, aos serviços de apoio e aos aspectos educacionais”.

Cabe ressaltar que, nas entrevistas, 17,7% dos médicos admitiram que a falta de conhecimento de protocolos clínicos atrapalhou a prestação do atendimento e 50,3% desses profissionais admitiram ter entrado em contato com o supervisor para tirar dúvidas sobre atendimento. Essa questão também foi levantada pelos supervisores, sendo que 34,3% desses

últimos afirmaram que os médicos estrangeiros enfrentam dificuldades para prestar atendimento devido ao desconhecimento de protocolos clínicos.

Ademais, houve relatos de que alguns profissionais enfrentam problemas para definir o nome dos medicamentos e a dosagem correta. Também foi apontada a carência de conhecimento sobre o perfil epidemiológico do município em que os médicos estão desenvolvendo suas atividades, o qual é diferente daquele encontrado nos respectivos países de origem.

De acordo com as regras do Projeto, a indicação de um médico como participante deveria ser acompanhada de uma designação inicial dos tutores e supervisores responsáveis por acompanhá-lo.

Ainda sobre o tema da supervisão, o CFM e os 27 Conselhos Regionais alertaram que os supervisores podem ser corresponsabilizados em casos de:

- i. denúncia ou constatação de dano a paciente por ação ou omissão, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência;
- ii. indicação de procedimento, mesmo com a participação de vários médicos, que resulte em dano;
- iii. não uso em favor do paciente de todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance;

- iv. acobertamento de conduta antiética em desfavor do paciente.

A esse respeito, Despacho da Presidente da República, de 12 de setembro de 2013, aprovou o Parecer LA-05 e adotou para os fins do art. 41 da Lei Complementar nº 73, de 10 de fevereiro de 1993, que *institui a Lei Orgânica da Advocacia-Geral da União e dá outras providências*, o Parecer nº 51/2013/DECOR/AGU/CGU e o Despacho do Consultor-Geral da União nº 916, de 2013.

Esses documentos estabelecem que, por falta de previsão legal expressa, os supervisores não são corresponsáveis civilmente pelos atos praticados no exercício da sua profissão pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

4.1.2 Tutoria

O tutor acadêmico é o docente médico que será responsável pela orientação acadêmica no âmbito do PMMB. Os tutores farão jus a uma bolsa, no valor mensal de R\$ 5.000,00. Em contrapartida, eles executarão as seguintes atividades:

- i. coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS;

- ii. indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- iii. monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;
- iv. integrar as atividades do curso de especialização e de integração ensino-serviço;
- v. relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado a ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição;
- vi. apresentar relatórios periódicos sobre a execução de suas atividades à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e à Coordenação do Projeto.

As responsabilidades dos tutores são limitadas às questões acadêmicas, de acordo com a lei que instituiu o PMMB.

De acordo com relatório da UNA-SUS, o TCU apurou que existiam pelo menos 2.152 médicos com uma tutoria deficiente e seriam necessários mais 22 tutores para atingir a proporção preconizada pelo modelo (um tutor para cada dez supervisores e 100 médicos).

A auditoria identificou que o plano de trabalho sob responsabilidade dos tutores é muito superficial, servindo basicamente para detalhar mensalmente a lista de supervisores e médicos que se encontra sob

a responsabilidade de cada um deles. Cumpre destacar que, entre as atribuições dos tutores descritas no art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, está a de indicar no plano de trabalho as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação.

Verificou-se que o tutor se concentra em coordenar a distribuição de médicos participantes entre os supervisores em uma determinada área geográfica. Adicionalmente, dedica-se a atividades administrativas, servindo de ligação entre os supervisores e a Coordenação do Projeto.

4.1.3 Módulo de acolhimento

A Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21 de janeiro de 2014, que *dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil*, e na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, que *dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil* contém um capítulo específico sobre o módulo de acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas. A norma determina que o módulo seja executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 horas, e contemple conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente no que concerne à atenção básica em saúde e à língua portuguesa.

A Lei nº 12.871, de 2013, estabeleceu que o primeiro módulo do curso de especialização, denominado módulo de acolhimento, teria a duração de 4 (quatro) semanas, sendo executado na modalidade presencial,

com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas. O referido módulo contemplaria um conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

A Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (Sesu/MEC) encaminhou ao TCU as notas dos médicos intercambistas obtidas no módulo de acolhimento nos eixos de língua portuguesa e saúde, com discriminação daqueles que entraram em recuperação, dos que foram aprovados e daqueles reprovados.

No documento, a Sesu/MEC informou ainda que:

Em decorrência da conversão da Medida Provisória nº 621/2013 na Lei nº 12.871/2013, houve mudança na redação do dispositivo que rege a avaliação inicial dos médicos intercambistas, estabelecendo a avaliação no Eixo Saúde, não prevista no texto original da MP.

Desta forma, houve mudanças na metodologia de aplicação das provas, bem como na sistematização das notas dos intercambistas. Considerando o exposto, informamos que as notas sistematizadas disponíveis para o 1º e 2º Módulos estão disponíveis apenas no formato de conceito (resultado) para avaliação do Eixo Língua Portuguesa.

No entanto, a MPV nº 621, de 2013, não tratava do módulo de acolhimento, prevendo apenas a necessidade de o médico intercambista ser dotado de conhecimentos da língua portuguesa.

Por outro lado, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, publicada na mesma data que a MPV, já trazia a primeira regulamentação do módulo de acolhimento, que deveria contemplar

conteúdos relacionados à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da atenção básica em saúde, e língua portuguesa.

Na primeira regulamentação sobre o conteúdo do módulo, ainda não havia, critérios mais específicos acerca da aprovação, recuperação e reprovação dos participantes. Tal detalhamento só veio com o advento da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 2014, que dispôs mais especificamente sobre o módulo de acolhimento, definindo os eixos de Língua Portuguesa e de Competência em Saúde (art. 9º, I e II) e tratando dos conceitos de suficiência (suficiente, insuficiente, parcialmente suficiente) e das situações de aprovação, recuperação e reprovação.

A referida portaria dispõe sobre o módulo de acolhimento e avaliação de médicos intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do PMMB, determinando que a partir das notas das avaliações dos eixos de língua portuguesa e saúde são gerados conceitos que definem a aprovação do médico no módulo de acolhimento e avaliação, devendo ser observados os seguintes critérios:

- i. suficiente: nota maior ou igual a 5,0;
- ii. parcialmente suficiente: nota entre 3,0 e 5,0;
- iii. insuficiente: nota menor ou igual a 3,0.

Essa norma definiu, ainda, que o médico intercambista:

- i. será aprovado se obtiver conceito suficiente nos eixos de língua portuguesa e de saúde;
- ii. deverá realizar recuperação e ser submetido à nova avaliação, se obtiver conceito parcialmente suficiente em

apenas um dos eixos; na avaliação da recuperação, será aprovado se obtiver conceito suficiente;

- iii. será reprovado se obtiver conceito insuficiente em qualquer dos eixos ou parcialmente suficiente em ambos os eixos.

Essa portaria foi publicada em janeiro de 2014. Dessa forma, só foram avaliadas as notas do módulo de acolhimento, que ocorreram após essa publicação. O resultado geral apresentado pelos dados da Sesu/MEC pode ser considerado satisfatório, na medida em que dos 12.517 médicos informados, apenas 401 entraram em recuperação (3,20%) e somente 42 foram reprovados (0,34%). Dos que entraram em recuperação, apenas oito foram reprovados após nova avaliação (2%), sendo que os 34 restantes sofreram reprovação direta, sem passar por recuperação.

O TCU e a equipe de auditoria, no entanto, esmiuçou as notas obtidas em cada eixo pelos aprovados, pelos que entraram em recuperação e pelos reprovados, observando os parâmetros de suficiência e as situações de aprovação, recuperação e reprovação definidas na Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 2014.

A análise revelou que 46 médicos que estão em atividade deveriam ter sido reprovados diretamente, porque obtiveram conceito insuficiente em um dos eixos, ou seja, tiraram notas menores ou iguais a 3,0. Um desses profissionais, de acordo com os técnicos o TCU, obteve nota 3,0 no eixo de língua portuguesa, entrou em recuperação e, na prova respectiva, conseguiu nota 3,75 (conceito parcialmente suficiente). Por essa lógica ele deveria ter sido reprovado na recuperação.

Cabe destacar que 45 desses 46 médicos receberam conceito insuficiente no eixo relativo à saúde, o que demonstra que não apresentaram conhecimento mínimo para exercer a medicina no âmbito desse projeto.

4.1.4 Distribuição dos médicos entre os municípios

A análise do TCU evidenciou falhas na distribuição de médicos de acordo com as diretrizes do PMMB, caracterizadas pelo não atendimento de municípios carentes e por dificuldades para reter médicos integrantes das equipes de Saúde da Família (ESF). Conforme disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, o Projeto tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS.

Vale destacar que tais áreas são definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 2011, e devem se enquadrar em, pelo menos, uma das seguintes condições:

- i. ter o município 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);
- ii. estar entre os cem municípios com mais de 80.000 habitantes com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

- iii. estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde;
- iv. estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios.

Além disso, o art. 2º da Portaria estabelece que as regiões com carência e dificuldade de retenção de médicos integrantes de equipes de Saúde da Família oficialmente cadastradas serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta determinados indicadores, bem como que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) publicar a relação dessas áreas e regiões.

Essa relação foi publicada no Anexo I da Portaria Conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da SAS nº 3, de 2013, ambas integrantes do Ministério da Saúde.

Após comparar a relação dos municípios que receberam médicos do projeto até 12/05/2014 com aqueles relacionados pela Portaria SGTES/SAS nº 3, de 2013, a equipe do TCU constatou que 1.690 municípios da lista foram atendidos pelo projeto e receberam 4.524 médicos (até 12/05/2014), o que representava 33% de todos os médicos do projeto. 592 municípios listados nessa portaria não receberam nenhum médico do projeto. Destarte, verificou-se que 26% dos municípios dessa relação não foram atendidos.

4.1.5 Ações de avaliação e monitoramento do Projeto

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, determina que compete à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil monitorar e avaliar as ações relacionadas a esse projeto.

Deve ser avaliado o cumprimento do disposto no art. 11 da norma, em especial os seguintes pontos:

- i. obrigatoriedade de os municípios não substituírem os médicos que já integram equipes de atenção básica pelos participantes do projeto;
- ii. dever de manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do projeto;
- iii. compromisso de adesão ao Requalifica UBS em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto.

Considerando que o PMMB foi instituído para fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde em decorrência do quadro de extrema gravidade em que alguns municípios se encontram, quadro esse caracterizado por uma acentuada falta de médicos, é imprescindível avaliar e monitorar se a implementação do programa alterou essa realidade.

Cumprido salientar que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, definida pela Portaria nº 221, de 2008, é a referência para avaliar o desempenho do sistema de saúde na Atenção Básica.

Dessa forma, o TCU solicitou ao Ministério da Saúde os relatórios das atividades de coordenação, monitoramento e avaliação, bem como os indicadores utilizados, de modo a verificar a eficácia das ações de avaliação do PMMB. O Ministério encaminhou um documento que apresenta uma visão geral do objeto e dos resultados esperados.

Dos quinze indicadores apresentados, apenas três foram aferidos (municípios atendidos, razão entre municípios atendidos e municípios inscritos e razão entre vagas atendidas e vagas solicitadas).

Dos 2.143 municípios que receberam profissionais do PMMB no ano de 2013, pelo menos 127 deles possuíam, em abril de 2014, menos equipes de atenção básica. Em determinados casos, a redução na quantidade de equipes pode ser justificada por contingências diversas, mas é imprescindível que o Ministério da Saúde monitore essa questão.

O Conselho Federal de Medicina apontou em denúncias que pelo menos oito médicos foram substituídos por profissionais do PMMB, nos Estados do Maranhão, de Tocantins, da Bahia, de Minas Gerais, de Mato Grosso, do Acre e de Sergipe. Por conta própria o TCU identificou outros cinco casos de substituição indevida de médicos, que teriam ocorrido em Minas Gerais, no Rio Grande do Norte e em São Paulo. Diante desse cenário nos parece impossível dimensionar a extensão do problema até o presente momento.

A equipe do TCU comparou dados, fornecidos pelo Ministério da Saúde, relativos aos 1.174 municípios que receberam profissionais do PMMB com a variação do quantitativo de médicos verificada entre agosto de 2013 e abril de 2014. O Tribunal constatou que:

- i. em 70 municípios (6% da amostra), foi impossível fazer essa análise pois as bases de dados encontravam-se incompletas;
- ii. em 239 municípios (20% da amostra), não houve nem aumento nem redução da quantidade de médicos;
- iii. em 168 municípios (14% da amostra), houve aumento na quantidade de médicos, mas esse incremento foi inferior ao número de profissionais recebidos por meio do PMMB;
- iv. em 268 municípios (23% da amostra), o incremento de médicos foi exatamente igual à quantidade desses profissionais recebidos do Projeto;
- v. em 268 municípios (23% da amostra), houve um aumento do número de médicos superior à quantidade desses profissionais recebidos do Projeto;
- vi. em 161 desses municípios (14% da amostra), houve redução do número de médicos.

