



Gabinete do Senador Mozarildo Cavalcanti

Medida Provisória n.º 621, de 2013

“Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências”

Autor: Presidente da República

Relator: Deputado Rogério Carvalho

Voto em Separado do Senador Mozarildo Cavalcanti.

I – RELATÓRIO

Vem à análise desta Comissão Mista a Medida Provisória (MPV) n.º 621, de 9 de julho de 2013, que “Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências”.

Conforme a Exposição de Motivos Interministerial n.º 00024/2013 MS MEC MP, que acompanha e instrui a MPV, a medida institui o Programa Mais Médicos, 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 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”.

Como justificativas para a adoção da Medida Provisória, a exposição de motivos alega, dentre outras, que:

- I. a proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes encontrada no Brasil é inferior ao constatado em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou em países com sistemas universais de saúde;
- II. para que o Brasil alcançasse esses países na relação de médicos por habitante seriam necessários mais 168.424 médicos, o que na atual taxa de crescimento só seria viável em 2035;
- III. 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;
- IV. uma das explicações para esse quadro de distribuição dos médicos está relacionada ao número insuficiente de vagas nos cursos de graduação em medicina;



- V. diante dos dados apresentados, é encontrado 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;
- VI. 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;
- VII. 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 remotas.

II – ANÁLISE

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 pelo Plenário de cada uma das Casas do Congresso Nacional, separadamente.

Segundo o art. 5º da Resolução do Congresso Nacional nº 1, de 8 de maio de 2002, o pronunciamento da Comissão Mista deve abranger os aspectos da constitucionalidade, adequação financeira e orçamentária, o mérito e o atendimento da regularidade formal da Medida Provisória, nos termos do §1º do art. 2º da citada Resolução.

Concordamos com o nobre relator no tocante ao preenchimento, pela Medida Provisória, dos requisitos exigidos no art. 62 da Constituição Federal, inclusive quanto à adequação financeira e orçamentária da Medida Provisória 621, de 2013.

No mérito, entretanto, temos opiniões divergentes.



Dentre tantos outros problemas que afligem a saúde pública, e também a privada, no Brasil a Medida Provisória em tela cuida basicamente de dois: o quantitativo e a distribuição do contingente de médicos nas localidades brasileiras, com ênfase naquelas mais afastadas dos grandes centros.

Ocorre que a saúde também padece de outros problemas graves, e a ótica dada pelo Projeto de Lei de Conversão proposto pelo nobre relator não busca uma solução global para a questão.

Pretendo com o presente Voto em Separado, incluir no texto da Medida Provisória:

i) maiores exigências para a autorização, o reconhecimento e a renovação dos cursos superiores de graduação em medicina;

ii) a previsão de revalidação de diplomas de médicos estrangeiros, e de brasileiros formados no exterior, para a prorrogação da permanência destes no programa mais médicos, e;

iii) imprimir maior celeridade para que o Governo Federal implemente melhorias estruturais nas unidades de atendimento médico-ambulatorial de todo o país, garantindo um mínimo de recursos para este fim.

A primeira mudança pretendida se justifica pelo aumento exponencial do número de cursos de medicina no país e a prevista pelo Programa Mais Médicos. É importante garantir que esta expansão mantenha padrões de qualidade para a própria segurança da população, que merece não somente o atendimento, mas ser atendido com qualidade.

A próxima modificação vai ao encontro da primeira. Acreditamos que após passada a emergência da falta da presença do profissional médico se deve pensar também na qualidade do atendimento prestado por este. No auge da necessidade a presença do médico faz-se premente, num segundo momento devemos pensar no tipo de médico que o Estado esta oferecendo para a população. Nesse sentido inserimos a obrigatoriedade da revalidação do diploma do médico



estrangeiro e do brasileiro formados no exterior no momento da prorrogação de sua permanência no Projeto Mais Médicos.

Finalmente, e entendendo não se encerrar aí mas é o possível dentro do escopo da Medida Provisória, um prazo de cinco anos para que o governo garanta o mínimo de infraestrutura física e de equipamentos em todas as unidades básicas de saúde, prevendo a não diminuição dos recursos aplicados para este fim, bem como uma metodologia para que estes recursos sejam aumentados.

Neste último tópico pretendemos fazer algumas observações no sentido de demonstrar que o problema da saúde brasileira não se encerra somente na falta de médicos enquanto o governo diminui investimentos na área. Em 1990 o governo federal gastava 1,70% do Produto Interno Bruto – PIB com saúde, em 2010 este percentual chegou a 1,68% do PIB, representando apenas 4,1% de todos os gastos federais. Então não é somente a falta de médicos, mas também a falta de investimentos no setor por parte, principalmente, do governo federal.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde - OMS, o gasto anual dos governos (federal/estadual/municipal) com a saúde de cada brasileiro é de US\$ 477. Um patamar inferior à média mundial (US\$ 716) e apenas uma fração do que países ricos destinam a seus cidadãos. Em Luxemburgo, por exemplo, que lidera a lista, o governo gasta, por ano, US\$ 5,8 mil na saúde de cada habitante. Países vizinhos como Argentina e Chile, que não se propõem a oferecer um regime universal como o SUS, investem em saúde, respectivamente, os valores de US\$ 869 e US\$ 607.

