



PARECER Nº , DE 2013

Da COMISSÃO MISTA sobre a Medida Provisória nº 621, de 9 de julho de 2013, que *Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.*

RELATOR: Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

I – RELATÓRIO

1. Vem à análise desta Comissão Mista a Medida Provisória (MPV) nº 621, de 9 de julho de 2013, que *"Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências"*.

2. Conforme a Exposição de Motivos Interministerial nº 00024/2013 MS MEC MP, que acompanha e instrui a MPV, a norma institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;



VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS".

3. Informa ainda que, o quantitativo de médicos ativos no Brasil é de aproximadamente 359.691, o que representa a proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes¹. Tal proporção é inferior ao constatado em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou em países com sistemas universais de saúde, como: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7².

4. Apesar de não haver parâmetro de proporção reconhecido e validado internacionalmente, afirma que se utiliza como referência a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica.

5. Nesse cenário, para que o Brasil alcançasse tal relação de médicos por habitante seriam necessários mais 168.424 médicos, o que na atual taxa de crescimento só seria viável em 2035.

6. Afirma ainda que a distribuição dos médicos nas regiões do país demonstra uma grande desigualdade, com boa parte dos Estados com quantidade de profissionais abaixo da média nacional. Além disso, inclusive Estados com mais médicos que a média nacional apresentam diferenças regionais, como São Paulo onde apenas cinco regiões apresentam um número superior a 1,8 médicos por mil habitantes³.

7. Informa que uma das explicações para esse quadro está relacionada ao número insuficiente de vagas nos cursos de graduação em

¹ Conforme dados primários obtidos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

² Conforme *Estadísticas Sanitarias Mundiales* de 2011 e 2012 – Organização Mundial da Saúde – OMS.

³ Demografia Médica no Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, 2012



medicina. Apesar do número absoluto de escolas médicas ser maior do que o observado em alguns países, ao se analisar a proporção de vagas de ingresso para cada 10.000 (dez mil) habitantes, o país apresenta índice significativamente inferior⁴.

8. Desse modo, encontramos um quadro de extrema gravidade, no qual alguns estados apresentam um número insuficiente de médicos e de vagas de ingresso na graduação, com ausência de expectativa de reversão desse quadro a curto e médio prazos, caso não haja medidas indutoras implementadas pelo Estado. Nesse cenário, a expansão de 2.415 vagas de cursos de medicina, anunciada pelo MEC em 2012, só contribuiria para atingir o número de 2,7 médicos a cada 1.000 habitantes no ano de 2035.

9. Entretanto, entende ser fundamental agregar novas ações para garantir a ampliação da formação de médicos para a atenção básica no país, possibilitando assim à população brasileira o acesso a um sistema público de saúde de qualidade.

10. Diante desse contexto, uma das iniciativas é a ampliação de 12.000 novas vagas de residência médica, acompanhadas da oferta de bolsas a serem implementadas até 2017, uma vez que esse procedimento seria importante para fixação de profissionais⁵.

11. Outra proposta é a reformulação da grade curricular dos cursos de medicina, com acréscimo substancial de horas na formação específica na Atenção Básica. A MP prevê que, para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 01.01.2015, a formação do médico abrangerá 02 (dois) ciclos distintos e complementares, correspondendo o primeiro ciclo à observância das diretrizes curriculares nacionais, com o cumprimento da carga horária não inferior a 7.200 horas, e o segundo ciclo ao treinamento

⁴ Enquanto o Brasil tem o índice de 0,8 vaga a cada 10.000 habitantes, outros países têm índices maiores, a saber: Austrália 1,4; Reino Unido 1,5; Portugal 1,6 e Argentina 3,1. Além disso, há estados em que esse índice é ainda menor, tais como Maranhão e Bahia (0,39).

⁵ Estudo recente denominado Migramed, do Observatório de Recursos Humanos de São Paulo/ObservaRH, de 2012, demonstra que 86% dos médicos permanecem no local em que cursaram a graduação e a residência médica



em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos.

12. Por sua vez, a instituição do Projeto Mais Médicos para o Brasil visa possibilitar a seleção de médicos interessados em participar de ações de aperfeiçoamento em atenção básica, em regiões prioritárias para o SUS.

13. Para execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, além da atuação dos Ministérios da Saúde e da Educação, poderão ser celebrados termos de adesão e compromisso com Estados, Distrito Federal e Municípios, além de instrumentos de cooperação com outros países, organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, entidades públicas e privadas.