Os indicadores de resultado definidos pelo Ministério da Saúde referem-se à evolução das consultas de puericultura, hipertensão, pré-natal e diabetes.

O Tribunal de Contas concluiu pela incapacidade de fornecer uma avaliação definitiva sobre esse tema. Não obstante a isso, pode constatar que as medidas implementadas no âmbito do programa tendem a apresentar

efeitos positivos no médio e no longo prazos, considerando o tipo de atendimento oferecido, que inclui, além da abordagem curativa, a prevenção e a promoção da saúde.

Já o estudo coordenado por Pinto H A et all (2017 op cit)¹⁸ afirma que

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa, tais como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e, nos anos posteriores, a demanda dos gestores municipais para expandir eSF e completar as existentes; alocar médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição; ampliar a cobertura da AB e da ESF num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores; ampliar o acesso da população às ações de AB; elevar o número de consultas e diversificar o escopo de procedimentos de AB; aumentar o ritmo de redução das internações sensíveis à AB; ser bem avaliado por usuários, médicos e gestores; e se constituir como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros.

4.1.6 Fornecimento, alimentação e moradia aos médicos participantes

O art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, estabelece que a participação dos municípios e do Distrito Federal na

¹⁸ Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface (Botucatu).

execução do projeto será formalizada por intermédio da celebração de termo de adesão e compromisso. Ademais, o referido termo deverá conter, entre outras cláusulas, a obrigação de esses entes federados oferecerem moradia para o médico participante do projeto e garantirem alimentação adequada e água potável.

A auditoria realizada pelo TCU constatou, a partir de documentos fornecidos pelas secretarias municipais de saúde, de dados colhidos em entrevistas e por meio de observação direta, que muitos dos municípios visitados não estavam cumprindo adequadamente suas obrigações em relação ao fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes do PMMB.

A Portaria SGTES/MS nº 30, de 2014, por sua vez, regulamenta o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e pelos municípios aos médicos participantes. O art. 9º dessa norma dispõe que cabe ao ente federado deverá assegurar o fornecimento de alimentação ao médico participante, mediante a entrega de recursos pecuniários ou de alimentos *in natura*.

Se houver o repasse de dinheiro, o ente federativo deverá adotar como parâmetros mínimo e máximo os valores de R\$ 500,00 e R\$ 700,00, conforme disposto no art. 10 dessa norma.

O Distrito Federal e os municípios devem adotar algumas das seguintes modalidades de fornecimento de moradia: cessão de imóvel, entrega de numerário ou acomodação em hotel ou pousada. Ainda segundo consta dessa norma, o ente federado pode adotar como referência para o

pagamento de aluguel de imóvel os valores mínimo e máximo de R\$ 500,00 e R\$ 2.500,00.

Com efeito, o gestor distrital ou municipal pode adotar valores superiores a esse limite, que sejam adequados à realidade do mercado imobiliário local. Nessa hipótese, deverá haver a comprovação do custo da locação por meio de três cotações de custo no mercado imobiliário do município ou do Distrito Federal.

A Portaria SGTES/MS nº 30, de 2014, estabelece também que a oferta de moradia aos médicos participantes deverá atender a condições mínimas de habitabilidade e segurança, sendo critérios para aferição de condições mínimas de habitabilidade: infraestrutura física e sanitária do imóvel em boas condições, disponibilidade de energia elétrica e abastecimento de água.

A auditoria do TCU identificou que o fornecimento de alimentação aos médicos do projeto do total de quarenta e um (41) dos municípios visitantes somente cinco (5) deles estavam em desacordo com as normativas sendo eles: Caucaia – CE, Goiana – PE, Extremoz – RN, Breves – PA e Viçosa do Ceará – CE. Conforme informações apresentadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, em três municípios visitados (Caucaia – CE, Goiana – PE e Extremoz – RN), o valor pago aos médicos para assegurar a alimentação é menor que o parâmetro mínimo da norma. No entanto não explica quais as razões apresentadas pelos municípios.

Em quatro dos quarenta e um municípios visitados pela equipe de auditoria (Currais Novos – RN, Capitão Poço – PA, Breves – PA e Apodi – RN), a oferta de moradia aos médicos participantes estava em desacordo com o disposto na Portaria. A equipe de auditoria, por meio de observação

direta, constatou, nos municípios de Capitão Poço – PA, Breves – PA e Apodi – RN, que moradias fornecidas pelos municípios não apresentavam boas condições de infraestrutura física e sanitária.

4.1.7 Gasto de recursos para capacitar profissionais.

Formalmente esses recursos dizem respeito a um curso de especialização sendo custeado pelo governo brasileiro. Verificou-se que esse elevado montante de recursos foi destinado majoritariamente à especialização de estrangeiros no âmbito do PMMB.

Em 12 de maio de 2014, 11.814 médicos intercambistas individuais estrangeiros ou cooperados estavam em atividade. Considerando os gastos com tutores e supervisores e os custos do curso à distância o dispêndio total com a especialização somente para os médicos estrangeiros ficará em R\$ 242.782.748,72. Cabe destacar que não foram levados em consideração pelo TCU os valores relativos às bolsas-formação nem os gastos com ajuda de custo e deslocamento dos médicos.

4.2 Acompanhamento (Processo 027.492/2013-3)¹⁹

Esse acompanhamento – que vem sendo realizado desde 27 de setembro de 2013 – tem o objetivo de avaliar a legalidade e a legitimidade da criação e implementação do Programa Mais Médicos. O Acompanhamento originou o Acórdão nº 360, de 2017, que faz determinações ao MS e ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para obrigar

¹⁹ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/etcu/AcompanharProcesso?p1=27492&p2=2013&p3=3> Acesso em: 14 nov. 2017.

esses órgãos a sanar diversas pendências ou incorreções detectadas no Acordo de Cooperação com a OPAS.

4.2.1 Acórdão nº 360/2017²⁰

Aprovado pelo Plenário do TCU, em 8 de março de 2017, a decisão determina ao Ministro da Saúde que, no prazo de 90 (noventa) dias, adote, no âmbito do 80º Termo de Cooperação Técnica (80º TC) firmado com a OPAS/OMS e dos respectivos Termos de Ajuste – com a devida cooperação do Ministério das Relações Exteriores –, providências no intuito de:

- i. ajustar com a OPAS a apresentação de relatório analítico das despesas efetuadas;
- ii. aprimorar o seu sistema de controle interno referente ao 80º TC, de forma a obter as informações necessárias sobre o andamento das ações executórias a cargo da OPAS que possibilitem avaliar a eficácia, eficiência e economicidade da administração e a aplicação dos recursos públicos destinados ao programa;
- iii. estipular a previsão expressa de que a auditoria independente de que trata o Artigo VIII do Ajuste Complementar promulgado pelo Decreto nº 3.594/2000 investigue e avalie a regularidade dos repasses efetuados pela OPAS para o Governo Cubano, em especial no que concerne aos recursos transferidos a título de pagamento das bolsas para os médicos cubanos;

²⁰ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/2749220133.PROC%2520/%2520/DRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>
Acesso em: 14 nov. 2017.

- iv. demandar da OPAS os relatórios das auditorias porventura já realizadas, tendo em vista o compromisso assumido pela Organização no Artigo VIII do Ajuste Complementar Anexo ao Decreto nº 3.594/2000;
- v. exigir da OPAS a apresentação das Prestações de Contas Parciais referentes aos sucessivos Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica, bem como os informes financeiros oficiais a que aquele organismo internacional está comprometido;
- vi. exigir da OPAS o detalhamento das despesas a cujo pagamento se destina o valor transferido a título de taxa de administração;
- vii. promover os devidos ajustes nos termos firmados com a OPAS, no intuito de que as despesas com consultores e assessores internacionais sejam consideradas como integrantes da taxa de administração, não devendo ser contabilizadas como custos diretos, tendo em vista que a natureza das atividades executadas por esses profissionais não se enquadra como finalística no âmbito da "ampliação à atenção básica em saúde";
- viii. findo o prazo fixado, dar ciência ao TCU das ações implementadas e dos resultados obtidos no sentido de dar cumprimento às determinações acima, encaminhando à Corte de Contas toda a documentação pertinente;

Além disso, o Acórdão determina ao FNS que:

- i. avalie, tão logo sejam disponibilizadas ao Ministério da Saúde, as prestações de contas parciais dos 3º, 4º e 5º

Termos de Ajustes ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmados pela OPAS;

- ii. avalie os informes financeiros oficiais que a OPAS se comprometeu a emitir;
- iii. caso haja saldos remanescentes desses Termos, promova os respectivos remanejamentos, deduzindo esses valores dos futuros Termos de Ajuste;
- iv. encaminhe ao TCU cópia dos documentos relacionados às determinações constantes dos subitens i a iii acima;
- v. tão logo sejam promovidos os devidos ajustes entre o Ministério da Saúde e a OPAS relativamente à forma de contabilizar os custos com assessores e consultores internacionais, deduza os valores pagos a título de salários desses profissionais dos futuros pagamentos referentes ao 80º Termo de Cooperação Técnica, adotando o critério de custo indireto para essas despesas, de modo a incluí-las na taxa de administração;

O acórdão recomenda ao MS que, no uso de suas competências discricionárias, avalie:

- i. a conveniência e a oportunidade de reduzir de forma mais rápida e significativa a quantidade de médicos cubanos que prestam serviços ao Brasil;
- ii. a eficácia e a economicidade da manutenção do atual modelo misto de ensino e trabalho, tendo em vista que os médicos cubanos participam de um curso de especialização e, ao final de três anos de permanência no Brasil, estão retornando ao seu país de origem.

Adicionalmente, o relatório alerta o MS sobre as seguintes obrigações:

- i. a previsão de a OPAS devolver os saldos não utilizados não exime esse Ministério de realizar programação orçamentária financeira adequada dos valores pagos antecipadamente, inclusive quanto às taxas de administração, que devem ter seus montantes embasados em memórias de cálculo e ser coerentes com as atividades que se esperam do organismo cooperante;
- ii. o agente que autorizar a incorporação de custos diretos em projeto de cooperação técnica para a contratação de consultores e assessores, sem expressamente demonstrar que as atividades executadas por eles se enquadram como finalísticas e que não existe conflito com as atribuições dos organismos cooperante ou de outros profissionais com atribuições regulamentadas, pode vir a ser responsabilizado pela prática de ato antieconômico, nos termos da legislação.

Por fim, o acórdão do TCU determina ao seu próprio órgão técnico encarregado do acompanhamento que, em suas fases subsequentes, verifique quais foram os resultados concretos da auditoria independente mencionada no documento.

4.3 Representação (Processo 003.771/2014-8)²¹

²¹ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/etcu/AcompanharProcesso?p1=3771&p2=2014&p3=8> Acesso em: 14 nov. 2017.

Também se encontra *aberto no TCU*, desde 19 de fevereiro de 2014, o processo de representação, acima identificado, de iniciativa de Deputados Federais, de acesso Restrito conforme se pode conferir no endereço eletrônico abaixo, com solicitação de medida cautelar e de avaliação do Tribunal sobre possíveis irregularidades na execução do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmado entre o Governo Brasileiro e a OPAS/OMS. Devemos nos mater atentos para a conclusão do mesmo.

No âmbito deste processo, ainda não houve acórdão exarado. No entanto, há um outro processo, já encerrado – Processo 005.762/2015-4, de Solicitação do Congresso Nacional (SCN) –, no qual se encontram informações sobre a representação.

Acerca da SCN, foi publicado o Acórdão nº 1605/2015, no qual se lê o seguinte trecho:

VI - Representação acerca de possíveis irregularidades no 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) (TC nº 003.771/2014-8):

31. Outro processo aberto nesta Corte de Contas envolvendo o Programa Mais Médicos trata da representação subscrita por deputados federais, com pedido de medida cautelar, para que o Governo Brasileiro se abstenha de realizar novos desembolsos à Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) por intermédio do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação, com vistas a evitar prejuízos ainda mais danosos, e para que, no mérito, considere irregular a execução do referido 3º Termo de Ajuste, com a consequente identificação dos responsáveis por eventuais irregularidades, bem como aplicação das devidas sanções legais (TC nº 003.771/2014-8, peça 1, p. 10).

32. Os representantes alegaram a existência das seguintes supostas irregularidades (TC nº 003.771/2014-8, peça 8, p. 1):

- não caracterização de ensino-pesquisa-extensão do programa sob comento;

- desigualdade indevida de tratamento entre os profissionais cubanos e os naturais de outros países;
- discrepância entre os dispêndios do governo brasileiro e a remuneração paga a título de bolsa para o profissional de origem cubana;
- existência de restrição às liberdades individuais dos profissionais cubanos integrantes do programa em foco;
- participação de empresa cubana na intermediação da contratação dos profissionais cubanos, desvirtuando os objetivos que fundamentam os projetos de cooperação técnica internacional.

