



PARECER Nº 58, DE 2013-CN

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;

R





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 *Estatísticas Sanitárias Mundiais* 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.

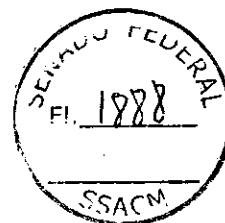
10. Diante desse contexto, uma das iniciativas é a ampliação de 12.000 novas vagas de residência médica, acompanhadas da oferta de bolsas a serem implementadas até 2017, uma vez que esse procedimento seria importante para fixação de profissionais⁵.

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.

9





CÂMARA DOS DEPUTADOS
DEPUTADO FEDERAL ROGÉRIO CARVALHO PT/SE

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 (Presidente 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 outros 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-

1897



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.

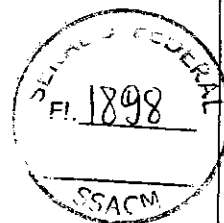
52. Com efeito, diante dos requisitos anteriormente noticiados para os cursos de graduação e residência, do Contrato de Ação Pública e das metas assinaladas, na forma do PLV em anexo, atende-se ao escopo das **Emendas nºs 17, 32, 50, 91, 93, 137, 180, 206, 243, 266, 381, 479, 493, 443, 131, 270, 284,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

(P)





[Handwritten signature]

[Vertical line]



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:

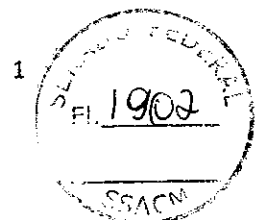
Art.1º Fica instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde - SUS e com os seguintes objetivos:

- 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

P





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;

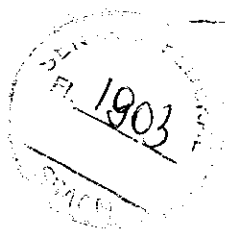
III - critérios para autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

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.

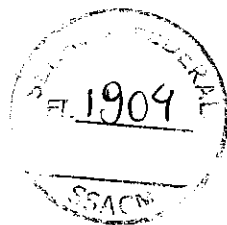
§2º. Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer, para a instituição de educação superior vencedora do chamamento público, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso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

R





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.

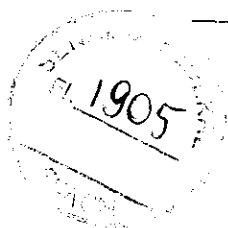
§2º. As atividades de internato na Atenção Básica, em Serviço de Urgência/Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 28 desta Lei.

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.

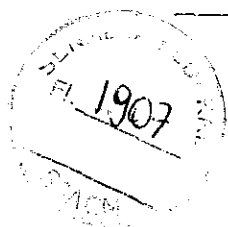
§5º. O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

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.

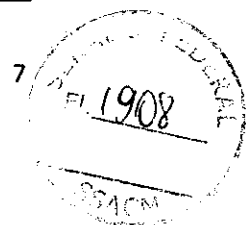
Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde, ouvida a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

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.

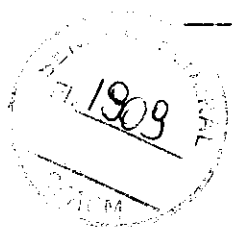
§4º. Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão as ações necessárias para assegurar a pactuação de contratos organizativos de ação pública ensino-saúde.

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.

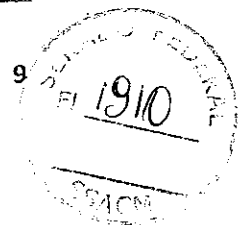
§2º. Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

- 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.

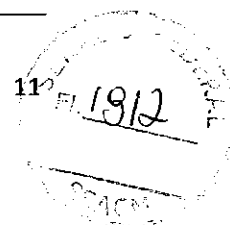
§3º O registro provisório será expedido pelo Conselho Regional de Medicina mediante requerimento da coordenação do programa de aperfeiçoamento, e terá validade restrita à permanência do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do regulamento.

§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.

R





§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.

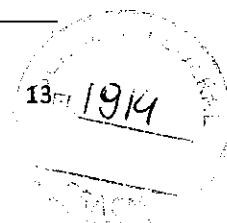
Art.20 O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social - RGPS, na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

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.

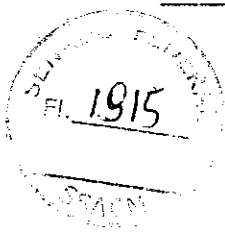
§2º. Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§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

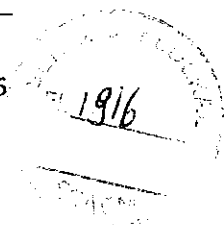
Art.23. A ordenação de recursos humanos na área da saúde será realizada pelo Ministério da Saúde, assessorado pelo Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde, de caráter consultivo, propositivo e permanente, que tem as seguintes finalidades:

- 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 - 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 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.

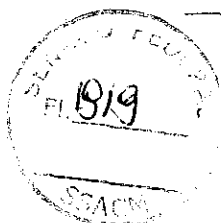
§3º. As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Medida Provisória correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no Orçamento Geral da União.

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:

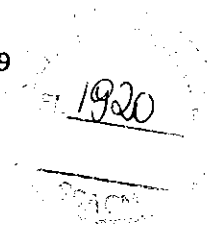
Art. 1º (...)

§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).