14. O Projeto Mais Médicos para o Brasil selecionará médicos para participarem do Projeto, garantindo-se a prioridade para a escolha de médicos formados em instituições de educação superior nacionais ou com diploma revalidado. Na hipótese de permanecerem vagas não preenchidas, estas serão ofertadas primeiramente a médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior e, posteriormente, a médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior, mediante chamamento público internacional ou celebração de instrumentos de cooperação com organismos internacionais.

15. Por fim, informa que diversos países já adotaram medidas semelhantes, como Reino Unido, Canadá e Austrália. Países com indicadores de relação médico/habitante superiores aos do Brasil recorreram a programas de recrutamento de médicos estrangeiros como forma de garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque em áreas remotas⁶.

16. No Brasil o percentual de médicos estrangeiros é de 1,79%, conforme dados primários do Conselho Federal de Medicina (2013). E o

⁶ Dados apresentados pela *Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD, em 2009, e pelo *General Medical Council* do Reino Unido, em 2011, demonstram as seguintes proporções de médicos estrangeiros nos respectivos países: 37% no Reino Unido; 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá



médico formado em instituição de educação superior estrangeira será submetido a processo de acolhimento e avaliação, a ser desenvolvido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, a fim de garantir a adaptação aos princípios e diretrizes do SUS, a adequação à realidade epidemiológica brasileira e a capacidade de comunicação em língua portuguesa.

17. Foram ofertadas 567 emendas à MPV. O conteúdo dessas proposições é descrito em quadro anexo a este parecer.

18. Nesta Comissão Mista, realizaram-se três aprofundadas e calorosas audiências públicas, com a finalidade de ouvir os mais diversos setores da sociedade, de modo a colher subsídios para a apreciação cuidadosa e segura da MPV. Foram ouvidos, nessas oportunidades, representantes dos trabalhadores no sistema de saúde, profissionais liberais e respectivas corporações, governo federal, conselhos de saúde, comissão de secretários municipais e estaduais de saúde, associações de prefeitos, de docentes na área médica, órgãos de Estado (ministério Público do Trabalho) e organismos internacionais (OPAS), representantes de universidades, entre outras.

19. Destaco também que este relator reuniu-se com vários segmentos da sociedade que são atores nessa arena política, inclusive, em dadas situações com dois ou três encontros. Cite-se a título de exemplo, a Comissão de Especialistas do Ministério da Educação, a Comissão de reitores das Universidades Federais, Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior – Andifes, Federação Nacional dos Médicos – Fenam e Associação Brasileira de Educação Médica – Abem.

20. Era o que havia de importante a informar.

II – ANÁLISE

21. Compete a esta Comissão Mista, nos termos do art. 62, §9º, da Constituição Federal, emitir parecer sobre a MPV 621, de 2013, antes de



sua apreciação, em sessões separadas, pelo Plenário de cada uma das Casas do Congresso Nacional.

22. Segundo o art. 5º da Resolução do Congresso Nacional nº 1, de 8 de maio de 2002, o pronunciamento da Comissão Mista deve abranger quatro aspectos: (a) a constitucionalidade da MPV; (b) sua adequação financeira e orçamentária, (c) o mérito da MPV e (d) o atendimento da regularidade formal da MPV, nos termos do §1º do art. 2º da citada Resolução.

23. A MPV preenche os requisitos exigidos na Constituição Federal (art. 62), uma vez que foi editada pela autoridade competente (Presidenta da República). A matéria possui relevância, uma vez que as deficiências no número de médicos, distribuição irregular, e carência no atendimento básico de saúde são, sem dúvidas, um dos grandes fatores (mas não exclusivos) que devem para a não efetivação plena do direito social à saúde, especialmente porque as ações e serviços de saúde são, por determinação constitucional, sempre de relevância pública (art. 197). Trata-se, demais disso, de tema marcado pela urgência, pois o acesso universal e integral ao sistema de saúde, com participação social e imperativa necessidade de ordenar a gestão, formação e educação permanente do setor saúde exige rapidez na tramitação, de modo a que venham a ser criadas, de pronto, as condições que favoreçam a implantação do sistema único de saúde (art. 198 e 200, III).

24. Do ponto de vista da adequação financeira e orçamentária, a MPV também é admissível, pois não prevê a realização de despesas imediatas, tendo sido encaminhadas, nos termos do §1º do art. 2º da Resolução nº1, de 2002, do Congresso Nacional, com a devida exposição de motivos.

25. Quanto ao conteúdo, a MPV em análise não incorre em nenhuma das vedações estabelecidas na Constituição. Relaciona-se a saúde e educação no nível superior, matérias para as quais não há qualquer



vedação constitucional, explícita ou implícita, quanto a sua vinculação por meio de medida provisória (art. 62, §1º).