33. Sobre esse processo, a unidade técnica destacou que:

a) por meio de despacho, o Relator deste processo conheceu a representação, por preencher os requisitos legais, negou a concessão da medida cautelar, uma vez que não restaram caracterizados todos os requisitos para sua concessão, e determinou a realização das oitivas do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde (TC nº 003.771/2014-8, peça 8, p. 2);

b) a análise das oitivas está sendo realizada pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) para posterior encaminhamento dos autos ao Gabinete do Ministro Relator.

Do trecho reproduzido depreende-se que terão enorme relevância a conclusão das oitivas que vêm sendo realizadas pela SecexSaúde do TCU e as etapas posteriores de elaboração de relatório e deliberação dos Ministros do Tribunal sobre essa representação iniciada por Deputados Federais.

5 Distribuição dos médicos no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil

No Brasil, conforme já mencionado anteriormente, diversas experiências foram tentadas no sentido de resolver o problema do déficit e da má distribuição de médicos no território nacional, mas nenhuma delas, no entanto, conseguiu a magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios.

Diante das evidências que apontavam para a manutenção de um cenário caracterizado por profunda escassez de médicos no País, foi implantado o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à Atenção Primária em Saúde (APS).

Um dos seus eixos de ação do Programa foi, justamente, a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis e desassistidas, denominado de **Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)**, primeira estratégia de grande magnitude com esse objetivo.

5.1 Critérios para a distribuição dos médicos do Projeto

O provimento emergencial foi viabilizado, dentro do PMMB, por meio de editais de chamamento nacional e internacional e por meio de cooperação internacional, após serem selecionados os municípios considerados prioritários.

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, define quais são as regiões prioritárias para o SUS e direciona a seleção dos municípios participantes e a alocação dos médicos no projeto.

Consoante disposto no art. 4º, III, do referido normativo, tais regiões correspondem às áreas de difícil acesso ou provimento de médicos e àquelas que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

- i. 20% (vinte por cento) ou mais da população municipal estar vivendo em extrema pobreza, com base nos dados

do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);

- ii. o município estar entre os 100 (cem) que possuem mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes e apresentam os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social;
- iii. o município estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura do Ministério da Saúde;
- iv. o município estar em área referente aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza.

O Quadro 1 resume os critérios adotados para a seleção dos municípios prioritários, de acordo com os atos normativos que tratam desse tema – portarias e editais de seleção.

Pode-se notar que editais de seleção inovaram, ao incluir critérios que não estavam previstos nas portarias que os estabeleceram, para fins de determinação dos municípios prioritários a ser contemplados pelo PMMB.

De acordo com o Ministério da Saúde, todos os municípios puderam se inscrever no projeto, indicando a quantidade de vagas existentes de médicos. Foi conferida prioridade aos municípios que se enquadravam nos critérios acima citados.

A seleção dos médicos participantes foi realizada por meio de chamamento público (editais publicados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES do Ministério da Saúde) ou da celebração de instrumentos de cooperação com a OPAS.

Quadro 1. Municípios elegíveis ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), segundo critérios de prioridade previstos nos atos normativos. Brasil, 2013-2014.

Perfil do Município	Descrição	Normativa
Capitais (Perfil 1)	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
Região Metropolitana (Perfil 2)	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
G-100 (Perfil 3)	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios que estão entre os 100 (cem) com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública <i>per capita</i> e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G-100).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
20% de pobreza (Perfil 4)	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi .	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
DSEI (Perfil 5)	Município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40/2013/ SGTES/MS
Demais Municípios (Perfil 6)	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Introduzido pelo Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
Situações de Vulnerabilidade	Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM baixo/muito baixo; das regiões dos Vales do Jequitinhonha - MG, Mucuri - SP	Introduzido pelo Edital nº 22 de 2014 da SGTES/MS, Item 2.2.3

	e Ribeira – SP e PR; do Semiárido da Região Nordeste; com residentes em comunidades remanescentes de quilombos; demais municípios localizados nas Regiões Norte e Nordeste.	
--	---	--

Adaptado de Oliveira *et al.*, 2016.

De acordo com a Nota Técnica 23/2013, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Ministério da Saúde informou em sua página oficial que “todos os municípios poderão se inscrever e aqueles que possuam áreas em uma das situações elencadas acima, poderão participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso. Além disso, os Municípios classificados dentre os Perfis "1" a "5" serão considerados prioritários para fins de indicação e seleção dos médicos participantes do Projeto.

Assim, os municípios elegíveis não se restringiram aos considerados prioritários, o que ensejou a ampliação do rol de municípios participantes do PMMB, com a inclusão de municípios não prioritários.

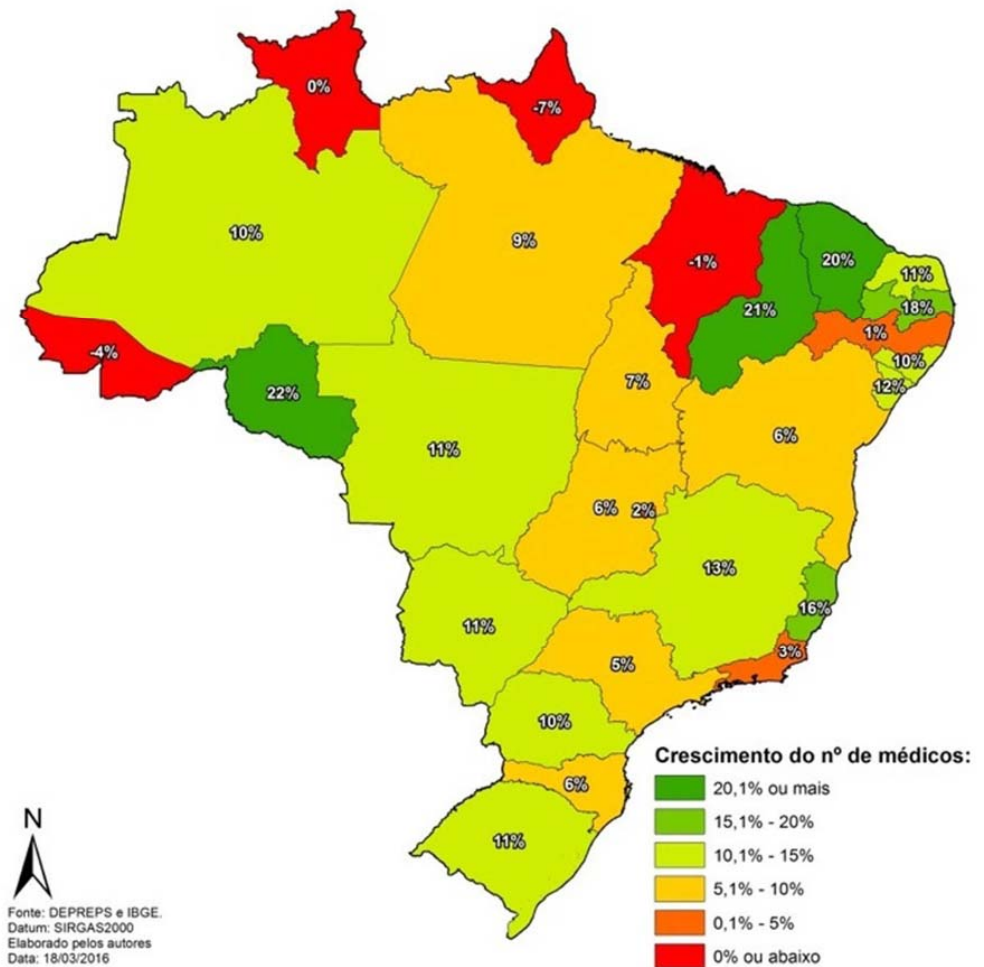
5.2 Alocação dos médicos do PMMB

A análise sobre a alocação de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil se concentra no período que compreende os anos de 2013 a 2015 com base em estudos analíticos que foram apresentados em A.P nessa comissão e em pesquisas feitas por nossas assessorias. Destacamos ainda tivemos acesso a dados outros por meio de solicitação direta à SGTES, a alguns dados atuais do Ministério da Saúde, os quais.

Dados apresentados pelo Ministério da Saúde ao TCU relativos aos médicos que estavam em atividade em 12 de maio de 2014 mostram que São Paulo foi o estado que mais recebeu médicos do projeto (2.059 médicos,

que representam 14,9% do total desses profissionais). Em seguida, vieram os estados da Bahia (1.276 médicos, 9,3% do total), de Minas Gerais (1.156, 8,4% do total) e do Rio Grande do Sul (1.062, 7,7% do total), na lista dos que foram mais contemplados.

O crescimento do número absoluto e proporcional de médicos no Brasil e em cada unidade da federação em 2012 segundo mapa abaixo aponta que o Brasil tinha 388.015 médicos e, no fim de 2015, esse número chegou a 429.559, um crescimento de 10,7%. Mas, o mais importante é que, sem o PMM, 12 estados teriam apresentado crescimento menor que 10%, sendo que em 4 deles, ou não teria havido crescimento, ou teria havido redução do número de médicos. Segundo o TCU, no período auditado – de 2013 a 2014 – foram alocados 13.790 médicos participantes em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados nas 27 unidades federadas.



Mapa: Porcentagem do aumento do número de médicos por UF, - FONTE Pinto El all

Em relação à distribuição dos médicos participantes por municípios, constata-se que São Paulo-SP recebeu a maior quantidade (250 médicos, o que representa 1,81% do total). Em seguida, vieram os municípios do Rio de Janeiro- RJ (141 médicos), Fortaleza-CE (124), Porto Alegre- RS (121) e Manaus-AM (99). Ou seja, os médicos do projeto estavam segundo os dados, concentrados nas grandes regiões metropolitanas.

Com o PMM todos apresentaram crescimento, e somente em 5 estados esse crescimento foi menor que 10%. Além disso, todos os estados do Norte e do Nordeste, com exceção de Pernambuco, tiveram crescimento maior que 10%.

Segundo o disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, o Projeto tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS. Tais áreas, conforme anteriormente mencionado neste relatório, deveriam ser definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 2011 (Quadro 1).

Além de fixar os critérios de seleção, a Portaria estabelece que as regiões com carência e dificuldade de retenção de médicos integrantes de equipes de saúde da família oficialmente cadastradas serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta determinados indicadores, e que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) publicar a relação dessas áreas e regiões.

Essa relação foi publicada no Anexo I da Portaria Conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da SAS nº 3, de 2013, ambas integrantes do Ministério da Saúde.

De acordo com Pinto et al, “no fim de 2015, 73% dos municípios do Brasil, em todos os estados, assim como o Distrito Federal, participavam do PMM. O programa estava em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do país, fazendo com que, pela primeira vez, todos contassem com médicos para atender sua população. A adesão ao programa é voluntária e a solicitação de médicos feita pelos municípios é

analisada segundo uma combinação de critérios: necessidade, oferta já disponível e infraestrutura.

A necessidade, no período de 2013 a 2015, foi calculada em função da quantidade de eSF sem médicos somadas àquelas necessárias para cobrir toda a sua população, dando prioridade maior à cobertura da população exclusivamente SUS, isto é, não coberta pela saúde suplementar. Para esse cálculo, estima-se a cobertura populacional que o município já possui por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e subtrai-se esse quantitativo da população total do município. Desta forma, obtém-se a quantidade de eSF ainda necessária para a população não coberta. Por fim, avalia-se se a estrutura das UBS existentes no município é suficiente para alocação desses profissionais¹⁷.

A prioridade para a locação deu-se em função de critérios que levam em conta tanto a vulnerabilidade da população e de grupos populacionais específicos, quanto a dos próprios municípios¹⁷⁻¹⁹. Desse modo, os municípios foram priorizados segundo seus percentuais de população em condição de extrema pobreza; do baixo índice de desenvolvimento humano (IDH); da localização em regiões pobres, como os Vales do Ribeira e do Jequitinhonha, o Semiárido; além dos critérios utilizados pelo DAB para o repasse do Piso de Atenção Básica Fixo. Somado a esses critérios, priorizaram-se, dentro dos municípios, as periferias de grandes cidades e os grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas.

Assim, até o fim de 2015, o PMM havia atendido 100% da demanda realizada pelos gestores municipais, reconhecida pelo programa conforme os parâmetros destacados anteriormente.

Observamos que os critérios adotados imprimiram forte componente de equidade na distribuição dos médicos, considerando os grupos de municípios com os quais o programa trabalha, de modo que a proporção de médicos do PMM nos municípios de extrema pobreza era quase três vezes maior que nas capitais e municípios mais ricos.

O estudo de Oliveira e colaboradores²² (2016), que analisou o provimento de médicos pelo PMMB, no período entre 2013 e 2014, a partir do banco de dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde verificou que a distribuição regional dos municípios participantes e foi realizada com base nos critérios de prioridade e vulnerabilidade definidos nos atos normativos que regulamentaram a implantação do programa, vigentes no período de estudo.

