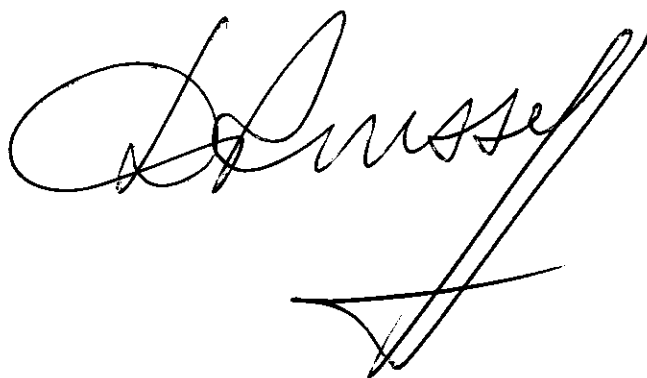


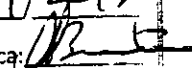
Mensagem nº 276

Senhores Membros do Congresso Nacional,

Nos termos do art. 62 da Constituição, submeto à elevada deliberação de Vossas Excelências o texto da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, que “Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências”.

Brasília, 8 de julho de 2013.



Secretaria de Gestão Legislativa do Congresso Nacional	
MPV Nº	621, 2013
Fls.	23
Rubrica:	

Secretaria de Gestão Legislativa
do Congresso Nacional

MPV Nº 621/2013

Fls. 15 Rubrica: *DB*

EMI nº 00024/2013 MS MEC MP

Brasília, 6 de Julho de 2013

Excelentíssima Senhora Presidenta da República,

1. Submetemos à apreciação de Vossa Excelência o anexo Projeto de Medida Provisória que institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de:

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

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

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

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

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

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

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

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS.

2. O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito da sociedade e responsabilidade do Estado, dando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o qual tem como princípios e diretrizes a universalidade, a equidade, a integralidade da atenção, a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a participação social.

3. Por seu turno, o inciso III do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 confere ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, cujo mercado de trabalho atualmente compõe-se de mais de 3 milhões de trabalhadores que necessitam de constante qualificação e reivindica aperfeiçoamento dos novos profissionais.

4. Por sua vez, o artigo 209 da Constituição Federal estabelece a livre oferta de ensino pela iniciativa privada, desde que atendidas às condições de cumprimento das normas gerais da educação nacional, a autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público. A

oferta de educação superior de qualidade é fundamental para o processo de desenvolvimento nacional e melhoria da qualidade de vida da população.

5. O Plano Nacional de Saúde - 2012/2015 do Ministério da Saúde aponta como estratégia fundamental para o enfrentamento dos principais problemas de acesso da população às ações e serviços de saúde com qualidade a organização do sistema de saúde baseado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) que consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde assegurados pelo SUS e tem como princípio a construção de uma intervenção unificada do Ministério da Saúde em articulação com estados, Distrito Federal e municípios.

6. Essas redes demandam ampliação da oferta de serviços públicos de saúde, sendo que com a expansão prevista até 2014 através exclusivamente dos investimentos do Ministério da Saúde, serão criados mais 35.073 postos de trabalho médico.

7. As Redes de Atenção à Saúde devem ser ordenadas pela Atenção Básica à Saúde, que é a porta de entrada prioritária do SUS. Esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das coletividades. Essa modalidade de atenção orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

8. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia de Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo possível verificar que o Brasil avançou muito nas últimas décadas nesta área. Entretanto, o país convive com muitos vazios assistenciais, que correspondem a localidades que não conseguiram prover e fixar profissionais de saúde na atenção básica, em especial os médicos, não garantindo acesso aos serviços básicos de saúde por parte da população brasileira.

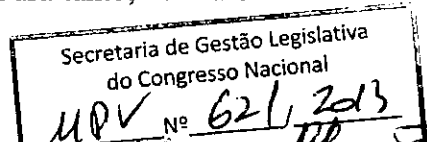
9. Compreende-se que a atenção básica bem estruturada possibilita a resolução de até 85% dos problemas de saúde, contribuindo assim para ordenar as Redes de Atenção à Saúde – RAS e organizar a demanda para outros serviços, tais como os de urgência e emergência.