26. Sob o prisma do mérito, consideramos oportuna e necessária a MPV.

27. A MPV, em linhas mais gerais, consubstancia um programa que pretende recrutar médicos brasileiros e de outros países para cobrir áreas suburbanas e do interior do Brasil onde, por um lado, há escassez de profissionais e, pelo outro lado, existe uma precariedade que provoca que inúmeros municípios careçam de atenção sanitária básica. Segundo dados da Rede Observatório de Recursos Humanos, mais de 1.900 municípios têm menos de 1 médico para 3 mil habitantes na Atenção Básica. E 700 municípios apresentam altos índices de insegurança por escassez de médicos: sendo que a maioria não tem sequer 1 médico residindo no município.

28. Mais especificadamente, o novo texto produz três novas mudanças na política sanitária e sua interface com o ensino da medicina que são de grande significação. A mais importante delas é a que promove, nas regiões prioritárias do SUS, aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde. Adicionalmente, a MPV tanto estabelece novos parâmetros para a ordenação da formação de recursos humanos médicos no Brasil, como quer reordenar a oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos.

29. De fato, uma nação que almeja alcançar patamares elevados de desenvolvimento social e humano só poderá concretizar esse anseio com maciços investimentos no setor saúde, notadamente porque vários autores afirmam que o SUS brasileiro é considerado *"o maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas no País"*.



30. Os números apresentados na exposição de motivos da MPV são robustos e dispensam delongas na análise sobre a escassez de médicos em várias regiões do Brasil, também expõem objetivamente a insuficiência da oferta de vagas nos cursos de Medicina. Completa o quadro o problema da má distribuição dos profissionais e dos serviços.

31. As dificuldades da interiorização da assistência são manifestações parciais de um fenômeno mais complexo e vinculado ao processo de mercantilização da saúde, cujas consequências na distribuição de profissionais e de serviços de saúde resultam, entre outras consequências, nas dificuldades de fixação de determinados profissionais, sobretudo de médicos. Seja no interior, seja em pequenos municípios ou nas periferias das grandes cidades, profissionais e serviços não se orientam pela lógica das necessidades de saúde, mas pelo mercado.

32. Um exemplo disso tem sido observado nos últimos anos e não atinge apenas o setor público. Hospitais privados de várias capitais e das maiores cidades têm encerrado as atividades dos seus serviços pediátricos. A explicação: o baixo retorno financeiro que os estabelecimentos obtêm com a pediatria, uma vez que o atendimento de crianças não agrega muito valor. Esse movimento tem sido ampliado, com o descredenciamento em massa de pediatras e alcança também outras especialidades médicas.

33. Outra questão mal solucionada diz respeito à suposta ineficiência dos serviços públicos, que somada à baixa qualidade e a escassez de oferta se impõem julgadas pela mídia (quase sempre de forma equivocada e tendenciosa) constroem no imaginário das pessoas uma situação permanente de crise na saúde pública e, ainda que ela exista, não há espaço na mídia para apontar as possibilidades de superá-la. O que se vê é a exaltação dos planos e serviços privados de saúde (elevados à condição de "sonho de consumo") dificultando ainda mais a construção do sistema público de saúde conforme previu a Constituição. Esse quadro também desestimula a opção dos egressos das faculdades de Medicina pelas carreiras públicas.



34. Nesse cenário, o Poder Executivo se vê diante da exigência de soluções concretas e, conquanto as melhores ações dos governos não surjam exatamente nos prazos exigidos pelas necessidades objetivas da população, isso não torna a discussão desta matéria menos auspiciosa. A proposta apresentada permitirá um aumento substancial na oferta de serviços e de médicos, o que traz um grande alento para o SUS. Além disso, a medida promove mudanças significativas na formação médica.

35. Todavia, para aperfeiçoar o texto da MPV – e até mesmo reformá-lo em alguns aspectos, no sentido de atender aos anseios da população brasileira, representada por este Congresso Nacional – acolhemos diversas emendas de autoria dos ilustres Pares, além do que propusemos ainda várias alterações que nos foram apresentadas e sugeridas por entidades e atores presentes na arena, na forma do Projeto de Lei de Conversão (PLV) apresentado ao final deste parecer.

36. No que diz respeito ao Capítulo da autorização para funcionamento de cursos de medicina (art. 3º da MPV), acatamos **as emendas nºs 178; 204;246;263;319;339;361;338;332;283;287;439**, na forma do PLV em anexo, para manter regras gerais que disciplinam a abertura de cursos de graduação em medicina dos estabelecimentos privados, estabelecimento de critérios sociais para o sistema público de saúde e de manifesto interesse público na abertura desses cursos, tomando o cuidado de não engessar, na lei, as definições e critérios meramente burocráticos, ou extrapolar regras para outras cursos que não estão na arena política em tela.