É preciso ser destacado que o estudo acima não considerou os 294 médicos alocados nos 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEI). Segundo o estudo, no período considerado, houve o provimento de 14.168 médicos em 3.785 municípios que aderiram ao Projeto. Desses, 2.377 municípios atendiam aos critérios de prioridade ou vulnerabilidade definidos pelo Ministério da Saúde, o que corresponde a 62,8% do total de municípios participantes, e eles receberam 77,7% dos médicos. No entanto, 1.408 municípios participantes do PMMB (37,2%), que receberam 22,3% dos médicos, não correspondiam às prioridades estabelecidas.

Apesar das distorções identificadas na alocação dos médicos do PMMB, os autores observam que os dados evidenciaram também a redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Nessas áreas, onde residem cerca de 36% da população brasileira, houve a alocação

²² Oliveira JPA, Sanchez MN & Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2719-2727, 2016.

de 6.565 médicos, o que corresponde a 46,3% dos médicos do Projeto, indicando ter havido discriminação positiva.

5.2.1 Perfil dos municípios adeptos do PMMB

Segundo Oliveira *et al.*, no período de 2013 a 2014, 68% dos municípios brasileiros aderiram ao PMMB (3.785 municípios); outros 44 municípios tiveram sua adesão cancelada, 376 desistiram e 1.365 não se inscreveram. É possível observar que, entre os municípios que aderiram ao PMMB, 2.377 (62,8%) atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade e 1.408 (37,2%) não atendiam a nenhum critério, por isso foram considerados como “demais municípios”.

Mesmo com a alta taxa de adesão ao programa, verificou-se que 699 municípios, ou seja, 22,7% dos municípios considerados prioritários segundo os critérios do Ministério da Saúde, não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição no PMMB, distribuídos da seguinte forma: 450 da Região Nordeste; 52 da Norte; 101 da Sudeste; 75 da Sul; e 21 da Centro-Oeste. Vale ressaltar que o estudo não aponta os reais motivos para a não inscrição ou cancelamento da mesma.

Quanto ao perfil de prioridade ou vulnerabilidade, esses municípios foram classificados da seguinte forma: 374 eram municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza; um era capital (Cuiabá); cinco municípios do G-100; 133 municípios de regiões metropolitanas; e 186 municípios com alguma das situações de vulnerabilidade.

A Região Nordeste foi a que apresentou o maior número de municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza que aderiram ao PMMB. Foi também a região com o maior número de municípios inscritos no PMMB, 1.318 (34,8%).

5.2.2 Perfil dos médicos do PMMB

Entre 2013 e 2014, segundo Oliveira *et al.*, o PMMB viabilizou o provimento de 14.168 médicos entre os municípios que aderiram ao programa.

A partir dos editais de chamamento para seleção dos médicos, foi estabelecida uma ordem de prioridade para a contratação e ocupação das vagas ofertadas: em primeiro lugar, o médico com registro no CRM; em seguida, o médico intercambista individual; e, por último, o intercambista cooperante. Observe-se que os cooperantes não puderam escolher o município de atuação, o próprio Ministério da Saúde definiu a alocação dos médicos provenientes do acordo com OPAS.

Do total de médicos contratados pelo PMMB, 11.150 foram cooperantes – oriundos do acordo firmado entre o Governo brasileiro e OPAS –, representando cerca de 80% do total. Quase 13% foram médicos com registro no CRM (1.834) e menos de 10%, intercambistas individuais (1.184), que abrangem médicos de 47 diferentes nacionalidades.

A Região Nordeste foi a que mais recebeu médicos cooperantes, seguida pela Sudeste e Sul. Em todas as regiões do País, os médicos intercambistas cooperantes representaram o maior número de médicos alocados pelo PMMB. Também o Nordeste foi a região que recebeu a maior quantidade de médicos com registro no CRM (965). Quanto ao intercambista

individual, as regiões Sul e Sudeste foram as que receberam o maior número desses médicos, 418 e 346, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos médicos participantes do Programa Mais Médicos, por região geográfica do Brasil, 2013 -2014.

Perfil dos médicos	Regiões do Brasil											
	Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
Médicos com registro no CRM	134	15,1%	965	20,0%	194	11,3%	395	9,1%	146	6,1%	1.834	12,9%
Intercambista individual	96	10,8%	194	4,0%	130	7,6%	346	8,0%	418	17,6%	1.184	8,4%
Intercambista cooperante	660	74,2%	3.694	76,1%	1.388	81,1%	3.595	82,9%	1.813	76,3%	11.150	78,7%
Total	890	100%	4.853	100%	1.712	100%	4.336	100%	2.377	100%	14.168	100%

Fonte: Oliveira *et al.*, 2016.

A distribuição de médicos segundo o perfil do município onde foram alocados mostra que 85,5% dos médicos com CRM e dos intercambistas individuais foram alocados em municípios que atendiam aos critérios de vulnerabilidade, enquanto quase 75% dos médicos cooperados foram providos nesses municípios. De outro lado, pouco mais de 25% dos cooperantes foram situados nos municípios que não atendiam aos critérios de prioridade, denominados de “demais municípios”, enquanto 9,2% dos médicos com CRM e 14,5% dos intercambistas individuais foram alocados nesses municípios.

Chama a atenção que os médicos cooperantes sejam a categoria que mais ocupou vagas em municípios não considerados prioritários, especialmente quando se sabe que cabia ao Ministério da Saúde definir a alocação desses profissionais, que, ao contrário dos demais participantes do PMMB, não tinham o direito de escolher o município onde iriam atuar.

Tabela 3 – Médicos participantes do Programa Mais Médicos por perfil de prioridade/vulnerabilidade dos municípios. Brasil, 2013-2014.

Perfil do município	Categoria do médico participante						Total	
	Médicos c/ registro CRM		Intercambista individual		Intercambista cooperante			
20% de pobreza	574	31,3%	149	12,6%	3.538	31,7%	4.261	30,1%
G-100	264	14,4%	149	12,6%	780	7,0%	1.193	8,4%
Capital	324	17,7%	301	25,4%	858	7,7%	1.483	10,5%
Região Metropolitana	351	19,1%	326	27,5%	1.603	14,4%	2.280	16,1%
Vulnerabilidade	152	8,3%	87	7,3%	1.546	13,9%	1.785	12,6%
Total municípios prioritários	1.665	85,5%	1.012	85,5%	8.325	74,7%	11.002	77,7%
Demais municípios	169	9,2%	172	14,5%	2.825	25,3%	3.166	22,3%
Total geral de municípios	1.834	100%	1.184	100%	11.150	100%	14.168	100%

Fonte: Oliveira *et al.*, 2016.

5.2.3 Dados atuais

Segundo dados fornecidos pela SGTES (planilha em anexo), atualmente, 1.920 municípios prioritários participando do PMMB, incluindo as áreas indígenas (34 DSEI). De acordo com os dados recebidos há um total de 17.898 vagas para médicos dentro do PMMB, que estão ocupadas da seguinte forma:

- 8.247 médicos intercambistas cooperantes;
- 5.322 médicos com CRM Brasil;
- 10 médicos com CRM Provac;
- 3.257 médicos intercambistas individuais;
- 1.062 postos desocupados.

Estão alocados nos em 34 distritos sanitários indígenas 342 médicos participantes do PMMB, distribuídos da seguinte forma: 298 são médicos cooperantes; 28 intercambistas individuais e 14 com CRM.

Há que observar a existência de diferença entre os dados obtidos diretamente da SGTES e os apresentados na audiência pública da CAS, em outubro de 2017, pelo Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento, do Ministério da Saúde, o Senhor Antônio Ferreira Lima Filho, a respeito do quantitativo de médicos participantes do PMMB. Os dados do PMMB de 2017 apresentados na audiência da CAS são mostrados na Tabela 4.

Tabela 4 – Número e percentual de médicos participantes do PMMB, segundo o perfil do médico. Brasil, 2017.

PERFIL PROFISSIONAL	DESLIGADOS		ATIVOS	
	Nº	%	Nº	%
Provab Médicos	2.138	12,4	52	0,3
Cooperados	9.605	55,6	9.213	50,8
CRM Brasil	4.917	28,5	5.483	30,2
Intercambistas Brasil	360	2,1	2.872	15,8
Intercambistas Outros	246	1,4	516	2,9
Total	17.266	100,0	18.136	100,0

Fonte: audiência pública da CAS, SGTES/MS.

Comparando-se os números atuais, apresentados na audiência da pública da CAS, com os dados de 2013-2014, observa-se alteração no perfil dos médicos participantes, com o aumento da participação de médicos com CRM, que passaram de 13% para quase 32% do total, ou seja, quase triplicou a participação de médicos com registro no CRM (Tabela 5).

Também, a participação atual dos intercambistas individuais é mais que o dobro da observada nos primeiros dois anos do PMMB, passando de 8,4% para 18,7%.

Por outro lado, os médicos intercambistas cooperantes, que em 2013-2014 representavam quase 80% dos participantes do PMMB, sofreram redução expressiva dentro do Programa, tanto em termos absolutos quanto relativos, passando a representar 50,8% deles.

No entanto, nas áreas indígenas, conforme os dados obtidos diretamente da SGTES, a participação de médicos intercambistas cooperantes é muito expressiva, 87%, enquanto apenas 4,1% dos médicos com CRM e 8,2% dos intercambistas individuais encontram-se nessas áreas.

Tabela 5 – Número e percentual de médicos participantes do PMMB, segundo o perfil do médico. Brasil, 2013-14 e 2017.

Perfil do médico	2013-2014*		2017**	
	Nº	%	Nº	%
Médicos com registro CRM	1.834	13,0	5.535	30,5
Intercambistas individuais	1.184	8,4	3.388	18,7
Intercambista cooperante	11.150	78,7	9.213	50,8
TOTAL	14.168	100,0	18.136	100,0

Fonte: Elaboração própria, com dados obtidos de *Oliveira *et al.* (2016) e **SGTES/MS, audiência pública da CAS, out/2017.

5.2.4 Indicadores de impacto na distribuição de médicos

Para aferir o impacto do PMMB na distribuição de médicos no País, Girardi *et al* (2016) utilizaram o *Índice de Escassez de Médicos em atenção primária de saúde (APS)* em dois momentos: março de 2013 e setembro de 2015, ou seja, antes e depois da implantação do programa.

Esse indicador foi criado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (2010) e incorpora quatro dimensões, com os respectivos indicadores:

- i. oferta de médicos (nº de médicos/habitantes);
- ii. carência socioeconômica (proporção de domicílios em situação de pobreza;
- iii. altas necessidades de saúde (taxa de mortalidade infantil); e
- iv. barreiras de acesso a serviços de saúde (distância, em tempo, até a sede da região).

O número de municípios que apresentaram escassez de médicos em APS, segundo o indicador utilizado, em março de 2013, portanto, antes do início do PMMB, foi quase o dobro do número observado em setembro de 2015. Em 2013, foram identificados 1.200 municípios com algum grau de escassez de médicos em APS em todo o Brasil – 80% deles com graus de escassez moderado e leve –, número que caiu para 777, em 2015, o que representou uma redução de 35% em dois anos.

Em 2013, os 63 municípios identificados com alta escassez de médicos em APS estavam quase que exclusivamente concentrados nas regiões Norte e Nordeste. Houve uma redução de 50% desse número, em 2015, quando o número de municípios com alta escassez de médicos em APS caiu para 34.

Os resultados mostram que ocorreu um substantivo aumento na oferta de médicos em APS depois da implantação do PMMB, o que contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez desses profissionais.

Esse impacto, segundo os autores, também contribuiu para reduzir as desigualdades entre os municípios, mas as iniquidades distributivas permaneceram, conforme será discutido na sequência.

Girard e colaboradores compararam o número absoluto de médicos em APS nos dois momentos considerados, março de 2013 e setembro de 2015. A Tabela 7 mostra os dados da evolução do número de médicos nesse período, o saldo e a participação em números absolutos e relativos dos médicos participantes do PMMB.

Pode-se constatar que a participação relativa dos médicos do PMMB na APS é maior nas regiões Nordeste e Norte, bem como nos municípios de menor porte.

Quanto menor o município, maior é a participação relativa desses médicos. Nas capitais e regiões metropolitanas, os médicos do PMMB representam 7% do total de médicos que atuam na APS, enquanto nos municípios de menor porte, com menos de 10 mil habitantes, eles representam 22,2% dos médicos da APS.

Observando o saldo de médicos do período considerado (diferença do número de médicos em 2015 em relação a 2013), os autores identificaram um incremento de médicos da ordem de 12.652 profissionais, número abaixo do quantitativo de médicos do PMMB ativos em 2015 (14.256).

Essa diferença indica que ocorreu perda na oferta regular de médicos feita pelos municípios. Esse fenômeno foi observado apenas nas regiões Norte e Nordeste e nos municípios de menor porte, com menos de 50 mil habitantes, justamente as regiões e localidades que possuem a maior carência de profissionais médicos.

Tabela 6 – Evolução e saldo do número de médicos em APS* e participação relativa dos médicos do PMMB segundo região e porte populacional do município - Brasil, março de 2013 e setembro de 2015.