10. Ressalte-se, ainda, que na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, foi aprovada como diretriz que todas as famílias e todas as pessoas devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família.

11. O Brasil possui 359.691 médicos ativos e apresenta uma proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes, conforme dados primários obtidos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

12. A proporção de médico/1.000 habitantes constatada no Brasil é menor do que em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou países que têm sistemas universais de saúde, a saber: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7 (*Estadísticas Sanitarias Mundiales* de 2011 e 2012 – Organização Mundial da Saúde – OMS).

13. Não existe parâmetro que estabeleça uma proporção ideal de médico por habitante reconhecido e validado internacionalmente. Para tanto, utiliza-se 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. Nesse cenário, para que o Brasil alcance a mesma relação de médicos por habitante seriam necessários mais 168.424 médicos. Mantendo-se a taxa atual de crescimento do número de médicos no país, o atingimento dessa meta só será viável em 2035.

14. A distribuição dos médicos nas regiões do país demonstra uma grande desigualdade, com boa parte dos estados com uma quantidade de médicos abaixo da média nacional. A tabela abaixo demonstra essa distribuição (IBGE/2012 e CFM/2012):

UF	População 2012	Total de Médicos	Médico por 1.000 hab.
Acre	721.006	679	0,94
Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
Amapá	662.927	505	0,76
Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
Bahia	15.001.484	16.311	1,09
Ceará	8.810.603	9.277	1,05
Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
Espírito Santo	3.577.833	7.040	1,97
Goiás	6.145.928	8.917	1,45
Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,10
Mato Grosso do Sul	2.426.518	3.733	1,54
Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
Pará	7.726.888	5.938	0,77
Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
Paraná	10.945.791	18.406	1,68
Pernambuco	9.015.728	12.547	1,39
Piauí	3.214.556	2.971	0,92
Rio de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44

Secretaria de Gestão Legislativa do Congresso Nacional	
MPV Nº 626, 2013	
Fls. 17	Rubrica: 

Rio Grande do Norte	3.221.581	3.977	1,23
Rio Grande do Sul	11.073.282	24.741	2,23
Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
Roraima	445.043	540	1,21
Santa Catarina	6.297.460	10.656	1,69
São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
Sergipe	2.074.528	2.701	1,30
Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
Total	196.526.293	359.691	1,83

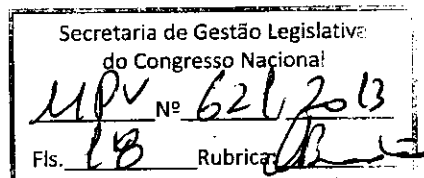
15. Mesmo os estados com mais médicos que a média nacional apresentam importantes diferenças regionais. Um exemplo disso é o Estado de São Paulo que, em apenas cinco de suas regiões, apresenta um número superior a 1,8 médicos a cada mil habitantes (Demografia Médica no Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, 2012).

16. Uma das explicações para esse quadro está relacionada ao número insuficiente de vagas nos cursos de graduação em medicina. Apesar de um número absoluto de escolas médicas maior do que alguns países (são 200 escolas médicas), ao analisar-se a proporção de vagas de ingresso para cada 10.000 (dez mil) habitantes, o país apresenta índice significativamente inferior.

17. 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).

18. A escassez de médicos em diversas regiões se manifesta em análises realizadas sobre o mercado de trabalho, como no estudo “Demografia do Trabalho Médico”, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), baseado em dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Consoante esse estudo, entre os anos de 2003 e 2011, para 93.156 egressos dos cursos de medicina foram criados 146.857 empregos formais. Cabe considerar que nestes dados não estão incluídos os médicos que optam por ingressar na residência médica, médicos cooperativados ou autônomos. Desse modo, é possível concluir que uma parcela significativa dos médicos recém-graduados já ingressa no mercado de trabalho com a possibilidade de exercer mais de um emprego formal.

19. A população brasileira percebe e manifesta o desconforto com essa escassez de médicos, que tem impacto no acesso ao SUS. Em estudo do Sistema de Indicadores de Percepção Social, realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), em 2011, 58,1% dos 2.773 entrevistados disseram que a falta de médicos é o principal problema do SUS. No mesmo estudo, a resposta mais frequente como sugestão de melhoria para o sistema de saúde foi de aumentar o número de médicos.



