

## PARECER Nº , DE 2019

Da COMISSÃO MISTA DA MEDIDA PROVISÓRIA Nº 890, DE 2019, sobre a Medida Provisória nº 890, de 2019, que *institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.*

Relator: Senador **CONFÚCIO MOURA**

### I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão Mista de Deputados e Senadores a Medida Provisória (MPV) nº 890, de 1º de agosto de 2019, que *institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.*

O art. 1º MPV institui o Programa Médicos pelo Brasil, cuja finalidade é incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, além de estimular a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A MPV também autoriza o Poder Executivo federal a instituir um serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

O art. 2º da MPV traz as definições de alguns aspectos relevantes do conteúdo nela veiculado:

a) atenção primária à saúde: o primeiro nível de atenção do SUS, com enfoque na saúde da família;



b) locais de difícil provimento [de médicos]: municípios distantes de grandes centros urbanos e com baixas população e densidade demográfica;

c) locais de alta vulnerabilidade: municípios com elevada proporção de habitantes cadastrados nas equipes de saúde da família e que recebam benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários-mínimos.

O art. 3º reafirma as finalidades do Programa Médicos pelo Brasil e define seus objetivos, todos voltados para aumentar o acesso da população à atenção primária em saúde no âmbito do SUS, especialmente das pessoas em condição de elevada vulnerabilidade ou daquelas residentes em locais de difícil provimento de profissionais médicos.

A execução do Programa pela Adaps é determinada pelo art. 4º da MPV, o qual esclarece que a responsabilidade pela supervisão e orientação técnica do programa cabe ao Ministério da Saúde. Este deverá ainda definir e divulgar: a relação dos municípios a serem incluídos no Programa; os procedimentos e requisitos para a adesão; a relação final dos municípios aceitos e o quantitativo de médicos a serem alocados para cada um. O art. 5º estabelece que a adesão de cada município ao Programa se dará por meio de termo de adesão, que explicitará as obrigações do ente federativo no âmbito do Programa.

Os arts. 6º a 8º da MPV autorizam o Poder Executivo federal a criar a Adaps como serviço social autônomo – pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. A Agência será a responsável pela execução do Programa, bem como de outras políticas públicas voltadas à atenção primária à saúde. Suas receitas serão constituídas por recursos do Orçamento Geral da União, rendas provenientes da prestação de serviços a pessoas jurídicas e outras fontes eventuais.

Os arts. 9º a 13 da MPV tratam da estrutura administrativa da Adaps, composta por Conselho Deliberativo, Diretoria-Executiva e Conselho Fiscal, cujas competências serão definidas em regulamento.

O Conselho Deliberativo, instância de deliberação superior da Adaps, será composto por sete representantes – com mandatos de dois anos, permitida a recondução – assim distribuídos: a) quatro do Ministério da Saúde; b) um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; c) um do



Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; e d) um de entidades privadas do setor de saúde. Os Conselheiros prestarão seus serviços de forma não remunerada.

O órgão de gestão da Adaps é a Diretoria-Executiva, composta por três membros – dos quais um será designado Diretor-Presidente e os demais serão denominados Diretores – eleitos pelo Conselho Deliberativo para um mandato de dois anos, permitidas duas reconduções. Os Diretores receberão remuneração compatível com a de mercado e não superior ao teto remuneratório dos servidores da administração pública federal.

Já o Conselho Fiscal, responsável pela fiscalização das atividades de gestão, é composto por dois representantes do Ministério da Saúde e um representante indicado em conjunto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e entidades privadas do setor de saúde. Os Conselheiros Fiscais serão indicados para mandatos de dois anos, permitida uma recondução, e prestarão seus serviços de forma não remunerada.

Os arts. 14 a 18 da MPV estabelecem as diretrizes para o contrato de gestão a ser firmado entre a Adaps e o Ministério da Saúde. O contrato de gestão estabelecerá, entre outros itens, as metas a serem atingidas, os mecanismos de integridade, os parâmetros para limitação de remuneração e a vedação ao nepotismo e às práticas em que ocorram conflitos de interesses. Anualmente, a Adaps deverá prestar contas ao Ministério da Saúde e ao Tribunal de Contas da União. A Agência também deve garantir a gestão transparente da informação, por meio de acesso e divulgação amplos. Ao Ministério da Saúde compete definir os termos do contrato de gestão, fiscalizá-lo e aprovar o orçamento anual da Adaps ressaltando-se que o descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente pelo Conselho Deliberativo da Agência.

Os arts. 19 a 22 estabelecem normas sobre compras de bens e serviços e contratação de pessoal pela Adaps. Caberá ao Conselho Deliberativo a aprovação de manual de licitações e contratos para a Adaps. Além disso, a Agência contratará seu pessoal por meio do regime previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio de processo seletivo público. Caberá ao Conselho Deliberativo aprovar o Estatuto da Adaps, no qual, entre outras regras, serão estabelecidos mecanismos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades.



Os arts. 23 a 26 da MPV regulam a contratação pela Adaps dos médicos de família e comunidade e dos tutores médicos. Para os primeiros, exige-se como requisito essencial apenas a inscrição em Conselho Regional de Medicina, enquanto para os últimos é exigida também a especialização em medicina de família e comunidade ou em clínica médica.

Em qualquer caso os candidatos serão submetidos a processo seletivo que, para o cargo de tutor, consistirá apenas de prova escrita. Já para os demais médicos, há a previsão de um processo mais complexo, dividido em três etapas: após a prova escrita, os candidatos aprovados farão curso de formação, com duração de dois anos, seguido por prova final escrita de título de especialista em medicina de família e comunidade.

O curso de formação será ministrado por instituição de ensino parceira do Programa, com avaliações periódicas dos candidatos, e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial. Ressalte-se que suas atividades serão supervisionadas pelo tutor médico e remuneradas por meio de bolsa-formação, e não constituirão vínculo empregatício. O candidato será enquadrado como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social, na condição de contribuinte individual, mas os valores percebidos serão isentos do Imposto de Renda.

Em seus arts. 27 a 32, a MPV apresenta suas disposições finais. Fica estabelecida a possibilidade de o Ministério da Saúde celebrar convênios e editar normas complementares para dar cumprimento à nova legislação. As despesas para o cumprimento da Medida Provisória correrão à conta do Orçamento Geral da União.

É permitida a cessão de servidores do Ministério da Saúde para a Adaps nos primeiros dois anos de sua criação, sem prejuízo da remuneração e com ônus para o Ministério. Após esse período, o ônus financeiro será da Adaps e não será permitido ao servidor optar pela remuneração de seu cargo efetivo.

Ficam revogados os arts. 6º e 7º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos; os dispositivos previam quais seriam as especialidades de Residência Médica consideradas para fins de cumprimento da meta de ampliação de vagas de Residência Médica naquele Programa, bem como estabeleciam o Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade.



Por fim, a cláusula de vigência, prevista no art. 32, estabelece que a MPV entra em vigor na data de sua publicação.

Na Exposição de Motivos, argumenta-se que os objetivos do Programa são

promoção do acesso universal e igualitário da população às ações e serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade; o fortalecimento da atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família; a valorização dos médicos da atenção primária à saúde, sobretudo no âmbito da saúde da família; o incremento da provisão de médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade; o incremento da formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade; e a consolidação da presença de médicos na atenção primária à saúde do SUS.

Desse modo, espera-se aumentar a quantidade atual de seis mil Médicos de Família e Comunidade no Brasil para 45 mil médicos.

A matéria foi recebida neste Congresso Nacional e despachada a esta Comissão Mista, nos termos do art. 62, § 9º, da Constituição Federal, e da Resolução nº 1, de 2002, do Congresso Nacional.

Foram apresentadas 366 Emendas à MPV, mas uma delas (Emenda nº 101) foi retirada pelo seu autor.

No âmbito da Comissão Mista, houve amplo debate entre sociedade civil, entidades profissionais médicas e da saúde, parlamentares e governo, tendo sido realizadas seis audiências públicas com a presença de diversos representantes desses segmentos, destacando-se a presença dos Ministros da Saúde e da Educação nessas audiências.

Foram oferecidos também muitos comentários por cidadãos mediante o Portal E-Cidadania do Senado Federal, alguns deles retratados abaixo.

As Emendas e os comentários serão referidos e relatados na Análise.



## II – ANÁLISE

### II.1 Pressupostos constitucionais e legais

Não se vislumbram vícios de constitucionalidade, juridicidade ou regimentalidade na MPV.

A matéria pode ser objeto de medida provisória, pois não se enquadra nos temas reservados do art. 62, § 1º, da Constituição Federal. Como se trata de política pública do governo federal, há aqui clara competência legislativa sobre a matéria, em razão de sua capacidade de autolegislação e autoadministração e, também, de sua competência para executar políticas públicas na área da saúde, nos termos do art. 196 da Constituição Federal.

A MPV mostra-se adequada aos requisitos constitucionais de relevância e urgência, tendo em vista a notória falta de profissionais médicos em equipes de saúde da família e comunidade em todo o Brasil – situação agravada pela saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Trata-se de situação que causa grandes prejuízos à população brasileira e que merece resposta célere e duradoura.

A MPV apresenta adequação orçamentária e financeira e compatibilidade com as leis orçamentárias vigentes, pois o Programa Médicos pelo Brasil será executado com os recursos já previstos atualmente para o Programa Mais Médicos.

### II.2 O Programa Médicos pelo Brasil

No mérito, a MPV vem em boa hora para corrigir uma distorção existente no sistema de saúde brasileiro. Neste relatório, divide-se em dois grandes temas a análise do mérito da MPV: a) as características do Programa Médicos pelo Brasil e b) a natureza jurídica da Adaps como serviço social autônomo.

Os relatórios do projeto de pesquisa *Demografia Médica no Brasil* trazem informações preciosas a respeito da distribuição de médicos no País. O estudo – coordenado pelo Dr. Mário Scheffer, professor do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) – demonstra de maneira detalhada como se dá a distribuição



dos profissionais da medicina no território brasileiro e os problemas que justificam a edição da MPV nº 890, de 2019.

O estudo mostra que, em janeiro de 2018, os conselhos de Medicina registravam a existência de 452.801 médicos em atividade no Brasil. O número confirma uma tendência de crescimento significativo da categoria, que perdura há quase cinco décadas. Entre 1970, quando havia 58.994 médicos, e o ano de 2018, o número de médicos aumentou 667%. O percentual é muito superior ao do crescimento da população, que nesse período pouco mais que duplicou.

De acordo com a publicação, o aumento expressivo do número de médicos no Brasil resultou de uma conjugação de fatores, dentre os quais se destacam: as crescentes necessidades em saúde, as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, as garantias de direitos sociais, a incorporação de tecnologias médicas e o envelhecimento da população. Também não podem ser ignorados fatores como a expansão do sistema de saúde e a oferta de mais postos de trabalho médico.

A perspectiva atual é de manutenção dessa curva ascendente. Enquanto a taxa de crescimento populacional reduz sua velocidade, a abertura de escolas médicas e de vagas em cursos já existentes mantém um ritmo crescente. A estimativa do estudo é de que cerca de 24 mil novos profissionais desembarcarão anualmente no mercado de trabalho a partir de 2024.

Essa diferença entre a formação de novos médicos e o crescimento da população provocou um aumento na razão médico *versus* habitante. Em 1980 havia 1,13 médicos para cada grupo de mil residentes no País. Essa razão subiu para 1,48, em 1990, 1,71, no ano 2000, e atingiu 1,89, em 2009. Em 2011, o índice chegou a 1,95 médicos por mil habitantes. Agora, atingimos a média de 2,18 médicos por mil habitantes.

