



REQUERIMENTO Nº – CDR, DE 2016

Requeiro, com fundamento no art. 58, § 2º, inciso II, da Constituição Federal, e nos arts. 90, inciso II, e 93, inciso II, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), a realização de uma série de audiências públicas, no âmbito da Comissão de Desenvolvimento Regional e Turismo (CDR) para debater o Programa Mais Médicos e o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Por oportuno, sugiro que cada audiência seja organizada para contemplar um aspecto do tema e que sejam convidados a expor seus pontos de vista sobre o assunto representantes de órgãos e entidades escolhidos em função dos diferentes enfoques a serem abordados, conforme a sugestão a seguir apresentada.

Para falar sobre os temas *Panorama Atual da Criação de Novos Cursos de Medicina e Residência Médica e Especialização dos Profissionais de Saúde: Especialidades x Medicina Social e Comunitária*, sugerimos convidar representantes dos seguintes órgãos e entidades: 1) Ministério da Saúde; 2) Ministério da Educação; 3) Conselho Nacional de Saúde; 4) Conselho Nacional de Educação; 5) Conselho Federal de Medicina; 6) Universidades Públicas e Privadas (que tenham solicitado autorização para oferecer Curso de Medicina em diferentes Estados e Regiões do Brasil); 7) Associação Médica Brasileira; 8) Associação Nacional de Médicos Residentes; 9) Antônio Geraldo da Silva – Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria; 10) Sra. Leontina da Conceição Margarido – Presidente do Departamento de Dermatologia da Associação Paulista de Medicina.

Para falar sobre os temas *Questões Trabalhistas do Projeto Mais Médicos para o Brasil, Precarização do Trabalho Médico no Sistema Único de Saúde e Perspectivas de Criação da Carreira de Médico de Estado*, sugerimos convidar representantes dos seguintes órgãos e entidades: 1) Ministério da Saúde; 2) Ministério do Trabalho; 3) Ministério Público do Trabalho; 4) Conselho Nacional de Saúde; 5) Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 6) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; 7) Conselho Federal de Medicina.

Para falar sobre *Dificuldades Operacionais, Resultados Positivos e Negativos, Fiscalização e Controle do Projeto Mais Médicos para o Brasil*, sugerimos convidar representantes dos seguintes órgãos e



entidades: 1) Ministério da Saúde; 2) Conselho Nacional de Saúde; 3) Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 4) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; 5) Conselhos de Saúde Municipais; 6) Associações de Usuários do SUS; 7) Conselhos Regionais de Medicina; 8) Tribunal de Contas da União; 9) Advocacia-Geral da União.

Para falar sobre os temas *Críticas e Questionamentos sobre o Convênio do Ministério da Saúde com a OPAS, Prorrogação do Prazo de Exercício Profissional da Medicina sem Revalidação de Diploma e Aspectos Financeiros e Orçamentários do Programa Mais Médicos*, sugerimos convidar representantes dos seguintes órgãos e entidades: 1) Ministério da Saúde; 2) Organização Pan-Americana da Saúde; 3) Ministério de Relações Exteriores; 4) Ministério da Defesa; 5) Ministério do Planejamento; 6) Conselho Federal de Medicina; 7) Ministério Público da União; 8) Controladoria-Geral da União; 9) Tribunal de Contas da União.

JUSTIFICAÇÃO

O Programa Mais Médicos, instituído pela Medida Provisória (MPV) nº 621, de 8 de julho de 2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, tem a finalidade principal de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e os seguintes objetivos:

- I) reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS;
- II) fortalecer a atenção básica em saúde;
- III) aprimorar a formação médica;
- IV) aprofundar a inserção dos médicos na realidade de saúde do País;
- V) fortalecer a integração ensino-serviço;
- VI) promover a troca de conhecimentos e experiências entre médicos formados no Brasil e no exterior;
- VII) ampliar a participação dos médicos nas políticas públicas de saúde e no funcionamento do SUS;
- VIII) estimular a realização de pesquisas no âmbito do SUS.