Esse baixo nível de investimento em saúde já demonstra reflexos estatísticos. Um deles é a diminuição do número de leitos hospitalares para cada 1000 habitantes, que em 1990 era de 0,87 e chegou a 0,80 em 2009, segundo dados do DATASUS.

Outro aspecto que vale ressaltar é que o governo espera o cidadão ficar doente. Enquanto que se investe R\$ 167,69 per capita em procedimentos de alta e média complexidade, investe-se somente R\$ 71,42 em procedimentos de atenção básica. Essa equação deve ser invertida, as ações de prevenção e atenção básica à saúde não somente trará melhoras à saúde geral da população brasileira como também economia para os cofres públicos.



Gabinete do Senador Mozarildo Cavalcanti

Desta forma, concluímos que a solução do problema passa também pela melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde.

III – VOTO

Pelo exposto, não obstante concluirmos 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, discordamos do nobre relator pela falta de abordagem de pontos que achamos cruciais para dar início na solução dos problemas mais graves da saúde da população brasileira.

Concordamos também com as decisões do nobre Relator em relação às emendas apresentadas, a qual incorporamos ao nosso voto.

Assim sendo, apresentamos o Voto em Separado em tela na forma do seguinte projeto de lei de conversão.

Sala das Comissões, em 24 de setembro de 2013.

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:



CAPITULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

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 e melhorar 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;

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; e,

IV – reestruturação física e de equipamentos das unidades de atenção básica à saúde.

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;

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.

III - A autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos superiores de graduação em Medicina deverão obrigatoriamente considerar, sem prejuízo das exigências estabelecidas ao sistema de ensino:

a) os seguintes critérios de qualidade:

1. a existência de infraestrutura adequada, incluindo biblioteca, laboratórios, ambulatorios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de medicina;

2. o acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

3. um quinto do corpo docente em regime de tempo integral e um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado.



4. corpo docente e técnico com capacidade de desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares do curso em questão, aferida por publicações científicas.

b) a necessidade social do curso para

1. a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos a:

2. a relação número de habitantes por número de profissionais no município em que é ministrado o curso e nos municípios de seu entorno;

3. a descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, e de serviços de saúde, ambulatoriais, hospitalares e programas de residência em funcionamento na região.

4. a inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

c) o pronunciamento, em caráter consultivo, do respectivo conselho federal de fiscalização do exercício profissional.

d) para os cursos de medicina requer-se, adicionalmente, hospital de ensino público ou privado, próprio ou conveniado.

§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.



Gabinete do Senador Mozarildo Cavalcanti

§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 Lei.

§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.



Gabinete do Senador Mozarildo Cavalcanti

§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.

Parágrafo Único. 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. A permanência de cada participante do projeto terá o prazo de 3 (três) anos, prorrogáveis por igual período, de acordo com a conveniência da administração;

§3º. 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.

§4º. 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.

§1º. É dispensada, para ingresso inicial no Projeto Mais Médicos, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

§2º. Após os 3 (três) primeiros anos de participação no Projeto o médico intercambista e o médico brasileiro formado no exterior que pretendam prorrogar sua participação no mesmo, deverão se submeter ao processo de revalidação de seu



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

§3º Fica vedado ao médico intercambista o exercício da medicina fora das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

§4º 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 nos primeiros 03 (três) anos, o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§5º O registro provisório será expedido pelo Conselho Regional de Medicina mediante requerimento da coordenação do programa de aperfeiçoamento, e terá validade de 03 (três) anos, restrita à permanência do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do regulamento.

§6º Fica o médico intercambista habilitado para o exercício da medicina a partir da data do protocolo do requerimento de que trata o §3º.

§7º 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.

§8º O médico intercambista não participará das eleições do Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito.

§9º. 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 Lei 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.22 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 Lei, 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 Lei.

Art.28 Fica a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH 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 Lei 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 Lei 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 cinco anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a ser definida nos Planos Plurianuais.

§3º. Os valores alocados para o cumprimento do disposto no §2º deste artigo serão reajustados anualmente na mesma proporção do aumento do Produto Interno Bruto – PIB, garantindo-se o mínimo de 1% caso o índice de reajuste seja menor.

§4º. 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.



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

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)



Gabinete do Senador Mozarildo Cavalcanti

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 Excetua-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.

Senador MOZARILDO CAVALCANTI