O estudo revela ainda a formação de um estoque de profissionais ao qual se agregam ano a ano novos médicos. Isso acontece porque as séries históricas da evolução de saídas e entradas de médicos indicam que o número de médicos que deixa a atividade é sempre inferior ao dos que ingressam no mercado de trabalho. Essa diferença mantém a tendência natural de crescimento do grupo.

A média nacional de 2,18 médico para cada grupo de mil habitantes, contudo, não é uniformemente observada em todo o nosso



território. Os levantamentos mostram um cenário de profunda desigualdade na distribuição geográfica dos profissionais, constatada entre os estados, as capitais e os municípios do interior.

A Região Sudeste é a que apresenta maior densidade médica – razão de 2,81 profissionais por mil habitantes –, enquanto no Nordeste essa média cai para 1,41, atingindo apenas 1,16 no Norte. Com efeito, a concentração tende a ser maior nos polos econômicos, nos grandes centros populacionais e onde se concentram estabelecimentos de ensino, serviços de saúde em maior número e, conseqüentemente, maior oferta de trabalho. Regiões menos desenvolvidas ou mais pobres e interiores de estados com grandes territórios e zonas rurais extensas, sabidamente, têm maior dificuldade para atrair e fixar profissionais médicos.

Esses números agregados por regiões oferecem, no entanto, uma visão apenas parcial do problema. A diferença na distribuição *per capita* de médicos entre as capitais e os municípios do interior é ainda mais expressiva: nossas 27 capitais reúnem apenas 23,8% da população, mas 55,1% dos médicos.

No Estado do Amazonas a questão é mais crítica, pois 93% dos médicos estão registrados na capital, Manaus, que, por sua vez, abriga pouco mais da metade dos cerca de quatro milhões de habitantes do estado. O problema, todavia, não é exclusivo do Amazonas. Em Sergipe, quase 92% dos médicos estão em Aracaju, enquanto no Amapá o percentual dos profissionais que atuam na capital é próximo de 90%.

Como seria esperado, tamanha concentração de médicos nas capitais gera profunda escassez desses profissionais no interior, especialmente nos municípios de menor porte. De acordo com o último levantamento disponível, nos 1.235 municípios brasileiros com até cinco mil habitantes a densidade médica é de apenas 0,3 profissional para cada grupo de mil habitantes. Na Região Nordeste, a situação é ainda mais desfavorável, com média de 0,2 médico para cada grupo de mil habitantes nesses pequenos municípios.

De fato, é inconcebível a pretensão de oferecer atenção à saúde de qualidade em um cenário de absoluta ausência de profissionais da medicina. Daí a importância da iniciativa do Ministério da Saúde de lançar o Programa Médicos pelo Brasil.





As dificuldades para o provimento e a fixação de médicos no interior do País são notórias e persistem há décadas. Os estudos e levantamentos que consultamos para a análise da proposição sob exame traduzem em números a realidade que nós parlamentares conhecemos de perto em nossas visitas aos rincões desse País. A ausência de médicos nas localidades remotas e nas áreas carentes das grandes metrópoles é causa de sofrimento para a população.

Nesse sentido, o mérito da proposta oriunda do Poder Executivo é inquestionável e digno de aplausos. Há, contudo, alguns aspectos da medida, referentes à formação e à distribuição dos médicos contratados, que merecem aprimoramentos. Eles serão discutidos com maior profundidade quando da análise das emendas.

### **II.3 A Adaps como serviço social autônomo**

Com a criação da Adaps como serviço social autônomo, haverá grande ganho de flexibilidade de gestão, com maiores eficiência e segurança jurídica em comparação com o modelo do Programa Mais Médicos. Durante o curso de formação, com duração de dois anos, o médico receberá bolsa-formação com valores atrativos. Após esse período, ele poderá ser contratado como médico especialista em medicina de família e comunidade, tendo seu vínculo jurídico regido pela CLT, com todos os direitos e deveres dos demais trabalhadores.

Devem ser afastados os argumentos de que a criação de serviço social autônomo seria inconstitucional, pelas razões abaixo apresentadas.

Uma definição corrente de serviço social autônomo é:

(...) os serviços sociais autônomos são entes associativos não fundacionais, de direito privado e sem fins lucrativos, e que, portanto, não integram a estrutura da administração pública, seja a administração direta ou a administração indireta. São em regra criados por lei e têm como objetivo a execução de atividades de interesse público não econômicas, o que justifica o fomento prestado pelo poder público. (Floriano de Azevedo Marques Neto / Carlos Eduardo Bergamini Cunha, “Serviços sociais autônomos”, Revista de Direito Administrativo 263 (2013), pp. 135-174, p. 142)

Seguindo essa linha de raciocínio, os serviços sociais autônomos são entidades já antigas no direito brasileiro, podendo ser classificadas em três espécies, conforme ordem cronológica de surgimento:



1) Entidades do Sistema “S”, como o Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Nacional da Aprendizagem Comercial (SENAC);

2) Entidades que surgiram a partir da extinção de outras entidades públicas como o Serviço Social Autônomo das Pioneiras Sociais (APS);

3) Entidades de fomento a atividades não exclusivas de Estado, como a Agência de Promoção de Exportações do Brasil (APEX-BRASIL) e Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI).

As entidades do Sistema “S” começaram a surgir ainda na década de 1940. O Decreto-Lei nº 9.403, de 1946, autorizou a Confederação Nacional da Indústria a criar o Serviço Social da Indústria (SESI), estabelecendo que ele seria custeado por contribuições sociais específicas. Esse mesmo modelo foi utilizado para criação do Sesc, Senac, Serviço Social do Transporte (SEST), Serviço Nacional do Transporte (SENAT), Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) e o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). Essas entidades caracterizam-se por terem sua criação autorizada por lei, exercerem atividades em benefício de certas categorias profissionais e serem custeadas por contribuições sociais que elas mesmas arrecadam, previstas no art. 240 da Constituição Federal.

Já os serviços sociais autônomos da segunda espécie foram criados especialmente a partir da década de 1990 em substituição a entidades estatais que exerciam determinadas atividades. Como exemplo, menciona-se a Associação das Pioneiras Sociais, criada pela Lei nº 8.246, 22 de outubro de 1991, e serviços sociais autônomos estaduais e municipais (como, o PARANAEDUCAÇÃO, criado pela Lei do Estado do Paraná nº 11.970, de 19 de dezembro de 1997). Deve ser destacado que essas entidades são mantidas essencialmente com recursos advindos do orçamento público, e não de contribuições sociais, como no caso dos serviços sociais autônomos da primeira categoria.

Sobre o tema, há julgado importante do Supremo Tribunal Federal sobre o caso do Paranaeducação. Nos termos do art. 1º da Lei do Estado do Paraná nº 11.970, de 1997, foi criado o Paranaeducação como

pessoa jurídica de direito privado, sob a modalidade de serviço social autônomo, sem fins lucrativos, de interesse coletivo, com a finalidade de auxiliar na Gestão do Sistema Estadual de Educação, através da assistência institucional, técnico-científica, administrativa



e pedagógica, da aplicação de recursos orçamentários destinados pelo Governo do Estado, bem como da captação e gerenciamento de recursos de entes públicos e particulares nacionais e internacionais.

Entre outras disposições, a lei estadual estabelece, em seu art. 15, incisos II e III, que essa entidade, por ostentar personalidade jurídica de direito privado, não se submete às regras de licitação e contratação públicas e pode contratar pessoal pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Foi ajuizada a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.864 contra essa lei estadual, com base, entre outros, nos argumentos de que haveria atuação da Administração Pública fora do regime do direito administrativo, violando as normas constitucionais sobre licitações e contratações, bem como as normas constitucionais sobre o regime estatutário dos servidores da entidade (STF, ADI 1.864, Redator para Acórdão Min. Joaquim Barbosa, j. 08/08/2007). Nesse caso, foi declarada a constitucionalidade da criação da entidade como serviço social autônomo, com personalidade jurídica de direito privado, com a possibilidade de realização de contratações públicas fora do regime de licitações e de vinculação de pessoal ao modelo da CLT. Foi declarada a inconstitucionalidade de dispositivos que permitiam aos servidores públicos do Estado do Paraná migrarem para o regime da CLT e que determinavam que a totalidade dos recursos de educação fossem geridos pela entidade e não pela Secretaria de Educação do Estado.

Por fim, há a terceira categoria de serviços sociais autônomos, de criação mais recente. No plano federal, destacam-se a Apex-Brasil, criada pela Lei nº 10.668, de 14 de maio 2003, *com o objetivo de promover a execução de políticas de promoção de exportações, em cooperação com o Poder Público, especialmente as que favoreçam as empresas de pequeno porte e a geração de empregos*, e a ABDI, criada pela Lei nº 11.080, de 30 de dezembro de 2004, responsável pela *execução de políticas de desenvolvimento industrial, especialmente as que contribuam para a geração de empregos, em consonância com as políticas de comércio exterior e de ciência e tecnologia*.

Essas entidades são caracterizadas pelo fato de serem custeadas por recursos públicos, diferentemente da primeira espécie de serviços sociais autônomos (Sistema “S”). Também são marcadas por não serem fruto da extinção de entidades estatais ou de assunção de competências antes desempenhadas pelo poder público, o que as afasta da segunda categoria de



serviços sociais autônomos. Suas atribuições são basicamente constituídas pelo fomento a atividades não exclusivas de Estado.

Diante desse cenário, o STF proferiu mais dois julgamentos relevantes para a definição da natureza e dos contornos jurídicos dos serviços sociais autônomos.

No Recurso Extraordinário nº 789.874, o STF definiu se o Serviço Social do Transporte (SEST) estaria obrigado a realizar concurso público para a contratação de pessoal e se o pessoal assim selecionado estaria submetido ao regime estatutário ou regime celetista. (STF, Pleno, RE 789.874, Rel. Min. Teori Zavascki, j. 17/09/2014). Nesse caso, o foco da discussão recaía sobre o Sest, serviço social autônomo da primeira espécie acima apresentada. De todo modo, o Relator, Ministro Teori Zavascki, fez considerações sobre os demais serviços sociais autônomos, no sentido de que embora o caso não versasse especificamente sobre os serviços sociais autônomos diferentes do Sistema “S”, a passagem acima aponta para importante consideração de que – por serem financiados basicamente por recursos do orçamento público – esses serviços sociais encontram maiores limitações jurídicas para realização de suas atividades. Essas limitações, no caso da APS, Apex-Brasil e ABDI, já foram inclusive previstas na lei de criação dessas entidades.

Por fim, em julgado também relevante para a análise da presente questão, o STF, na ADI nº 1.923, examinou a constitucionalidade da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que previa a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como organizações sociais. Por meio dessa Lei, declara constitucional pelo STF, é possível que uma entidade privada, fora da Administração Pública direta ou indireta, receba recursos, bens e servidores públicos para as suas atividades sem a necessidade de licitação ou concurso público (STF, Pleno, ADI 1.923, Redator para Acórdão Min. Luiz Fux, j. 16/04/2015).