	Março 2013 Nº	Setembro 2015 Nº	Saldo 2015-13 Nº	Médicos do PMM Nº	Participação relativa dos médicos do PMM %
Norte	5.742	7.233	1.491	1.715	23,7
Nordeste	24.085	26.760	2.675	4.849	18,1
Sudeste	45.237	50.057	4.820	4.372	8,7
Sul	16.826	19.446	2.620	2.365	12,2
Centro-oeste	7.273	8.319	1.046	955	11,5
Capitais e regiões metropolitanas	38.149	41.403	3.254	2.889	7,0
Mais de 100 mil habitantes	20.002	23.355	3.353	2.275	9,7
Mais de 50 até 100 mil	9.767	11.906	2.139	1.832	15,4
Mais de 20 até 50 mil habitantes	13.614	15.487	1.873	3.078	19,9
Mais de 10 até 20 mil habitantes	10.019	11.103	1.084	2.283	20,6
Até 10 mil habitantes	7.612	8.561	949	1.899	22,2
Brasil	99.163	111.815	12.652	14.256	12,7

* Número de médicos nas especialidades de Saúde da Família, Clínica Médica e Pediatria equivalente a tempo integral (cada 40 horas ambulatoriais nas especialidades em questão correspondem a um médico).
Fonte: CNES/MS (2013, 2015) e DEPREPS/MS (2016). Tabela reproduzida de Girard *et al.*, 2016.

5.3 Problemas detectados na distribuição de médicos

Alguns resultados sobre a distribuição dos médicos participantes do PMMB chamam a atenção para possíveis falhas ou lacunas na implementação do Projeto.

A primeira trata da introdução de novos critérios de priorização dos municípios, mediante os editais sobre adesão, que possibilitou a inclusão de 1.408 municípios não prioritários, quando da formulação do programa, correspondente aos “Demais municípios”.

Sobre essa distorção identificada, Oliveira *et al*, concluem que

a alocação dos médicos em municípios não prioritários nem vulneráveis impactou na capacidade de o Programa Mais Médicos reduzir, de modo ainda mais significativo, as desigualdades regionais no acesso à atenção em saúde, o que demanda novos estudos para se verificar os possíveis efeitos em médio prazo.

Um segundo problema na implementação do PMMB foi o fato de que 22,7% dos municípios prioritários para o SUS não terem participado da iniciativa: 72% deles das regiões Norte e Nordeste, as que mais necessitam da ação do Projeto. Segundo o TCU, até maio de 2014, ficaram de fora do PMM 592 municípios prioritários para o SUS. Esse dado denota que nem toda a demanda existente por mais médicos foi atendida, tendo em vista que parcela significativa de municípios que necessitavam da iniciativa não aderiu a ela.

Como a participação no PMMB é por meio da adesão voluntária dos municípios, em respeito à sua autonomia administrativa, haveria que desenvolver políticas de incentivo para essa participação, seja mediante um controle social mais efetivo nos municípios, seja por meio da sua qualificação técnica, pois, aqueles municípios com mais capacidade de

planejamento e gestão levaram vantagem em detrimento dos menos articulados.

Outro problema diz respeito ao número de médicos solicitado pelos municípios participantes e o que foi atendido. Estudo de Pereira *et al.* (2016)²³ mostrou que os municípios que aderiram entre agosto de 2013 e julho de 2014 solicitaram 15.460 médicos e o programa atendeu 93,5% dessa demanda.

Alguns autores identificam diversos fatores capazes de influenciar os resultados do processo de implementação do PMMB. Lima e Luciano (2013)²⁴ destacam variáveis relacionadas às normativas e à clareza com que o plano estrutura a implementação, além de variáveis do contexto político-econômico, que levam a apoio, resistência ou boicote da política, por parte dos diferentes atores sociais, o que influencia o sucesso da implementação do Projeto.

É importante que todos os municípios prioritários para o SUS sejam atendidos pelo PMMB, para reduzir a carência de médicos, de modo a garantir à população o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, há que corrigir as distorções encontradas e estimular e prestar cooperação aos municípios prioritários para que eles participem.

Outra distorção relevante identificada por alguns estudos (Girardi *et al.*, 2016) e pela auditoria do TCU diz respeito à redução da oferta regular de médicos pelos municípios e sua substituição pela do Programa.

²³ Pereira LL, Santos LMP, Santos WB A, Rattner D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural Remote Health* 2016; 16(1):3616.

²⁴ Lima LL, Luciano DA. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *Rev de Sociologia e Política* 2013; 21(48):101-110.

Além desse fato neutralizar os possíveis benefícios do Programa, uma vez que não ocorre um aumento real do efetivo médico no município, ele gera um quadro de insegurança assistencial, em função da dependência dos municípios em relação ao provimento federal.

Outro problema identificado é quanto aos indicadores de monitoramento do Projeto, os quais, caso estejam sendo utilizados pelos gestores do PMMB, não estão sendo divulgados. Da mesma forma, os dados sobre a execução do PMMB são de difícil obtenção, o que prejudica análises atuais e mais aprofundadas sobre a distribuição dos médicos e sobre a efetividade do Projeto. Assim, não conseguimos obter dados que permitissem o cálculo dos seguintes indicadores:

- Cobertura populacional estimada por médicos em equipes de Atenção Básica;
- Índice de médico do PMM por mil habitantes;
- Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total;
- Proporção de municípios desistentes do programa;
- Tempo de permanência dos médicos nos programas;
- Percentual de redução de equipes da Atenção Básica.

6 Impacto na atenção básica em saúde e na rede assistencial

Diferentes fontes de estudos e pesquisas consultadas por essa Relatora permitem afirmar que há consistentes evidências do aumento da cobertura de AB desde a implantação do PMM. Para observar adequadamente este fenômeno, é preciso levar em conta que as normativas do programa exigem que os médicos integrem eSF ou outras equipes previstas na política de AB. As eSF, por sua vez, podem ser novas, podem ser equipes já existentes que estavam sem médicos, ou, ainda, equipes nas

quais a presença desse profissional era insuficiente (alta rotatividade de profissionais ao longo do ano, cumprimento irregular da carga horária etc.).

O estudo Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015 já amplamente citado no presente relatório diz que é “ necessário combinar indicadores que considerem tanto a expansão da Estratégia Saúde da Família quanto da Atenção Básica. Com efeito, selecionamos: aumento da quantidade de médicos (horas) na AB do Brasil, aumento das coberturas tanto da AB quanto da ESF, ampliação no número de eSF e no número de municípios com eSF (Pinto et al op cit).

6.1 Ampliação do acesso da população à Atenção Básica

A ampliação do acesso da população à AB, além da ampliação da cobertura apontada na sessão anterior, pode ser percebida tanto nos aumentos significativos do número de consultas nos municípios participantes do programa quanto nas pesquisas realizadas com gestores e usuários.

Com a criação da Rede Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM) em maio de 2015, composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do país no formato de estudos multicêntricos integrados foi possível produzir mais dados sobre o programa. O relatório da primeira fase da ROPMM²⁵ identifica três achados que apontam para a ampliação e qualificação do acesso: o aumento do escopo de práticas (variedade de ações e serviços oferecidos) desenvolvido nas equipes e Unidades Básicas de Saúde com médicos do programa; aumento da oferta de procedimentos coletivos e de visitas domiciliares, e a

²⁵ Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 [Internet]. 2015 [acessado em 10 outubro de 2017]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>.

estabilização de consultas programadas a grupos específicos; e o aumento do número de consultas no Brasil, em especial, nos municípios participantes do programa.

Analisando de maneira combinada os dados do SIAB, eSUS e também do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), conforme protocolo de validação estabelecido que considera o SIA para UBS sem eSF e um destes sistemas para cada eSF, houve aumento significativo no número de ações coletivas e visitas domiciliares; e também foi identificada uma expressiva diminuição da oscilação do número de consultas mensais para usuários com diabetes e hipertensão, indicando maior programação das ações por parte da equipe e melhora da adesão dos usuários às ações ofertadas(Pinto et all).

Com relação ao número total de consultas na ESF, a pesquisa identificou um aumento de 29% no número de consultas médicas quando comparados os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Nos municípios participantes do PMM, esse crescimento foi de 33% e, nos demais, de apenas 15%. O aumento foi atribuído: à implantação de novas eSF, ao fato de diversas eSF que já existiam terem passado a contar com médicos atendendo regularmente, e à constatação de que as eSF do PMM ofereciam à população mais consultas médicas num mesmo dia de atuação²².

Outra pesquisa que reforça os mesmos achados foi realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco (UFMG/IPESPE)²⁶ citado no em documento de Avaliação de 2 anos do PMM do Ministério da Saúde²⁷

²⁶ Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Mimeo.

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília, Ministério da Saúde, 2015. 128 p. PDF

e que entrevistou usuários, gestores e médicos participantes do programa. Foram visitados 699 municípios. As amostras para entrevistas somaram 14.179 usuários, 391 médicos e 227 gestores, estes últimos não podiam, necessariamente, ser mais de um de cada município.

Com relação a esses gestores, foi identificado que, entre os cinco principais fatores relacionados à avaliação positiva que os mesmos fazem do impacto do programa, três estão relacionados à ampliação do acesso, são eles: ter sempre médicos nas UBS e cumprindo efetivamente a carga horária definida; a ampliação do acesso à população; e o aumento da oferta de consultas.

6.2 Produtividade assistencial na atenção básica

O estudo de Lima e colaboradores²⁸ (2016) teve como objetivo analisar a produção de consultas médicas, os encaminhamentos médicos e as ações de educação em saúde realizadas pelas ESF, na atenção básica, no ano de 2014, com enfoque no PMMB. Trata-se de um estudo seccional sobre a produção do trabalho médico, a partir de bases de dados secundários do Ministério da Saúde, em que se compara o médico que participa (MM) e o que não participa (NMM) do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

As variáveis do estudo foram: a quantidade total de consultas médicas por mês – somatório de consultas realizadas com crianças, adolescentes, adultos, idosos, inerentes aos programas com hipertensos e diabéticos, hanseníase e tuberculose –, a quantidade de encaminhamentos

²⁸ Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2685-2696, 2016.

médicos para especialistas, urgência e hospital, a quantidade de ações de educação em saúde por equipe de ESF, e as respectivas taxas.

O número absoluto de consultas médicas mensais produzidas por médicos participantes do PMMB, em 2014, foi de 46.128, que são consultas que, caso não houvesse a alocação do médico pelo Projeto, provavelmente não teriam sido realizadas. Isso por si só já representa um ganho advindo do Programa Mais Médicos.

A mediana do total de consultas médicas no Brasil foi de 285 por mês, em 2014, indicando uma média de 14,4 consultas por dia, o que está abaixo do parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde, que estipulou o número de 360 consultas médicas mensais a serem realizadas. Segundo os autores, o resultado encontrado corresponde a aproximadamente 80% da realização de consultas básicas esperadas, o que implica um desempenho do médico da ESF abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.

No entanto, quando se compara as duas categorias médicas pelo perfil do município, os resultados do estudo mostram maior produção de consultas por médicos MM em categorias de municípios mais vulneráveis socialmente. Apenas nas capitais e nas regiões metropolitanas, a produção de consultas pelos médicos NMN foi maior que a dos médicos participantes do PMMB. Segundo os autores do estudo, os resultados mais precários dos médicos MM em municípios de região metropolitana ou capitais seriam indicativos de que, nesses lugares, há outros pontos de atenção mais acessíveis, o que confere ao Projeto um caráter de complementaridade da atenção.

6.3 Indicadores de efetividade

Um dos indicadores utilizado para avaliar a efetividade da Atenção Primária em Saúde é a *taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária* (CSAP). O pressuposto é que a efetiva ação da atenção primária, voltada para a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoces de determinadas patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas, é capaz de diminuir o risco de internações devido a CSAP.

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou²⁹ a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, constituída por dezenove grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Ela é preconizada como instrumento para avaliação da atenção primária e da utilização da atenção hospitalar, nas três esferas de gestão do SUS.

Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços ou à baixa resolubilidade da atenção primária. E é justamente por essas razões que um dos indicadores selecionados pelo Ministério da Saúde para o monitoramento e avaliação do PMMB é a *taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica*.

No âmbito do PMMB, esse indicador foi utilizado por Gonçalves e colaboradores (2016)³⁰ para aferir a efetividade do incremento de médicos propiciado pelo Projeto na Região Nordeste, no período de

²⁹ Brasil. Portaria SAS/MS nº 221, DE 17 de abril de 2008. Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

³⁰ Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2815-2824, 2016.

setembro de 2012 a agosto de 2015. Além de avaliarem a taxa geral de internação por CSAP, os autores também procederam à avaliação de uma condição específica – a diarreia e gastroenterite de origem presumivelmente infecciosa. A seleção dessa condição ocorreu por ela ter atendido aos seguintes critérios: elevada frequência no período, simplicidade de intervenção e pela ocorrência histórica no Nordeste.

Os resultados desse estudo mostraram que, exceto o Maranhão, todos os demais estados do Nordeste apresentaram diminuição das taxas de internação por CSAP. Alagoas foi o estado que apresentou a maior queda dessas internações, com redução de 44,2%.