Para a consecução desses objetivos, são adotadas três ações:

- I) reordenamento da oferta dos cursos de medicina e de vagas na residência, de forma a conferir prioridade às regiões com menor relação de vagas e médicos por



- habitante, desde que possuam condições de oferecer a estrutura correspondente;
- II) estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica;
 - III) promoção do aperfeiçoamento dos médicos em regiões prioritárias do SUS, por meio da integração ensino-serviço, inclusive do intercâmbio internacional.

A despeito de seus objetivos meritórios e da aparente razoabilidade dessas três ações previstas na Lei, há incontáveis polêmicas e questionamentos sobre a formulação, estruturação e condução do Programa Mais Médicos.

No âmbito da primeira ação, a Lei estabelece regras para a abertura de cursos de Medicina em instituições educacionais privadas. Com base nessas regras, cabe ao Ministério da Educação (MEC) fazer o chamamento público para a seleção dos municípios nos quais será autorizada a abertura de novos cursos, levando em consideração a necessidade social da oferta e a existência de equipamentos públicos adequados para a atenção básica, a atenção às urgências e emergências, a atenção psicossocial, a atenção ambulatorial especializada e hospitalar, bem como a vigilância em saúde.

Cabe ao MEC respeitar esses critérios técnico-legais e fazer com que eles prevaleçam sobre a pressão política. No entanto, artigos publicados na mídia, em 2015, denunciaram que a maior parte dos novos cursos de medicina está na Região Sudeste, que, historicamente, concentra a maior quantidade de médicos em todo o país.

Já de plano percebe-se a importância de a Comissão de Desenvolvimento Regional e Turismo (CDR) capitanear os debates sobre o tema. De acordo com o art. 104-A do RISF, matérias atinentes a planos e programas de desenvolvimento regional - seja econômico, seja social - se incluem no círculo de competência e de afinidade temática da CDR. Com efeito, o dispositivo confere à CDR um papel destacado no debate público-parlamentar, tendo em vista que a Constituição Federal alçou a redução das desigualdades regionais e sociais a objetivo fundamental da República. Sendo certo que a primeira das desigualdades a ser eliminada - ou ao menos reduzida - é a desigualdade no plano da saúde pública. Daí se afirmar que não é possível pensar em saúde pública senão em termos tão nacionalmente uniformes quanto qualitativamente elevados.

Nesse sentido de apuração técnica da prática médica no País, a segunda ação propõe o estabelecimento de novos parâmetros para a



formação médica. Com tal finalidade, a Lei do Programa Mais Médicos altera a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que *dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências*, para estabelecer que: a residência médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas do Brasil; as certificações de especialidades médicas concedidas pelos programas de residência médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS); essas instituições deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar ao Ministério da Saúde (MS) formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública.

Essa ação é objeto de controvérsias. A ideia de “especializar” 80% dos médicos formados no País em medicina social e comunitária contraria a realidade atual da assistência médica brasileira, que demanda, inegavelmente, a atuação intensiva de especialistas em todas as outras áreas do conhecimento médico. Assim, o modelo adotado pelo Programa Mais Médicos pode estar equivocado e acarretar desperdício de tempo e de recursos, pois apenas uma pequena proporção da força de trabalho médico irá atuar na área da medicina social e comunitária.

A terceira ação acima mencionada foi a que teve a maior repercussão junto à opinião pública. A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, criou, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), sob a coordenação dos Ministérios da Educação e da Saúde, que consiste na oferta de cursos de especialização, por instituição pública de educação superior, e envolve atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial. O curso tem duração de três anos, mas pode ser prorrogado por mais três anos, caso sejam ofertadas outras modalidades de formação.

As vagas nos cursos de especialização são oferecidas a médicos graduados no Brasil ou no exterior, com ou sem diploma revalidado no País, que integram o Projeto na categoria de “médico participante”. O médico graduado no exterior, habilitado a exercer a medicina em país estrangeiro, porém sem diploma revalidado no Brasil, constitui a subcategoria de médico participante chamada de “médico intercambista”.

A Lei autoriza os Ministérios da Educação e da Saúde a firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições nacionais e estrangeiras de educação superior, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e



entidades privadas, inclusive com transferência de recursos, para executar as ações nela previstas.

Com fundamento nessa determinação, o Ministério da Saúde firmou o termo de ajuste com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a contratação de médicos cubanos intercambistas.