37. Destaque-se que a MPV estabelece que as novas regras de autorização para funcionamento dos cursos de graduação em medicina não se aplicam aos pedidos já protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação da MPV (art. 3º, §4º). Logo já contempladas no texto original e mantida no PLV em anexo as **Emendas nºs 89;141;179;205;245;265;494 e 526.**



38. No que tange o Capítulo da formação médica no Brasil (art.4º ao 6º da MPV), a linha adotada por esse parecer consigna que a reforma do sistema passa necessariamente pela resolução da crise do mercado médico, sendo que deverá existir uma adequação entre o número de médicos formados e a real necessidade de mercado. Impõe-se, então, a criação de um espaço público e de participação social de debate sobre a real necessidade de diferentes profissões, áreas de interseção de competência, qualificações, quantificação, entre outras. Criou-se, então, os fóruns de debate da instância de ordenação de recursos humanos, formação e educação permanente no SUS, interligado entre o sistema de formação médica no Brasil e as necessidades maiores do sistema público de saúde e outras profissões e atividades.

39. A participação de outros profissionais de saúde no processo de atenção à população precisa ser bem delimitada, evitando-se a dualidade de atuação e mesmo a existência de conflitos.

40. Parâmetros como o número de médicos, de especialistas, das especialidades, da qualificação do ensino, formação e ordenação necessitam ser conhecidos, servindo como base para o planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde, daí também a necessidade de criação do Cadastro Nacional de Especialista Médicos, a unificação da especialidade médica na modalidade de residência, preservando direitos adquiridos e obrigações.

41. As escolas médicas têm um papel decisivo na adequação do currículo, na observância das diretrizes curriculares visando à formação do que no passado chegou a ser chamado de médico generalista. Isso não exclui a participação da residência médica e sua forte influência na criação de campo do saber médico de modo a possibilitar uma forte base no geral para o especialista, para que haja o menor número possível de encaminhamentos entre profissionais, o que reduzirá custos para o sistema e prevenirá a iatrogenia.



42. Além disso, as escolas médicas e cursos de residência médica devem, junto com entidades governamentais e sociais, adequar o número de vagas para suprir o mercado local e regional, a médio e longo prazos.

43. As entidades sociais e governamentais, além do citado acima, têm o papel de fiscalização e avaliação da prática médica e do saber da saúde, de vital importância para a retroalimentação do sistema e a adoção de medidas de correção e atualização, novamente surgindo a importância da instância de ordenação de recursos humanos, formação e educação permanente do SUS.

44. Nessa linha e de modo amplo, adotou-se especialmente as **Emendas nºs 248 e 249, ambas do Deputado João Ananias**, englobando os pressupostos das **Emendas nº 11,19,26,36,73,310 e 345**, contemplando as **Emendas 3,52,158, 168,20,502**, na forma do PLV anexado.

45. Em suma, a medicina viveu e vive grandes transformações neste século, que fizeram com que as categorias profissionais ligadas à área da saúde obtivessem avanços importantes, melhorando o perfil dos seus profissionais e trazendo retornos valiosos para a população em termos de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

46. Nada obstante, deixou-se de discutir a questão da quantificação e qualificação dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento de diversos programas e serviços para determinadas populações, ou, de uma maneira mais objetiva, deixou-se de quantificar o mercado e suas necessidades. Este foi o caso ocorrido com a categoria médica: em nosso País, o número de vagas de graduação e especialização para esses profissionais é deficitário para o atendimento à população.

47. Por incompatibilidade com a tese arguida, rejeitam-se as **Emendas nº 12,33,46,43,68,64,75,96,139,133,167,171,175,203,253, 299,306,281,336,356,415,444,471,562,295,562,506,317,163,9,25,5**



3,80,81,122,123,124,128,129,160,165,169,235,254,255,289,291,293,297,308,340,363,480,501,533,534,535,537, 40,41,42,396,545.

48. Vale acrescentar que o PLV em anexo, especificadamente sobre bolsa e ajuda de custo no âmbito da residência médica amplia os incentivos previstos na MPV, inclusive para os preceptores e docentes, uma vez que reforça a busca por formar profissionais médicos, por meio da educação em serviço, para o desempenho de suas atividades no Sistema Único de Saúde, tendo por base o modelo da Residência de Família e da Comunidade.