Em relação às internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, os autores reportaram a ocorrência de um total de 181.152 casos em 1.242 municípios que participavam do PMMB, no período investigado (69,2% dos municípios do Nordeste). As médias de internação passaram de 6.092, no primeiro ano, para 5.040, no segundo, e 3.962, no terceiro ano. A redução do primeiro para o terceiro ano correspondeu a 35,0%. O estudo concluiu que o Programa Mais Médicos influenciou na redução das internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa.

Outros estudos avaliaram esse indicador em período anterior ao PMMB (Alfradique *et al.*, 2009³¹; Boing *et al.*, 2011³²) e mostraram que as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária

³¹ Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009

³² Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Lindner SR, Peres MA. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):359-366.

apresentavam tendência de queda, mas em um patamar inferior ao das taxas observadas no Nordeste, após a implementação do PMMB.

6.4 Percepção e avaliação dos usuários, profissionais e gestores

A Pesquisa da UFMG/IPESPE identificou que 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM. Entre as razões dessa avaliação extremamente positiva, 85% afirmaram que a qualidade do atendimento melhorou; 87% que o médico é mais atencioso, e 82% que a consulta agora resolve melhor seus problemas de saúde. A nota média que os usuários deram ao PMM foi de nove para um máximo de dez.

Quando indagados sobre dificuldades de comunicação, 87% responderam que não tiveram nenhuma dificuldade, e só para 3% ela foi importante. Esses números comparados na mesma pesquisa com médicos brasileiros não participantes do programa, grupo utilizado como controle, resultou em 95% e 2% respectivamente.

Já a pesquisa com gestores mostrou que, antes do PMM, eles davam a nota média de 6,6 para a atenção à saúde da população e, depois de implantado o Programa no município, deram a nota 8,7. Os motivos apontados na própria pesquisa para esta melhora na avaliação são aqueles relacionado à melhoria do acesso, já citado neste artigo, somados à melhoria da qualidade do atendimento e à proximidade e bom relacionamento entre os médicos do Programa e os pacientes. A mesma pesquisa entrevistou, ainda, médicos brasileiros e estrangeiros do PMM, e encontrou os seguintes resultados: 100% disseram que foram bem recebidos pela comunidade; 98% indicariam o Programa a um amigo; a nota média atribuída à relação com o restante da eSF foi 9,6; a nota dada à supervisão do programa foi de 9,0; e a avaliação do Programa como um todo recebeu nota média de 9,1 em um

máximo de dez. Com relação à estrutura das UBS, de maneira geral, considerando estrutura física, equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e condições de trabalho, para 65% dos médicos, a estrutura era boa ou ótima.

Pesquisas da Confederação Nacional dos Transportes (CNT) apontaram 49,7% de aprovação em julho de 2013, 73,9% em setembro e 84,3% em novembro do mesmo ano³³.

Estudo realizado por Comes e colaboradores³⁴ (2017) para avaliar a satisfação dos usuários com os médicos do PMMB e a responsabilidade dos serviços de saúde, em 32 municípios com 20% ou mais de extrema pobreza, ouviu 263 usuários, entre os meses de novembro de 2014 e junho de 2015, mediante uma visita às unidades de saúde dos municípios selecionados. Assim, foram entrevistadas pessoas que estavam aguardando pela consulta na unidade de saúde, o que pode representar um viés de seleção do estudo, já que considera apenas as pessoas que já entraram no sistema.

Os resultados mostraram que, em geral, a satisfação dos usuários foi elevada, especificamente no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, que obteve a aprovação da maioria dos usuários (98,1%). Mais de 95% dos participantes referiram ter recebido as informações necessárias; mais de 93% afirmaram ter recebido todas as informações necessárias sobre o tratamento e 87% afirmaram ter compreendido as orientações que deveriam seguir. Devemos observar, no

³³ Brasil. Agência Brasil de Comunicação. Apoio da população ao programa Mais Médicos alcança 84,3% na pesquisa CNT. 2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-11-07/apoio-da-populacao-ao-programa-mais-medicos-alcanca-843-na-pesquisa-cnt> Acesso: 30 out. 2017.

³⁴ Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2749-2759, 2016.

entanto, que a pesquisa retrata a percepção dos usuários sobre a comunicação com os médicos, o que não permite fazer qualquer inferência sobre a efetividade da comunicação em si. Para 8%, ruim ou péssima e, para os demais, era regular.

Esta avaliação positiva que os médicos participantes do Programa têm sobre o mesmo, a recomendação que fazem aos colegas, e o fato de terem incorporado, em 2015, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e seus benefícios – como o adicional de 10% na pontuação obtida no concurso de residência para aqueles que após um ano fizeram o mesmo – ajudam a explicar a significativa mudança na adesão dos médicos brasileiros ao Programa.

Ao fim de 2013, ano de criação do Programa, das 3.678 vagas preenchidas no mesmo, apenas 22% foram ocupadas por médicos com registro no Brasil. Contudo, o ano de 2015 experimentou recordes de inscrições de médicos brasileiros com registro no Brasil, em proporções que chegaram a mais de dez candidatos por vaga oferecida, e, nos três chamamentos realizados nesse ano, todas as vagas foram preenchidas por médicos brasileiros: o primeiro chamamento do ano necessitou chamar também médicos brasileiros com registro no exterior, e no segundo e terceiro, todas as vagas foram preenchidas com médicos com registro no Brasil. Assim, não foi necessário lançar, em 2015, edital internacional de chamamento de médicos estrangeiros e nem de ampliar a cooperação com a OPAS. O percentual de médicos com registro no Brasil ao fim de 2015 chegou a 29% dos mais de 18 mil médicos, conforme os dados do DATASUS.

Esse resultado é importante por diversos motivos, entre os quais destacamos quatro: reforça os achados que apontam para a importância da aprovação do Programa pelos médicos brasileiros que nele atuam e que o

recomendam; mostra um interesse crescente em participar do PMM; aumenta significativamente o número de médicos no Brasil que desenvolvem uma atuação na ESF e são formados para ela, fator importante para a qualidade da prática profissional, seja na AB ou em outra área de atuação; e confere sustentabilidade ao PMM, que passa a ser menos dependente de profissionais estrangeiros.

A partir dos comentários dos usuários sobre o atendimento médico, pode-se verificar que os argumentos que justificam a alta satisfação estão majoritariamente relacionados à postura e atitude dos profissionais, que denotam um atendimento humanizado.

Outros aspectos avaliados, em relação aos serviços, também apresentaram resultados satisfatórios, como:

- *Tempo de espera:* 75,7% dos usuários referiram que o tempo de espera no dia da consulta foi menor do que uma hora; 57,6% consideram que foi pouco tempo de espera; 33,2% consideraram que foi mais ou menos. Ao selecionar a carinha para mostrar a satisfação com o tempo de espera entre o momento que chegou à unidade e que foi atendido pelo médico, 78,7% dos usuários avaliaram como bom e muito bom.
- *Tempo de duração da consulta:* a maioria dos usuários (98,1%) informou que durou menos de meia hora, com relatos de variações de 2 a 60 minutos (média = 21 minutos; mediana = 20).
- *Privacidade na consulta:* a maioria dos usuários (84,5%) teve a privacidade respeitada durante a consulta médica ou exames. Todavia, 15,5% dos usuários afirmaram que foram interrompidos

com a entrada de outra pessoa durante o procedimento médico; destes, 69,6% afirmaram ter consentido com a entrada. A falta de privacidade foi relatada por 16% das pessoas que sabem ler e por 9% das pessoas que não sabem ler.

- *Tempo de espera entre o dia em que o usuário solicitou a consulta e o dia de sua realização:* esse tempo foi avaliado como muito bom e bom por 87,3% dos usuários, o que, segundo os autores, demonstra melhora do acesso à consulta após a implantação do PMM. Aqui, cabe lembrar o viés de seleção da pesquisa, ao incluir no estudo apenas as pessoas que estavam para ser atendidas na unidade de saúde, deixando de fora aquelas pessoas que não conseguiram romper as barreiras para acessar os serviços de saúde.
- *Visitas domiciliares de médico:* 28,9% dos usuários informaram que receberam visita do médico em seu domicílio; a maioria deles (71,6%) avaliou essa visita satisfatoriamente. A população beneficiada pelas visitas foi majoritariamente: os idosos, os deficientes, as gestantes com complicações, as crianças com algum agravo agudo.

O estudo identificou as seguintes sugestões dos usuários entrevistados para o aprimoramento do Programa: melhorias na infraestrutura; maior disponibilidade de medicamentos; mais médicos, inclusive mais especialistas; maior apoio do município para os médicos; melhoras no transporte para facilitar o acesso às comunidades rurais e remotas. Outros expressaram que queriam a continuidade do programa.

Estudo de Comes e colaboradores³⁵, realizado em 32 municípios pobres nas cinco regiões do Brasil, entrevistou 78 profissionais de saúde, não médicos, das equipes que receberam médicos do PMM, com o objetivo de descrever aspectos da integralidade nas práticas das equipes de saúde da família (ESF), a partir da incorporação de um médico do Programa Mais Médicos.

O estudo mostrou que a percepção dos profissionais de saúde é bastante positiva sobre a incorporação de um médico do PMMB nas ESF. Foram apontados os seguintes aspectos favoráveis: aumento do acesso da população, especialmente das comunidades rurais e ribeirinhas, aos serviços de saúde; “desafogamento” do hospital, pela maior procura da população pelas UBS, depois da incorporação do médico; acolhimento humanizado e estabelecimento de vínculo com a população; resgate da clínica, com dedicação de tempo suficiente para “escuta atenta, exame físico minucioso, disponibilidade para resolver problemas”; continuidade dos cuidados; garantia de visitas domiciliares; equipes multiprofissionais completas e articuladas.

Gestores

O Senhor Wilames Freire, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em audiência pública realizada pela CAS sobre o Programa Mais Médicos, trouxe os seguintes posicionamentos dos gestores municipais a respeito do Programa Mais Médicos, que, segundo ele, são provenientes de um levantamento realizado

³⁵ Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, Arruda CAM, Santos LMP. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2729-2738, 2016.

no período de maio de 2013 a março de 2017, conforme descritos na revista do Conasems:

- Ainda que o Programa Mais Médicos tenha enfrentado de modo corajoso a questão do provimento médico, o art. 27 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ainda que estratégico para o Sistema, segue esquecido e o SUS segue sem uma **“política de recursos humanos formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”**. [Grifos no original]
- O posicionamento dos gestores municipais de saúde frente ao Programa Mais Médicos revela a sua responsabilidade com a organização da Atenção Básica, assim como a percepção da importância da pauta da formação, neste caso do médico, mas certamente estendida a todos os profissionais de saúde do município.
- Como pistas para o fortalecimento do Programa Mais Médicos, segundo os achados acerca do posicionamento dos secretários e secretárias municipais de saúde identificados na revista CONASEMS no período circunscrito de maio de 2013 a março de 2017, fica a proposta de valorização dos **Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)** e um trabalho árduo de disseminação e apoio à construção desses acordos Brasil a fora, apoiado pelos três entes federados, todos gestores do SUS. [Grifos no original].
- É no município que o cidadão reside e a vida é vivida, é no município que está a Rede de Atenção à Saúde local e onde o SUS se concretiza é, portanto, este espaço de protagonismo, o território da gestão municipal.
- O processo de diálogo e construção coletiva entre todos os atores que discutem a integração ensino-serviço deve ser um processo de empoderamento de todos e fortalecimento da luta por respostas às necessidades que a rede SUS tem na especificidade de cada território.

7 Aspectos e impactos educacionais do Programa

Um dos eixos o Programa Mais Médicos assenta-se na expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e a residência médica em várias regiões do País, com implantação de novo currículo e foco tanto na

qualificação da formação quanto na valorização da Atenção Básica. Conforme foi explicado na primeira audiência pública realizada pela CAS, no campo da formação médica, a meta do Programa é sair dos quase 380 mil médicos, em 2013, para chegar a 600 mil médicos em 2024, quando se poderia alcançar o índice desejado de 2,7 médicos por mil habitantes no País (Solla, 2017).

Essa dimensão educacional do Programa é aquela que oferecerá o arcabouço mais sustentável e de longo prazo para o crescimento do número de profissionais médicos em exercício no País. No entanto, é nela que se observa a maior lentidão dos avanços e são registrados reveses sinalizadores da falta de apoio do atual Governo ao PMM e do enfraquecimento da atenção básica (Proenço, 2017).

Segundo a opinião formulada Felipe Proenço e Vinícius Ximenes, na audiência pública da CAS, esse enfraquecimento fica bem evidenciado pela aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que retira o papel central do Programa de Saúde da Família (PSF).

Sobre os avanços do PMM, segundo avaliação do Deputado Jorge Solla, entre os resultados parciais obtidos antes da mudança de governo destacam-se a criação do Cadastro Nacional de Especialistas (CNE) e a ampliação da oferta de vagas, com critério regional, na graduação e na residência médica: da meta original de criar 11,5 mil vagas de graduação até 2017 e 12 mil de residência até 2018, foram, de fato, originadas 6 mil vagas de graduação e 6,5 mil vagas de residência.

Ainda conforme a opinião do Deputado, a mudança política no Governo Federal provocou retrocessos nesse eixo do Programa, com destaque para: i) atraso na meta de abertura de novas vagas de graduação; e

ii) impossibilidade de acesso ao CNE, que está fora do ar em decorrência da pressão das entidades de regulação profissional e das sociedades médicas.

O atraso na abertura de novas vagas de graduação – o Edital mais recente foi aberto em julho de 2017, enquanto o anterior havia sido publicado em 2014 – também foi decorrente do fato de o Edital de 2014 ter ficado paralisado, desde 2015, por decisão do TCU.

Afora essa demora por intervenção do TCU, também houve a lentidão do MEC para aprovar a construção das novas escolas de Medicina. O primeiro edital levou três anos para ser liberado pelo Ministério, enquanto o segundo ainda está em fase de avaliação dos municípios. Uma das consequências nefastas dessa demora é a ociosidade dos terrenos comprados para sediar a construção das escolas. Adquiridos em função da expectativa de iniciar essa construção, os imóveis acabaram permanecendo por longo tempo sem utilização e originando despesas de manutenção para seus adquirentes.

Entre as ameaças que rondam os avanços proporcionados pela abertura de novas escolas de Medicina estão a dificuldade para manter a ocupação das vagas abertas e a necessidade de indução pública dessa ocupação por meio do Fundo de Investimento da Educação Superior (FIES), cujas regras são objeto de reformulação por meio da Medida Provisória nº 785, de 2017, em discussão na Câmara de Deputados.

Acerca desse tema, destaca-se a ocorrência de casos em que os cursos privados recém-abertos ofereceram uma única vaga para o FIES. Dessa forma, sugere-se que, na discussão da citada MP nº 785, de 2017, seja estabelecido um percentual mínimo de vagas destinadas aos alunos beneficiários do FIES, de forma a aumentar o acesso de estudantes das

camadas menos favorecidas aos novos cursos de Medicina abertos em faculdades privadas e de manter a ocupação das vagas abertas.

Um ponto importante que precisa ser considerado, e tem grande potencial para aumentar o número de médicos graduados no Brasil, é a oferta de vagas nas universidades públicas. Atualmente, em muitas delas, os cursos de Medicina têm turmas reduzidíssimas, oferecendo, a cada semestre, somente vinte vagas para novos alunos. Então, uma medida bastante relevante seria incrementar o número dessas vagas, aproveitando a estrutura já disponível nas universidades públicas.

Quanto à residência médica, os dados mostram que, desde o ano passado, 2016, não há expansão das vagas para a Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. Na opinião do Dr. Vinícius, exarada na audiência pública, isso reforça a denúncia de enfraquecimento do Programa pelo Governo atual. No entanto, conforme Silva Júnior e Andrade (2016),

Cabe [...] ressaltar que a taxa de ocupação das vagas dos programas de residência em MFC no Brasil, em 2015, foi de 26,3%. De um total de 1.520 vagas, apenas 400 foram ocupadas, dado que nos preocupa, pois julgamos tal especialidade estratégica para a consolidação da APS e a expansão de vagas sem ocupação perderia o sentido do provimento médico para a ESF [...]. Aspectos relativos aos vínculos trabalhistas e à carreira destes médicos nos parecem relevantes na solução deste problema [...].

A ênfase na residência em MFC foi um dos pontos por meio do qual o PMM buscou redirecionar o atendimento prestado pelo SUS para a atenção básica, pois

[...] o PMM também atua sobre os programas de residência médica. A principal intervenção sobre a estruturação da residência médica em âmbito nacional realizada pela política é a

obrigatoriedade a partir de 2018, para todos os programas de Residência Médica (exceto nove especialidades de Acesso Direto), da realização de um ano de residência em “Medicina Geral de Família e Comunidade”.³⁶

A constatação sobre a ociosidade dessas vagas de residência em MFC, no entanto, reforça as críticas contra essa ênfase do PMM, diante da incapacidade do SUS de oferecer atendimento nas diversas especialidades demandadas pela população:

As dramáticas filas de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas, geradas pela falta de especialistas na atenção secundária e ambulatorial pública, pelo fato de esses médicos estarem concentrados em consultórios isolados e clínicas privadas, é um exemplo eloquente dos disparates do sistema de saúde brasileiro.³⁷

Assim, há que reavaliar o PMM no que concerne ao redirecionamento da formação médica por ele idealizado, reforçando os aspectos que proporcionem o aumento do número de médicos e melhorem sua qualificação, e reformulando o que parece ser uma ênfase absoluta e equivocada na residência em MFC.

Em matéria veiculada nos em jornais de maior alcance no país em 17 de novembro do corrente ano, o Governo Federal informa que irá suspender a abertura de novos cursos de medicina, comprometendo assim os objetivos de aprimoramento do PMM. Até o fechamento do relatório não tivemos acesso ao informação de assinatura por parte da Presidência da República.

8 Financiamento e Despesas do Programa

³⁶ Silva Junior AG, Andrade HS. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (9):2670-2671, 2016.

³⁷ Scheffer M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2664-2666, 2016.

8.1 Dados atuais da execução financeira e orçamentária

A Lei nº 12.871, de 2013, estabelece que as despesas decorrentes da execução do Programa Mais Médicos devem ser consignadas no orçamento da União em dotações destinadas aos Ministérios da Saúde, da Educação e da Defesa.³⁸

A despeito dessa diretriz, a extração de informações referentes ao programa do orçamento federal não é tarefa trivial. A peça orçamentária da União passou, nos últimos anos, por um processo de agregação de programações de tal monta que reduziu substancialmente a capacidade de a lei orçamentária servir como fonte de efetiva consulta a respeito do plano de atuação do governo federal. Com isso, torna-se mais complexo o acompanhamento da execução orçamentária e financeira e prejudica-se a fiscalização das políticas públicas por parte do Congresso Nacional e da sociedade.

No caso do Programa Mais Médicos, uma avaliação histórica revela que as despesas inerentes ao programa, quando de sua instituição, foram executadas em programações orçamentárias já existentes dos Ministérios envolvidos na política pública, as quais suportavam outras despesas dos referidos órgãos. A discriminação dos gastos com o Mais Médicos se deu exclusivamente com base em parametrizações gerenciais,

³⁸ Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.
(...)

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

que não constam formalmente da lei orçamentária, a exemplo do “plano orçamentário”³⁹.

No âmbito do Ministério da Saúde, essa realidade foi parcialmente alterada em 2016, quando passou a constar da lei orçamentária a ação “214U – Implantação do Programa Mais Médicos”, vinculada ao programa “2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde”. A referida ação abarca os gastos do Ministério com a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, com vistas ao alcance dos objetivos do Programa Mais Médicos.

Indo no mesmo sentido de dar mais transparência aos gastos com o Mais Médicos, o Projeto de Lei Orçamentária de 2018 (PLOA 2018), em tramitação no Congresso Nacional, prevê a criação de uma ação orçamentária específica para o programa no âmbito do Ministério da Educação. Trata-se da ação “00QC – Concessão de Bolsas do Programa Mais Médicos”, vinculada ao programa “2080 – Educação de qualidade para todos”, que albergará as despesas com concessão de bolsas e custeio de despesas operacionais a elas vinculadas no âmbito do programa.

Diante desse contexto, as informações referentes ao financiamento e às despesas a seguir apresentadas consolidam os valores identificados no orçamento da União ou nos “planos orçamentários” definidos pelo Poder Executivo como afetos ao Programa Mais Médicos⁴⁰.

³⁹ De acordo com o Manual Técnico do Orçamento (MTO) 2018, “plano orçamentário” é uma identificação orçamentária, de caráter gerencial (não constante da LOA), vinculada à ação orçamentária, que tem por finalidade permitir que, tanto a elaboração do orçamento quanto o acompanhamento físico e financeiro da execução, ocorram num nível mais detalhado do que o do subtítulo/localizador de gasto.

⁴⁰ As informações orçamentárias foram obtidas no Siga Brasil, sistema de informações sobre orçamento público gerenciado pelo Senado Federal que utiliza os dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi).

Nesse sentido, a Tabela 10, abaixo, demonstra a despesa realizada com o programa por cada um dos Ministérios envolvidos na execução da política pública desde a sua criação, bem como a previsão de dispêndios para 2017 e 2018:

Tabela 8 – Despesas com o PMM por Ministério

	(R\$ milhões)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ministério da Saúde	882,63	2.589,88	2.489,98	2.835,76	3.211,56	3.328,65
Ministério da Educação	15,55	201,14	235,81	239,66	209,21	158,36
Ministério da Defesa	-	19,18	5,54	11,15	12,20	9,00
Total	898,18	2.810,20	2.731,33	3.086,57	3.432,97	3.496,01

* Para os exercícios de 2013 a 2016, o valor indicado na tabela corresponde ao montante de despesa empenhada. Para 2017, ao montante autorizado no orçamento em 6/11/2017. E, para 2018, à dotação prevista no PLOA 2018, após Mensagem nº 424, de 30/10/2017.

Fonte: Siga Brasil

Conforme se pode extrair da Tabela (8) a previsão é de que até o final de 2017 tenham sido despendidos R\$ 12,96 bilhões com o Programa Mais Médicos. Desse montante, R\$ 12,01 bilhões (92,7%) terão corrido à conta do Ministério da Saúde, R\$ 901,37 milhões (7,0%) do Ministério da Educação e R\$ 48,07 milhões (0,4%) do Ministério da Defesa.

Para 2018, o projeto de lei orçamentária prevê despesas com o Programa Mais Médicos da ordem de R\$ 3,50 bilhões, dos quais R\$ 3,33 bilhões (95,2%) ficarão a cargo do Ministério da Saúde, R\$ 158,36 milhões (4,5%) do Ministério da Educação e R\$ 9,00 milhões (0,3%) do Ministério da Defesa. O montante total previsto reflete um aumento nominal de 1,02% em relação aos gastos com o programa no exercício corrente, percentual insuficiente, portanto, para repor a inflação esperada para 2017, na casa de 3,08%⁴¹.

⁴¹ Conforme Boletim Focus de 27 de outubro de 2017, disponível em <http://www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/R20171027.pdf> Acesso em: 1º nov. 2017.

No que tange ao objeto dos gastos, verifica-se que preponderam as despesas de custeio na execução do programa, conforme evidenciado na Tabela, abaixo:

Tabela 9 – Despesas com o PMM por natureza.

	(R\$ milhões)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Despesas correntes	898,18	2.672,21	2.643,66	2.973,01	3.388,13	3.495,54
Investimentos	-	137,99	87,67	113,56	44,84	0,47
Total	898,18	2.810,20	2.731,33	3.086,57	3.432,97	3.496,01

* Para os exercícios de 2013 a 2016, o valor indicado na tabela corresponde ao montante de despesa empenhada. Para 2017, ao montante autorizado no orçamento em 6/11/2017. E, para 2018, à dotação prevista no PLOA 2018, após Mensagem nº 424, de 30/10/2017.

Fonte: Siga Brasil

Entre 2013 e 2017, foram alocados R\$ 12,57 bilhões, ou 97,0% do total, para custeio de despesas correntes do programa. Essas despesas, em sua quase integralidade, se relacionam com a formação de recursos humanos na área médica para prestarem atendimento na atenção básica do SUS.

No mesmo período, do total de R\$ 384,06 milhões alocados em investimentos, R\$ 379,85 milhões foram executados no âmbito do Ministério da Educação e tiveram por finalidade a reestruturação e expansão de instituições federais de ensino superior, bem como de hospitais universitários a elas vinculados.

Outro importante aspecto da execução orçamentária do Programa Mais Médicos diz respeito à forma de aplicação dos recursos, demonstrada na Tabela (10) a seguir:

Tabela 10 – Despesa com o PMM por modalidade de aplicação.

	(R\$ milhões)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aplicações diretas pela União	430,04	1.076,22	1.234,22	1.313,53	1.687,49	1.794,82
Transferências ao exterior	464,36	1.728,67	1.496,20	1.772,02	1.740,68	1.701,19
Outras	3,78	5,30	0,90	1,01	4,80	-
Total Geral	898,18	2.810,20	2.731,33	3.086,57	3.432,97	3.496,01

* Para os exercícios de 2013 a 2016, o valor indicado na tabela corresponde ao montante de despesa empenhada. Para 2017, ao montante autorizado no orçamento em 6/11/2017. E, para 2018, à dotação prevista no PLOA 2018, após Mensagem nº 424, de 30/10/2017.

Fonte: Siga Brasil

Conforme se denota, parte significativa dos recursos alocados ao Programa Mais Médicos foi transferida ao exterior. Entre 2013 e 2017, esse montante alcança R\$ 7,20 bilhões, que corresponde a 55,6% das despesas do programa no período. Tais transferências decorrem do 80º Termo de Cooperação Técnica celebrado entre a União, por intermédio do Ministério da Saúde, e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com vistas ao provimento emergencial de médicos cubanos para suprir a carência nacional no atendimento da atenção básica em saúde.

