



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.550, DE 2009

(Do Sr. João Maia)

Torna obrigatória aos médicos graduados em instituições de ensino superior pública a atuação profissional em programa federal de atenção básica à saúde.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-2598/2007.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os médicos graduados em instituições de ensino superior públicas ficarão obrigados a atuarem profissionalmente na Estratégia Saúde da Família pelo período de um ano após a conclusão do curso de graduação.

§ 1º A comprovação da efetiva prestação dos serviços a que se refere a presente Lei será obrigatória em todas as situações nas quais se exija a comprovação de quitação com o Serviço Militar Obrigatório, inclusive para fins de inscrição em pós-graduações em instituições públicas de ensino.

§ 2º O cumprimento dessa obrigação por parte do médico deverá ser certificada em conjunto pelo município em que prestou o serviço e pela instituição de ensino superior em que completou a graduação.

Art. 2º Os municípios que abrigarem equipes na condição de que trata o *caput* do Artigo 1º pagarão os médicos com verba repassada pelo Governo Federal para custeio da Estratégia Saúde Família, respeitados os direitos trabalhistas e previdenciários.

Art. 3º Os médicos que, no período de atuação na Estratégia Saúde da Família, conseguirem aprovação em residências médicas ou qualquer outro programa de pós-graduação do país terão suas vagas asseguradas até o cumprimento da obrigação instituída nesta Lei.

Art. 4º As Universidades Públicas colocarão em suas grades curriculares, no último ano do curso de Medicina, disciplinas específicas em atendimento básico voltado para a saúde da família.

Art. 5º Os médicos cumprirão essa obrigação nos municípios com maior dificuldade para formar equipes da Estratégia Saúde da Família.

§ 1º Os critérios para encaminhamento dos médicos aos municípios com maior necessidade de profissionais para a Estratégia Saúde da Família serão definidos na regulamentação da Lei.

§ 2º O médico recém formado exercerá sua função no Estado da Federação onde concluiu o curso de Medicina, ressalvados os casos de remoção, redistribuição, recondução e outras hipóteses semelhantes previstas na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

Art. 6º As instituições de ensino superior serão responsáveis por encaminhar ao Ministério da Saúde, semestralmente, os dados dos médicos recém graduados.

Art. 7º Estão dispensados da obrigação contida no *caput* do Art. 1º os médicos recém graduados que estiverem servindo às Forças Armadas.

Art. 8º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Criado em 1998, o inicialmente intitulado Programa Saúde da Família representou um avanço significativo na política pública de saúde. Em que pese não ter um marco regulatório específico, a política de governo consolidou-se ao longo desses anos, sobreviveu aos governos, e tornou-se uma política de Estado.

Os estudos revelam que o hoje nominado simplesmente Saúde da Família está implantado praticamente em todo o país, não obstante existam regiões que notadamente tenham maiores dificuldades em formar as equipes multidisciplinares de trabalho, compostas de médico, dentista, enfermeiros e assistentes de enfermagem.

O Saúde da Família representa uma quebra de paradigma na forma de estruturação do Sistema Único de Saúde e na forma de acesso à saúde da população brasileira. Ao mesmo tempo em que o Saúde da Família complementa o sistema ambulatorial de prestação de saúde, rompe com a passividade desse mesmo sistema, pois busca solucionar os problemas da saúde de forma preventiva, tentando descobrir e combater suas causas, evitando que se agravem os problemas simples de saúde. Ou seja, o Estado deixa de simplesmente esperar que o cidadão adoença, e que por vezes chegue aos estágios avançados da doença, para somente então procurar por assistência médica. Através dessa política de atenção básica à

saúde, o Estado tornou-se agente ativo de prevenção da saúde, passando a proteger de forma mais efetiva os direitos fundamentais à vida e à saúde.

Os resultados dessa política são extremamente positivos para a população, quais sejam, a diminuição da superlotação dos hospitais públicos, que passaram a ser reservados para atendimento de problemas mais complexos, o que possibilita um atendimento mais efetivo da população; a diminuição da mortalidade infantil; o aumento da expectativa de vida e outros.