49. O escopo é desenvolver a prática de saúde da família e da comunidade, alicerçada na concepção da vigilância da saúde, entendida como uma resposta social organizadas situações, por meio da combinação das estratégias de intervenção de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e atenção. Logo, contempla-se as **Emendas nºs 18, 76,39,60,43, 378,403,384.**

50. Por sua vez, afastam-se as Emendas que mitigam tal escopo, criando inviabilidades financeiras, obstáculos administrativos ou até despesas e gastos para o Poder Executivo sem indicação de fonte de receita. Tratam-se das Emendas que, no geral, majoram o valor da bolsa, estabelece a acumulação entre bolsa e remuneração, suprime dispositivos que garantem o pagamento da bolsa, entre outras situações. **Emendas nºs 28,34,66,76,250,35,77,47,65,298,24,74,257,81,103,156,181,190,272,286,234,323,347,374,417,423,474,491,566,108,150,209,230,274,326,142,183,227,212,278,360,154,420,481,422,224,310,340,346,369,378,403,384,422,551,470,376,406,435,460,498,555,398,437,506,531,538.**

51. Ademais, o MPV também fixa os requisitos para implantação de um programa de graduação e de Residência Médica por meio de infraestrutura dos serviços, dinâmica dos serviços, programa pedagógico e avaliação periódica. Inclui o Contrato Organizativo de Ação Pública Saúde-E ensino no contexto e como vetor que possibilita o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-



serviço, bem como a reordenação de vagas de curso de graduação e residência em regiões com carência na atenção básica viabilizando condições de ofertar campo de prática e suficiente qualidade para os alunos.

52. Com efeito, diante dos requisitos anteriormente noticiados para os cursos de graduação e residência, do Contrato de Ação Pública e das metas assinaladas, na forma do PLV em anexo, atende-se ao escopo das **Emendas nºs 17, 32, 50, 91, 93, 137, 180, 206, 243, 266, 381, 479, 493, 443, 131, 270, 284, 340, 380, 400, 442, 475, 508, 560, 563 e 564.**

53. No que tange ao registro provisório e ao exame do revalida, o PLV anexado expressa que o médico intercambista exercerá a medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, a revalidação de seu diploma, bem como que para o exercício da medicina pelo médico intercambista no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil será expedido registro provisório pelo Conselho Profissional, permitindo o exercício da medicina a partir da data do protocolo do pedido de registro. Dessarte, por um lado, **contempla-se as Emendas que tratam do registro provisório** e, pelo outro lado, estão **rejeitadas as Emendas que exigem revalidação do diploma** para médicos estrangeiros.

54. Serão fornecidas carteiras de trabalho à companheira e dependentes legais, se necessário; além de passagens aéreas ao médico brasileiro e estrangeiro e a até dois de seus dependentes legais (incluindo companheiro e companheira). Os dependentes somente poderão dirigir-se à cidade do médico após o período de imersão (os primeiros 21 dias do programa). O valor da bolsa é de R\$ 10.000, mais alimentação e moradia.

55. Assegura-se a inscrição na Previdência Social aos médicos brasileiros. Aos médicos estrangeiros, será oferecida vinculação especial, respeitando aos acordos internacionais de seguridade social.

56. Logo, **afastam-se Emendas** que buscam criar o vínculo celetista como regime jurídico do Programa em tela ou que aumentam despesas para o Poder Executivo.



57. Merece ser salientado que o PLV em apreço explicitou que os médicos estrangeiros estão submetidos às leis nacionais de responsabilização profissional, ética, civil e penal, inclusive de responsabilidade por seus atos no exercício profissional. Por conseguinte, de algum modo abarcam-se os pressupostos mais amplos das **Emendas nºs 326, 329, 398, 30, 56, 72, 98, 106, 136, 151, 177, 189, 197, 258, 261, 371, 395, 408, 411, 429, 430, 440, 445, 463, 467, 496, 499, 512, 540, 544, 599, 561, 565.**

58. E para evitar que se deixe de pronunciar sobre algum tópico, existem algumas emendas que exigem a proficiência em língua portuguesa e a tradução juramentada dos documentos estrangeiros. É importante considerar que a MPV dispensa apenas o pagamento das taxas consulares. E mais, na esfera do mundo real, no campo das relações sociais concretas e não formais-jurídicas, existe algum sentido para a exigência de tradução juramentada? No presente caso, tal exigência é simplesmente burocrática, uma vez que pressupõe a veracidade do documento expedido por órgão público que passou pelo consulado. **Rejeitam-se as Emendas correspondentes.**

59. No que se refere à proficiência em língua portuguesa, denota-se que o texto original da MPV, mantido no PLV anexado, disciplina a matéria, de modo que se trata de exigência básica e será conteúdo do processo de avaliação dos médicos submetidos ao programa.