Ressalte-se: o caso acima não versou sobre serviços sociais autônomos, mas organizações sociais. De todo modo, ambas as entidades guardam grandes semelhanças, pois são entidades paraestatais que, mesmo não fazendo parte da Administração Pública, exercem atividades de interesse público e em colaboração direta com o poder público. No caso dos serviços sociais autônomos da segunda e terceira espécies acima expostas, as semelhanças são ainda mais visíveis, pois elas – assim como as organizações sociais – também recebem recursos públicos orçamentários para execução de suas atividades.



Isso permite afirmar que as mesmas conclusões da ADI 1.923 se aplicam aos serviços sociais autônomos da segunda e terceira espécies, o que se coaduna com o julgado pelo Tribunal no RE 789.784 e na ADI nº 1.864, todos acima expostos. Seguindo esse entendimento, algumas conclusões podem ser extraídas a partir dos julgados do STF:

a) os serviços sociais autônomos não fazem parte da Administração Pública Direta ou Indireta, podendo ser autorizados ou criados pelo poder público com personalidade jurídica de direito privado;

b) eles podem fazer compras de bens e serviços fora do regime de licitações aplicáveis às entidades da Administração Pública;

c) seu regime de pessoal é o da CLT;

d) especialmente os serviços sociais autônomos que recebem diretamente recursos do Orçamento Público devem respeitar os princípios da Administração Pública em suas contratações;

e) eles devem prestar contas ao Tribunal de Contas respectivo.

No caso da Adaps, que não presta serviços a pessoas de categorias profissionais específicas e não é financiada por contribuições sociais, pode-se afirmar que não se trata de entidade do Sistema “S”. Pelo fato de prestar serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS e executar outras atividades relacionadas a essa política pública, a Agência pode ser classificada como serviço social autônomo da terceira categoria acima apresentada.

Desse modo, tendo por base a jurisprudência do STF examinada, pode-se entender pela constitucionalidade de sua criação por meio de medida provisória, submetida a regime jurídico de direito privado, afastando-se as regras ordinárias de licitação para a contratação de bens e serviços, bem como para a contratação de pessoal por meio do regime celetista, nos termos dos arts. 19 e 20 da MPV. Também se coaduna com o regime constitucional a previsão da prestação de contas anuais ao Tribunal de Contas da União, nos termos do art. 16, inciso II, da MPV.

No mérito, a criação da Adaps é medida positiva, pois amplia a flexibilidade na gestão do dia a dia das atividades da atenção primária à saúde conduzidas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil. Isso permitirá a



construção de planos de carreiras mais flexíveis, com remuneração variável conforme o desempenho do médico contratado e com a possibilidade de dispensa mais célere dos profissionais que apresentarem resultados insatisfatórios.

Além disso, conforme subsídios colhidos do Ministério da Saúde em audiência pública, prevê-se que o orçamento anual administrativo da Adaps será de aproximadamente dez milhões de reais, valor suficiente para ela executar uma política pública que custa ao País montante superior a três bilhões de reais. Caso se aproveitasse a estrutura da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por exemplo, poderia haver um gasto muito maior de recursos públicos, tendo em vista a taxa de administração de 8% cobrada por essa instituição pelos programas que executa por meio de sua fundação de apoio, a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC).

Abaixo faz-se a análise das emendas por grupos temáticos.

## **II.4 Análise das emendas por grupos temáticos**

### *II.4.1 Natureza jurídica da Adaps*

As Emendas nºs 11, 50, 62, 75, 102, 103, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 137, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 174, 191, 199, 228, 244, 264, 277, 300, 309, 316, e 349 propõem a alteração da natureza jurídica da Adaps e de seus bens.

Entre as alternativas, existem propostas para que a Adaps seja autarquia, fundação pública, empresa estatal ou apenas órgão de colaboração com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (MS) para execução do Programa Médicos pelo Brasil. Além disso, há sugestões para que os bens da Adaps sejam bens públicos.

Essas propostas acabam por invalidar um dos pilares do Programa Médicos pelo Brasil que é justamente conferir flexibilidade ao regime jurídico de atuação da entidade responsável por sua execução. Como apontado acima, a Adaps, atuando como serviço social autônomo, terá mais flexibilidade quanto ao regime de pessoal e de contratações se comparado ao regime jurídico da Administração Pública direta ou indireta. Desse modo, opina-se pela rejeição dessas Emendas para que tal flexibilidade seja mantida.



#### II.4.2 Objetivos do Programa e competências da Adaps

A Emenda nº 31 acrescenta como objetivo do Programa a *humanização da atenção e gestão em todos os níveis de ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde*. Por um lado, a humanização dos serviços já é objetivo do SUS, de modo que a medida não veicula uma novidade de fato. Por outro lado, atribuir ao Programa o papel de humanizador de todo o SUS, desde a atenção primária até as unidades de transplante de órgãos, extrapola, a nosso ver, seus objetivos. É possível, contudo, acatar parcialmente a Emenda, de modo a reforçar a necessidade de promover a humanização da atenção a ser prestada pela Adaps.

A Emenda nº 51 suprime a competência da Adaps para executar atividades de ensino, pesquisa e extensão. Trata-se de proposta que vai de encontro à criação da Adaps, cujas missões se relacionam diretamente com a formação profissional dos médicos participantes do Programa Médicos pelo Brasil.

A Emenda nº 58 amplia a definição de atenção primária, constante do inciso I do art. 2º da MPV. A definição proposta está tecnicamente correta. No entanto, entra em minúcias que não cabem em um texto legal, sendo mais apropriadas para figurar em normas infralegais de caráter regulamentar. De resto, não há reparos a fazer à definição proposta.

A Emenda nº 67 acrescenta o termo *gratuito* na caracterização do acesso, a ser garantido pelo Programa, às ações e serviços do SUS, acesso esse que atualmente é adjetivado, na nossa legislação, apenas como universal e igualitário. Apesar de frequentemente parecer óbvio que as ações de saúde oferecidas pelo Poder Público devam ser sempre gratuitas, não há garantias legais nesse sentido. Um bom exemplo é o Programa Farmácia Popular, que prevê o copagamento pelo acesso à assistência farmacêutica prestada por entidades privadas. Nesse sentido, a medida proposta é meritória e deve ser acatada, visto que seria inadmissível a cobrança, mesmo que parcial, pelos serviços médicos prestados pela Adaps.

As Emendas nºs 51, 110, 142, 162, 179, 210, 217, 234, 252, 283, 288, 324, 340 e 361 propõem a supressão do inciso I do art. 7º da MPV nº 890, de 2019, que atribui à Adaps a competência para *prestar serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS, em caráter complementar à*



*atuação dos entes federativos, especialmente nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade.* Seus proponentes argumentam que tal competência não deve ser atribuída à União, em face da diretriz de descentralização do SUS.

Em que pese a pertinência da justificativa, há que considerar que a participação da Adaps – e, portanto, da União – será apenas complementar e em locais em que os entes federativos responsáveis se mostraram incapazes de prover assistência médica. Ademais, já existem diversos precedentes de atuação complementar da União na atenção básica, a exemplo do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Programa Farmácia Popular.

### *II.3 Composição dos órgãos da Adaps (Conselho Deliberativo, Diretoria-Executiva e Conselho Fiscal)*

As Emendas nºs 3, 6, 23, 34, 35, 36, 42, 47, 48, 49, 59, 63, 64, 66, 95, 96, 99, 108, 138, 158, 160, 177, 212, 214, 232, 250, 285, 286, 307, 320, 334, 335, 339, e 356 propõem alterações no Conselho Deliberativo da Adaps.

As modificações propostas referem-se basicamente a aumentar a participação social no Conselho, com indicação de representantes da sociedade civil, do Conselho Nacional de Saúde, além do Ministério da Educação (MEC) e de instituições de ensino superior. O sentido dessas modificações é positivo, pois a composição do Conselho na redação original da MPV contempla poucos atores, como exposto acima. A pluralidade de visões sobre a questão da atenção primária à saúde pode enriquecer a atuação da Adaps. Entretanto, faz-se a ressalva de que é salutar manter a maioria dos membros do Conselho indicados pelo Ministério da Saúde para que a governança dessa instituição permaneça com o Poder Executivo federal. Opina-se pela aprovação parcial das emendas na forma do Projeto de Lei de Conversão (PLV) abaixo apresentado.

Deve-se apenas destacar a Emenda nº 47 que condiciona a nomeação e exoneração dos membros do Conselho Deliberativo da Adaps à prévia decisão do Senado Federal. Embora se reconheça o valor de instituir maior controle sobre os dirigentes da entidade, a ideia contrapõe-se ao propósito de dar flexibilidade para o Poder Executivo federal e outras instituições indicarem representantes com mandato fixo.

As Emendas nºs 52 e 65 reduzem a possibilidade de os Diretores-Executivos serem reconduzidos, autorizando apenas uma





recondução. Trata-se de medida salutar, considerando que o mandato do Diretor será de dois anos. Com isso, as Emendas evitam prazos muito alongados de mandato (com as duas prorrogações, seriam até seis anos de permanência), aprimorando a rotatividade na composição do órgão.

A Emenda nº 53 altera a composição do Conselho Fiscal para determinar que um dos membros do Conselho será indicado pelos próprios conselheiros, eliminando, assim, um dos indicados pelo Ministério da Saúde. Considerando que a governança da Adaps deve permanecer com o Ministério da Saúde, essa modificação apresenta aspectos negativos.

#### *II.4.4 Definição territorial da política pública*

As Emendas nºs 1, 18, 19, 21, 22, 33, 38, 58, 61, 92, 125, 154, 310, 336 e 337 cuidam de alterar as definições de *locais de difícil provimento* e de *locais de alta vulnerabilidade*, ou seja, dos locais a serem atendidos pelo Programa Médicos pelo Brasil. As Emendas nºs 1, 18, 22 e 33 acrescentam as comunidades remanescentes de quilombos, ao lado dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e das comunidades ribeirinhas, já contemplados na definição de locais de difícil provimento, enquanto as Emendas nºs 58 e 125 acrescentam ao texto aldeias e agrupamentos indígenas, povos da floresta e municípios localizados em linha e faixa de fronteira.

A Emenda nº 154 acrescenta os bairros periféricos de municípios integrantes de regiões metropolitanas, prevendo ainda o estabelecimento de critérios objetivos para a seleção desses locais, a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde, ouvido o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A Emenda nº 336 inclui os municípios de até 50 mil habitantes, enquanto a Emenda nº 337 prioriza os DSEI e as comunidades ribeirinhas da região amazônica. A Emenda nº 21, por sua vez, prioriza as Regiões Norte e Nordeste.

As Emendas nºs 19, 38, 61 e 92 incluem unidades territoriais menores que o município na definição de local de alta vulnerabilidade, de modo a permitir selecionar apenas uma parcela do município a receber os médicos do Programa. Também retiram a exigência de *alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família*.

A Emenda nº 310 muda completamente a definição de local de alta vulnerabilidade, propondo os seguintes critérios para enquadrar o



município: a) ter 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); b) estar entre os 100 municípios com mais de 80.000 habitantes e com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; c) estar situado em área de atuação de DSEI; d) estar nas *regiões censitárias 4 e 5 dos municípios*, conforme o IBGE; ou e) estar nas áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza. O autor da Emenda não justifica sua apresentação.

Com efeito, algumas dessas propostas aprimoram o texto da MPV nº 890, de 2019. Na definição de local de alta vulnerabilidade, ao estabelecer a totalidade do município como base territorial para determinar os locais a serem beneficiados pelo Programa, seguramente há perda de sensibilidade para identificar áreas que precisam e merecem receber os profissionais médicos contratados. Afinal, não são raros os municípios que apresentam amplas variações nas condições sociais e de saúde de sua população, com áreas muito afluentes e índice de desenvolvimento humano (IDH) comparável ao de países desenvolvidos, ao lado de outras marcadas pela miséria.