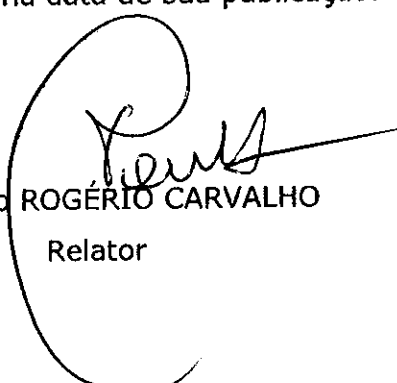


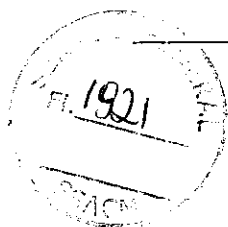
CÂMARA DOS DEPUTADOS
DEPUTADO FEDERAL ROGÉRIO CARVALHO PT/SE

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





COMISSÃO MISTA DA MEDIDA PROVISÓRIA 621, DE 2013

Da Comissão Mista sobre a Medida Provisória nº 621, de 9 de julho de 2013, que *Institui o Programa Mais Médico e dá outras providências*.

Autor: Presidência da República.

Relator: Deputado Rogério Carvalho

I – COMPLEMENTAÇÃO DE VOTO

Em reunião deliberativa desta Comissão, realizada no dia 18 de setembro de 2013, após a leitura do Parecer, entendemos de formular uma síntese expositiva das alterações ao texto da Medida Provisória nº 621, de 2013 (MPV), como nova forma de apresentar as propostas anteriormente ofertadas por este Relator. Igualmente, consolidam-se as Emendas parlamentares acatadas sob a configuração do Projeto de Lei de Conversão (PLV). Ambas as medidas visam objetivar o conteúdo do Relatório e PLV apresentados para maior conhecimento e compreensão da matéria em tela.

Além disso, e em especial, acolhemos as manifestações e as sugestões apresentadas pelos senhores Deputados e Senadores na reunião da Comissão Mista no dia 24 de setembro de 2013, a saber:

1) Senador Mozarildo Cavalcanti, exige para autorização, reconhecimento e renovação dos cursos de graduação em medicina. Detalha quais os critérios de qualidade e as necessidades sociais para a autorização de funcionamento. (Art. 3º, §7º do PLV em anexo).

2) Senador Mozarildo Cavalcanti, prevê a revalidação de diplomas de médicos intercambistas para prorrogação da permanência deles no "Projeto Mais Médico para o Brasil". Ou seja, após o período de 3 anos,



prorrogável por apenas um ano, os participantes devem prestar o exame revalidação do diploma (Art. 16, caput e §2º do PLV em anexo).

3) Senador Mozarildo Cavalcanti, estabelece a meta de equipar as unidades de saúde básica do SUS em 5 anos. (Art. 32, §2º do PLV em anexo).

4) Deputado Dr. Rosinha e Deputado Mandetta, determina que o registro provisório do médico intercambista seja expedido pelo Ministério da Saúde, procedendo-se os ajustes normativos necessários para tal medida (Art. 16, §§3º e 4º do PLV em anexo).

5) Deputado Dr. Rosinha, fixa específica modalidade de avaliação na fase do acolhimento dos médicos no "Projeto Mais Médicos para o Brasil", de caráter eliminatório e eixo central nos protocolos clínicos fixados pelo Ministério da Saúde, sem excluir conhecimento em língua portuguesa (Art. 14, §3º do PLV em anexo).

6) Deputado Dr. Rosinha, estabelece a organização do curso de aperfeiçoamento contido no "Projeto Mais Médico para o Brasil" por módulos, fixando parâmetros de avaliação, classificação do resultado e transparência na escolha dos avaliadores e critérios de avaliação (Art.14, §§ 4º e 5º do PLV em anexo).

7) Senador Humberto Costa, estabelece que os requisitos para abertura de novos cursos de graduação e a modalidade de chamamento público incida para todos os cursos da área de saúde (Art. 3º, §6º do PLV em anexo).

8) Senador Humberto Costa, estabelece no rol de acesso direto dos programas de residência médica a especialidade "saúde coletiva ou saúde pública" (Art. 6º, II, "j", do PLV em anexo).

9) Deputado João Ananias, Deputada Jandira Feghali e Deputado Mandeta, fixa contrapartida por parte das Instituições de Ensino Superior privadas o uso da infraestrutura do SUS para o exercício do campo de prática dos cursos de graduação em medicina.

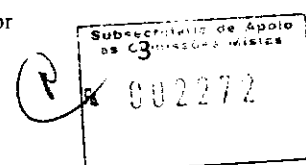


10) Deputado Dr. Rosinha, estabelece que o candidato que tiver participado e cumprido integralmente as ações do PROVAB (e desde que realizado o programa em um ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou fase única do processo de seleção pública dos programas de residência médica. (Art. 22, §§ 2º e 3º do PLV em anexo).

Esclarecemos que em decorrência do acatamento das sugestões foi necessário adaptar, sem alteração dos pontos centrais do mérito, alguns itens do Relatório e dispositivos do PLV, daí a presente complementação de voto. Além disso, as sugestões não mencionadas acima não foram contempladas porque já estão inseridas no PLV em tela ou porque desvirtuam o eixo central do programa¹. Cite-se como exemplo, a sugestão do Deputado José Rocha que busca acrescentar no rol dos programas de residência médica (1) de acesso direto a especialidade "oncologia" e (2) como pré-requisito em Medicina Geral da Família e Comunidade, com um ano de duração, outras especialidades. Tal proposta está prevista no art. 7º, §2º, que estabelece para a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) a disciplina daqueles programas de residência que terão duração entre um ou dois anos.

Nessa oportunidade, são acrescentados três itens: (1) Art. 15, §3º no PLV, com a seguinte redação, "A atuação e responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, é limitada, respectivamente e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e tutoria acadêmica", (2) Art. 34 no PLV, com a seguinte redação, "A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e tutor acadêmico prevista no art. 15, incisos II e III", e (3) Art.28 no PLV, inserindo o Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA como autorizado a

¹ Este relator conversou diretamente com os Parlamentares que ofertaram sugestões e que não foram acatadas.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
DEPUTADO FEDERAL ROGÉRIO CARVALHO PT/SE

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.