Dessa forma, após a publicação da medida provisória que deu origem à Lei nº 12.871, de 2013, a expressão “Mais Médicos” passou a ser sinônimo de “médicos cubanos”. Porém, como se depreende das explicações anteriormente fornecidas, o Programa Mais Médicos é mais amplo que o PMMB, o qual, por sua vez, também é mais abrangente do que o acordo de cooperação com a OPAS para viabilizar a vinda dos médicos cubanos.

Logo de início, o PMMB ganhou destaque na imprensa de todo o País, que denunciou o arranjo leonino por meio do qual os médicos cubanos ficam com uma pequena parcela da bolsa destinada aos intercambistas, enquanto a maior parte vai para o Governo cubano. Várias propostas de lei foram apresentadas para mudar essa situação, mas até hoje o Brasil não tomou nenhuma medida concreta a esse respeito.

Hoje, o PMMB recebe elogios de parcela da população atendida pelos médicos participantes, mas continua como objeto de inúmeras críticas, das quais a mais significativa é a de que ele perpetua a situação de precariedade trabalhista dos médicos do SUS.

Essa crítica é pertinente porque, em vez de estabelecer uma solução estável e duradoura para a carência de recursos humanos em saúde – como, por exemplo, a criação da Carreira de Médico de Estado, que é uma aspiração de longo tempo dos profissionais do SUS –, o Projeto recruta médicos para prestar o atendimento regulamentar oferecido nos serviços de atenção primária em saúde, mas disfarça esse recrutamento como atividade de aperfeiçoamento médico, a qual não oferece vínculo empregatício, nem qualquer garantia de futura contratação ou estabilidade profissional. Em outras palavras, o PMMB institucionaliza a precarização do trabalho médico no SUS.

Além dessa questão fundamental, o PMMB também é alvo de críticas relacionadas a questões operacionais e às dificuldades existentes na sua fiscalização e controle.

Por exemplo, para serem habilitados a participar do PMMB, os médicos intercambistas devem apresentar o diploma de graduação em medicina expedido por instituição de educação superior estrangeira e a habilitação para o exercício da medicina no país de sua formação, além de



“possuir conhecimentos de Língua Portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica”.

A Lei prevê também que o médico participante é submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado. O “supervisor” é responsável pela supervisão profissional contínua e permanente dos médicos participantes e o “tutor acadêmico” é o docente médico responsável pela orientação acadêmica.

Porém, uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) realizada no primeiro ano do PMMB identificou falhas e inconsistências na supervisão e na tutoria oferecida aos médicos intercambistas, além de ter constatado as dificuldades que os profissionais estrangeiros estavam enfrentando em decorrência das barreiras da língua e do desconhecimento da legislação sanitária brasileira.

Outro exemplo de crítica à operacionalização do PMMB diz respeito ao preenchimento das vagas oferecidas. De acordo com a Lei, essas vagas são ocupadas conforme a seguinte ordem de prioridade: 1º) candidatos graduados no País ou com diplomas revalidados; 2º) brasileiros graduados em medicina no exterior, com habilitação para o exercício da profissão em outro país que não o Brasil; 3º) estrangeiros graduados em medicina no exterior, com habilitação para o exercício da profissão em país diverso do Brasil.

A Lei também determina que o número de médicos estrangeiros no PMMB não poderá exceder o patamar máximo de dez por cento do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). Conforme estimativas disponíveis, esse limite hoje seria de aproximadamente 40 mil médicos.

Porém, há denúncias de que os editais de convocação estariam sendo manipulados para favorecer a vinda de mais médicos cubanos. Durante a recente tramitação da MPV nº 723, de 29 de abril de 2016, o Deputado Alan Rick apresentou a Emenda nº 11 para alterar o art. 13 da Lei nº 12.871, de 2013, com os objetivos de: garantir obediência à ordem de prioridade estabelecida, inclusive para o preenchimento das vagas remanescentes dos processos de seleção; vedar a publicação de editais para a seleção de apenas uma ou duas dessas três categorias; e proibir a adoção da relação estatística médico-habitante existente no país de origem como critério classificatório. O autor da emenda argumentou que brasileiros formados no exterior estariam sendo preteridos em relação aos médicos cubanos e que as vagas remanescentes dos processos de seleção estariam sendo direcionadas para os cubanos. A Emenda nº 11 foi acatada pelo Relator



na Comissão Mista, Senador Humberto Costa, que contemplou seu texto no Projeto de Lei de Conversão (PLV) nº 16, de 2016, enviado à Câmara dos Deputados, com base na seguinte análise:

Atualmente, há muitos brasileiros que se formam em universidades de medicina no exterior e sabemos que muitas regiões do Brasil, mesmo com as melhorias trazidas pelo Programa Mais Médicos, ainda carecem de profissionais.