60. Por fim, pouco resta a acrescentar senão algumas ligeiras considerações:

61. Ao determinar que a saúde é um dever do Estado, a ser garantido através de políticas econômicas ou sociais que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos à saúde, a Constituição Federal de 1988 determinou que compete ao Estado prever os riscos que existem na sociedade e que podem causar doenças ou agravos à saúde e adotar as medidas necessárias para evita-los ou reduzi-los as doenças ou os agravos previstos.



62. Trata-se de uma função eminentemente preventiva do Estado, voltada à segurança sanitária. O Estado deve atuar contra os riscos inerentes à vida em sociedade que guardam relação com a saúde da população e tomar as medidas cabíveis para reduzir ao máximo os riscos existentes. Logo, a MPV em apreço participa dessa importante missão através do fornecimento do arcabouço jurídico de um programa que irá orientar e organizar a ação estatal no setor saúde, influenciando até nos instrumentos de formação e ensino da prática médica no Brasil.

63. Ainda dentro do objetivo de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde da população, a presente MPV, além de condicionar e proibir condutas, também orienta os poderes públicos para a adoção de medidas concretas que identifiquem os possíveis riscos à saúde que podem existir na sociedade e para que os órgãos públicos responsáveis adotem as medidas cabíveis para tentar evitar que o risco se concretize ou reduzir os possíveis danos que os riscos identificados certamente irão causar, daí exsurge o Programa Mais Médicos e sua faceta de Mais Médicos para o Brasil.

III – VOTO

Pelas razões expostas, o voto é pela **constitucionalidade e juridicidade da MPV nº 621, de 2013**, bem como **pelo atendimento dos pressupostos de relevância, urgência e adequação financeira e orçamentária**. No mérito, votamos pela aprovação da MPV, com acolhimento das emendas anteriormente noticiadas no contexto da análise deste parecer e pela rejeição das demais emendas, na forma do seguinte **projeto de lei de conversão**.

Sala das Comissões, em



PROJETO DE LEI DE CONVERSÃO Nº , DE 2013
(Proveniente da Medida Provisória nº 621, de 2013)

Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art.1º Fica instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde - SUS e com os seguintes objetivos:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art.2º Para consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

- I - reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e



médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País;
e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art.3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliativos necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§1º. Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput, deverá ser considerada, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de medicina; e



II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

- a) atenção básica;
- b) urgência e emergência;
- c) atenção psicossocial;
- d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- e) vigilância em saúde.

§2º. Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer, para a instituição de educação superior vencedora do chamamento público, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em medicina.

§3º. O edital previsto no inciso IV do caput observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos, exigirá garantia de proposta do participante, e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto respectivamente no art. 56 e no inciso II do caput do art. 87 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993.

§4º. O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Medida Provisória.

§5º. Ato do Ministro de Estado da Educação disporá sobre a autorização de criação de cursos de medicina oriundos dos hospitais de ensino que atendam todos os requisitos do §1º, inciso II, deste artigo, e que também possuam residência médica em no mínimo dez especialidades e que mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.



CAPÍTULO III DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art.4º O funcionamento dos cursos de medicina ficam sujeitos à observância de diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

§1º. Ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação será desenvolvida na atenção básica e em serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§2º. As atividades de internato na Atenção Básica, em Serviço de Urgência/Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 28 desta Lei.

Art.5º Os programas de residência médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o *caput* é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art.6º Para fins do cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de programas de residência médica nas seguintes modalidades:

- I – Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade; e
- II – Programas de residência médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:



- a) genética médica;
- b) medicina do tráfego;
- c) medicina do trabalho;
- d) medicina esportiva;
- e) medicina física e reabilitação;
- f) medicina legal;
- g) medicina nuclear;
- h) patologia; e
- i) radioterapia.

Art.7º A Residência em Medicina de Família e Comunidade terá duração mínima de dois anos.

§ 1º. O primeiro ano da Residência em Medicina de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes programas de residências médicas:

- a) medicina interna (clínica médica);
- b) pediatria;
- c) ginecologia e obstetrícia;
- d) cirurgia geral;
- e) psiquiatria;
- f) infectologia;
- g) ortopedia;
- h) traumatologia;
- i) anestesiologia;
- j) cirurgia pediátrica;
- k) neurocirurgia e
- l) cirurgia cardiovascular.

§2º. Será necessária a realização de um a dois anos de Residência em Medicina de Família e Comunidade para os demais programas de



residências médicas, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residências Médicas – CNRM, excetuando-se os programas de residência médica de acesso direto.