Destarte, caso seja feita uma análise global do município, conforme propugna a definição **atual** do inciso III do art. 2º da MPV, há grandes chances de o Programa deixar comunidades carentes desassistidas, no caso de elas pertencerem a um município relativamente próspero. Seria o caso das regiões periféricas das grandes metrópoles, por exemplo.

Ainda a respeito desse dispositivo, algumas Emendas propõem a retirada da exigência de *alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família* como critério para considerar determinada área como de alta vulnerabilidade. A iniciativa tem embasamento prático, pois não se pode afastar a possibilidade de existirem localidades completamente desassistidas, nas quais sequer foi realizado um cadastramento sistemático de todos os habitantes na Estratégia Saúde da Família (ESF).

No entanto, há que considerar que um dos objetivos fundamentais do Programa é induzir as prefeituras a proceder ao cadastro de todas as famílias a serem atendidas pela ESF. Trata-se de procedimento relativamente simples, mas que tem enorme impacto na gestão da atenção básica. Sem o cadastramento dos usuários, será impossível para a Adaps promover o correto dimensionamento da demanda e a correspondente



alocação de médicos para supri-la. Por isso somos favoráveis à manutenção dessa exigência.

O acréscimo das comunidades remanescentes de quilombos, lado a lado com os DSEI e as comunidades ribeirinhas, já contemplados na MPV, é meritório, já que esses três tipos de comunidades são áreas com características semelhantes. As demais alterações propostas são redundantes, exceção feita à Emenda nº 310, que apresenta a desvantagem de estabelecer critérios aplicáveis à totalidade do município, com todos os problemas já discutidos anteriormente.

#### *II.4.5 Operacionalização do Programa Médicos pelo Brasil*

Há diversas Emendas que tratam de aspectos operacionais de execução do Programa Médicos pelo Brasil.

As Emendas nºs 2 e 44 acrescentam, no contrato de gestão a ser elaborado com o Ministério da Saúde, critérios para aferição do desempenho das atividades da Adaps vinculados à avaliação dos usuários dos serviços de saúde. Essas modificações são desejáveis e ampliam as dimensões avaliadas do Programa, incluindo o critério fundamental da satisfação dos destinatários da política pública.

A Emenda nº 4 torna obrigatória a realização de consulta e audiências públicas para edição do regulamento da Adaps. Trata-se de medida positiva e que amplia a participação social na constituição da entidade.

A principal finalidade da Emenda nº 29 é permitir a contratação de médicos especialistas sem processo seletivo. Contudo, considerando a atratividade do Programa, é razoável esperar que haverá mais interessados do que vagas disponíveis. Desse modo, deve ser mantido o processo seletivo como forma imparcial e eficiente de seleção dos participantes do Programa.

A Emenda nº 32 cria preferência na escolha de vagas para médicos que já atuaram em locais de difícil provimento. Embora o sentido da Emenda seja positivo, trata-se de matéria que deve ser deixada para o regulamento dispor de maneira mais flexível.

As Emendas nºs 40 e 333 obrigam o médico a permanecer vinculado ao Programa ou localidade por certo tempo. Tendo em vista a liberdade profissional dessas pessoas e o fato de o curso de formação do



Programa envolver a prestação efetiva de serviços à comunidade, elas devem ser rejeitadas. Em outras palavras, uma das premissas do Programa é o respeito à liberdade das pessoas de escolher se desejam ingressar e permanecer em suas atividades ou não.

A Emenda nº 46 dispõe que as contas da Adaps deverão ser examinadas por seu Conselho Fiscal e aprovadas pelo Conselho Deliberativo. Trata-se de determinação já implícita no texto, mas que se torna mais clara pela Emenda.

A Emenda nº 57 estabelece que será vedada a mudança de lotação do médico durante o curso de formação e ao longo de três anos após sua conclusão. Trata-se de medida que enrijece a execução do Programa e acaba por dificultar a gestão de pessoas.

As Emendas de nºs 68 e 72 determinam a responsabilização solidária dos tutores em relação às infrações eventualmente cometidas por seus orientandos. Tal medida não deve ser acatada, visto que os participantes do curso de formação serão médicos plenamente habilitados ao exercício da profissão e, portanto, aptos a responderem por suas condutas. Por certo, se o tutor concorrer para algum ato ilícito, seja por dolo ou culpa, responderá por suas ações nos termos da legislação aplicável. Há que apurar sua responsabilidade no caso concreto, sem lhe imputar responsabilidade *a priori* pelos atos de outrem.

A Emenda nº 77 permite o ingresso direto no Programa, sem necessidade de realização de prova escrita, de todos os estudantes que concluírem a graduação em medicina. Não especifica se a conclusão deve ser no Brasil ou se pode ser realizada em faculdade estrangeira, sem revalidação do diploma. Também não estabelece um prazo máximo entre a conclusão da graduação e o ingresso no Programa.

A medida distorce significativamente a proposta do Programa Médicos pelo Brasil, que implica a realização de processo seletivo para a contratação de quadro de pessoal permanente com vistas à execução de suas ações. É de difícil concepção um modelo de contratação de pessoal sem qualquer tipo de ingerência sobre a seleção dos contratados.

A Emenda nº 84 estabelece que a formação do aluno se dará exclusivamente no âmbito da atenção primária à saúde. A medida é positiva, pois evita que haja um desvio de conteúdo na formação desses profissionais



e permite a focalização no escopo do Programa Médicos pelo Brasil, que é justamente a atenção primária à saúde.

As Emendas nºs 107, 139, 175, 192, 205, 229, 248, 265, 278, 301, 321, 347 e 364 estabelecem que a Adaps enviará seus relatórios de prestação de contas também para o Congresso Nacional e o Conselho Nacional de Saúde. A medida é positiva, pois aumenta o controle exercido sobre a entidade sem criar restrições às suas atividades.

As Emendas nºs 128, 165, 219, 237, 255, 280, 291, 314 e 344, tratam do curso de formação e dispõem que ele será ministrado exclusivamente em instituição pública. A dificuldade, contudo, deriva das grandes limitações pelas quais passam as instituições públicas de ensino e pesquisa, o que aconselha a rejeição dessas Emendas.

A Emenda nº 100 determina que serão selecionados para atuar no Programa, ao lado dos médicos de família e comunidade já contemplados no texto da MPV, médicos com as seguintes especialidades: clínica médica, infectologia e qualquer outra especialidade clínica cuja grade curricular contenha no mínimo um ano completo em clínica médica.

Há que considerar, contudo, que o Programa pretende formar os médicos de família e comunidade, em vez de contratá-los já formados. Os médicos já especialistas – seja em medicina de família e comunidade, seja em clínica médica – serão contratados como tutores. Dessa forma, dependendo de como for interpretada, a Emenda nº 100 pode restringir as possibilidades de seleção de médicos para o Programa, especialmente se levarmos em conta o disposto no §7º, acrescido pela referida Emenda ao art. 26 da MPV:

**Art. 26** .....

.....  
 § 7º Em caso de empate no processo seletivo, o primeiro critério de desempate será a ordem numérica crescente dos incisos do art. 23, sem prejuízo de outros estabelecidos em regulamento.

Ora, o comando deixa claro que já se espera que o candidato seja especialista no momento do processo seletivo. Isso, a nosso ver, contraria toda a lógica de concepção do Programa.

Outra forma de interpretar as disposições da Emenda seria no sentido de que ela propõe uma mera ampliação do escopo do Programa para



outras especialidades médicas, além da medicina de família e comunidade já prevista na redação vigente. Assim, seriam selecionados médicos não especialistas, que fariam sua especialização no âmbito do Programa, da mesma forma que ocorre com os médicos de família e comunidade. Tal interpretação implica liberdade de seleção de quaisquer médicos, mas também desvirtua completamente o escopo do Programa ao estender suas atividades de especialização para a clínica médica e a infectologia, áreas com forte componente de atuação hospitalar.

As Emendas nºs 140, 167, 184, 200, 221, 239, 257, 269, 293, 322, 351 e 363 determinam que a execução do Programa Médicos pelo Brasil deve ser feita em consonância com o Plano Nacional de Saúde. Com efeito, toda a atuação da esfera federal de gestão do SUS deve obedecer a esse plano, de modo que a proposta deve ser aprovada, pois não há prejuízo para o Programa.

A Emenda nº 331 determina que seja feito o monitoramento por parte do Ministério da Saúde e da Adaps da migração dos médicos do Programa Mais Médicos para o Programa Médicos pelo Brasil. Entretanto, os dois Programas são independentes e não está previsto um processo de migração de um para o outro.

É importante ressaltar que a MPV nº 890, de 2019, não prevê a descontinuação do Programa Mais Médicos nem do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Em reunião mantida com o Ministro de Estado da Saúde, Sua Excelência garantiu que os contratos vigentes serão cumpridos e há previsão de lançamento de novos editais. Inclusive, neste momento, cerca de 700 médicos recém incorporados ao Projeto encontram-se em fase final de capacitação em Brasília, concluindo o módulo de acolhimento. Deverão ser enviados aos municípios nas próximas semanas.

Em todo caso, é natural que haja uma substituição paulatina dos profissionais do Projeto por aqueles contratados pelo novo programa, a depender de como se dará a execução deste na prática, da adesão dos médicos etc. Como o critério de alocação dos profissionais do novo programa – menos sensível a pressões políticas – não é exatamente o mesmo do Projeto, é esperado que haja alguma variação no número de médicos destinados a determinados municípios.

Ainda sobre o tema da operacionalização do Programa, recebemos demanda do Deputado Jorge Solla no sentido de estabelecer que a prova inicial do processo seletivo de médico de família e comunidade verse



tão somente sobre matérias constantes do currículo do curso de graduação em medicina, evitando-se a cobrança de temas mais ligados às especialidades médicas. Dessa forma, seriam prestigiados os alunos com formação mais generalista. A proposta foi acolhida no PLV.

#### *II.4.6 Vínculo jurídico do médico com a Adaps (regime de trabalho e remuneração)*

A Emenda nº 332 propõe que a remuneração dos médicos seja acrescida de incentivo financeiro variável no caso de lotação em localidades mais distantes dos centros urbanos e com maior vulnerabilidade. A Emenda nº 80 vai no mesmo sentido, porém especifica o percentual de acréscimo (25%) e os locais que justificam sua concessão (DSEI e comunidades ribeirinhas).

Com efeito, o governo federal anunciou que instituirá mecanismos de incentivo financeiro para o provimento de médicos nas regiões mais carentes. Ou seja, os médicos alocados nas regiões desassistidas receberão uma remuneração maior dentro do Programa.

O Ministério da Saúde informou ainda que a remuneração do médico lotado em DSEI, por exemplo, será adicionada seis mil reais mensais. Ou seja, o acréscimo anunciado é superior ao determinado pela Emenda nº 80. Dessa forma, sem modificar a estrutura proposta pela MPV, é possível acatar a Emenda nº 332. Contudo, a previsão em lei do percentual para os incentivos financeiros, conforme propõe a Emenda nº 80, pode engessar a atuação da Adaps, de modo que ela será parcialmente acatada, tendo em vista o acolhimento de sua finalidade no âmbito do PLV.

A Emenda nº 82 exige dedicação exclusiva do médico contratado pela Adaps, enquanto a Emenda nº 76 exige essa dedicação apenas como requisito para a concessão de isenção do Imposto de Renda da Pessoa Física para os candidatos que fazem o curso de formação, ou seja, aqueles habilitados para cumprir a segunda etapa do processo seletivo de médico de família e comunidade. A medida, ao tolher a liberdade dos médicos de exercer outras atividades fora do seu horário de trabalho no âmbito do Programa, pode restringir o número de profissionais interessados em participar.

As Emendas nºs 78, 83 e 85 determinam que, já durante o curso de formação, o candidato ao emprego de médico de família e comunidade da Adaps seja contratado mediante vínculo estabelecido com base na



Consolidação das Leis do Trabalho. A medida representaria uma mudança significativa na lógica de contratação dos médicos pela Adaps, visto que no modelo atual ela só contrata aqueles aprovados no curso de formação, mantendo-os sem vínculo trabalhista antes da sua conclusão. Isso resultaria em maiores dificuldades e encargos financeiros para execução do Programa, razão pela qual devem ser rejeitadas as Emendas.

As Emendas nºs 87, 133, 176, 193, 198, 230, 247, 266, 271, 302, 329, 348 e 365 têm redação idêntica e buscam determinar que, durante o curso de formação, a bolsa a ser paga aos candidatos a médico de família e comunidade da Adaps terá valor idêntico àquele da bolsa paga aos médicos do Programa Mais Médicos.

Tudo indica que todos os treze autores das Emendas pretendiam se referir apenas aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (inciso I do art. 19 da Lei nº 12.871, de 2013), excluindo os médicos residentes e também os médicos tutores e supervisores desse projeto.

Não obstante, a fixação em lei dos valores de remuneração dos candidatos a médico de família e comunidade pode, contudo, ser prejudicial à ideia de conceder flexibilidade para a atuação da Adaps, devendo as Emendas ser rejeitadas.

As Emendas nºs 127, 134, 168, 185, 201, 222, 240, 258, 270, 294, 328, 352 e 357 estabelecem a necessidade de criação de carreira no âmbito da Adaps para os médicos contratados pelo regime celetista, de modo a gerar atratividade e previsibilidade para os ingressantes sobre sua progressão da vida profissional. As Emendas são positivas e podem ser acatadas parcialmente, para obrigar a Adaps a organizar os médicos participantes celetistas em carreiras, cujo detalhamento será feito pela própria entidade. Faz-se também acréscimo do § 3º ao art. 24 para estabelecer que não se abrirá novo processo seletivo enquanto houver candidato aprovado em processo seletivo anterior com prazo de validade não expirado e candidatos aprovados dentro do número de vagas ofertadas. Trata-se de medida justa que evita casuísmos no momento de seleção de profissionais.

A Emenda nº 304 faz a exigência de concurso público e estabelece o regime estatutário para os profissionais da Adaps. Essas disposições contrariam frontalmente a natureza de serviço social autônomo da Adaps e podem enrijecer a execução do programa e a administração do pessoal contratado.





As Emendas nºs 306 e 308 estabelecem a criação da carreira interfederativa de médicos, organizada nos três níveis da federação. Considerando que a criação de cargos e funções públicas é matéria de iniciativa privativa do Poder Executivo, há aqui argumentos para se entender pela inconstitucionalidade das Emendas, nos termos do art. 61, § 1º, inciso II, alínea “a”, da Constituição Federal. Também há imposição de prazo para que os Poderes Executivos exerçam competências suas, o que é igualmente considerado inconstitucional, conforme a jurisprudência do STF (ADI 546, 2.393 e 3.394).

#### *II.4.7 Contratação de terceiros pela Adaps*

As Emendas nºs 109, 141, 161, 178, 211, 215, 233, 251, 284, 287, 323, 341 e 362 suprimem o § 1º do art. 19 da MPV para proibir a contratação de terceiros pela Adaps para quaisquer finalidades. Trata-se de medida muito rígida e que, na prática, pode inviabilizar o funcionamento da Agência. Imagine-se, por exemplo, o problema que isso pode acarretar nos casos em que a Adaps precise de técnicos para fazer a manutenção de um equipamento ou de empresas para o fornecimento de insumos.

Já as Emendas nºs 111, 143, 163, 180, 209, 216, 235, 253, 282, 289, 325, 343 e 360 acrescentam § 3º ao art. 19 da MPV para proibir a intermediação de mão-de-obra médica por meio de pessoa jurídica. Trata-se de medida positiva, pois um dos pilares do Programa é justamente oferecer uma formação médica de qualidade por meio da Adaps. Permitir a intermediação de mão-de-obra médica, de modo indiscriminado, gera o grande risco de se perderem as balizas de formação do Programa.

As Emendas nºs 86 e 305 excluem a possibilidade de celebração de parcerias entre a Adaps e entidades privadas para execução do Programa. Novamente trata-se de medida muito ampla e que enrijece as atividades da entidade. O foco deve ser evitar a terceirização de mão-de-obra médica, como apontado anteriormente.

#### *II.4.8 Definição orçamentária do Programa e piso constitucional dos recursos destinados à saúde*

As Emendas nºs 89, 114, 132, 136, 169, 186, 197, 223, 241, 259, 274, 295, 319 e 353 têm redação idêntica e propõem que as despesas decorrentes da execução do Programa Médicos pelo Brasil não poderão ser computadas para fins de apuração do cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal. Ou seja, com base nessas



emendas, os recursos destinados ao programa não contariam como gasto da União com ações e serviços públicos de saúde.

No entanto, as ações previstas no Programa preenchem os critérios previstos no art. 2º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que *regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.*

Não há, pois, embasamento técnico ou jurídico para afastar a possibilidade de computar essas despesas para fins de apuração do valor aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde. Ademais, é questionável a juridicidade de dispositivo de lei ordinária que contraria disposições estabelecidas em lei complementar.

#### *II.4.9 Possibilidade de execução da política pública por Estados e Municípios*

As Emendas nºs 28, 55, 88, 90, 130, 131, 135, 146, 155, 156, 157, 170, 171, 172, 187, 188, 189, 195, 196, 204, 224, 225, 242, 243, 246, 260, 261, 262, 272, 273, 275, 296, 297, 298, 317, 318, 330, 338, 354 e 355 possibilitam a Estados e Municípios a execução do Programa Mais Médicos e do Programa Médicos pelo Brasil, inclusive com a contratação direta de médicos sem inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).

Opina-se pela rejeição dessas Emendas pelo fato de a lógica desses dois Programas ser a centralidade administrativa e de pessoal na União, que poderá acompanhar e fiscalizar melhor as atividades desses profissionais. É verdade que uma das diretrizes do SUS é a descentralização de atividades, especialmente as relacionadas à atenção primária à saúde. Contudo, observadas as dificuldades históricas e persistentes de contratação de profissionais para o exercício da medicina de família e comunidade em locais remotos, que consubstanciaram a formatação do Programa Mais Médicos, faz sentido restringir a contratação de médicos, nessas condições especiais, pela União. Destaca-se que, atualmente, nada impede que Estados, DF e Municípios desenvolvam seus próprios programas de contratação de



médicos com registro no CRM para execução de suas políticas públicas de saúde.

#### *II.4.10 Ampliação do Programa para outros profissionais de saúde*

As Emendas nºs 60, 93 e 94 intentam expandir o escopo da MPV e incluir outros profissionais de saúde no Programa: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, odontólogos e agentes comunitários de saúde (ACS). A participação desses profissionais na atenção básica é de fato imprescindível. No entanto, nesses casos, não se justifica uma intervenção da União na atenção primária – que é de competência municipal no modelo descentralizado do SUS –, visto que o provimento desses outros profissionais não apresenta as mesmas dificuldades que o de médicos. Ademais, a nosso ver, carece de lógica a contratação de ACS federais, visto que estes devem ter vínculo com as comunidades em que atuam. A aprovação dessas Emendas representaria uma verdadeira “federalização” da atenção básica, algo que está fora dos propósitos da MPV.

#### *II.4.11 Médicos formados no Exterior*

As Emendas nºs 8, 10, 17, 24, 25, 26, 27, 30, 39, 43, 91, 101, 104, 105, 106, 115 e 151 propõem a dispensa de exigência de inscrição em Conselho Regional de Medicina (CRM) dos candidatos ao processo seletivo para médico de família e comunidade. A nosso ver, essas iniciativas devem ser vistas com reserva, pois o Programa foi desenhado para receber profissionais plenamente habilitados ao exercício da profissão. A comprovação da habilitação pressupõe a prévia inscrição no CRM.

Ressalte-se que permanece ativo o Projeto Mais Médicos para o Brasil, instituído pela Lei nº 12.871, de 2013. É este projeto governamental que tem previsão para receber os médicos com diplomas estrangeiros não revalidados no País. Ele contempla todo um arcabouço normativo e de infraestrutura, gerido pelo Ministério da Saúde, para atender às peculiaridades desses profissionais, algo sem paralelo no Programa Médicos pelo Brasil.

As Emendas nºs 27 e 30 ainda estabelecem um percentual (50% e 30%, respectivamente) de reserva de vagas para brasileiros formados no exterior sem registro no Conselho Regional de Medicina para participarem no Programa Médicos pelo Brasil. Porém, há que ressaltar que esses profissionais tiveram condições financeiras de estudar fora do Brasil por



anos, durante os quais muitos estudantes no Brasil – onde os cursos privados de Medicina custam mais caro – endividaram-se para pagar o financiamento de seus estudos.

Desse modo, criar uma reserva de vagas para profissionais formados no exterior seria reduzir as oportunidades dos que estudaram no Brasil, muitas vezes com sacrifício pessoal ou familiar tão grande quanto os formados no exterior, o que contraria a lógica das ações afirmativas que baseiam as políticas públicas direcionadas a favorecer as pessoas mais carentes ou necessitadas. Não obstante, como será abaixo apresentado, a situação sensível de milhares de brasileiros e estrangeiros formados no exterior será resolvida mediante a instituição de regras mais efetivas sobre a validação de diplomas por meio do Revalida.

Contudo, é importante registrar a excepcionalidade da situação dos médicos intercambistas cubanos que exerciam suas atividades no âmbito do Projeto e decidiram permanecer no Brasil após a rescisão do Convênio de Cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde Pública de Cuba para o fornecimento de mão de obra ao Projeto.

A vinda desses médicos ao País, na condição de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, foi viabilizada pelo 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao Projeto intitulado *Ampliação do acesso da população brasileira à atenção básica em saúde*, firmado entre o governo federal e a OPAS. Registre-se, portanto, que nunca houve um contrato direto entre o Ministério da Saúde e esses profissionais.

Eles eram contratados pela *Sociedad Mercantil Cubana Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos S.A.*, submetida ao Ministério da Saúde Pública de Cuba, que por sua vez estabeleceu convênio com a OPAS. Destarte, por ausência de previsão contratual, não foi possível mantê-los no Projeto após a ruptura unilateral do convênio por iniciativa do governo do país caribenho.

Em função da situação humanitária difícil em que se encontram esses profissionais e da sua importância para a atenção à saúde nas localidades mais carentes, foram inúmeros os apelos de parlamentares para sua reincorporação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Em atendimento a essas demandas, proponho o estabelecimento de regra excepcional e transitória no Projeto, para que os médicos cubanos que exerciam suas



atividades por ocasião da ruptura do convênio com a OPAS possam ser admitidos diretamente pelo Ministério da Saúde, na condição de médicos intercambistas, sem a intermediação de qualquer entidade. Trata-se de demanda também expressada por cidadãos mediante o Portal E-Cidadania, como o Sr. Lester Lopez, do Amazonas, e Danilo Mendes, do Distrito Federal.

As Emendas nos 71 e 73 exigem que o profissional a ser contratado como tutor ou como médico de família e comunidade seja portador de diploma válido no Brasil. Trata-se de disposição redundante, já constante do art. 24, § único, I, da MPV.

#### *II.4.12 Formação Médica*

As Emendas nos 7, 20, 37, 45, 54, 69, 70, 74, 77, 81, 112, 113, 126, 144, 145, 164, 166, 181, 183, 194, 202, 206, 208, 213, 218, 220, 231, 236, 238, 249, 254, 256, 267, 268, 279, 281, 290, 292, 303, 311, 315, 326, 327, 342, 345, 346, 358 e 359 tratam de estabelecer regras sobre a formação médica, seja em nível de graduação, seja na pós-graduação.

Algumas dessas Emendas propõem a supressão do art. 31 da MPV, o qual revoga os arts. 6º e 7º da Lei nº 12.871, de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos. Esses dispositivos disciplinavam a execução do disposto no art. 5º da referida Lei, ou seja, a universalização da residência médica no Brasil, que deveria ter sido alcançada até o dia 31 de dezembro de 2018.

O art. 6º da Lei do Mais Médicos dispunha que, para fins de cumprimento dessa meta de universalização, seria considerada a oferta de vagas em programas de residência em medicina geral e de família e comunidade e em programas de residência médica de acesso direto. Estes incluíam as seguintes especialidades: genética médica, medicina do trânsito, medicina do trabalho, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina nuclear, patologia e radioterapia.

O art. 7º daquela Lei determinava que o programa de residência médica em medicina geral e de família e comunidade, com duração mínima de dois anos, teria o seu primeiro ano como requisito para o ingresso em programas de residência de determinadas especialidades médicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social. Para os demais programas sem acesso direto,



o requisito mínimo seria fixado em um ou dois anos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Na prática, esses dispositivos determinavam a quase obrigatoriedade de cursar pelo menos um ano do programa de residência em medicina de família e comunidade para a grande maioria dos egressos dos cursos de graduação em medicina. A nosso ver, a medida era exagerada, pois a demanda por esse tipo de especialista é grande, mas não a ponto de necessitar a conversão de quase todos os médicos do País em especialistas na área.

A medida tinha por objetivo forçar o médico recém-formado a trabalhar em áreas carentes, sem a necessidade de criação de vínculo celetista ou estatutário para atraí-lo. O lado negativo da medida – agora revogada pela MPV – era o prolongamento excessivo do tempo de formação profissional do médico, já bastante longo nos moldes atuais.

A supressão do art. 31 da MPV deve, portanto, ser rejeitada.

Outras Emendas instituem, a partir do ano de 2021, avaliação específica dos cursos de graduação em medicina. Essa avaliação, no entanto, já foi instituída pela mencionada Lei nº 12.871, de 2013. Por essa razão, a iniciativa, a nosso ver, está prejudicada.

Há Emendas que propõem alterações na Lei nº 12.871, de 2013, para instituir a universalização da residência médica no País, algo já constante daquele diploma legal (art. 5º). Tais Emendas determinam ainda a equiparação da bolsa da residência ao valor pago aos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Não há, contudo, previsão orçamentária para a elevação da remuneração proposta. Além disso, as Emendas contrariam o pressuposto de dar flexibilidade para a gestão do Programa Médicos pelo Brasil.

As demais Emendas também tratam de assuntos que fogem ao escopo da MPV, como a reordenação completa de todos os recursos humanos (não apenas dos médicos) no âmbito do SUS, incentivos diversos à abertura de escolas médicas, financiamento estudantil e estabelecimento de prazos para a instalação de serviços de emergência e UTI. Independentemente do mérito, essas iniciativas não guardam pertinência temática com a MPV nº 890, de 2019.



Por fim, a respeito do tema da Residência Médica, recebi interessante sugestão do Senador Rogério Carvalho no sentido de beneficiar os médicos que concluírem o curso de formação previsto na MPV com a redução de um ano na duração de eventual programa de Residência em clínica médica em que forem admitidos.

A medida é justa e oportuna, pois incentivará a adesão ao Programa Médicos pelo Brasil de jovens profissionais recém-formados que, caso optem por se desligar da Adaps no futuro, terão o benefício do encurtamento da Residência em clínica médica. Ressalte-se que a conclusão desse programa de Residência é pré-requisito para a admissão em programas de inúmeras especialidades clínicas, a exemplo da cardiologia, da pneumologia e da endocrinologia.

Com o benefício proposto, o médico egresso do curso de formação em medicina de família e comunidade, já tendo acumulado extensa carga horária de atendimento ambulatorial, poderá aproveitar o conhecimento adquirido e cursar tão somente o componente intra-hospitalar do programa de Residência em clínica médica. A sugestão foi incorporada ao PLV que oferecemos ao final deste relatório.

### *II.13 Extinção do Projeto Mais Médicos para o Brasil*

A Emenda nº 97 propõe a extinção do Projeto Mais Médicos para o Brasil. A iniciativa trata de matéria estranha à MPV nº 890, de 2019. Além disso, cabe ressaltar que o Projeto não será substituído imediatamente pelo novo Programa. Ambos conviverão por período indeterminado, até que o novo modelo consiga equalizar o problema do provimento de médicos nas localidades carentes. Não seria prudente a súbita extinção do Projeto antes da consolidação do novo Programa.

Nesse sentido, acrescente-se ao PLV a previsão expressa de que o Projeto Mais Médicos para o Brasil é independente do Programa Médicos pelo Brasil e não será extinto a partir da conversão da Medida Provisória em Lei. Ganha-se segurança jurídica e clareza normativa com essa alteração de redação.

### *II.14 Revalidação de diplomas de médicos formados no exterior (Revalida)*

As Emendas nºs 5, 13, 41, 79, 129, 173, 190, 203, 227, 245, 263, 276, 299, 312, 313, 350 e 366 propõem a realização obrigatória, com



periodicidade anual ou semestral, do exame nacional de revalidação de diplomas médicos expedidos por instituições estrangeiras, conhecido como Revalida.

A instituição do Revalida em lei, objeto dessas Emendas, foi colocada como uma reivindicação legítima e unânime nas manifestações de convidados e de parlamentares nas Audiências Públicas. Como se sabe, o Revalida foi criado pela Portaria Interministerial – MEC e MS – nº 278, de 17 de março de 2011, com o objetivo de *verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível equivalente ao exigido dos médicos formados no Brasil* (art. 2º).

A proposta de instituir o Revalida por lei, convém registrar, não é nova, pois foi objeto de projetos de lei na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. A proposição em estágio mais avançado de tramitação é o Projeto de Lei (PL) nº 4.067, de 2015, na origem apresentado como Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 138, de 2012, de iniciativa do Senador Paulo Davim. Remetido pelo Senado à Câmara em 2015, a proposição, que mantém as linhas gerais atualmente adotadas pelo Revalida, recebeu parecer favorável, com emendas de redação, da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e da Comissão de Educação (CE). A proposição encontra-se atualmente na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), aguardando decisão sobre o relatório favorável do Deputado Hiran Gonçalves, que também relatou a matéria na CSSF.

Nos termos da mencionada portaria interministerial, o Revalida não é obrigatório para o processo de revalidação dos diplomas médicos e nem substitui esse processo, que é feito somente por universidades públicas, nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional – lei conhecida como LDB. Contudo, a aprovação no exame confere significativo impulso ao processo de revalidação dos diplomas.

A criação do exame buscou oferecer maior agilidade ao processo de revalidação dos diplomas médicos, principalmente devido às dificuldades burocráticas interpostas pela maioria das universidades públicas na condução do processo, inclusive como reflexo das desconfianças apresentadas por entidades de profissionais médicos quanto à procedência de parte dos diplomas estrangeiros.





Além da criação do Revalida, cumpre também registrar a relevância da Resolução nº 3, de 22 de junho de 2016, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE), e da Portaria Normativa do MEC nº 22, de 13 de dezembro de 2016, que, igualmente, buscaram instituir maior agilidade nos processos de revalidação de diplomas de graduação, bem como de reconhecimento de diplomas de mestrado e de doutorado, expedidos por instituições estrangeiras, em todas as áreas do conhecimento e de formação profissional, inclusive com a criação de procedimentos simplificados, com prazos mais curtos.

Tal agilidade foi conferida aos processos de revalidação dos diplomas obtidos em cursos de instituições estrangeiras acreditados no âmbito da avaliação do Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários do Mercosul – Sistema Arcu-Sul –, bem como daqueles oriundos de cursos ou programas estrangeiros indicados em lista específica produzida pelo MEC e disponibilizada por meio da Plataforma Carolina Bori e daqueles expedidos por cursos ou programas estrangeiros que tenham recebido estudantes com bolsa concedida por agência governamental brasileira nos últimos seis anos.

No que tange ao Revalida, sua última edição ocorreu em 2017; desde então, ele não foi mais aplicado devido a restrições orçamentárias. De acordo com informação apresentada pelo Ministro da Educação, na audiência pública realizada pela Comissão Mista em 3 de setembro de 2019, o exame custa, em média, por volta de seis mil a dez mil reais. Embora se compreenda que esses valores onerem sobremaneira o orçamento público, é preciso olhar para a situação tanto dos milhares de médicos à espera da oportunidade de terem seus diplomas revalidados e poderem exercer a profissão no Brasil quanto da população que, em diversas localidades do País, carece de assistência médica por falta de profissionais.

As soluções que apresentamos no PLV buscam traduzir ao máximo as sugestões apresentadas pelas emendas e também pelas manifestações dos parlamentares e de representantes de diversas entidades durante as Audiências Públicas. Embora tenha havido amplo consenso sobre alguns aspectos da matéria, em outros ainda permaneceram posições que carregam algum grau de divergência, o que nos levou a fazer as escolhas mais razoáveis para favorecer as demandas dos médicos formados no exterior e, ao mesmo, tempo, assegurar a qualidade dos serviços a serem prestados à população por esses profissionais.



Algumas emendas e sugestões que nos foram apresentadas concernem a detalhamentos que não devem constar em lei. Elas abordam questões que, decerto, merecerão a atenção das autoridades competentes, bem como das entidades médicas e das universidades, em momento posterior, quando da regulamentação da matéria. Entre esses temas, pode-se destacar os procedimentos para a realização dos exames e as orientações relativas a seus conteúdos, salvo pela referência às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNM).

Assim, mantivemos o Revalida em duas etapas: a primeira constituída por exame escrito, a ser aplicado pela Administração Pública federal; a segunda caracterizada por exame de habilidades clínicas, a cargo das instituições de ensino que assinarem termo de adesão com a União. Estendemos essa prerrogativa para as instituições de ensino com cursos de medicina aprovados pelo Poder Público. Entendemos que os estabelecimentos aptos a formar médicos podem igualmente colaborar com a aplicação da segunda etapa do Revalida, observados os critérios definidos em regulamento. Em consequência dessa mudança, alteramos também o art. 48 da LDB para permitir que as instituições habilitadas a colaborar com a aplicação da segunda etapa do Revalida possam dar sequência, exclusivamente para os profissionais aprovados no exame, aos procedimentos de revalidação dos diplomas, o que tenderá a agilizar esse processo.

O PLV determina, ainda, que o Revalida seja aplicado semestralmente, o que tornará mais previsível e célere o processo de revalidação de diplomas por meio desse exame. Reafirmamos, ainda, nosso compromisso contrário ao estabelecimento de limitação das oportunidades de prestação do Revalida pelos candidatos não aprovados. Ao mesmo tempo, sugerimos que o candidato reprovado na segunda etapa do Revalida permanece habilitado à sua realização nas duas edições seguintes do exame, sem necessidade de se submeter à primeira etapa.

Finalmente, para contornar o obstáculo orçamentário, fica estabelecido que os custos da realização dos exames serão arcados pelos próprios candidatos, de acordo com o regulamento.

### *II.15 Outros temas*

As Emendas nºs 9 e 98 estabelecem gratificação para o grupo de servidores que determina. Trata-se de matéria estranha à presente MPV e que



eleva despesa em proposição de iniciativa privativa do Presidente da República, o que é vedado pelo art. 63, inciso I, da Constituição Federal.

As Emendas nºs 14, 15 e 16 tratam de temas diversos relacionados a perícias do INSS, redução de jornada de servidor e perícia médica em processos administrativos disciplinares. São também matérias estranhas à MPV.

A Emenda nº 12 prevê a necessidade de contratação de pessoas com deficiência no âmbito do Programa, nos moldes do art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. A medida é elogiável e apenas reproduz norma já vigente no ordenamento jurídico brasileiro para promover discriminação positiva das pessoas com deficiência, devendo ser acatada parcialmente. Trata-se de demanda também apresentada pelo Sr. Maurício Amarante, do Espírito Santo, mediante o Portal E-Cidadania.

A Emenda nº 159 determina que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas continuará sob responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena. A medida é despicienda, visto que não há determinação em sentido diverso na MPV.

### III – VOTO

Vota-se pela **presença dos pressupostos constitucionais e adequação orçamentária e financeira** da Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019, e, no mérito, por sua aprovação, sendo **aprovadas** as Emendas 2, 4, 44, 46, 52, 65, 67, 80, 111, 140, 143, 163, 167, 180, 184, 200, 209, 216, 221, 235, 239, 253, 257, 269, 282, 289, 293, 322, 325, 332, 343, 351, 360 e 363, **aprovadas parcialmente** as Emendas nºs 3, 5, 6, 12, 13, 23, 34, 35, 36, 41, 42, 47, 48, 49, 59, 63, 64, 66, 79, 84, 95, 96, 99, 107, 108, 127, 129, 134, 138, 139, 158, 160, 168, 173, 175, 177, 185, 190, 192, 201, 203, 205, 212, 214, 222, 227, 229, 232, 240, 245, 248, 250, 258, 263, 265, 270, 276, 278, 285, 286, 294, 299, 301, 307, 312, 313, 320, 321, 328, 334, 335, 339, 347, 350, 352, 356, 357, 364 e 366, e **rejeitadas** as demais Emendas, na forma do **Projeto de Lei de Conversão** abaixo apresentado:



# PROJETO DE LEI DE CONVERSÃO

(MPV nº 890, de 2019)

Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

## CAPÍTULO I

### DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

**Art. 1º** Esta Lei institui o Programa Médicos pelo Brasil, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

**Art. 2º** Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I – atenção primária à saúde: o primeiro nível de atenção do SUS, com ênfase na saúde da família, a fim de garantir:

- a) o acesso de primeiro contato; e
- b) a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado;

II – locais de difícil provimento:

a) Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, nos termos



SF/19753.06321-18

do disposto em ato do Ministro de Estado da Saúde, conforme classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e

b) Distritos Sanitários Especiais Indígenas, comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluindo as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde, nos termos do disposto em ato do Ministro de Estado da Saúde;

III – locais de alta vulnerabilidade: localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebam benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários-mínimos, nos termos do disposto em ato do Ministro de Estado da Saúde.

## CAPÍTULO II

### DO PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL

**Art. 3º** O Programa Médicos pelo Brasil tem a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS.

*Parágrafo único.* São objetivos do Programa Médicos pelo Brasil:

I – promover o acesso universal, igualitário e gratuito da população às ações e aos serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade;

II – fortalecer a atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família e na humanização da atenção;

III – valorizar os médicos da atenção primária à saúde, principalmente no âmbito da saúde da família;

IV – aumentar a provisão de médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade;



V – desenvolver e intensificar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade; e

VI – estimular a presença de médicos no SUS.

**Art. 4º** O Programa Médicos pelo Brasil será executado pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), nos termos do disposto no Capítulo III, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde.

*Parágrafo único.* Compete ao Ministério da Saúde, dentre outras competências, definir e divulgar:

I – a relação dos Municípios aptos a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil, de acordo com a definição de locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade, observado o disposto no art. 2º;

II – os procedimentos e os requisitos para a adesão dos Municípios ao Programa Médicos pelo Brasil;

III – a relação final dos Municípios incluídos no Programa Médicos pelo Brasil e o quantitativo de médicos da Adaps que atuarão em cada Município; e

IV – formas de participação dos usuários do Programa Médicos pelo Brasil na avaliação dos serviços prestados e do cumprimento de metas.

**Art. 5º** A adesão do Município ao Programa Médicos pelo Brasil ocorrerá por meio de termo de adesão, do qual constarão suas obrigações no âmbito do Programa.

### CAPÍTULO III

## DA AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Seção I

#### Disposições gerais

**Art. 6º** Fica o Poder Executivo federal autorizado a instituir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps),



serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde, com ênfase:

I – na saúde da família;

II – nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade;

III – na valorização da presença dos médicos na atenção primária à saúde no SUS;

IV – na promoção da formação profissional, especialmente na área de saúde da família; e

V – na incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde.

**Art. 7º** Observadas as competências do Ministério da Saúde, compete à Adaps:

I – prestar serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS, em caráter complementar à atuação dos entes federativos, especialmente nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade;

II – desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial por meio da integração entre ensino e serviço;

III – executar o Programa Médicos pelo Brasil, em articulação com o Ministério da Saúde e em consonância com o Plano Nacional de Saúde;

IV – promover programas e ações de caráter continuado para a qualificação profissional na atenção primária à saúde;

V – articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas para o cumprimento de seus objetivos;

VI – monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas no âmbito de suas competências;



VII – promover o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde; e

VIII – firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino, para o cumprimento de seus objetivos.

**Art. 8º** Constituem receitas da Adaps:

I – os recursos que lhe forem transferidos em decorrência de dotações consignadas no Orçamento Geral da União, nos créditos adicionais, em transferências ou em repasses;

II – as rendas e os emolumentos provenientes de serviços prestados a pessoas jurídicas de direito público ou privado;

III – os recursos provenientes de acordos e convênios realizados com entidades nacionais e internacionais, públicas ou privadas;

IV – os rendimentos de aplicações financeiras realizadas pela Adaps;

V – as doações, os legados, as subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado; e

VI – as rendas e as receitas provenientes de outras fontes.

## **Seção II**

### **Da estrutura organizacional da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde**

Art. 9º A Adaps é composta por:

I – um Conselho Deliberativo;

II – uma Diretoria-Executiva; e





### III – um Conselho Fiscal.

*Parágrafo único.* As competências e as atribuições do Conselho Deliberativo, do Conselho Fiscal e dos membros da Diretoria-Executiva serão estabelecidas em regulamento, a ser elaborado em processo submetido a consulta e audiências públicas.

**Art. 10.** O Conselho Deliberativo é órgão de deliberação superior da Adaps e é composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades:

I – cinco do Ministério da Saúde;

II – um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

III – um do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;

IV – um da Associação Médica Brasileira;

V – um do Conselho Federal de Medicina; e

VI – um do Conselho Nacional de Saúde.

§1º Nas deliberações do Conselho Deliberativo, em caso de empate, um dos representantes do Ministério da Saúde terá voto de qualidade.

§ 2º Cada membro do Conselho Deliberativo terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e seus impedimentos.

§ 3º Os membros do Conselho Deliberativo e respectivos suplentes serão indicados na forma estabelecida em regulamento.

§ 4º Os membros do Conselho Deliberativo terão mandato de dois anos, permitida uma recondução, por igual período, observado o disposto no art. 13.

§ 5º A participação no Conselho Deliberativo será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.



**Art. 11.** A Diretoria-Executiva é órgão de gestão da Adaps e será composta por três membros eleitos pelo Conselho Deliberativo, dentre os quais um será designado Diretor-Presidente e os demais serão designados Diretores.

§ 1º Os membros da Diretoria-Executiva terão mandato de dois anos, permitida uma recondução, por igual período, observado o disposto no art. 13.

§ 2º Os membros da Diretoria-Executiva receberão remuneração estabelecida pelo Conselho Deliberativo, observados os valores praticados pelo mercado, os limites previstos no contrato de gestão firmado com o Ministério da Saúde e o teto remuneratório determinado para os servidores da administração pública federal.

**Art. 12.** O Conselho Fiscal é órgão de fiscalização das atividades de gestão e é composto por:

I – dois representantes indicados pelo Ministro de Estado da Saúde; e

II – um representante indicado, em conjunto, pelos conselhos e pelas entidades de que tratam os incisos II ao IV do *caput* do art. 10.

§ 1º Cada membro do Conselho Fiscal terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e seus impedimentos.

§ 2º Os membros do Conselho Fiscal e respectivos suplentes serão indicados na forma estabelecida em regulamento.

§ 3º Os membros do Conselho Fiscal terão mandato de dois anos, permitida uma recondução, por igual período, observado o disposto no art. 13.

§ 4º A participação no Conselho Fiscal será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

**Art. 13.** Os membros do Conselho Deliberativo, da Diretoria-Executiva e do Conselho Fiscal poderão ser destituídos, nos termos do disposto no regulamento da Adaps.



### Seção III

#### **Do contrato de gestão e supervisão da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde**

**Art. 14.** A Adaps firmará contrato de gestão com o Ministério da Saúde para execução das finalidades de que trata esta Lei.

**Art. 15.** Na elaboração do contrato de gestão de que trata o art. 14 serão observados os princípios da Administração Pública, especialmente os da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da economicidade.

§ 1º O contrato de gestão conterà, no mínimo:

I – a especificação do programa de trabalho;

II – as metas a serem atingidas e os prazos para a sua execução;

III – os critérios objetivos de avaliação de desempenho que serão utilizados, com indicadores de qualidade e produtividade;

IV – as diretrizes para os mecanismos e os procedimentos internos de integridade, de auditoria e de incentivo à denúncia de irregularidades;

V – as diretrizes para o estabelecimento de código de ética e código de conduta para os dirigentes e os empregados da Adaps;

VI – as diretrizes da gestão da política de pessoal, que incluirão:

a) o limite prudencial e os critérios para a realização de despesas com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos empregados e bolsistas da Adaps e pelos membros da Diretoria Executiva;

b) a vedação às práticas de nepotismo e de conflito de interesses;

e

c) os critérios para a ocupação de cargos de direção e de assessoramento, observados o grau de qualificação exigido e as áreas de especialização profissional.



§ 2º O contrato de gestão será alterado para incorporar recomendações formuladas pela supervisão ou pela fiscalização.

**Art. 16.** São obrigações da Adaps, sem prejuízo de outras estabelecidas no contrato de gestão de que trata o art. 14:

I – apresentar anualmente ao Ministério da Saúde, até 31 de março do ano subsequente ao término do exercício financeiro, relatório circunstanciado sobre a execução do contrato de gestão, com a prestação de contas dos recursos públicos aplicados, a avaliação geral do contrato e as análises gerenciais pertinentes;

II – remeter ao Tribunal de Contas da União, até 31 de março do ano subsequente ao término do exercício financeiro, as contas da gestão anual, após manifestação do Conselho Fiscal e aprovação pelo Conselho Deliberativo;

III – garantir a gestão transparente da informação, por meio de acesso e divulgação amplos, ressalvadas as hipóteses legais de sigilo e restrição de acesso às informações pessoais sensíveis dos usuários do SUS; e

IV – apresentar relatório anual circunstanciado de suas atividades, o qual deverá conter sumário executivo, programa de trabalho, cronograma de execução, avaliação de desempenho dos médicos, plano de gestão integrante da prestação de contas da Adaps a ser enviada ao Senado Federal, à Câmara dos Deputados, e ao Conselho Nacional de Saúde e disponibilizada no respectivo sítio na internet.

**Art. 17.** Na supervisão da gestão da Adaps, compete ao Ministério da Saúde:

I – definir os termos do contrato de gestão;

II – aprovar anualmente o orçamento da Adaps para a execução das atividades previstas no contrato de gestão; e

III – apreciar o relatório circunstanciado sobre a execução do contrato de gestão e emitir parecer sobre o seu cumprimento pela Adaps, no prazo de noventa dias, contado da data de apresentação do relatório ao Ministério da Saúde, considerando-se, na avaliação do cumprimento do



contrato, as informações obtidas junto aos usuários do Programa Médicos pelo Brasil.

*Parágrafo único.* O descumprimento injustificado das disposições do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente da Adaps pelo Conselho Deliberativo.

**Art. 18.** O Tribunal de Contas da União fiscalizará a execução do contrato de gestão de que trata o art. 14 e determinará a adoção das medidas que julgar necessárias para corrigir fragilidades, falhas ou irregularidades identificadas.

#### **Seção IV**

#### **Da gestão da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde**

**Art. 19.** O Conselho Deliberativo aprovará e dará publicidade ao manual de licitações e aos contratos firmados pela Adaps.

§ 1º A Adaps poderá firmar contratos de prestação de serviços com pessoas físicas ou jurídicas, sempre que considerar ser essa a solução mais econômica para atingir os objetivos previstos no contrato de gestão, observados os princípios da Administração Pública.

§ 2º O Poder Executivo federal poderá prestar apoio técnico aos projetos e aos programas desenvolvidos pela Adaps, por meio de acordos de cooperação, convênios ou instrumentos congêneres.

§ 3º É vedada a contratação de pessoa jurídica para executar, diretamente ou mediante intermediação, as ações assistenciais no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.

**Art. 20.** A Adaps realizará a contratação e a administração de pessoal sob o regime estabelecido pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho) e com base em plano próprio de cargos e salários.

§ 1º A indicação para cargos de direção e assessoramento observará o grau de qualificação exigido e os setores de especialização profissional.



§ 2º Os empregados da Adaps serão admitidos por meio de processo seletivo público, que observará os princípios da Administração Pública, respeitada a reserva de vagas para pessoas com deficiência, nos percentuais previstos no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

§ 3º A Adaps disporá sobre as regras específicas aplicáveis aos seus profissionais médicos atuantes na atenção primária à saúde, inclusive quanto a transferências, observada a legislação trabalhista.

**Art. 21.** O Estatuto da Adaps será aprovado pelo Conselho Deliberativo no prazo de sessenta dias contado da data de sua instalação.

*Parágrafo único.* O Estatuto da Adaps:

I – contemplará mecanismos e procedimentos internos de integridade, de auditoria e de incentivo à denúncia de irregularidades; e

II – estabelecerá código de ética e código de conduta para seus dirigentes e seus empregados.

**Art. 22.** Na hipótese de extinção da Adaps, o seu patrimônio e os legados, as doações e as heranças que lhe forem destinados serão automaticamente transferidos à União.

## Seção V

### Da execução do Programa Médicos pelo Brasil

**Art. 23.** No âmbito do Programa Médicos pelo Brasil, a Adaps realizará a contratação de profissionais médicos para incrementar a atenção primária à saúde em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade.

*Parágrafo único.* Serão selecionados para atuar no Programa:

I – médicos de família e comunidade; e

II – tutores médicos.

**Art. 24.** A contratação de médico de família e comunidade e tutor médico será realizada por meio de processo seletivo público que observe os princípios da Administração Pública e considerará o conhecimento necessário para exercer as atribuições de cada função.



§ 1º São requisitos para inscrição no processo seletivo de que trata o *caput*:

I – registro em Conselho Regional de Medicina; e

II – que o profissional seja especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica, nos termos previstos no edital da seleção, para a seleção de tutor médico.

§ 2º A remuneração dos profissionais médicos será regulamentada em ato da Adaps, aprovada pelo Conselho Deliberativo e acrescida de incentivo financeiro diferenciado e variável, de modo a incentivar o provimento de médicos nos Municípios e localidades mais distantes dos centros urbanos ou com maior vulnerabilidade, atendidos os critérios estabelecidos nos incisos II e III do art. 2º.

§ 3º Não se abrirá novo processo seletivo enquanto houver candidato aprovado, dentro do número de vagas ofertadas, em processo seletivo anterior com prazo de validade não expirado.

**Art. 25.** O processo seletivo para tutor médico será realizado por meio de prova escrita, de caráter eliminatório e classificatório.

**Art. 26.** O processo seletivo para médico de família e comunidade será composto pelas seguintes fases:

I – prova escrita, de caráter eliminatório e classificatório;

II – curso de formação, eliminatório e classificatório, com duração de dois anos; e

III – prova final escrita para habilitação do profissional como especialista em medicina de família e comunidade, de caráter eliminatório e classificatório.

§ 1º A prova de que trata o inciso I do *caput* versará sobre conteúdo limitado às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, não podendo exigir do candidato conhecimentos médicos especializados incompatíveis com o nível de graduação.



§ 2º O curso de formação consistirá em especialização realizada por instituição de ensino parceira, com avaliações semestrais intermediárias e prova final de conclusão do curso, e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, além do componente assistencial, mediante integração entre ensino e serviço, exclusivamente na atenção primária à saúde no âmbito do SUS.

§ 3º As atividades do curso de formação serão supervisionadas por tutor médico.

§ 4º Durante o curso de formação, o candidato perceberá bolsa-formação.

§ 5º As atividades desempenhadas durante o curso de formação não constituem vínculo empregatício de qualquer natureza.

§ 6º O médico em curso de formação enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social, na condição de contribuinte individual, na forma prevista na Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

§ 7º Para fins do disposto no art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e no art. 22 da Lei nº 8.212, de 1991, os valores percebidos a título de bolsa-formação de que trata o § 4º não caracterizam contraprestação de serviços.

## CAPÍTULO IV

### DISPOSIÇÕES FINAIS

**Art. 27.** Para o cumprimento do disposto nesta Lei, o Ministério da Saúde poderá firmar contratos, convênios, acordos e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino.

**Art. 28.** Compete ao Ministro de Estado da Saúde editar normas complementares para cumprimento do disposto nesta Lei.

**Art. 29.** As despesas decorrentes do cumprimento do disposto nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias consignadas no Orçamento Geral da União e observarão os limites de empenho e movimentação financeira.





**Art. 30.** Os servidores do Ministério da Saúde poderão ser cedidos à Adaps, sem prejuízo da remuneração, por meio de autorização do Ministro de Estado da Saúde, independentemente do exercício de cargo de direção ou de gerência:

I – pelo período de até dois anos, contado da data de instituição da Adaps, com ônus ao cedente; e

II – decorrido o prazo de que trata o inciso I do *caput*, com ônus ao cessionário, observado o disposto no art. 61 da Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019.

§ 1º Aos servidores cedidos nos termos do disposto no inciso I do *caput* são assegurados os direitos e as vantagens a que faça jus no órgão ou na entidade de origem, considerado o período de cessão para os efeitos da vida funcional como efetivo exercício no cargo ou no emprego que ocupe no órgão ou na entidade de origem.

§ 2º Não será incorporada à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que venha a ser paga pela Adaps.

§ 3º É vedado o pagamento de vantagem pecuniária permanente ao servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, gerência ou assessoria.

§ 4º O servidor cedido ficará sujeito aos processos de avaliação de desempenho e de metas de desempenho, institucionais e individuais, aplicados aos empregados da Adaps, observadas as regras estabelecidas para o desenvolvimento e para a percepção da gratificação de desempenho do cargo efetivo.

§ 5º Os servidores cedidos nos termos do disposto no *caput* poderão ser devolvidos a qualquer tempo ao Ministério da Saúde por decisão da Adaps.

**Art. 31.** Caso seja admitido em Programa de Residência Médica da especialidade clínica médica (medicina interna), na forma do art. 2º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, o médico aprovado no exame de que trata o inciso III do *caput* do art. 26 desta Lei será beneficiado com a redução de um ano na duração do referido Programa de Residência, desde que as atividades desenvolvidas ao longo do curso de formação sejam compatíveis



com os requisitos mínimos do componente ambulatorial desse Programa de Residência.

§ 1º É facultado ao médico residente dispensar o benefício de que trata o *caput*.

§ 2º Para o médico residente beneficiado na forma do *caput*, o Programa de Residência Médica terá suas atividades adaptadas, de modo a permitir-lhe cumprir os requisitos mínimos do Programa referentes ao seu componente hospitalar.

**Art. 32.** O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) tem os objetivos de:

I – verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível equivalente ao exigido dos médicos formados no Brasil; e

II – subsidiar o processo de revalidação de diplomas de que trata o art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

§ 1º O Revalida será implementado pela União, com a colaboração de instituições de educação superior públicas e privadas que tenham curso de medicina com avaliação positiva do Poder Público, nos termos do regulamento.

§ 2º A instituição de educação superior interessada em participar do Revalida deverá firmar termo de adesão com a União.

§ 3º O Revalida, referenciado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, compreenderá duas etapas de avaliação:

I – exame escrito, aplicado pela Administração Pública federal;

II – exame de habilidades clínicas, aplicado pelas instituições de ensino que aderirem ao Revalida.



§ 4º O Revalida será aplicado semestralmente, na forma de edital a ser publicado em até sessenta dias antes da realização do exame escrito.

§ 5º Os custos da realização do Revalida serão cobrados dos inscritos, nos termos do regulamento.

§ 6º O candidato reprovado na segunda etapa do Revalida permanece habilitado à sua realização nas duas edições seguintes do exame, sem necessidade de se submeter à primeira etapa.

**Art. 33.** O art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

“**Art. 48.** .....

.....

§ 4º A revalidação dos diplomas de graduação em medicina expedidos por instituições estrangeiras, no caso dos requerentes aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), será estendida às instituições de educação superior habilitadas a aplicar o Exame.” (NR)

**Art. 34.** A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 23-A:

“**Art. 23-A.** Os médicos intercambistas que, no dia 13 de novembro de 2018, exerciam suas atividades no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil em razão do 80º Termo de Cooperação Técnica para implementação do Projeto *Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde*, firmado entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, serão reincorporados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, na forma do inciso II do *caput* do art. 13 desta Lei, pelo prazo improrrogável de dois anos.”

**Art. 35.** Ficam revogados os arts. 6º e 7º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

*Parágrafo único.* Esta Lei não altera as demais normas ou a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, previsto na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.



**Art. 36.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