20. 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.

21. O Ministério da Educação autorizou em 2012 a oferta de cerca de 800 vagas privadas em cursos de medicina. Em que pese o aumento de vagas, o atual momento exige a adoção de iniciativas estatais para criar e ampliar vagas em cursos de medicina nos vazios de formação e de assistência, a partir do papel indutor do Estado na regulação da educação superior. Com isso, incentiva-se a criação de instituições de educação superior voltadas à área da saúde e à oferta de cursos de medicina nessas regiões. A autorização para oferta de cursos de medicina obedecerá a uma regulação educacional específica, com a publicação de chamamentos públicos às instituições de educação superior interessadas em se habilitar para atuação nas regiões que apresentem vulnerabilidade social, conforme critérios a serem estabelecidos pelo Ministério da Educação.

22. Além disso, entende-se que é fundamental agregar novas ações para garantir a ampliação da formação de médicos para a atenção básica no país, possibilitando à população brasileira o acesso ao sistema de saúde de qualidade.

23. 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 se entende a importância dessa modalidade para a fixação de profissionais. 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.

24. Uma das medidas proposta é a reformulação da grade curricular dos cursos de medicina, com acréscimo substancial de horas na formação específica na Atenção Básica. A presente Medida Provisória prevê que, para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 1º de janeiro de 2015, a formação do médico abrangerá dois ciclos distintos e complementares entre si, 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 em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos.

25. O segundo ciclo de formação será considerado componente curricular obrigatório do curso de graduação em medicina, inscrito no histórico escolar do estudante, e constituirá requisito para a obtenção do diploma de médico. Nesse período, o estudante fará jus ao recebimento de uma bolsa, com valor a ser definido pelo Ministério da Saúde. Poderá ainda ser aproveitado como uma etapa dos programas de residência médica ou de outro curso de pós-graduação.

26. Essa nova etapa representa uma importante estratégia para a formação médica, reforçando o conteúdo das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Medicina e apontando para a formação generalista de um profissional com senso de responsabilidade social e compromisso de cidadania.

27. Com vistas a enfrentar o problema da escassez de médicos no país, sobretudo em regiões prioritárias para o SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para os municípios que apresentem condições de receber médicos para preenchimento de vagas em equipes de atenção básica, nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, devendo o

Assinatura do Gestor Regional
do Congresso Nacional

MPV Nº 621/2013

Fls. 19 Rubrica: [Assinatura]

município enquadrar-se em um dos seguintes grupos: a) G100 (municípios com população superior a 80.000 pessoas, com baixa receita per capita e alta vulnerabilidade econômica); b) municípios com 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza; c) áreas de maior vulnerabilidade de capitais e regiões metropolitanas; e d) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

28. Além disso, os Ministérios da Saúde e da Educação desenvolvem políticas para responder a necessidade de provimento e fixação de médicos nas diversas regiões do país. Nos anos de 2012 e 2013, foram realizadas chamadas nacionais para médicos, através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica/PROVAB, ofertando a possibilidade de curso de especialização na modalidade integração ensino-serviço em regiões de extrema pobreza e periferias, com incentivo aos participantes mediante acréscimo na pontuação no processo seletivo da residência médica.

29. Na primeira edição do Programa, apesar de uma demanda significativa dos municípios por esses profissionais, somente 381 médicos foram vinculados. Na segunda edição do programa, aderiram 2.838 municípios que solicitaram 13.862 médicos para atuar na atenção básica, sendo que apenas 3.577 médicos foram vinculados ao Programa para atuação em 1.260 municípios.

30. Ainda assim, mesmo com aumento importante na participação de médicos, permanece um número significativo de vagas ociosas, correspondendo a 74,2% da demanda inicial (Sistema de Gerenciamento de Programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde).

31. Tendo em vista a situação descrita acima, 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.

32. Para tanto, serão oferecidos cursos de especialização, concessão de bolsas-formação, bem como será garantida contínua supervisão e acesso a recursos de suporte clínico, a exemplo do Telessaúde.

33. 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.