No mesmo sentido, procederam-se retificações de técnica legislativa, como por exemplo, inserindo nome do título e/ou capítulo, renumeração de dispositivos e correção na citação de artigos de lei.

Diante do exposto, votamos pela aprovação da MPV nº 621, de 2013, na forma consolidada no ajuste do Parecer e PLV em anexos.

Sala da Comissão, em

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**
Relator



COMISSÃO MISTA DA MEDIDA PROVISÓRIA Nº 621, DE 2013

Da Comissão Mista sobre a Medida Provisória nº 621, de 9 de julho de 2013, que Institui o Programa Mais Médico e dá outras providências.

Autor: Presidência da República.

Relator: Deputado Rogério Carvalho

I – RELATÓRIO

1. Inicialmente se diz que o Parecer ofertado na reunião da Comissão Mista no dia 18 de setembro de 2013 é parte necessária e imprescindível desta complementação de voto, de modo que ele deve ser considerado como se transcrito aqui estivesse, elemento integrante deste.

2. Retorna à Comissão Mista a análise da Medida Provisória nº 621, de 2013 (MPV) que institui o “Programa Mais Médico”. Este tem a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos anunciados são:

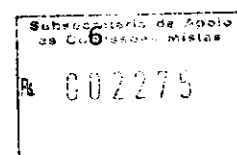
- a) *Diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias;*
- b) *Reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;*
- c) *Fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;*
- d) *Aprimorar a formação médica;*
- e) *Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS;*
- f) *Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço;*
- g) *Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e*
- h) *Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.*



3. A MPV em tela prevê a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, bem como o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País, além da criação de novos mecanismos para a autorização do funcionamento de cursos de graduação em Medicina e de instituições de educação superiores privadas especializadas em cursos na área de saúde. Trata-se do procedimento designado de "chamamento público".
4. A MPV cria também o segundo ciclo para a formação médica, com vigência a partir de 2015, consistindo em treinamento em serviço exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS.
5. Além disso, a Medida institui no âmbito do "Programa Mais Médico" o "Projeto Mais Médicos para o Brasil", com a possibilidade de participação de médicos estrangeiros, mas com prioridade para os médicos brasileiros. Para isso estabelece critérios e regras de funcionamento, normatizando a carga horária, a duração, a forma de ingresso, de registro nos Conselhos Regionais e de permanência dos profissionais médicos; bem como os quesitos a serem considerados no acompanhamento e na avaliação do Programa.
6. Finalmente, a MPV prevê os meios materiais para o custeio e os demais instrumentos administrativos e legais indispensáveis para execução das ações previstas no Programa Mais Médico.
7. É o Relatório.

II – COMPLEMENTAÇÃO DO VOTO DO RELATOR

8. A saúde é direito de todos e dever do Estado. A Constituição Federal, ao mesmo tempo em que reconhece a saúde como um direito de todos, confere ao Estado a responsabilidade de organizar um conjunto de ações e serviços públicos de saúde capazes de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde, bem como de garantir à população o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção,





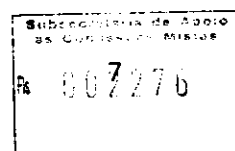
proteção e recuperação da saúde. Para que o Estado seja capaz de cumprir esse importante papel, a Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS), instituição-organismo de direito público que reúne os instrumentos para o desenvolvimento das ações de garantia do direito à saúde.

9. Sabe-se que as normas de cidadania e dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais foram inscritas no Texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e os serviços de saúde, na medida em que ordena a saúde um direito fundamental do cidadão. Logo, o SUS não é um "plano de saúde", é uma política de Estado, que não pertence ao atual governo. Trata-se de um projeto de reforma do Estado brasileiro solidário e inclusivo, portanto a ser efetivado pela sociedade.

10. E desde a institucionalização do SUS, a partir da Constituição federal, a questão do trabalho e da formação tem sido realçada como fundamental. Entretanto, as transformações que vêm ocorrendo no mundo (no âmbito econômico, tecnológico, cultural) estão provocando mudanças nos paradigmas de educação e de formação profissional, no sentido de, cada vez mais, responder as exigências do mundo do trabalho. Os principais problemas podem ser resumidos como:

- a) *A formação imprópria ou inadequada, com currículos que não se baseiam nas necessidades de saúde;*
- b) *Pouco acesso dos trabalhadores da saúde a recursos de informações e conhecimento;*
- c) *Condições inadequadas e inseguras no local de trabalho;*
- d) *Políticas e práticas insuficientes para o desenvolvimento de recursos humanos.*

11. Entendemos, tal como previsto na MPV do Programa Mais Médico, que o desafio é organizar o nível de atenção básica ampliada e investir na formação e educação permanente dos trabalhadores da área da saúde. Isso representa uma mudança na estrutura do SUS, com humanização, acolhimento e vínculo, rompendo com o modelo

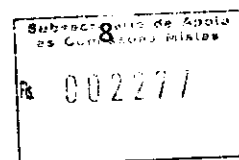




exclusivamente hospitalocêntrico, sem negar a importância desse tipo de atendimento. No caso concreto, o Projeto de Lei de Conversão em anexo (PLV) mantém os princípios e escopos do referido Programa, estabelecendo:

- a) *Novos paradigmas para as atividades e realização do SUS (arts. 1º e 2º);*
- b) *Regras republicanas, transparentes, de gestão racional e conectadas com a necessidade social do SUS para abertura de novos cursos de medicina (e área da saúde) (art. 3º);*
- c) *Alteração da formação médica no Brasil (arts. 4º - 11): com previsão legal de vinculação dos cursos de graduação à diretriz curricular nacional para o ensino da medicina e inserção do tema Medicina Geral da Família e da Comunidade na graduação (30% da jornada do internato) e pós-graduação, sob o modelo de residência médica (disciplina pré-requisito para as residências médicas, em regra);*
- d) *Universalização da residência médica, como meta a ser alcançada até 2018;*
- e) *Avaliação sob a modalidade de teste de progressão do curso de graduação em medicina e dos cursos de residência médica. Ou seja, são avaliações permanentes (e não somente no final do curso e de 3 3m 3 anos como é no ENADE) que fazem aferição das competências, habilidades e conteúdos que estão sendo agregados em cada período/etapa escolar.*
- f) *Instrumento de interação ensino e saúde expresso no Contrato Organizativo de Ação Pública, que cria a necessária relação entre a estrutura de serviços, ações e programas de saúde e a implantação e funcionamento dos cursos de medicina, gerando novos ou ampliação do campo de prática médico e acesso universal à saúde (art.12);*
- g) *Instituição do Projeto Mais Médicos para o Brasil como parte do Programa Mais Médico (art. 13 e seguintes);*
- h) *Diversos incentivos para que professores universitários façam adesão ao programa. Exemplo: que o exercício de atividade no SUS, na área de docência médica; nos programas prioritários do MS sejam considerados como pontos para a vida acadêmica (com repercussão na progressão funcional, na obtenção de financiamento, na elevação da nota da*

R





faculdade/universidade etc.). E mais: ampliação das bolsas para que brasileiros sejam docentes e preceptores dos médicos estrangeiros.

- i) O relatório estabeleceu o limite de 10% de médicos estrangeiros que possam trabalhar no Brasil. Ou seja, se no Brasil há 10 médicos, somente 1 poderá ser estrangeiro.*

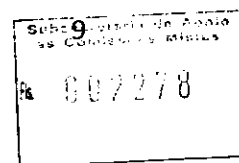
12. Vale destacar, dos itens acima, alguns aspectos inovadores contidos no PLV ofertado – já expressos na versão anterior, em reunião realizada no dia 18 de setembro de 2013.

Sobre a Formação do Médico Brasileiro

13. Um dos pontos mais complicados no estabelecimento de políticas de saúde e na administração de programas e serviços de saúde é a atenção que deve ser merecidamente dada aos recursos humanos. Dentre estes, o médico tem um lugar de destaque, já que legalmente e até formalmente responde pelo diagnóstico e prescrição do tratamento, sendo responsável pela entrada, permanência e saída do paciente no sistema. Nesse contexto, a “mão de obra” proporcionada pelo aparelho formador, voltada para o mercado de trabalho, toma uma dimensão política e social por não ser adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços do SUS.

13.1 As escolas médicas têm um papel decisivo na adequação do currículo, visando à formação do generalista e a 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.

13.2 Além disso, as escolas médicas devem, junto com entidades governamentais e de classe, adequar o número de vagas para suprir o mercado local e regional, a médio e longo prazos. E não é só: as entidades de classe têm o papel de fiscalização e avaliação da prática médica, de vital importância para a retroalimentação do sistema e a adoção de medidas de correção e atualização.



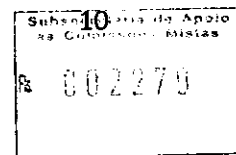


13.3 Todavia, a criação de especialidades médicas tem sido mais ou menos "livre" no Brasil. Em nenhum momento menciona-se qualquer possibilidade de planejamento da quantidade ou do tipo de especialistas que deveriam estar sendo formados. Aliás, verifica-se clara tendência da maioria das sociedades de especialistas de definir de modo extremamente rígido a área de competência das especialidades, conseqüentemente "puxando" os alunos da graduação para sua zona ideológica e negando aos demais médicos capacidade para realizar procedimentos incluídos na área de conhecimento.

13.4 Esclareça-se que, por um lado, é inegável a legitimidade técnica da maioria das especialidades médicas. Em geral, contribuem para aumentar a capacidade resolutiva da prática médica. Pelo outro lado, contudo, a fragmentação do trabalho médico em múltiplas especialidades tem dificultado o diagnóstico e a instituição de terapêutica em tempo hábil. Em decorrência, multiplicam-se os encaminhamentos e a realização de exames complementares injustificados.

13.5 Sendo assim, quando se adotam processos de trabalho centrados na lógica da especialização, há sempre uma tendência ao esvaziamento de função e posterior desaparecimento das "especialidades mais gerais". Refere-se não somente ao clínico geral, supostamente egresso das faculdades, mas aos pediatras, gineco-obstetras, internistas e até cirurgiões gerais. O mesmo efeito passa a acontecer também com algumas outras especialidades-raízes de alguma linha de especialização, como os casos dos neurologistas e cardiologistas.

13.6 No Brasil, o SUS pretende enfrentar essa questão criando um modelo hierarquizado de atenção. Em teoria, haveria uma rede básica onde trabalhariam ou o clínico geral (médico da família e comunidade) ou, pelo menos, equipes compostas pelas quatro especialidades gerais (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e medicina sanitária). Em algumas situações incorporam-se cirurgiões para a cirurgia ambulatorial e psiquiatria.



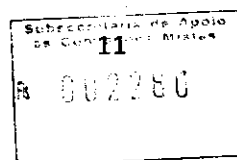


13.7 Nada obstante, tal modelo tem encontrado dificuldades práticas para sua operacionalização. De saída, não são facilmente encontrados clínicos gerais, trata-se de um profissional em extinção no País. Ademais, as faculdades de medicina têm estruturado seus cursos dentro da mesma lógica. A maioria dos professores tem formação especializada e tem dificuldade em conservar e, portanto, em transmitir saberes e práticas mais polivalentes. Sem sombra de dúvida, na residência há elementos a reproduzir esse modelo.

13.8 Portanto, urgem soluções que modifiquem o sentido da graduação médica, da residência e das políticas das entidades médicas e do Estado. Entendemos que a proposta do 2º Ciclo não se comunica com a forma como as graduações são estabelecidas. Igualmente, ela amplia o tempo de formação do médico em manifesto período de carência desses profissionais. A proposta então é **inserir a Residência de Família e Comunidade como disciplina pré-requisito para as demais**, salvo algumas exceções. Tal medida (inserir especialidades gerais) já é praxe em inúmeras instituições. Logo, nossa proposta comunica-se melhor com a necessidade e com os interesses do SUS. Vejamos as regras:

- 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: genética médica; medicina do tráfego; medicina do trabalho; medicina esportiva; medicina física e reabilitação; medicina legal; medicina nuclear; patologia; e radioterapia.*
- b) *A Residência em Medicina de Família e Comunidade terá duração mínima de dois anos.*
- c) *O primeiro ano da Residência em Medicina de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes programas de residências médicas: medicina interna (clínica médica); pediatria; ginecologia e obstetrícia; cirurgia geral; psiquiatria; infectologia; ortopedia; traumatologia; anesthesiologia; cirurgia pediátrica; neurocirurgia e cirurgia cardiovascular.*

R



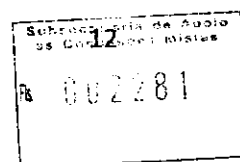


- d) *Será necessária a realização de um a dois anos de Residência em Medicina de Família e Comunidade para os demais programas de residências médicas, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residências Médicas – CNRM.*
- e) *O pré-requisito será exigido quando for alcançada a meta prevista de universalização da residência médica.*
- f) *Os programas de Medicina de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, 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.*

13.9 Como dito, à propensão das especialidades em definirem um campo ideológico, de conhecimento e de atribuições próprias faz com que os novos especialistas percam as habilidades médicas básicas. Dessarte, a proposta contida divide a denominada área de competência de cada especialidade em dois espaços inclusivos: um mais geral, com a competência da Residência de Família e Comunidade, e outro mais específico, que envolve o núcleo de competência e atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área do conhecimento. Essa fase poderá ser cumprida em um ou dois anos, conforme assinalado nos itens acima.

13.10 Com a criação dessa lógica de critérios, pretende-se assegurar tanto a necessária existência de especialistas, quanto a conservação da capacidade resolutiva das chamadas especialidades gerais ou especialidades-raízes. Senão, com o tempo, elas seriam expropriadas de toda capacidade resolutiva.

13.11 Neste sentido, torna-se viável, sem grandes rearranjos institucionais como é a proposta do 2º Ciclo na graduação, proceder a definição do perfil dos profissionais a serem formados conforme necessidades de saúde e a lógica do sistema público. Assim é que não se pode negar a necessidade de mudança na educação dos profissionais da saúde (médicos), da qual o aparelho formador é bastante influenciado por



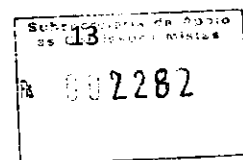


projetos mercadológicos, e não responde as demandas sociais e de saúde. O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais o de romper com estruturas e modelos de ensino tradicional para formar profissionais de saúde com competências que lhe permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado em saúde.

Sobre a Ordenação de Recursos Humanos na Área da Saúde

14. A reforma do sistema de saúde pública 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. Igualmente, tal aplica-se as demais áreas profissionais da saúde. Impõe-se, conseqüentemente, que exista um **local público para se debater e desenvolver ações no sentido de conhecer a real necessidade de diferentes profissões, competências, atribuições, pontos de interação entre as profissões, entre outras**, visto que essas questões tendem a aparecer de acordo com a evolução tecnológica e outros fatores sócio-econômicos.

14.1 Assim, a proposta de Ordenação de Recursos Humanos na Área da Saúde encontra amparo no art. 200, III, da Constituição Federal, e comporta os profissionais de saúde, entidades privadas e públicas, a fim de que o processo de atenção à população seja bem delimitado, evitando-se a dualidade de atuação e mesmo a existência de conflitos. O relatório criou um espaço público para que ali sejam debatidas as questões sobre: (a) competência de cada profissão e especialidade em saúde; (b) o dimensionamento da necessidade de vagas e cursos em nível de graduação e pós-graduação das profissões em saúde; (c) 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; (d) critérios para a certificação e recertificação profissional; (e) diretrizes da educação profissional permanente; (f) arranjos de cenários de ensino para a formação na





graduação e na pós-graduação em saúde e (g) acompanhar o cumprimento da meta de universalização da residência médica.

14.2 Os parâmetros como o número de médicos por mil habitantes necessitam ser revistos, servindo como base para o planejamento e avaliação de programas e serviços do SUS. Assim, é no espaço do fórum e câmaras criados que a sociedade, trabalhadores e governo articulam-se para discutir os interesses e as necessidades de RHs na área da saúde, viabilizando diversas formas de pensar o SUS, bem como ampliar o debate sobre o sistema para fortalecê-lo.

14.3 Vale lembrar que a atribuição do Estado para a criação de espaço para a ordenação e formação dos trabalhadores do SUS é citada desde a 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 1986, indicando a "(...) formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado". Essa mudança de concepção foi corroborada nas Conferências Nacionais subsequentes, que foram realizadas, sistematicamente, 9ª (1992), 10ª (1996), 11ª (2000) e 12ª (2003).

14.4 Como dito, a questão relativa ao perfil do profissional da saúde tem referência na Constituição, no art. 200, onde declara que compete à gestão do SUS "o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde". A atribuição para a formação de seus trabalhadores é indicada também na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990).

14.5 Sabemos que desde 2003 o Ministério da Saúde, por meio do DEGES, apresentou e aprovou junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a política de formação e desenvolvimento para o SUS. Contudo, é imperativo institucionalizar as instâncias, inclusive viabilizando a comunicação entre o Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, a fim de pensar o tipo profissional desejado na área da saúde e articular as iniciativas de formação e mudanças nos currículos dos cursos e nas práticas profissionais, tendo como objetivo uma formação com perfil que atenda às necessidades do SUS e esteja comprometido com a proposta atual.

R

14
Secretaria de Apoio ao Congresso Nacional
Nº 002283

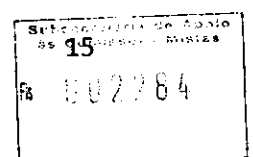


14.6 Saliente-se que o mais inovador na proposta em apreço de ordenação do RH do SUS é que a atenção sai do foco das profissões tradicionais da área, a medicina e enfermagem, e se amplia para todas as que compõem os serviços de saúde no SUS, inclui os estados e municípios (por meio do CONASS e CONASSEMS), o Conselho Nacional de Saúde, o MEC e o MS. Tais aspectos reforçam a interdisciplinaridade e o pluralismo.

14.7 É necessário investir em gestão democrática do sistema e na qualidade dos serviços prestados, as quais passam necessariamente pelo crivo da formação profissional e da educação e desenvolvimento dos trabalhadores, que dependem, por sua vez, da continuidade do processo administrativo em linhas permanentes. Por conseguinte, a criação do Fórum de Ordenação de RH do SUS consolida uma postura democrática e de reconhecimento do saber do outro, de aceitar o diálogo e o exercício da participação.

Regras para Autorização de Funcionamento de Cursos de Medicina

15. Sugestão do **senador Humberto Costa e Senador Mozarildo Cavalcante** determina que o Ministério de Estado da Educação, conforme regulamentação própria, aplique **o procedimento de chamamento público aos outros cursos de graduação na área da saúde e critérios mais específicos para deferimento da autorização de funcionamento dos cursos de graduação em medicina**, detalhando os conceitos de qualidade e interesse social, respectivamente. De fato, o Programa Mais Médico não trata apenas do desafio de aumentar o número de médicos no Brasil, mas de mudanças estruturantes no SUS, como no caso de aprimoramento da formação médica. Nesse sentido, o aprimoramento na formação médica não pode estar dissociado do desafio de ajustar perfil dos demais profissionais de saúde à nova realidade que se pretende alcançar. Portanto, o procedimento estabelecido de autorização para funcionamento dos cursos de medicina, por meio de chamamento público, deva abarcar todos os cursos de graduação na área da saúde.





15.1 Trata-se, ademais, de medida que recoloca os cursos de educação na área da saúde em perfil mais próximo da finalidade institucional do SUS, afastando uma exclusiva posição mercantil na abertura e funcionamento desses cursos.

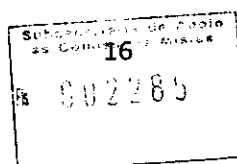
15.2 A autorização para funcionamento de cursos de graduação na área da saúde passa a observar critério de maior interesse público, coadunada com as necessidades sociais do SUS. A concessão do ensino superior à iniciativa privada cumpre, assim, os anseios e as finalidades para a qual foi criada, nos moldes da Constituição Federal de 1988.

No Projeto Mais Médico para o Brasil

16. Observa-se que o Projeto Mais Médicos para o Brasil delimita a área de atuação dos médicos segundo os princípios da desconcentração e da expansão da oferta para as áreas estratégicas para o SUS e de acordo com as necessidades da população.

16.1 Altera-se o art. 14, §3º do PLV originalmente proposto para fixar o **módulo designado de "acolhimento"**. Este terá duração de quatro semanas e será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de cento e sessenta horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da atenção básica em saúde e os protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, e Língua Portuguesa. Trata-se, nas palavras do **Deputado Dr. Rosinha** de "receber os médicos estrangeiros dando conhecimento do sistema de saúde pública do Brasil e os protocolos clínicos adotados pelo sistema de saúde brasileiro, sem excluir a prática da língua portuguesa".

16.2 Altera-se a **sistemática sobre o registro profissional do médico estrangeiro (intercambista)**, de modo a estabelecer que o Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da





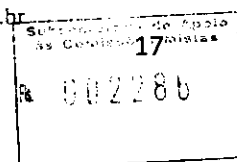
medicina – tal proposta também expressa no **voto em separado do Deputado Mandetta**. Ou seja, a participação do médico intercambista no Projeto, atestada pela coordenação do programa, é condição necessária e suficiente para o exercício da medicina no âmbito do aludido Projeto. Nada obstante, a coordenação do programa comunicará ao Conselho Regional de Medicina que jurisdicionar na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes e registrados.

16.3 No Brasil, os serviços de normatização e fiscalização de profissões regulamentadas são realizados pelos conselhos de classe mediante autorização legislativa. Dessa forma, as profissões regulamentadas no Brasil (médicos, advogados, enfermeiros, farmacêuticos, economistas, engenheiros, arquitetos etc.) possuem um sistema de auto-regulação organizado pelos próprios profissionais que as exercem. Como instituições destinadas à fiscalização do exercício profissional, os conselhos de classe representam uma importante fonte de produção de normas jurídicas infralegais, em especial no que se refere à regulamentação dos respectivos Códigos de Deontologia, que definem os padrões éticos de comportamento a serem seguidos pelos profissionais da área da saúde.

16.4 Portanto, os Conselhos de classe não detêm o direito absoluto sobre a profissão, inclusive, sequer podem alegar “direito adquirido” a um regime jurídico administrativo. Como bem ensina o ex-ministro do Supremo Tribunal Federal, Eros Grau, sobre os limites e condicionantes da regulação e da regulamentação à luz do princípio da legalidade “há visível distinção entre as seguintes situações: i) vinculação da Administração às definições da lei e ii) vinculação da Administração às definições decorrentes – isto é, fixadas em virtude dela – de lei” (Direito posto e direito pressuposto. São Paulo: Malheiros, 1998, 2ed, p. 179).

16.5 Nessa esteira, é a Lei quem confere ao Conselho Federal de Medicina uma série de funções normativas, válidas para os profissionais sujeitos à sua jurisdição. Sempre necessário lembrar que as funções

R





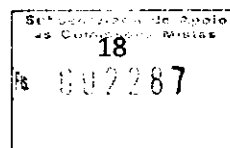
normativas infralegais dos Conselhos de Classe são limitadas pela lei e não podem contrariar, sob nenhuma condição, os dispositivos legais existentes no ordenamento jurídico.

16.6 Com efeito, sob um verniz de formalismo e burocrática tramitação processual interna, os Conselhos Regionais de Medicina buscam inviabilizar o programa em tela mediante a não expedição do registro provisório aos médicos intercambistas. Com o devido respeito, configura-se aqui o que os juristas chamam de “abuso do direito”, isto é, o exercício de um direito de modo a contrariar o valor e a finalidade que esse direito visa proteger e regular. Logo, considerando a relevância social do direito à saúde e a garantia do acesso universal (art. 196 e 197 da Constituição), não pode um ente da Administração Pública contrariar o manifesto interesse público e social, impondo interesses corporativos.

17. Outra alteração diz respeito às **avaliações do curso de especialização**. Sabe-se que inicialmente o PLV em tela manteve a regra originalmente estabelecida na MPV de que os médicos participantes deverão ser aprovados no respectivo curso de especialização. Nada obstante, a regra é silente acerca da periodicidade e transparência das avaliações. Assim, ofertou-se a este relator a regra, acatada, de que durante o período do aludido curso (três anos podendo ser prorrogado por igual período), ele seja repartido em módulos, segundo planejamento dos Coordenadores, com as respectivas avaliações ao final de cada módulo. Afasta-se, pois, a questionável pedagogia e método de avaliação dos alunos da especialização somente no final do curso, abrangendo todo o conteúdo.

17.1 A seriedade do curso de especialização requer avaliação com acompanhamento passo-a-passo, com identificação dos acréscimos de conhecimento que foram incorporados. Isso possibilita saber ao final de cada etapa se o aluno está apto ou não a continuar no curso. Oferta-se a chance dos alunos e coordenadores observarem cada módulo, sua dimensão de conteúdo, de dificuldades ou facilidades e feedback para permanência ou mudança de rumos do Programa Mais Médicos para o Brasil. Trata-se de

R





uma opção àquela tradicionalíssima pedagogia punitiva de mera aprovação ou reprovação, sem acréscimos para o Projeto e mais um mecanismo de acompanhamento.

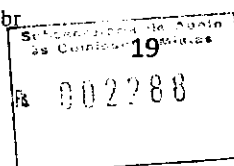
17.2 E não é só: deverão ser adotados métodos transparentes para a designação dos avaliadores e dos resultados da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional. Quer-se evitar a repetição de "testes" que representem apenas instâncias impeditivas ao trabalho por parte de médicos estrangeiros.

18. Merece relevo as sugestões do **senador Mozarildo Cavalcanti**, que prevê a revalidação de diplomas de médicos estrangeiros e de brasileiros formados no exterior para prorrogação da permanência deles no "projeto mais médico para o Brasil". Por conseguinte, os médicos intercambistas deverão se submeter ao exame de avaliação do diploma de curso superior após 3 anos, sendo que também se possibilitou uma prorrogação de um ano antes da necessária feitura desse exame.

19. Diga também que o **senador Mozarildo Cavalcanti** também estabelece que a meta visando equipar as unidades de saúde básica do SUS seja em 5 anos, o que materializa interesse público e atendimento do direito constitucional à saúde.

20. Desse modo e em linhas mais gerais, tais alterações vão ao encontro dos objetivos do Programa de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias e assegurar o atendimento das normas enumeradas no art.1º da MPV (contida no PLV).

21. Por fim, para que não apareçam dúvidas, informa-se que as alterações feitas nos (a) art.3º, §5º e art. 12 do PLV representam apenas aperfeiçoamento da técnica legislativa, tornando o texto mais adequado; (2) art. 22 do PLV apenas correção da numeração (o art. 21 estava repetido), (3) art. 28 a introdução do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), (4) arts. 34 e 35 a forma de citação correta para dispositivos legais a serem modificados, e (5) substituição em todo o texto da expressão "medida provisória" para "Lei".





Por todo o exposto, votamos 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 nº 621, de 2013, com acolhimento, em ordem de atendimento, das Emendas nº **248 e 249;178;204;246;263;319;339;361;338;332;283;287;439;11;9;26;36;73;310;345;89;141;179;205;245;265;494;526;3;52;158; 168;20;502; 18; 76;39;60;43; 378;403;384; 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; 564; 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**, todas anteriormente noticiadas no Parecer e pela rejeição das demais emendas, na forma do seguinte **Projeto de lei de Conversão**.

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

Relator



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.

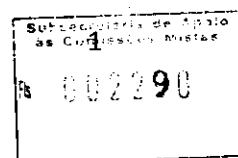
O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO 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 a prestação de serviços de atenção básica;
- 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.

9





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.



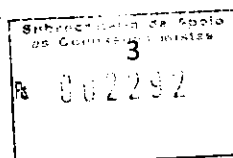
§1º. Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput, deverá ser considerada, no âmbito da região de saúde:

- 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, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, 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 Lei.





§5º. O Ministério de Estado da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos do §1º, inciso II, deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de medicina em unidades hospitalares que:

- I – possuam certificação como hospitais de ensino;
- II – possuam residência médica em no mínimo dez especialidades; ou
- III – mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§6º. O Ministério de Estado da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área da saúde.

§7º. A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliações do Ensino Superior:

a) os seguintes critérios de qualidade:

1. a exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, 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 indisponíveis à formação dos alunos;
3. possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado
4. possuir corpo docente e técnico com capacidade de desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares 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.

CAPÍTULO III

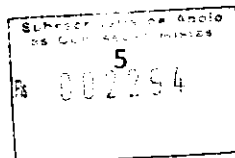
DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

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. 29 desta Lei.

②





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.
- j) Medicina preventiva e social

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

§1º. O primeiro ano da Residência em Medicina Geral 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 Geral 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 Geral 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 Geral 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.

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.

7



SEÇÃO ÚNICA
DO CONTRATO DE ORGANIZAÇÃO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE

Art.12 As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de medicina e dos programas de residência médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, 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. O contrato organizativo poderá estabelecer:

- I – 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; e
- II – Outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

§2º. No âmbito do contrato organizativo, 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. Os Ministérios da Educação e da Saúde 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.

§3º. O primeiro módulo, designado de acolhimento, contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da atenção básica em saúde e os protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, e Língua Portuguesa.

§4º. As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo e compreenderão o conteúdo específico do respectivo módulo, visando identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no programa.



§5º. A Coordenação do projeto mais médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os parágrafos anteriores, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

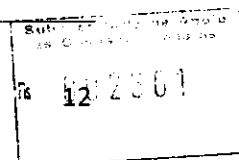
Art.15 Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

- 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.

§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.





§3º. A atuação e responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, é limitada, respectivamente e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e tutoria acadêmica.

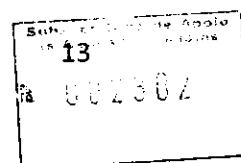
Art.16 O médico intercambista exercerá a medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos três primeiros anos de participação e, no primeiro ano de eventual prorrogação, a revalidação de seu diploma nos 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 participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do programa, é condição necessária e suficiente para o exercício da medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável, nos três primeiros anos, e no primeiro ano de eventual prorrogação, o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. (com inclusão da sugestão do senador Mozarildo).

§3º. O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da medicina nos termos do parágrafo anterior.

§4º. A coordenação do programa comunicará ao Conselho Regional de Medicina que jurisdicionar na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.





§5º. O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo Conselho Regional de Medicina.

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. 14, 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. O candidato que tiver participado e cumprido integralmente as ações previstas no caput deste artigo, e desde que realizado o programa em 1



(um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou fase única do processo de seleção pública dos programas de residência médica a que se refere o art. 22 da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

§3º. A pontuação adicional de que trata o §2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista pelo edital do processo seletivo mencionado.

§4º. O disposto nos §§2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

5º. Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 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 Ficam a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA autorizados 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 SUS terá o prazo de 5 anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a ser definida nos Plano Plurianuais.

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



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 Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e tutor acadêmico prevista no art. 15, incisos II e III.

Art. 35 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

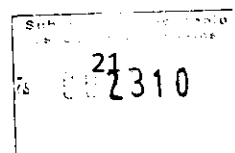
.....
IV - três anos, nos casos das alíneas "h" e "j" do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2o desta Lei;

.....
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.36 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.37 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



CONGRESSO NACIONAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE COMISSÕES
COORDENAÇÃO DE COMISSÕES MISTAS

Ofício nº 028/MPV-621/2013

Brasília, 1º de outubro de 2013.

Senhor Presidente,

Nos termos do art. 14 do Regimento Comum, comunico a Vossa Excelência que esta Comissão Mista aprovou, em reunião realizada nesta data, Relatório do Deputado Rogério Carvalho, que passa a constituir Parecer da Comissão, o qual conclui pela constitucionalidade e juridicidade da MPV nº 621, de 2013, bem como pelo atendimento dos pressupostos de relevância, urgência e adequação financeira e orçamentária, e, no mérito, pela aprovação da MPV nº 621, de 2013, com acolhimento, em ordem de atendimento, das Emendas nº 248, 249; 178; 204; 246; 263; 319; 339; 361; 338; 332; 283; 287; 439; 11; 9; 26; 36; 73; 310; 345; 89; 141; 179; 205; 245; 265; 494; 526; 3; 52; 158; 168; 20; 502; 18; 76; 39; 60; 43; 378; 403; 384; 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; 564; 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, e pela rejeição das demais emendas, na forma do Projeto de lei de Conversão consolidado, apresentado pelo Relator nesta data.

Presentes à reunião os Senadores João Alberto Souza, Eduardo Braga, Romero Jucá, Waldemir Moka, Kátia Abreu, Humberto Costa, Walter Pinheiro, José Pimentel, Vanessa Grazziotin, Flexa Ribeiro, Wilder Moraes, Eduardo Amorim, Mozarildo Cavalcanti, Eunício Oliveira, Casildo Maldaner, Sérgio Petecão, Wellington Dias, Angela Portela, Cyro Miranda e Gim; e os Deputados Dr. Rosinha, Rogério Carvalho, Francisco Escórcio, Osmar Terra, Eleuses Paiva, Armando Vergílio, Nilson Pinto, Mandetta, Anthony Garotinho, Alexandre Roso, André Figueiredo, Rosane Ferreira, Arnon Bezerra, José Rocha, João Paulo Lima, Lelo Coimbra, Manoel Junior, Dr. Paulo César, Cesar Colnago, Roberto Britto, Ronaldo Caiado, Jandira Feghali, Paulo Foletto e Marcos Rogério.

Respeitosamente,

Senador João Alberto Souza
Presidente da Comissão Mista

Excelentíssimo Senhor
Senador **RENAN CALHEIROS**
Presidente do Congresso Nacional