§3º. O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§4º. Os programas de Medicina de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do Sistema Único de Saúde, como as atuações na área de Urgência e Emergências, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§5º. O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art.8º As bolsas de residência em Medicina de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Art.9º Fica instituída a avaliação específica para curso de graduação em medicina, sob a modalidade de teste de progresso, a cada dois anos, a ser implementada no prazo de dois anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§1º. Fica instituída avaliação específica para os programas de residência médica, anualmente, a ser implementada no prazo de dois anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep, no âmbito do sistema federal de ensino.



Art.10 Os cursos de graduação em medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definida em resolução do Conselho Nacional de Educação – CNE, aprovado pelo Ministro de Estado da Educação.

§1º. O CNE terá o prazo de cento e oitenta dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o **caput** ao Ministro de Estado da Educação.

Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde, ouvida a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

SEÇÃO ÚNICA

DO CONTRATO DE ORGANIZAÇÃO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE

Art.12 Será estabelecido contrato organizativo da ação pública ensino-saúde entre os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, e as instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de medicina e dos programas de residência médica, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de medicina, de vagas de residência médica, a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da atenção básica.

§1º. Este contrato estabelecerá garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área da saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica.



§2º. Caberá às autoridades mencionadas no caput, em acordo com a instituição de educação superior e os programas de residência médica, a designação de médicos preceptores da rede de serviços de saúde e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de medicina ou programa de residência médica.

§3º. Este contrato estabelecerá outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da Integração ensino-serviço, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço, deliberando essas decisões nas Comissões Intergestores Regionais, nas Comissões Intergestores Bipartite, e na Comissão Intergestores Tripartite.

§4º. Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão as ações necessárias para assegurar a pactuação de contratos organizativos de ação pública ensino-saúde.

CAPÍTULO IV

DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art.13 Fica instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

- I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e
- II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§1º. A seleção e ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observará a seguinte ordem de prioridade:



- I – Médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País;
- II – Médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; e
- III – Médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior.

§2º. Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

- I – Médico participante, médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e
- II – Médico intercambista, médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da medicina no exterior.

§3º. A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, 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.

Art.14 O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§1º. O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até três anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.



§2º. A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à aprovação nas avaliações periódicas.

Art.15 Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

- I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;
- II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e
- III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§1º. São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

- I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;
- II - apresentar habilitação para o exercício da medicina no país de sua formação; e
- III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da atenção básica em saúde do Ministério da Saúde.

§2º. Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art.16 O médico intercambista exercerá a medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, a revalidação de seu



diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

§1º Fica vedado ao médico intercambista o exercício da medicina fora das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

§2º A declaração de participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, fornecida pela coordenação do programa, é condição necessária e suficiente para a expedição de registro provisório pelos Conselhos Regionais de Medicina, não sendo aplicável o art. 99 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, e o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§3º O registro provisório será expedido pelo Conselho Regional de Medicina mediante requerimento da coordenação do programa de aperfeiçoamento, e terá validade restrita à permanência do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do regulamento.

§4º Fica o médico intercambista habilitado para o exercício da medicina a partir da data do protocolo do requerimento de que trata o §3º.

§5º O médico intercambista registrado provisoriamente estará sujeito à fiscalização e ao pagamento das anuidades estabelecidas pelo Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, conforme legislação aplicável aos médicos inscritos em definitivo.

§6º O médico intercambista não participará das eleições do Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito.



§7º. O médico intercambista sujeita-se a responsabilização ética prevista no respectivo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, sem prejuízo da responsabilidade civil e penal conforme legislação nacional.

Art.17 As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art.18 O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de três anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no §1º do art. 17, mediante declaração da coordenação do projeto.

§1º. O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§2º. Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§3º. É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§4º. Aplicam-se os arts. 30, 31 e 33 da Lei no 6.815, de 1980, ao disposto neste artigo.

Art.19 Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e



III - bolsa-tutoria.

§1º. Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de três bolsas-formação.

§2º. Fica a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§3º. Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art.20 O médico participante enquadra-se 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.

Parágrafo único. Ficam ressalvados da obrigatoriedade de que trata o caput os médicos intercambistas:

- I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou
- II - filiados a regime de seguridade social no seu país de origem, que mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art.21 Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Medida Provisória e nas normas complementares:

- I - advertência;



II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§1º. Na hipótese do inciso III do caput, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§2º. Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§3º. No caso de médico intercambista, o desligamento do programa implicará o cancelamento do registro provisório e do registro de estrangeiro.

§4º. Para fins do disposto no § 3º, a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao Conselho Regional de Medicina e ao Ministério da Justiça.