Para 2018, estão previstos repasses para a OPAS no valor de R\$ 1,70 bilhão, que representa 48,7% da dotação total do programa para o exercício. Vale notar que, em termos proporcionais, a parcela de recursos transferida ao exterior tem sido reduzida ao longo da vigência do programa. No ano de 2014, essa parcela correspondia a 61,5% das despesas do Mais Médicos.

8.2 Gastos do Programa

Os gastos com o pagamento de bolsas atingiram aproximadamente R\$ 59 milhões até o final de 2014 para supervisores e R\$ 5 milhões para tutores. Considerando o prazo inicial sem prorrogação, deverão ser dispendidos até o final do projeto cerca de R\$ 198 milhões em bolsas-supervisão e R\$ 19 milhões em bolsas-tutoria.

Outro desembolso no âmbito do PMMB se refere à oferta do curso de especialização para os médicos participantes. De acordo com o Ministério da Saúde, foram celebrados convênios com dez instituições de

ensino no valor total de R\$ 101.800.000,00 prevendo a abertura de 23.400 vagas (entre R\$ 3 mil e R\$ 5 mil por matrícula).

O 3º e o 4º Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica celebrados pela OPAS e pelo Ministério da Saúde, que permitiram o ingresso de médicos cubanos no projeto, preveem a transferência de R\$ 510.957.307,00 (quinhentos e dez milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sete reais) em 2013 (3º Termo de Ajuste) e R\$ 973.946.600,00 (novecentos e setenta e três milhões, novecentos e quarenta e seis mil e seiscentos reais) em 2014 (4º Termo de Ajuste).

Um aspecto negativo identificado pela Corte de Contas federal foi a diminuição do valor do incentivo financeiro destinado ao custeio das equipes de Saúde da Família (ESF), que contam com profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso ou de atendimento a populações de maior vulnerabilidade econômica ou social.

A Portaria GM/MS nº 978, de 16 de maio de 2012, previa um incentivo financeiro mensal aos municípios no valor de R\$ 10.695, para cada ESF implantada na modalidade 1 e de R\$ 7.130,00 para cada ESF na modalidade 2. A Portaria GM/MS nº 1.834, de 2013, definiu que, nos casos em que a equipe conta com profissional médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) ou do PMMB, o incentivo financeiro mensal destinado ao custeio é de apenas R\$ 4.000,00.

Outrossim, dependendo do tipo de equipe que recebeu médico do Projeto (modalidade 1 ou 2), houve uma redução de R\$ 6.695,00 no valor mensal recebido pelos municípios para cada ESF modalidade 1 ou de R\$ 3.130,00 para cada ESF modalidade 2.

Destarte, foi observada uma compensação parcial dos recursos despendidos pela União no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil com a diminuição dos valores transferidos do Piso de Atenção Básica Variável aos municípios que receberam profissionais do Projeto.

Dados atualizados sobre as despesas do Projeto foram explicitados durante audiência pública realizada pela CAS, em outubro de 2017 (Tabela 11).

Tabela 11 – Principais despesas realizadas pelo PMM.

DESPESA	Total (R\$ em milhões)
Acolhimento	395,79
Passagens (deslocamento)	278,61
Especialização/2º ciclo formativo	136,64
Resto a pagar referente a patronal (sub judice)	64,17
Auxílio moradia e alimentação (DSEI)	23,30
Ajuda de custo	373,27
Bolsa formação	8.795,69
Custos operacionais TC 80	53,26
Residência Geral da Família e Comunidade	117,14
Outros (consultores, oficinas, seguro)	203,16
Total	10.741,00

Fonte: SGTES/MS, audiência pública da CAS, out 2017.

Segundo Antônio Ferreira Lima Filho, Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento, do Ministério da Saúde, o custo da bolsa do médico participante do PMMB para o MS, em 2014, foi de R\$ 12.579,51 e, em 2017, esse valor passou para R\$ 13.824,00.

Acerca dos valores da bolsa paga aos profissionais e dos custos que elas acarretam para o MS, ele apresentou os seguintes dados, apresentados nas Tabelas 12 e 13.

Tabelas 12 – Reajuste anual da bolsa dos profissionais do PMMB e do teto de contribuição do INSS (alíquota 11%). Brasil, 2014-2017.

Ano	Reajuste do teto de contribuição	Teto de contribuição	Alíquota 11% (sobre o teto)	Portaria*
jan/17	6,58%	5.531,31	608,44	Nº 8, 13/01/17
jan/16	11,28	5.189,82	570,88	Nº 1, 08/01/16
jan/15	6,23	4.663,75	513,01	Nº 13, 09/01/15
jan/14	5,56	4.390,24	482,93	Nº 19, 10/01/14

*Portaria Interministerial MPS/MF.

Fonte: SGTES/MS, audiência pública da CAS, out 2017.

Tabela 13 – Valor da bolsa PMMB. Brasil, 2014-2017.

PMMB	2014	2015	2016	2017
Valor líquido	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.911,56
INSS 11%*	482,93	513,01	570,88	608,44
BOLSA + INSS	10.482,93	10.513,01	10.570,88	11.520,00
Patronal (20%)	2.096,59	2.102,60	2.114,18	2.304,00
Custo para o MS	12.579,51	12.615,61	12.685,06	13.824,00
Portaria MEC/MS	Nº 339, 07/03/14	Nº 46, 16/01/15	Nº 1.708, 23/09/16	Nº 1.708, 23/09/16

*Sobre o teto.

Fonte: SGTES/MS, audiência pública da CAS, out 2017.

9 Considerações finais

Com base em materiais que fora disponibilizado a essa Relatora, nos estudos técnicos e ou publicações listadas nas Referências, nas Audiências Públicas realizadas no âmbito dessa comissão. Podemos afirmar que:

- O PMM, em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa em itens como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e nos anos posteriores, atender a demanda dos gestores municipais para expandir as Equipes da Saúde da Família e completar as existentes;
- Alocou médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição;
- Ampliou a cobertura da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores;
- Ampliou o acesso da população às ações de Atenção Básica;
- Elevou o número de consultas e diversificou o escopo de procedimentos de Atenção Básica;
- Aumentou o ritmo de redução das internações sensíveis à Atenção Básica;
- Foi muito bem avaliado por usuários, médicos e gestores;
- Constituiu-se como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros.

A implementação do PMMB é recente e seus efeitos ou impactos somente poderão ser melhor avaliados em médio e longo prazos. Não obstante a isso e com base em dados de auditorias do TCU, estudos

científicos e pesquisas realizadas por instituições de reconhecimento nacional, podemos concluir que:

- Houve redução importante do número de municípios com escassez de médicos, principalmente no Norte e Nordeste;
- O programa foi implantado predominantemente nos municípios com maior vulnerabilidade social;
- Houve impactos positivos em indicadores de produção e indicadores de internações sensíveis à atenção primária.
- Mais de 75% dos médicos foram destinados a municípios com indicadores gerais de alta vulnerabilidade social, conforme os perfis prioritários definidos pelo governo.
- Não houve troca de profissionais brasileiros pelos estrangeiros, tendo em vista que os brasileiros inscritos sempre tiveram prioridade na contratação sobre os que vinham de outros países.

Em Audiência pública realizada nessa comissão, o Deputado Jorge Solla (Secretário Municipal de Vitória da Conquista de 1999 a 2002, Secretário de Saúde do Estado da Bahia de 2007 a 2014, e Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde de 2003 a 2005) afirmou que durante a atual gestão foram identificados seguintes retrocessos no ano de 2017:

- Diminuição do número de médicos e de municípios participantes do PMMB, deixando quase oito milhões de brasileiros sem assistência na atenção básica:

Mais Médicos chegou a ter 18.240 médicos, agora tem menos de 16 mil. Antes estava em 4.058 municípios, hoje, aproximadamente 200 desses municípios ficaram sem nenhum médico do Programa. Estima-se que 7,7 milhões de brasileiros que tinham um médico atendendo num posto de

saúde perto de suas casas não podem mais contar com ele.

- O Cadastro Nacional de Especialistas encontra-se atualmente fora do ar, dificultando, assim, o acesso às informações.
- Em 2017, Portaria da Secretaria de Orçamento Federal transformou a despesa do Mais Médicos, alocada no Ministério da Saúde, de obrigatória para discricionária. Com isso, o Programa passou a sofrer risco de contingenciamento. Em 2018, foi elaborada emenda à LDO para que a referida despesa voltasse a ser não contingenciável. Contudo, a emenda foi vetada pelo Poder Executivo, tendo sido o veto mantido pelo Congresso Nacional. Portanto, para 2018, a despesa associada ao Mais Médicos corre grave risco de ser contingenciada, com impactos sobre o acesso à saúde da população e para os municípios.
- A falta de sustentabilidade do PMMB, tendo em vista o contexto de subfinanciamento crônico do SUS agravado após a aprovação da EC 95, que tornou instável o acréscimo de recursos da Saúde para os próximos 20 anos.

Conclusão

Com base na decisão do STF, em novembro passado, podemos concluir que o PMMB é constitucional, portanto sem risco de ser extinto por decisão judicial. Transcrevo parte do voto do Ministro Alexandre de Moraes: **“Pode não ter sido o melhor modelo, mas foi uma opção legítima da Presidência da República para a maior preocupação da sociedade, do povo brasileiro, que é a saúde”**.

Apesar do pouco tempo de implantação já é possível observar resultados positivos e alvissareiros oriundos da implantação do PMM conforme diagnosticados no corpo dessa avaliação.

Pesquisas de satisfação mostram como o programa tem sido seguidamente bem avaliado por aqueles que estão intimamente ligados ao mesmo, sejam usuários, sejam os profissionais. Uma das pesquisas feitas pela UFMG e relatadas em Audiência nessa Comissão, apontou que:

- 85% avaliou que houve melhora na qualidade do atendimento
- 87% dos entrevistados avaliaram os médicos do programa como mais atenciosos
- 82% avalia que melhorou a resolução de seus problemas na consulta
- 55% deram nota máxima ao programa (10). E a média da nota conferida ao programa foi 9, numa escala de 0 a 10.

Segundo relato dos gestores municipais de saúde, o PMM solucionou uma questão emergencial acerca o provimento emergencial, inclusive com a União financiando esses profissionais.

Recomendamos ao Governo Federal que dê continuidade ao eixo de formação. Não promova a chamada “moratória” anunciada recentemente e que prejudicaria a criação de novos cursos e por consequência o aumento do número futuro de profissionais da área médica

É preciso mudar a visão de boa parte dos médicos brasileiros que ainda escolhem e atuam num número de municípios bem menor em relação aos locais onde os brasileiros formados no exterior e, em especial, os estrangeiros, se propõem a atuar. Tal postura prejudica essencialmente

Distritos Sanitários Indígenas, Quilombolas ou em Regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos. Como vimos, a maioria dos DSEI é composta basicamente por Médicos intercambistas. Tal situação exige que o Governos Brasileiro mantenha convênio com Organismos Internacionais por mais tempo para garantir o principio de universalização da AB.

Por outro lado, precisamos envidar esforços para garantir que não haja diminuição no número de oferta de vagas aos alunos do curso de medicina conforme anunciado pelo Governo Federal de novembro desse ano. Precisamos ampliar a quantidade de médicos no Brasil e ao mesmo tempo melhorar a qualidade e a formação dos mesmos.

Além de agregar medidas emergenciais de provisão de médicos o PMM busca modificar, em médio e longo prazos, a estrutura de formação desses profissionais no Brasil, de forma a reforçar e estimular a atuação dos mesmo na atenção básica tornando-a mais resolutiva possível. O PMMB está orientado à universalização da residência médica, com ênfase na formação generalista em medicina de família e comunidade e na ampliação de vagas e mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina.

Necessitamos também prosseguir na discussão sobre uma Carreira, Carreira Única e Carreira de Estado para os profissionais. Essa discussão permitirá avançar em alguns pleitos defendidos por seus integrantes. Defendemos que sejam feitas audiências publicas, seminários, com diferentes atores e gestores envolvidos na contratação de médicos. Para aprofundar este debate é interessante buscar experiências exitosas sobre o tema nos Estados e municípios que já adotaram uma carreira de Estado para os profissionais médicos, como o caso da Fundação Estatal da Bahia.

Faz-se necessário a criação de uma comitiva de senadores e senadoras para atuarem junto ao Ministério da Educação, Ministério Saúde

para que se garanta a continuidade do PMM bem como, seu aprimoramento naquilo que se fizer necessário. Essa relatoria acatou a sugestão da Presidenta da CAS Senadora Marta Suplicy por ocasião da primeira Audiência Pública.

Por fim, sugere-se que as atividades de avaliação de políticas públicas conduzidas pelo Senado Federal sejam realizadas de forma mais integrada com o trabalho de fiscalização do Tribunal de Contas da União.

Senadora LÍDICE DA MATA
Relatora