Por outro lado, como nosso país é signatário do Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel), comprometeu-se a garantir o não recrutamento de profissionais formados em regiões que, proporcionalmente, possuam menos médicos que o Brasil. Além disso, existem acordos e diálogos políticos bilaterais para não prejudicar países vizinhos que tem dificuldade na formação e retenção de médicos, como Paraguai, Bolívia, etc.

Não obstante ao código aderido pelo Brasil e sem suggestionar o descumprimento de quaisquer acordos ou tratados internacionais, entendemos que nossa nação ainda possui carência médica, mesmo que melhorias significativas tenham sido trazidas pelo programa, e a vinda destes médicos para nosso país ajudaria a reduzir esse déficit, fato que torna meritória a proposta do nobre deputado. De outro modo, consideramos que esse tema não deve ser tratado por uma Medida Provisória e sim em norma infralegal.

Assim, recomendamos que o Governo Brasileiro reedite a Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, para prever que os médicos brasileiros formados no exterior possam ser, respeitando-se as prioridades já previstas, convocados.

Além desses exemplos de críticas à operacionalização do PMMB, há também problemas no que tange à fiscalização do exercício profissional dos participantes. O texto da Lei é extremamente ambíguo no que tange à atuação do Conselho Regional de Medicina (CRM). Por um lado, isenta os médicos intercambistas da inscrição nesses órgãos para o exercício da profissão no âmbito do PMMB e determina que a habilitação para esse exercício fica condicionada unicamente à emissão de registro único pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, apesar de não ser obrigado a ter registro no CRM nem pagar a anuidade que seria devida à autarquia, esse profissional estará sujeito à fiscalização pelo CRM, conforme determina a Lei. Não obstante, o texto legal não faz menção à possibilidade de esses médicos sofrerem sanções disciplinares do CRM.



De forma contrária, a Lei determina que os médicos que descumprirem o disposto na Lei e nas normas complementares estarão sujeitos às penas de advertência, suspensão e desligamento das ações de aperfeiçoamento, mas não especifica o órgão incumbido de fazer o julgamento e a aplicação das penalidades previstas.

Chama atenção também o fato de a Lei responsabilizar a Advocacia-Geral da União por atuar na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor e tutor acadêmico. Assim, a lei garante a defesa desses profissionais nos processos que tratem de possíveis acusações de negligência, imperícia e imprudência cometidas pelos intercambistas por eles supervisionados e tutorados, mas não provê os instrumentos para os CRMs zelarem pelo bom exercício da Medicina em território nacional.

Em decorrência dessa ambiguidade da Lei, os CRMs têm sido impedidos de exercer sua competência fiscalizadora de forma satisfatória e denunciam que o MS não atende aos questionamentos que os Conselhos lhes enviam acerca da atuação dos profissionais do PMMB.

Por exemplo, não há informações disponíveis que permitam saber quem é o supervisor e o tutor acadêmico responsável por um determinado intercambista, pois a listagem fornecida pelo MS identifica apenas os tutores e supervisores atuantes em cada unidade da Federação.

Outro ponto a mencionar diz respeito à medida excepcional de permitir o exercício da Medicina sem diploma válido. O art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que *dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências*, estabelece que “os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade”.

O médico intercambista deve exercer a medicina exclusivamente no âmbito do Projeto, dispensada a revalidação de seu diploma na forma prevista na citada norma legal. Porém é vedado a ele o exercício da profissão fora das atividades do Projeto.

A inscrição no PMMB confere ao intercambista estrangeiro o direito ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de três anos, prorrogável por igual período.