34. Nesse sentido, 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.

35. Deve-se advertir que, no caso de seleção de médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras para participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil, o Estado respeitará as diretrizes estabelecidas no Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS (2010), que reúne princípios éticos no sentido de reforçar os sistemas dos países em desenvolvimento, incluindo assuntos como a capacidade e a qualidade de formação de profissionais, as políticas de apoio à

fixação de profissionais de saúde, a reciprocidade dos benefícios, a coleta e intercâmbio de informações, o monitoramento e a pesquisa no tema. Ao mesmo tempo, é importante considerar a qualidade da formação, conforme as medidas tomadas pela Arco-Sur.

36. Baseado nas premissas preconizadas pela OMS, não poderão ser selecionados médicos oriundos de países que apresentem relação estatística médico/habitante menor que a do Brasil.

37. Ressalte-se que tais medidas não são dotadas de ineditismo, pois diversos países já as adotaram, a exemplo de Reino Unido, Canadá e Austrália.

38. Mesmo países com indicadores de relação médico/habitante superiores a do Brasil recorreram a programas de recrutamento de médicos estrangeiros para garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque em áreas remotas. 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.

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

40. Além disso, o 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.

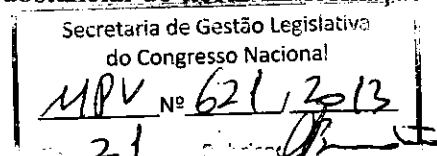
41. Também está sendo proposta a criação, mediante transformação, sem aumento de despesa, de Funções Comissionadas Técnicas – FCT em cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS. Os 10 (dez) cargos em comissão (dois DAS-5 e oito DAS-4) que se propõe criar serão alocados em unidades administrativas de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, para que tenham condições de constituir estrutura que se incumbirá de novas competências e responsabilidades, especialmente as decorrentes do Programa Mais Médicos.

42. A opção pela transformação – em vez da simples criação dos cargos necessários – se dá com a finalidade de neutralizar potencial impacto nas despesas de pessoal, alternativa que, de resto, já foi adotada em outras oportunidades. Dessa forma, a medida proposta não apresenta impacto orçamentário, já que a remuneração total das cento e dezessete Funções Comissionadas Técnicas que deixarão de existir equivale à remuneração total dos dez novos cargos em comissão obtidos com a transformação.

43. Nesse sentido, não obstante a descrição das ações já adotadas e planejadas para mitigar a escassez de médicos no país, as medidas proporcionadas pela presente Medida Provisória contribuirão para a melhoria do cenário da Saúde, notadamente na área da Atenção Básica.

44. O impacto gerado quando da adoção das estratégias traçadas pelo Programa reflete, de forma direta, a abrangência e relevância de tal medida, uma vez que se dará um salto no ingresso de médicos diretamente nas áreas mais necessitadas de profissionais, como já amplamente demonstrado pelos dados lançados nesta Exposição de Motivos.

45. A reordenação dos recursos humanos na área da Saúde e a reformulação da grade curricular dos cursos de medicina – com acréscimo substancial de horas na formação

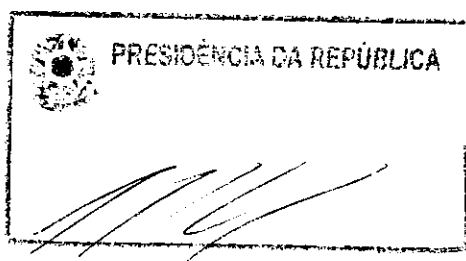


específica na Atenção Básica – visam garantir o acesso a um sistema de saúde universal e de qualidade a toda população brasileira.

46. Por seu turno, no que se refere à urgência da Medida Provisória, é possível verificar que a eficácia das medidas propostas somente será alcançada pela agilidade de sua implementação, de forma coordenada e conjunta.

47. Essas, Senhora Presidenta, são as razões que justificam a elaboração da Medida Provisória que ora submetemos à elevada apreciação de Vossa Excelência.

Respeitosamente,



*Assinado eletronicamente por: Alexandre Rocha Santos Padilha, Aloizio Mercadante
Oliva, Miriam Aparecida Belchior*