Art.21 As demais 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.

§1º. As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.



§2º. Aplica-se o disposto nos arts. 16, 18, 19 e 20 aos projetos e programas de que trata o caput.

CAPÍTULO V

DA ORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

Art.23. A ordenação de recursos humanos na área da saúde será realizada pelo Ministério da Saúde, assessorado pelo Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde, de caráter consultivo, propositivo e permanente, que tem as seguintes finalidades:

- I – propor as diretrizes relacionadas à competência de cada profissão e especialidade em saúde;
- II – propor o dimensionamento da necessidade de vagas e cursos em nível de graduação e pós-graduação das profissões em saúde;
- III – propor diretrizes de carreira e dimensionamento da quantidade de profissionais e especialistas em saúde, compreendendo o campo da gestão e atenção à saúde, a sua distribuição geográfica e fixação;
- IV – propor critérios para a certificação e recertificação profissional;
- V – propor diretrizes da educação profissional permanente;
- VI – propor arranjos de cenários de ensino para a formação na graduação e na pós-graduação em saúde;
- VII – Acompanhar o cumprimento da meta estabelecida no art. 5º desta Lei.

Art.24 O Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde será composto por Câmaras Temáticas, cuja composição e funcionamento serão definidos em regimento interno aprovado pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Será garantida a participação no Fórum Nacional de que trata o **caput** de representantes dos seguintes órgãos e entidades:

- I – Ministério da Saúde;
- II – Ministério da Educação;



- III – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
- IV – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS;
- V – entidades representativas de caráter nacional dos profissionais de saúde;
- VI – entidades de educação de caráter nacional relacionadas às profissões de saúde;
- VII – entidades representativas de caráter nacional dos estudantes das profissões de saúde;
- VIII – conselhos profissionais das profissões de saúde;
- IX – Conselho Nacional de Saúde – CNS.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.25 Para execução das ações previstas nesta Medida Provisória, 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.

Art.26 Ficam transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, cento e dezessete Funções Comissionadas Técnicas - FCT, criadas pelo art. 58 da Medida Provisória no 2.229-43, de 6 de setembro de 2001, do nível FCT-13, em dez cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, sendo dois DAS-5 e oito DAS-4.

Art.27 Ficam os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial



federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Medida Provisória.

Art.28 Fica a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH autorizada a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais, e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a Lei no 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Art.29 Será concedida bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Integram as diretrizes gerais para o processo de avaliação de desempenho para fins de progressão e de promoção de que trata o art. 12, § 4º, da Lei 12.772, de 28 de dezembro de 2012, a serem estabelecidas em ato do Ministério da Educação, o exercício profissional no Sistema Único de Saúde, na área de docência do professor, a preceptoria de que trata esta Lei e o exercício de atividade nos programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

Art.30 Os médicos participantes e seus dependentes legais ficarão isentos do pagamento das taxas e emolumentos previstos nos arts. 20, 33 e 131 da Lei no 6.815, de 1980, e no Decreto-Lei no 2.236, de 23 de janeiro de 1985.

Art.31 Para os efeitos do art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, os valores percebidos a título de bolsa prevista nesta Medida Provisória e na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, não caracterizam contraprestação de serviços.



Art.32 O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Medida Provisória observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§1º. 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.

§2º. O Sistema Único de Saúde terá o prazo de dez anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a ser definida nos Planos Plurianuais.

§3º. As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Medida Provisória correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no Orçamento Geral da União.

Art.33 Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Medida Provisória.

Art.34 A Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 2o

.....
XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde - SUS, mediante integração ensino-serviço, respeitados os limites e as condições



fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento,
Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

....." (NR)

"Art. 4º

.....

IV - três anos, nos casos das alíneas "h" e "l" do inciso VI e dos
incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2º desta Lei;

.....

Parágrafo único.

.....

V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2º, desde que o
prazo total não exceda seis anos; e

....." (NR)

Art.35 O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar
acrescido dos seguintes parágrafos:

Art. 1º (...)

§3º. A residência médica constitui modalidade única de certificação
das especialidades médicas do Brasil.

§4º Excetuam-se do disposto no parágrafo anterior as certificações
de especialidades médicas concedidas por associações médicas até
o ano de 2020.

§5º. As instituições de que trata o caput 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.

....." (NR).



Art.36 As entidades ou associações médicas que até a data da publicação desta Lei ofertam cursos de especialização, não caracterizados como residência médica, encaminharão a relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde, para os fins previstos no §5º, art. 1º, da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Art.37 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, em

Deputado ROGÉRIO CARVALHO
Relator