A Lei permite que o Ministério das Relações Exteriores (MRE) também conceda visto temporário aos dependentes legais do intercambista



estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular. Esses dependentes poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Tendo em vista essas determinações da Lei, foi editada a MPV nº 723, de 2016, que prorrogou por mais três anos o prazo durante o qual o intercambista pode continuar a exercer a Medicina no País sem a necessidade de validar seu diploma.

Conforme a mensagem do Executivo que acompanhou a MPV, seu intuito era dar condições para que os médicos estrangeiros hoje atuantes no âmbito do PMMB desde 2013 pudessem continuar a praticar a Medicina no País, mediante a prorrogação dos prazos concedidos para a atuação profissional sem a revalidação de diploma e para o visto de permanência temporário, que expiram em 2016. Essa medida poderia ser considerada razoável, tendo em vista a crise econômica e a instabilidade política por que passa o País.

O fato de o texto da MPV ter sido redigido como lei avulsa reforça o entendimento de que se buscava instituir medida excepcional, aplicável apenas aos profissionais que já estão em exercício, e não visava a instituir medida permanente no âmbito do PMMB.

No entanto, a redação da MPV, acatada e reproduzida no PLV nº 16, de 2016, recentemente aprovado pelo Senado Federal, não delimitou a prorrogação de forma a restringi-la aos profissionais em exercício, gerando uma prorrogação permanente e aplicável a todos os médicos que ainda venham a ser admitidos no PMMB.

Isso é injustificável sob qualquer ponto de vista. Em relação ao mérito, o prazo original de três anos é mais do que suficiente para que os médicos intercambistas obtenham a revalidação de seus diplomas, caso desejem dar continuidade ao exercício da Medicina em território nacional, seja no âmbito do PMMB, seja em outros serviços públicos ou privados.

Em relação à técnica legislativa, o resultado desse erro é a coexistência de duas leis que tratam do mesmo prazo: a original, cujo texto continua a definir o prazo de três anos, e a nova, que prorroga esse prazo por mais três anos, indiscriminadamente. Dessa forma, parece-nos de fundamental importância alterar a redação da lei originada do PLV nº 16, de 2016.

Outro exemplo de crítica ao PMMB é o de que o 80º Termo de Cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e a OPAS/Organização



Mundial da Saúde (OMS), ao prever a atuação direta de profissionais junto à população, exorbita o disposto em tratados internacionais que, supostamente, lhe proveem sustentação jurídica.

Por meio do Decreto Legislativo nº 11, de 1956, o Congresso Nacional aprovou o Convênio Básico entre o Governo dos Estados Unidos do Brasil e a OMS, para “Assistência Técnica de Caráter Consultivo”. O Ajuste Complementar a esse Convênio Básico foi promulgado por meio do Decreto nº 3.594, de 8 de setembro de 2000, que nunca foi submetido ao crivo do Congresso Nacional, conforme determina a Constituição Federal.

Apesar da ausência de aprovação parlamentar, o 80º Termo de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Ações Vinculadas ao Projeto “Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde”, firmado em 26 de abril de 2013, entre o Ministério da Saúde e a OPAS/ OMS, invoca o citado Ajuste Complementar como seu fundamento.

E, como já dito, ao permitir a contratação de profissionais temporários, nacionais ou estrangeiros, para atuação direta, o Termo de Cooperação extrapola o viés eminentemente consultivo do citado Convênio Básico.

Finalmente, outro ponto intrigante da Lei é o que explicita que as despesas decorrentes da execução do Programa Mais Médicos e do PMMB correm à conta de dotações orçamentárias consignadas no Orçamento Geral da União e destinadas não só ao MEC e ao MS, mas também ao Ministério da Defesa. A exposição de motivos da MPV nº 621, de 2013, que deu origem à Lei, não justificou o fato de recursos destinados ao Ministério da Defesa serem usados para custear essas despesas, pois, em princípio, esse Ministério não participa das ações do Programa.

Assim, completados três anos da edição da medida provisória que os instituiu, e tendo em vista a recente aprovação por esta Casa de outra medida provisória a eles relativa, sugerimos que sejam discutidos nesta Comissão todos os aspectos controvertidos e criticados do Programa Mais Médicos e do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Sala da Comissão,

Senador JOSÉ MEDEIROS