Assim, o Saúde da Família caminha no sentido de consolidar os princípios basilares do Sistema Único de Saúde, especialmente os princípios da universalidade e integralidade, de acordo com o Art. 7º da Lei nº 8.080/90 e o Art. 198º da Constituição Federal, por ampliar o espectro de cidadãos atendidos pelo sistema público de saúde, englobando aqueles que anteriormente não tinham acesso à política de saúde ambulatorial. E ainda por prestar um atendimento mais amplo através das equipes multidisciplinares do programa.

As Universidades Públicas brasileiras, sejam elas federais ou estaduais, financiam a profissionalização de milhares de médicos em todo o território nacional, sendo o curso de Medicina um dos mais caros do mundo acadêmico.

Infelizmente, poucos dos que se formam se dispõem a prestar serviço nos municípios através da Estratégia Saúde da Família, preferindo, de imediato, buscar uma especialização a fim de ingressar no mercado profissional em áreas mais rentáveis economicamente. Um estudo do Centro de Pesquisas Sociais da Fundação Getúlio Vargas revela que, além da carência de médicos por habitantes no Brasil, esses profissionais estão mal distribuídos no território nacional, concentrando-se nas metrópoles que lhes auferem maiores oportunidades, buscando especialização nas áreas que lhes proporcionam maiores rendimentos. A lógica de distribuição dos médicos, portanto, é pautada exclusivamente pelo mercado¹, que, ademais, fixou para eles os maiores níveis de remuneração do país.

O reflexo desse contexto é, com efeito, extremamente nocivo para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família. Essas circunstâncias dificultam

sobremaneira a atração de médicos para cidades que necessitam implementar ações de atenção básica à saúde. A realidade demonstra que um sem número de municípios brasileiros realiza verdadeiros leilões no intuito de conseguir um médico para trabalhar e, ainda assim, não logra contratá-los. Há também os casos em que o médico contratado não permanece muito tempo no município, prejudicando a continuidade necessária das ações de atenção básica à saúde.

Por isso tudo, é justo e socialmente indispensável que esses médicos devolvam um pouco do que foi investido pelo Estado em sua formação profissional, atendendo à população de baixa renda através da Estratégia Saúde da Família, para posteriormente seguirem o caminho que desejarem em suas vidas profissionais.

A proposta ora apresentada visa, portanto, a consolidar a Estratégia Saúde da Família eliminando um de seus principais problemas, qual seja, a dificuldade de contratação de médicos. E visa também a assegurar uma formação mais humana, ética e compromissada aos estudantes de Medicina.

Por ser inegável o avanço proposto, conclamo meus ilustres pares a aprovarem esta proposição.

Sala das Sessões, 03 de dezembro de 2009.

Deputado **JOÃO MAIA**

<p>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</p>

**CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988**

.....

**TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL**

¹ NERI, Marcelo Cortes (coord.) Fundação Getúlio Vargas. Instituto Brasileiro de Economia. Centro de Políticas Sociais. **Escassez de Médicos**. Disponível em: <http://www3.fgv.br/ibrecps/medicos/> em 16 de novembro de 2009.

CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO GERAL

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [*\(Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)*](#)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º. [*\(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)*](#)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000](#))

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#))

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#))

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#))

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

.....

LEI Nº 8.112, DE 11 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Cíveis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Coordenação de Comissões Permanentes - DECOM - P_4109
 CONFERE COM O ORIGINAL AUTENTICADO
 PL-6550/2009

TÍTULO I

CAPÍTULO ÚNICO DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei institui o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Cíveis da União, das autarquias, inclusive as em regime especial, e das fundações públicas federais.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, servidor é a pessoa legalmente investida em cargo público.

Art. 3º Cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor.

Parágrafo único. Os cargos públicos, acessíveis a todos os brasileiros, são criados por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, para provimento em caráter efetivo ou em comissão.

Art. 4º É proibida a prestação de serviços gratuitos, salvo os casos previstos em lei.

.....
.....

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO
