COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBCOMISSÃO ESPECIAL PARA TRATAR E AVALIAR SOBRE OS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO DE MEDICINA NO BRASIL E O MERCADO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS NAS ÁREAS PÚBLICA E PRIVADA EM NOSSO PAÍS (CARREIRA MÉDICA)

RELATÓRIO

Relator: Deputado ALEXANDRE SERFIOTIS

Outubro - 2015

S U M Á R I O

I – REQUERIMENTO DE CRIAÇÃO DA SUBCOMISSÃO.....

II – COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO .....

III – INTRODUÇÃO.....

IV – GRADUAÇÃO MÉDICA .....

V - PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA .....

VI - CARREIRA MÉDICA .....

VII - RECOMENDAÇÕES .....

I – REQUERIMENTO DE CRIAÇÃO DA SUBCOMISSÃO

REQUERIMENTO Nº 27, de 2015
(Do Sr. Marcelo Belinati)

Requeiro, nos termos do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a instalação de uma Subcomissão Especial para tratar e avaliar os Cursos de Graduação e Pós-graduação de medicina no Brasil e o mercado de trabalho dos profissionais médicos nas áreas pública e privada em nosso país.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, com base no inciso II do art. 29, do Regimento Interno, que, ouvido o Plenário, se digne a constituir no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família uma Subcomissão Especial para tratar e avaliar os Cursos de Graduação e Pós-graduação de medicina no Brasil, bem como o mercado de trabalho dos profissionais médicos nas áreas pública e privada em nosso país, com o objetivo de buscarmos a valorização do ensino, além da valorização dos profissionais médicos com condições adequadas de trabalho, carreira estável e salários condizentes com o tamanho de sua responsabilidade.

JUSTIFICAÇÃO

Indiscutível a importância da profissão de médico, em qualquer cidade ou país. No Brasil, além das enormes dificuldades de gerenciamento do SUS – Sistema único de Saúde, da falta de recursos para financiamento da saúde, dos baixos salários dos profissionais médicos, da falta de condições adequadas de trabalho, ainda encontramos o questionamento permanente dos cursos de medicina e da distribuição regional dos profissionais médicos em âmbito nacional. Nobres Colegas, para que possamos nos

aprofundar no tema, buscarmos soluções, para apoiarmos os nossos estudantes de medicina e nossos profissionais médicos, entendo que se faz necessária a criação desta Subcomissão com o objetivo de buscarmos a valorização do ensino, além da valorização dos profissionais médicos com condições adequadas de trabalho, carreira estável e salários condizentes com o tamanho de sua responsabilidade.

Sala da Comissão, em 12 de março de 2015.

Marcelo Belinati Martins
Deputado Federal (PP/PR)

II - COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

Presidente: Deputado Mandetta
Relator Geral: Deputado Alexandre Serfiotis
Relator Setorial Carreira Médica: Deputado Luciano Ducci
Relator Setorial Graduação: Deputado Dr. Sinval Malheiros
Relator Setorial Pós-Graduação: Deputado Antônio Jácome
Nº de Membros: 18 titulares e 12 suplentes
Constituição: 15/4/2015
Instalação: 16/4/2015
Prazo: 90 (noventa) dias, prorrogados por igual período por meio do Requerimento nº 149/2015 - CSSF, aprovado em 15/7/2015

TITULARES	Gab.	SUPLENTES	Gab.
Dep. Alexandre Serfiotis – PSD/RJ	554	Dep. Antônio Jácome PMN/RN	230
Dep. André Fufuca – PEN/MA	945	Dep. Carmen Zanotto PPS/SC	240
Dep. Célio Silveira – PSDB/GO	565	Dep. Chico D'Ângelo PT/RJ	542
Dep. Eduardo Barbosa – PSDB/MG	540	Dep. Conceição Sampaio PP/MA	515
Dep. Geraldo Resende – PMDB/MS	905	Dep. Dr. Jorge Silva PROS/ES	227
Dep. Jandira Feghali – PcdoB/RJ	622	Dep. Dr. Sinval Malheiros PV/SP	520
Dep. Jorge Solla – PT/BA	571	Dep. Josi Nunes PMDB/TO	950
Dep. Juscelino Filho – PRP/MA	370	Dep. Mariana Carvalho PSDB/RO	508
Dep. Leandre – PV/PA	454	Dep. Mário Heringer PDT/MG	211
Dep. Luciano Ducci – PSB/PA	427	Dep. Raquel Muniz PSC/MG	444
Dep. Mandetta – DEM/MS	577	Dep. Ságuas Moraes PT/MT	371
Dep. Marcelo Belinati – PP/PA	268	Dep. Zeca Cavalcanti PTB/PE	318
Dep. Marcus Pestana – PSDB/MG	715		
Dep. Paulo Foletto – PSB/ES	839		
Dep. Raimundo Gomes de Matos – PSDB/CE	725		
Dep. Sérgio Vidigal – PDT/ES	812		
Dep. Silas Câmara – PSD/AM	532		
Dep. Takayama – PSC/PA	910		

III - INTRODUÇÃO

A Subcomissão Especial para tratar da formação e carreira médica foi criada, nos termos do art. 29, II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados - RICD, e a partir da aprovação do Requerimento nº 27, de 2015, de autoria do deputado Marcelo Belinati (PP/PR), em reunião da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) do dia 25 de março de 2015, englobando os Requerimentos dos Deputados Geraldo Rezende e Alexandre Serfiotis, ambos tratando de questões ligadas à carreira médica, aos cursos de graduação e pós-graduação de medicina no Brasil, ao mercado de trabalho dos profissionais médicos e aos planos de carreiras e cargos no Sistema Único de Saúde - SUS, conforme registrado em ata da CSSF da referida data.

A Subcomissão foi instalada no dia 16 de abril de 2015, quando foi eleito para presidi-la o deputado Mandetta (DEM-MS). Em reunião realizada em 22 de abril do presente ano fui designado pelo presidente como relator geral, e definiu-se que o colegiado trabalharia em três eixos, quais sejam: Graduação Médica, Pós-graduação Médica e Carreira Médica. Para análise de cada eixo foram indicados relatores setoriais os senhores deputados Dr. Sinval Malheiros (PV-SP) - Graduação; Antônio Jácome (PMN-RN) - Pós-Graduação e Luciano Ducci (PSB-PR) - Carreira médica.

Foram realizadas 12 reuniões, até a data de 6/10/2015, incluídas entre essas 3 (três) reuniões de audiência pública conforme listadas a seguir:

1) 11/6/2015 - Exposição de entidades da sociedade civil ligadas à formação e à carreira médicas, da qual participaram o dr. Antônio Jorge Salomão, Secretário-Geral da Associação Médica Brasileira (AMB); dr. Eglif de Negreiros Filho, Diretor de Assuntos Jurídicos da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e o dr. Arthur H. Danila, presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR);

2) 7/7/2015 - Exposição de representantes do Governo na área de formulação de políticas relacionadas à formação em Medicina, da qual participaram o dr. Alexandre Medeiros de Figueiredo, diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES - MS) e o dr. Vinicius Ximenes Muricy da Rocha, diretor de Desenvolvimento da

Educação em Saúde do Ministério da Educação (DDES-ME) e então presidente em exercício da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Para essa audiência foi também convidada a sra. Marta Wendel Abramo, Diretoria de Supervisão da Educação Superior da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação (SERES- ME), a qual não compareceu;

3) 22/9/2015 - Discussão sobre os critérios de acesso à Residência Médica, da qual participaram o dr. Felipe Proenço de Oliveira, diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde e Coordenador Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil; dr. Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação (DDES-ME); dr. Arthur Hirschfeld Danila, Presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) e o dr. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, presidente do Conselho Federal de Medicina - CFM.

Além dos dados colhidos nas audiências públicas e nas reuniões específicas com órgãos do Ministério da Educação, também foram utilizados dados dos estudos solicitados à Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, e das respostas enviadas à CSSF aos Requerimentos de Informação enviados ao Ministério da Educação (RIC 591/2015 - CSSF) e da Saúde (RIC 592/2015 - CSSF).

Considerando-se os eixos definidos, este relatório compõe-se das três partes temáticas já citadas, além da conclusão e recomendações à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) dependendo, conforme determina o Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD), da aprovação do plenário da Comissão para que tenham seguimento as recomendações aqui contidas.

Os relatórios setoriais e respectivas recomendações foram incorporados no Relatório Final, nos termos deste texto.

IV – GRADUAÇÃO MÉDICA

1 - Visão geral (situação vigente)

O curso de graduação em medicina, no Brasil, é oferecido na modalidade presencial, por instituições públicas (federais, estaduais e municipais) e privadas (com e sem fins lucrativos) de educação superior. Tem carga horária mínima obrigatória de 7.200h (sete mil e duzentas horas) letivas e limite mínimo para integralização de 6 (seis) anos, além de desdobrar-se nas áreas de: Atenção à Saúde; Gestão em Saúde e Educação em Saúde, conforme o estabelecido na Resolução da Câmara de Educação Superior - CES/Conselho Nacional de Educação - CNE nº 3, de 20 de junho de 2014, que *"Institui Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN do Curso de Graduação em Medicina, e dá outras providências"*.

Segundo o art. 3º das DCN do curso de graduação em Medicina o graduado terá:

> *"... formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença."*

As DCNs prevêm ainda (art. 24), e conforme disposto na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (*que institui o Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS*), integração ensino-serviço por meio da atuação das Instituições de Ensino Superior - IES na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos (art.1º, V, Lei 12.871) e, para tal, determinam como etapa integrante da graduação estágio curricular obrigatório, em regime de internato, o qual terá como carga horária mínima 35% da carga horária total do curso de Graduação, **sendo ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato desenvolvidos na área de Atenção Básica e em serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se um mínimo de 2 (dois) anos sob supervisão de docentes da IES em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, e preceptoria exercida por profissionais do Serviço de Saúde**.

As atividades do regime de internato voltadas à Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área de Medicina Geral de Família e Comunidade .

Os 70% (setenta por cento) restantes da carga horária **do internato** incluirão aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica não superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio em cada área.

O Colegiado do Curso de Graduação poderá autorizar o exercício de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, **preferencialmente nos serviços do SUS ou em instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou ainda em programas de qualidade equivalente em nível internacional.** Excepcionalmente poderá autorizar percentual superior ao previsto, desde que motivado e justificado, e o total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação de sua IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período. A jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão de até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei nº 11.788/2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.

2 - Da abertura de novos cursos de Graduação

O Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006 (vigente) prevê que a criação de cursos de graduação em medicina, inclusive em universidades e centros universitários, deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde antes da autorização pelo Ministério da Educação (art. 28, § 2º).

Por outro lado, a Portaria do Ministério da Educação - ME nº 147, de 2 de fevereiro de 2007 (vigente), que *dispõe sobre a complementação da instrução dos pedidos de autorização de cursos de graduação em direito e medicina* determina que, no caso dos cursos de Medicina**:**

a) os processos de autorização em trâmite no Ministério da Educação, ainda não decididos em virtude da ausência de parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde, terão sua instrução complementada conforme as diretrizes fixadas na referida portaria, ou seja, instruídos com elementos específicos de avaliação, nos termos do art. 29 da Lei nº 9.784, de 1999 *(que Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal)*, indicados em diligência da Secretaria de Educação

Superior (SESu), com base no art. 31, § 1º, do Decreto nº 5.773, de 2006, que possam subsidiar a decisão administrativa quanto aos seguintes aspectos:

I — demonstração da relevância social, com base na demanda social e sua relação com a ampliação do acesso à educação superior, observados parâmetros de qualidade;

II — demonstração da integração do curso com a gestão local e regional do Sistema Único de Saúde (SUS);

III — comprovação da disponibilidade de hospital de ensino, próprio ou conveniado, por período mínimo de dez anos, com maioria de atendimentos pelo SUS;

IV — indicação da existência de um núcleo docente estruturante, responsável pela formulação do projeto pedagógico do curso, sua implementação e desenvolvimento, composto por professores:

a) com titulação em nível de pós-graduação stricto sensu;

b) contratados em regime de trabalho que assegure preferencialmente dedicação plena ao curso; e

c) com experiência docente

Portanto, a instrução dos processos de que trata a Portaria portaria deve ser diligenciada pela SESu, que poderá, se necessário, contar inclusive com a colaboração de especialistas externos, com conhecimentos reconhecidos nos campos profissional e acadêmico na área de medicina.

Todavia, no que pese as normas vigentes o Ministério da Educação, desde fevereiro de 2013, alterou unilateralmente os procedimentos de habilitação para novos cursos de Graduação em Medicina, passando a publicar editais de chamamento público com base em levantamentos do governo federal, que selecionou municípios nas diversas regiões do país, com cacracterísticas específicas, para sediar novos cursos, mediante até mesmo a acesso facilitado a crédito do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para instituições de ensino privadas interessadas em abrir cursos nas regiões selecionadas.

Atualmente o Brasil possui 257 (duzentos e cinquenta e sete) cursos de Graduação em Medicina, distribuídos em 190 (cento e noventa) Instituições de Ensino Superior, sendo 111 (cento e onze) oferecidos por Instituições Públicas e 146 (cento e quarenta e seis) por Instituições privadas, os quais ofertam um total de 23.441 (vinte e três mil e quatrocentos e quarenta e uma) vagas no primeiro ano de curso.

Em se mantendo a atual conjutura, a previsão é de que sejam abertas 11,5 mil (onze mil e quinhentas) novas vagas de graduação até 2017 e, até 2026 o Brasil saia dos atuais 374 (trezentos e setenta e quatro) mil para 600 (seiscentos) mil médicos, atingindo a meta do atual governo de 2,7 médicos por mil habitantes.

As inscrições anuais para concorrer a essas vagas já terão ultrapassado um milhão de registros e as matrículas totais possivelmente alcançarão mais de 120 mil alunos já em 2016. A previsão é de que as matrículas de mulheres

continuarão a predominar sobre as de homens, e que o curso continuará a ser o curso de maior eficiência acadêmica, ou seja, que não obstante exija dedicação integral, apresente o maior número de candidatos por vaga, mensalidades mais caras nas IES privadas, conseguindo diplomar mais alunos no prazo mínimo de conclusão do curso e com uma das menores taxas de evasão,no que pesse os indicadores demosntrrem que essas vêm subindo.

Prevê-se ainda que, proporcionalmente, haverá incentivo à oferta de contratos de empréstimo a juros baixos e longos prazos pelo sistema FIES(Financiamento Estudantil), bem como incentivos à oferta de bolsas do Prouni para a área, pois os cursos médicos estão no foco das políticas públicas de expansão do ensino superior devido ao Programa Mais Médicos, uma das principais iniciativas governamentais.

No que pese o grave problema da abertura de novos cursos de Graduação em Medicina precisar de critérios mais rigorosos, de forma a preservar a qualidade, e não a quantidade desses cursos, **também não se pode simplesmente desconsiderar o documento de Recomendações da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que já em 2007 estabelecia 19 metas regionais em matéria de recursos humanos para a saúde no período de 2007 a 2015. Entre as metas relativas à formação médica destacam-se a garantia de que 40% do total de médicos sejam da atenção primária, de se ter uma politica de formação que garanta autossuficiência para satisfazer as necessidades sociais,e que 80% das escolas médicas tenham formação orientada para a atenção primária de saúde e as necessidades da saúde.**

Encontramo-nos hoje numa encruzilhada histórica na qual há que se procurar um equilíbrio entre as necessidades de atenção básica em saúde da população a qual, obviamente, não depende apenas da quantidade de médicos formados para supri-las, mas também do compromisso do Poder Público em fomentar e oferecer cursos de Graduação criados com critérios rigorosos de qualidade e possibilidades concretas de condições de trabalho e remuneração adequadas aos profissionais médicos após a conclusão do curso.

3. Situação dos cursos de graduação em medicina no Brasil

O Brasil ocupa hoje a segunda posição entre os países do mundo com maior oferta de cursos médicos. A Tabela 1 mostra um estudo comparativo do número de escolas médicas em países selecionados. Observa-se que o Brasil posiciona-se entre os dois países mais populosos do mundo, China e Estados Unidos e apresentava, já em 2014, cerca de uma centena de escolas médicas a mais que ambos.

Tabela 1. Estudo comparativo mundial de quantitativo de escolas médicas por país, 2014

País	Nº de escolas	População	População/ Escolas
India	381	1.210.569.573	3.177 mil/escola
Brasil	248	201 032 714	0,81 mil/escola
China	150	1.354.040.000	9.026 mil/escola
Estados Unidos	141	317.641.087	2.252 mil/escola
Mexico	84	117 409.830	1,39 mil/escola
Japão	80	127.300.000	1.591 mil/escola
Federação Russa	62	143.366.561	2.312 mil/escola
Irã	48	75.077.547	1.564 mil/escola
França	47	62.636.580	1.332 mil/escola
Coreia do Sul	41	48.754.717	1.189 mil/escola
Filipinas	41	93.468.653	2.279 mil/escola
Alemanha	37	82.056.775	2.217 mil/escola
Turquia	36	75.705.147	2.102 mil/escola
Bolívia	36	10.030.832	278.6 mil/escola
Paquistão	33	187.342.721	5.677 mil/escola
Itália	32	61.016.804	1.906 mil/escola
Reino Unido (Grã-Bretanha e Irlanda do Norte)	32	62.698.362	1.959 mil/escola
Colômbia	32	44.752.543	1.398 mil/escola
Indonésia	32	245.613.043	7.675 mil/escola
Espanha	31	46.754.169	1.508 mil/escola
Cuba	28	11.204.351	400.1 mil/escola
Argentina	25	40.665.732	1.626 mil/escola
Peru	23	29.496.120	1.282 mil/escola

Austrália	21	21.511.888	1.024 mil/escola
Nigéria	19	170.901.000	8.994 mil/escola
Chile	18	17.134.708	951.9 mil/escola
Canadá	17	34.030.589	2.001 mil/escola
Egito	16	80.335.036	5.020 mil/escola
Ucrânia	14	45.300.415	3.235 mil/escola
Sudão	14	43.192.438	3.085 mil/escola
Polônia	13	38.441.094	2.957 mil/escola
Venezuela	12	29.043.555	2.420 mil/escola
Romênia	11	21.190.154	1.926 mil/escola

País	Nº de escolas	População	População/ Escolas
Argélia	11	35.422.589	3.220 mil/escola
Ex-Iugoslávia	10	10.656.929	1.065 mil/escola
Vietnã	10	89.028.741	8.902 mil/escola
Bélgica	9	10.697.588	1.188 mil/escola
República Dominicana	9	10.225.482	1.136 mil/escola
África do Sul	8	49.004.031	6.125 mil/escola
Arábia Saudita	8	26.245.969	3.280 mil/escola
Taiwan	8	23,071,838	2,88 mil/escola
Holanda	8	16.571.491	2.071 mil/escola
Portugal	7	10.732.357	1.533 mil/escola
Grécia	7	11.183.393	1.597 mil/escola
El Salvador	6	6.194.126	1.032 mil/escola
Costa Rica	6	4.639.827	773.3 mil/escola
Suíça	5	7.594.561	1.518 mil/escola

Paraguai	5	6.459.727	1.291 mil/escola
Israel	5	7.285.033	1.457 mil/escola
Finlândia	5	5.345.826	1.069 mil/escola
Tanzânia	4	45.039.573	11.25 mil/escola
Nicarágua	3	5.822.265	1.940 mil/escola
Etiópia	3	84.975.606	28.32 mil/escola
Guatemala	3	14.376.881	4.792 mil/escola
Uruguai	2	3.372.222	1.686 mil/escola
Hong Kong	2	7.018.636	3.509 mil/escola
Serra Leoa	1	5.835.664	5.835 mil/escola
Malaui	1	15.691.784	15.69 mil/escola
Moçambique	1	23.405.670	23.40 mil/escola

Fonte: Escolas Médicas http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php

Na Tabela 2 e no Gráfico 1, lista-se a distribuição dos cursos de Graduação em Medicina no País em 2015 e as vagas de acesso que oferecem. Os Estados de São Paulo e Minas Gerais se sobressaem, apresentando o maior número de cursos, o que não causa estranheza posto que são os de maior população (44,45 e 20,88 milhões de habitantes, respectivamente, estimados pelo IBGE em 3 de agosto de 2015).

Tabela 2. Situação dos cursos médicos
Total de cursos por unidade federativa e oferta de vagas – Brasil, 2015

Estado	Total de Escolas	Nº vagas 1º ano
São Paulo	44	4.380
Minas Gerais	39	3.422
Rio de Janeiro	19	2.260
Bahia	15	1.219
Rio Grande do Sul	15	1.340
Paraná	15	1.400
Santa Catarina	11	847
Goiás	9	770
Paraíba	9	815
Pernambuco	9	850
Ceará	8	832
Mato Grosso	6	446
Pará	6	546
Alagoas	5	410
Maranhão	5	390
Tocantins	5	398
Espírito Santo	5	500
Distrito Federal	5	376

Piauí	5	440
Mato Grosso do Sul	4	340
Rio Grande do Norte	4	337
Rondônia	4	220
Sergipe	3	260
Amazonas	3	342
Acre	2	161
Roraima	1	80
Amapá	1	60
BRASIL	**257**	**23.441**

Fonte: Escolas Médicas http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php

Gráfico 1. Situação dos cursos médicos
Total de cursos por Unidade Federativa – Brasil, 2015.

Fonte: Escolas Médicas http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php

A agregação das Unidades Federadas por Região, disposta na Tabela 3, evidencia a distribuição desigual dos cursos de medicina no território nacional, com claro predomínio nas Regiões Sudeste e Nordeste, com quase 70% dos cursos e das vagas de acesso, ficando o Sudeste com quase 45% e o Nordeste com cerca de 25% da oferta. Como se verá mais adiante, há também desequilíbrios distributivos importantes no interior das Regiões.

Tabela 3. Situação dos cursos médicos
Distribuição de cursos e vagas por Região Geográfica e Unidade Federativa– Brasil, 2015

Estado	Cursos de Medicina	Vagas 1º ano
	Região Centro-Oeste	
DF	5	376
GO	9	770
MS	4	340
MT	6	446
Total Região CO	**24 (9,3%)**	**1.932 (8,2%)**
	Região Nordeste	
AL	5	410
BA	15	1219
CE	8	832
MA	5	390
PB	9	815
PE	9	850
PI	5	440
RN	4	337
SE	3	260
Total Região NE	**63 (24,5%)**	**5.553 (23,7%)**

Região Norte		
AC	2	161
AM	3	342
AP	1	60
PA	6	546
RO	4	220
RR	1	80
TO	5	398
Total Região N	**22 (8,6%)**	**1.807(7,7%)**
Região Sudeste		
ES	5	500
MG	39	3422
RJ	19	2260
SP	44	4.380
Total Região SE	**107 (41,6%)**	**10.562 (45%)**
Região Sul		
PR	15	1400
RS	15	1340
SC	11	847
Total Região S	**41 (16%)**	**3.587 (15,3%)**
Brasil	**257**	**23.441**

Fonte: Escolas Médicas http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php

Registra-se, também, distribuição desigual dos cursos de Graduação em Medicina com relação à categoria administrativa das IES que os ofertam, com hegemonia da privada sobre a pública, como se verifica na Tabela 4 e no Gráfico 2. A diferença entre os dois setores diminuiu nos últimos anos dada a política do Ministerio da Educação - ME de multiplicar cursos em campi das instituições federais localizados no interior. Quanto ao geral da oferta pública, a fração federal é majoritária, representando pouco mais do dobro da apresentada pelos segmentos estadual e municipal. mas ainda assim chega a apenas metade da oferta privada, que tende a aumentar no futuro próximo se mantida a iniciativa do ME em incentivar abertura de cursos em IES privadas para incrementar o número de vagas em Graduação em Medicina.

Tabela 4. Situação dos cursos médicos, por dependência administrativa, quantitativo e porcentual – Brasil, 2015

Categoria Administrativa	Nº de cursos médicos	%
1. Pública	**111**	**43,18**
1.1. **Federal**	71	27,62
1.2. **Estadual**	32	12,45
1.3. **Municipal**	8	3,11
2. Privada	**146**	**56,82**
Brasil	**257**	**100**

Fonte: Escolas Médicas http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php - categorias ajustadas.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos cursos médicos por dependência administrativa,– Brasil, 2015

Fonte: Escolas Médicas ***http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php***

Faz-se necessário, contudo, ponderar que o parâmetro ***'número de cursos de medicina' (ou de escolas médicas)*** existentes não é o único a ser ressaltado e que o número desses cursos nem sempre é igual ao número de IES que os ofertam, pois o cenário analítico e prático muda se os cursos acolhem muitos ou poucos alunos em seus quadros e, ainda, se a qualidade da maioria é boa, razoável ou ruim e, ainda, se as vagas de acesso, ainda que sejam muitas e geralmente quase todas ocupadas no primeiro ano, são abandonadas nos casos de alta evasão, ou são bloqueadas e tornam-se indisponíveis em caso de grande quantidade de trancamentos de matrícula. tais situações podem afetar em graus diversos a conclusão do curso, o que coloca o indicador ***'nº de concluintes'*** como igualmente importante no caso das análises realizadas. Ou seja, novas variáveis precisarão ser introduzidas para tornar tais análises mais completas e concisas.

Neste sentido, os exames a seguir exigirão a entrada desses dados mais complexos, cuja acreditação seja a melhor disponível. Utilizamos aqui dados extraídos dos Censos da Educação Superior do Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, órgão do MEC incumbido da coleta anual e tratamento estatístico dos dados coletados junto a todas as IES do país. Como a última sinopse publicada pelo INEP se refere ao ano de 2013, trabalhamos, infelizmente, com uma pequena defasagem temporal, mas ainda assim, importante para subsidiar nosso estudo.

A Tabela 5 exibe informações sobre as Instituições que ofertavam cursos de Graduação em Medicina em meados de 2013, distribuídas conforme sua categoria administrativa; o número de matrículas registradas naqueles cursos, bem como o total de de concluintes no final de 2012, significando que, em uma situação ideal, ingressaram no curso no início do ano letivo de 2007, o que, por sua vez, torna também relevante o dado sobre o número de estudantes que ingressaram nesse ano.

Tabela 5 - Situação dos cursos médicos – Nº de IES, cursos, matrículas, concluintes, por categoria administrativa – Brasil, 2013

Categoria administrativa	Instituições ofertantes	Nº de cursos	Nº de matrículas	Concluintes (2012)	Ingressantes (2007)
Brasil	**190**	**214**	**111.934**	**16.495**	**16.267**
Públicos	81	100	45.598	6.584	
Privados	109 (57%)	114(53%)	66.336 (60%)	9.911(60%)	

Fonte: Sinopse da Educação Superior 2013 (INEP/MEC)

Observa-se, portanto, que em 2013, 190 (cento e noventa) instituições (81 públicas e 109 privadas) ofereciam 214 (duzentos e quatorze) cursos de Graduação em Medicina distribuídos equilibradamente entre setor público e privado, sendo que o segmento privado oferece praticamente um curso por Instituição, enquanto que o setor público tem ampliado nos últimos anos o número de cursos por instituição, em geral instalando um segundo curso em campus fora da sede da IES.

Os quase 112 mil alunos matriculados nesses estabelecimentos, todavia, distribuíam-se desigualmente, estando 60% deles graduando-se em IES privadas, proporção mantida quanto o número de concluintes em 2013. Quanto aos estudantes queingressaram em 2007, representavam número praticamente coincidente ao de concluintes em 2013, o que pode sugerir que nesse período a eficiência continuou alta, ficando a pequena diferença a maior de concluintes explicada talvez, por alunos remanescentes de entradas anteriores e não conseguiram concluir seus cursos em seis anos.

A Tabela 6 apresenta outras variáveis de interesse para a caracterização da formação em graduação de medicina hoje: número de vagas disponibilizadas no 1º ano médico pelo conjunto das IES; número de inscrições – que não deve ser confundido com número de inscritos que disputaram tais vagas, posto que é possível inscrever-se em mais de um processo seletivo; número efetivo de ingressantes, com a possibilidade de analisar quantos entraram por processos seletivos e quantos ingressaram por outros meios (transferências, por exemplo). Além disso, mostra quantos matriculados naquele ano desistiram do curso e optaram por outras outras carreiras na mesma instituição, e quantos se desvincularam ou foram desvinculados do curso.

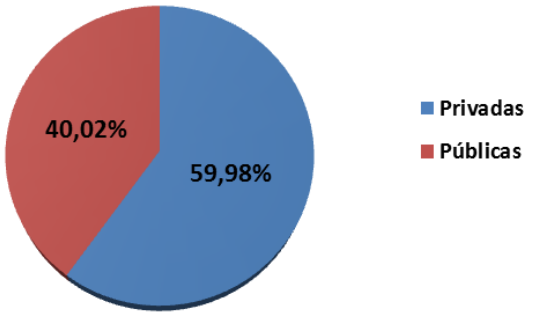
Tabela 6 - Situação dos cursos médicos – nº de vagas, inscritos, ingressos, ingressos por processos seletivos, alunos com matrícula trancada, transferidos para outros cursos da IES e desvinculados – Brasil, 2013

Categoria adminis-trativa	Vagas oferecidas	Inscrições	Ingressos totais	Ingressos processos seletivos	Matrículas trancadas	Transferidos para outros cursos da IES	Desvincu-lados
BRASIL	**19.145**	**969.250**	**21.182**	**19.474**	**1.901**	**36**	**3.493**
Públicos	7.989	620.414 (64%)	8.433	8.072(96%)	573	5	1.209
Privados	11.156 (58,3%)	348.836	12.749 (60,2%)	11.402(89 %)	1.328	31	2.284

Fonte: Sinopse da Educação Superior 2013 (INEP/MEC)

Vale registrar que, como o número de vagas ofertadas em 2015 é conhecido – 23.441 vagas oferecidas por 190 IES –, pode-se concluir que o crescimento percentual de vagas totais ofertadas entre 2013 e 2015 foi de 22,4%. Sabe-se também a distribuição dessas vagas, por categoria administrativa das IES conforme mostra o Gráfico 3. Esse aumento na oferta das vagas de medicina deu-se principalmente no segmento privado, que aumentou sua participação em quase 2% em relação a 2013, especialmente no interior do país.

Gráfico 3 – Distribuição percentual das 23.441 vagas de 1º ano por categoria administrativa. Brasil – 2015



Ainda em 2013, o Censo do INEP registrou quase um milhão de inscrições à concorrência por vagas em cursos de Graduação em Medicina, sendo 64% delas para IES públicas, que era previsível posto que é nesse segmento que se concentram as melhores escolas médicas e que, além disso, são gratuitas.

Os ingressos totais para o 1º ano em 2013 (92% por processos seletivos) ultrapassaram em algumas centenas o número de vagas ofertadas pelas IES naquele ano. 96% dos que entraram em Instituições públicas o fizeram por meio de processos seletivos, o mesmo ocorrendo com 89% dos calouros de cursos privados. Cerca de 2 (dois) mil alunos estavam com as matrículas trancadas (quase três vezes mais alunos de instituições privadas do que das públicas) e 3,5 (três mil e quinhentos) mil estudantes foram desvinculados de seus cursos por razões como inadimplência, abandono de curso, excessivo tempo de trancamento, etc., sendo que 1.209 (mil duzentos e nove) estudavam em cursos públicos e quase o dobro - 2.284 (dois mil, duzentos e oitenta e quatro) em cursos privados.

3.1 O custo dos cursos médicos em 2015

Cremos ser importatne para a análise da Graduação em Medicina no Brasil, breve dado sobre o **custo das mensalidades**, as quais encontram-se entre as

mais caras – senão a mais cara - no país. Em 2015 variam dos R$ 3.014,55 cobrados pelo Centro Universitário UnirG, de Gurupi-TO, aos R$ 11.706,55 cobrados pela Faculdade São Leopoldo Mandic, de Campinas-SP. A média das mensalidades está em torno de R$ 5.200,00 (pouco mais de 6 salários mínimos), o que possibilita projetar o custo total de uma Graduação em Medicina em cerca de R$ 445.520,32, conforme Tabela 7.

Tabela 7. Custo médio de um curso de graduação em medicina – Brasil, 2015*

Custo da medicina à vista	MENSALIDADE	ANO	Valor total do curso
MÉDIA DA MENSALIDADE EM 2015	R$ 5.288,53	R$ 63.462,36	R$ 63.462,36
2016 = 2015 X INFLAÇÃO 9,12%	R$ 5.770,84	R$ 69.250,13	R$ 132.712,49
2017 = 2016 X INFLAÇÃO PROJETADA DE 2016 (5,27%)	R$ 6.074,97	R$ 72.899,61	R$ 205.612,10
2018 = 2017 X INFLAÇÃO PROJETADA DE 2017 (4,7%)	R$ 6.360,49	R$ 76.325,89	R$ 281.937,99
2019 = 2018 + INFLAÇÃO PROJETADA DE 2018 (4,7%)	R$ 6.659,43	R$ 79.913,21	R$ 361.851,19
2020 = 2019 + INFLAÇÃO PROJETADA DE 2019 (4,7%)	R$ 6.972,43	R$ 83.669,13	R$ 445.520,32

"Dados preliminares do estudo Custo da Medicina no Brasil" - CARBONIERI, Fernando; direitos reservados para Academiamedica.com.br

**Os valores de reajuste contabilizam somente a inflação prevista para os próximos 5 anos. Esses valores podem ser alterados em caso de aumento dos custos do curso para a mantenedora.*

Até o primeiro semestre de 2015, o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) aceitava alunos com renda familiar de até 15 (quinze) mil reais, financiava 100% dos custos a um juro anual de 3,4% e o valor financiado poderia ser pago em até 19 (dezenove) anos. Portanto, um aluno de classe média teria condições de arcar com os custos dos 6 (seis) anos da Graduação, ainda que somados os reajustes relativos aos índices de inflação do período ao valor dos juros do FIES. Ou seja se conseguisse financiamento de 100%, seu saldo devedor ao final de 6 anos seria de R$ 515 mil.

Porém, com as novas regras em vigor, para candidatar-se ao FIES, a renda famíliar não pode ultrapassar 2,5 (dois e meio) salários mínimos per capita (R$1.970), foi extinto o financiamento de 100% dos custos. Por essas regras, um aluno enquadrado no valor mais alto da tabela (de 2,0 a 2,5 salários percapita) poderá financiar, no máximo, 81% do custo da mensalidade de um curso de Graduação em Medicina, restando no final do curso um saldo devedor de R$ 448.097,83 em média, fora os 15% que o estudante e sua família tiveram que pagar por fora do FIES. O prazo para abatimento deste montante será de 18 (dezoito) anos, em parcelas mensais a serem pagas logo após a formatura (antes havia um prazo de um ano de carência para o início

da amortização da dívida). Ou seja, tão logo conclua a graduação, terá que arcar com uma parcela de aproximadamente R$ 2.074 a serem pagos por 216 meses consecutivos.[1]

Caracterizados os principais aspectos da situação atual dos cursos de Graduação em Medicina no Brasil, vale verificar a trajetória histórica que resultou nesta conjuntura, a partir das tabelas a seguir.

4. Gênese e evolução dos cursos médicos no Brasil

Fase 1 – Estudos mostram que, de 1808 até o final de 1948 (governo Dutra), em 140 anos, portanto, foram criadas no Brasil apenas **13 (treze) escolas de Graduação em Medicina**, todas públicas (11 federais e 2 estaduais) e localizadas em capitais (ver Tabela 8). Atualmente, essas 13 escolas oferecem cerca de duas mil vagas para acesso ao 1º ano.

Tabela 8: Cursos de medicina por natureza e dependência administrativa da instituição mantenedora, segundo a data de criação e a unidade da federação. Brasil, 1808 a 1948

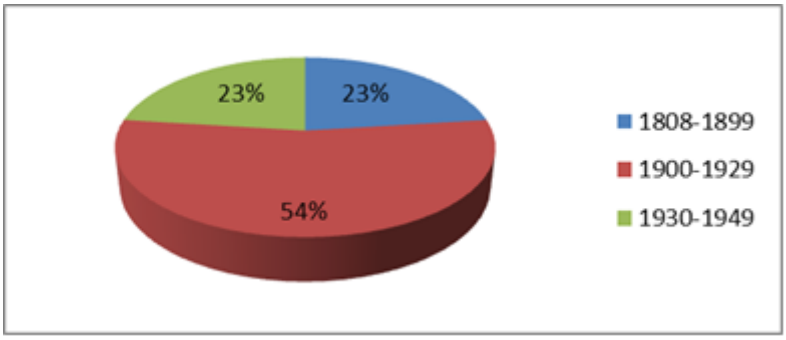
Nº	Data de Criação	Nome do Curso	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1° Ano	Administração
1	18/02/1808	Curso de Medicina	Universidade Federal da Bahia - UFBA	UFBA	160	Federal
2	05/11/1808	Curso de Medicina	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	UFRJ	192	Federal
3	01/03/1898	Curso de Medicina	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	UFRGS	140	Federal
4	01/03/1911	Curso de Medicina	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	UFMG	320	Federal
5	01/01/1912	Curso de Medicina	Universidade Federal do Paraná - Curitiba - UFPR	UFPR	190	Federal
6	10/04/1912	Curso de Medicina	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/RJ - UNIRIO	UNIRIO	160	Federal
7	07/12/1912	Curso de Medicina	Universidade de São Paulo - Campus São Paulo - USP-SP	FMSP-USP	175	Estadual

1 CARBONIERI, FERNANDO. NOVO FIES FECHARÁ AS PORTAS DA MEDICINA PARA MUITOS., JUL. 2015. DISPONÍVEL EM: http://academiamedica.com.br/novo-fies-fechara-portas-da-medicina-para-muitos/ ACESSO EM: 24 SET. 2015.

8	03/01/1919	Curso de Medicina	Universidade Federal do Pará - UFPA	UFPA	150	Federal
9	04/05/1920	Curso de Medicina	Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	UFPE	140	Federal
10	01/01/1929	Curso de Medicina	Universidade Federal Fluminense - Niteroi/ RJ - UFF	UFF	160	Federal
11	01/06/1933	Curso de Medicina	Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	UNIFESP	121	Federal
12	04/06/1935	Curso de Medicina	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ	UERJ	94	Estadual
13	15/04/1948	Curso de Medicina	Universidade Federal do Ceará - UFC	UFC	160	Federal

Fonte: Inep/MEC. Formato publicado no Portal www.escolasmedicas.com.br

Gráfico 1- Evolução das escolas médicas no Brasil. Fase 1: 1808-1948



Fase 2 – Em 1950, no interior de São Paulo, é fundada pelo médico e prefeito da cidade de Sorocaba, Dr. Gualberto Moreira, a primeira escola de medicina vinculada a uma **instituição privada**. A parceria entre a Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), o Cardeal Dom Carlos Carmelo de Vasconcellos Motta e o industrial José Ermírio de Moraes originou ainda a construção de um hospital-maternidade, inaugurando também a interiorização do ensino médico no país, ao mesmo tempo em que se discutia a primeira Lei brasileira das Diretrizes e Bases da Educação.

Entre 1950 a 1963 foram criadas 24 (vinte e quatro) escolas de medicina em 13 anos, sendo 10 delas no interior. Seis destes cursos eram privados e a metade destes, católicos; quatro destas escolas médicas eram públicas estaduais e 14,

públicas federais. Esses cursos oferecem hoje cerca de 2.500 (duas mil e quinhentas) vagas para 1º ano. Veja-se a Tabela 9.

Tabela 9. Cursos de medicina por natureza e dependência administrativa da instituição mantenedora, segundo a data de criação e a unidade da federação. Brasil, 1950 a 1963

Nº	Data de Criação	Nome do Curso	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1°Ano	Administração
14	28/02/1950	Curso de Medicina	Universidade de Pernambuco-/Recife - UPE	UPE	150	Estadual
15	14/04/1950	Curso de Medicina	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Campus Sorocaba- PUC-SP	PUCSP-Sorocaba	100	Privada
16	15/01/1951	Curso de Medicina	Universidade Federal de Alagoas - UFAL	UFAL	80	Federal
17	30/01/1951	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais- FELUMA - FCMMG -	FCMMG	100	Privada
18	05/12/1951	Curso de Medicina	Universidade Federal da Paraíba - J. Pessoa - UFPB	UFPB	145 (Port.	Federal
19	17/04/1952	Curso de Medicina	Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto - USP-RP	FMRP-USP	100	Estadual
20	26/12/1952	Curso de Medicina	Universidade Federal de Juiz de Fora/MG - UFJF	UFJF	160	Federal
21	07/04/1953	Curso de Medicina	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador- EBMSP	EBMSP	200	Privada
22	24/03/1954	Curso de Medicina	Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - UFTM	UFTM	80	Federal
23	30/04/1954	Curso de Medicina	Universidade Federal de Santa Maria - RS - UFSM	UFSM	100	Federal
24	27/09/1955	Curso de Medicina	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	UFRN	100	Federal
25	04/01/1957	Curso de Medicina	Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba - PUCPR	PUCPR	180	Privada

26	05/07/1958	Curso de Medicina	Universidade Federal do Maranhão - São Luis - UFMA	UFMA	100	Federal
27	25/11/1958	Curso de Medicina	Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	UNICAMP	110	Estadual
28	27/04/1960	Curso de Medicina	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	UFSC	100	Federal
29	11/06/1960	Curso de Medicina	Universidade Federal de Goiás - UFG	UFG	110	Federal
30	01/01/1961	Curso de Medicina	Universidade Federal do Espírito Santo- UFES	UFES	80	Federal
31	11/01/1961	Curso de Medicina	Universidade Federal de Sergipe - UFS	UFS	100	Federal
32	28/01/1961	Curso de Medicina	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS - UFCSPA	UFCSPA	88	Federal
33	28/04/1961	Curso de Medicina	Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP	UNAERP	120	Privada
34	01/03/1962	Curso de Medicina	Universidade de Brasília - DF - UNB	UnB	76	Federal
35	22/07/1962	Curso de Medicina	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Botucatu/SP - UNESP	UNESP	90	Estadual
36	15/12/1962	Curso de Medicina	Universidade Católica de Pelotas-RS - UCPEL	UCPEL	100	Privada
37	03/04/1963	Curso de Medicina	Universidade Federal de Pelotas - UFPel	**UFPel**	**98**	**Federal**

Fonte: Inep/MEC. Formato publicado no Portal www.escolasmedicas.com.br

Fase 3 - Nos 20 anos do regime militar houve grande expansão das escolas médicas no país. De 1964 a 1980 os governos autoritários promovem e institucionalizam uma reforma modernizante no ensino superior, num contexto repressivo. Abole-se a cátedra, forma predominante de organização dos docentes nas universidades; quebra-se a autonomia das faculdades e as universidades são reorganizadas em institutos básicos, por área do conhecimento, para a oferta de formação profissional; é

introduzido o sistema de disciplinas e créditos e também o ciclo básico de estudos gerais - que não "vingou"-, continuando os alunos a ingressar por carreiras; instituíram-se fortes e combativas representações estudantis, de docentes e funcionários. Não houve, entretanto, efetiva modernização curricular, permanecendo os cursos na linha tradicional. 40 escolas de medicina foram criadas nestes 20 anos, 28 delas no interior. O conjunto de cursos criados nesta fase oferece hoje cerca de 4 mil vagas de 1º ano.

Tabela 10: Cursos de medicina por natureza e dependência administrativa da instituição mantenedora, segundo a data de criação e a unidade da federação. Brasil, 1964 a 1984

Nº	Data de Criação	Nome do Curso	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1°Ano	Administração
38	20/11/1965	Curso de Medicina	Universidade Federal do Amazonas -UFAM	UFAM	112	Federal
39	21/12/1965	Curso de Medicina	Universidade Estadual de Londrina - PR - UEL	UEL	80	Estadual
40	19/01/1966	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina de Marília-SP - FAMEMA	FAMEMA	80	Estadual
41	11/08/1966	Curso de Medicina	Universidade Federal do Piauí - UFPI	UFPI	120	Federal
42	30/01/1967	Curso de Medicina	Universidade de Taubaté - UNITAU	UNITAU	80	Municipal
43	20/04/1967	Curso de Medicina	Universidade Federal do Rio Grande/RS - FURG	FURG	70	Federal
44	21/07/1967	Curso de Medicina	Centro Universitário Lusíada-Santos - UNILUS	UNILUS	100	Privada
45	18/08/1967	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina de Petrópolis - Fundação Otacílio Gualberto - FMP	FMP	110	Privada
46	18/09/1967	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina de Campos - RJ - FMC	FMC	80	Privada
47	13/11/1967	Curso de Medicina	Universidade de Caxias do Sul/RS - UCS	UCS	100	Privada
48	27/12/1967	Curso de Medicina	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Campo Grande - UFMS	UFMS	80	Federal

49	04/01/1968	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/SP - FCMSCSP	FCMSCSP	120	Privada
50	17/01/1968	Curso de Medicina	Universidade de Mogi das Cruzes - UMC	UMC	90	Privada
51	14/02/1968	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto -SP - FAMERP	FAMERP	64	Estadual
52	14/02/1968	Curso de Medicina	Universidade Federal de Uberlândia - MG - UFU	UFU	120	Federal
53	04/03/1968	Curso de Medicina	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM	EMESCAM	120	Privada
54	16/03/1968	Curso de Medicina	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Maceió - UNCISAL	UNCISAL	50	Estadual
55	08/04/1968	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina de Itajubá- MG - FMIt	FMIt	87	Privada
56	22/05/1968	Curso de Medicina	Centro Universitário de Volta Redonda- RJ - UNIFOA	UniFOA	120	Privada
57	21/08/1968	Curso de Medicina	Centro de Ensino Superior de Valença- RJ - CESVA	CESVA	100	Privada
58	21/11/1968	Curso de Medicina	Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre/MG - UNIVAS	UNIVAS	70	Privada
59	06/12/1968	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina de Jundiaí- SP - FMJ	FMJ	80	Municipal
60	19/12/1968	Curso de Medicina	Universidade Severino Sombra - Vassouras RJ - USS	USS	80	Privada
61	15/01/1969	Curso de Medicina	Faculdade Evangélica do Paraná - Curitiba - FEPAR	FEPAR	120	Privada
62	07/02/1969	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina do ABC - FMABC	FMABC	100	Privada
63	30/04/1969	Curso de	Universidade de Passo Fundo/RS -	UPF	100	Privada

		Medicina	UPF			
64	10/06/1969	Curso de Medicina	Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva - SP - FIPA	FIPA	64	Privada
65	02/02/1970	Curso de Medicina	Escola de Medicina Souza Marques - Rio de Janeiro/RJ - EMSM	EMSM	192	Privada
66	17/03/1970	Curso de Medicina	Universidade de Santo Amaro - SP - UNISA	UNISA	100	Privada
67	13/04/1970	Curso de Medicina	Centro Universitário Serra dos Órgãos - Teresópolis/RJ - UNIFESO	UNIFESO	144	Privada
68	24/06/1970	Curso de Medicina	Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS	PUCRS	120	Privada
69	08/10/1970	Curso de Medicina	Universidade do Estado do Pará - Santarém/PA - UEPA	UEPA	40	Estadual
70	26/04/1971	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina de Barbacena/MG - FAME	FAME	100	Privada
71	29/07/1971	Curso de Medicina - Belem	Universidade do Estado do Pará - Belem/PA - UEPA	UEPA	100	Estadual
72	24/09/1971	Curso de Medicina	Universidade São Francisco - Bragança Paulista - USF	USF	80	Privada
73	06/11/1974	Curso de Medicina	Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	UNIMONTES	28	Estadual
74	23/12/1975	Curso de Medicina	Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-CAMPINAS	PUC-CAMPINAS	90	Privada
16/12/1976		Curso de Medicina	Universidade Iguaçu - Nova Iguaçu - RJ - UNIG/Nova Iguaçu	UNIG/Nova Iguaçu	100	Privada
03/11/1978		Curso de Medicina	Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	UFMT	95	Federal
20/06/1979		Curso de Medicina	Universidade Federal de Campina Grande - UFCG	UFCG	90	Federal

Regime militar – 1964/1984Fonte: Inep/MEC. Formato publicado no Portal www.escolasmedicas.com.br

Fase 4 – Os dez anos subsequentes à ditadura militar são os que apresentam a menor taxa de criação de cursos médicos: apenas **5(cinco) cursos foram criados** – quatro no governo José Sarney e um no governo Itamar Franco, 4 deles no interior. Três deles eram privados e dois públicos (um estadual, um federal). Esses cursos de medicina ofertaram em 2015 cerca de 550 vagas de acesso.

Também é desse período o chamado Movimento da Reforma Sanitária, articulado na década de 80 pelos gestores de saúde, representando ministérios, e envolvendo entidades, centrais sindicais, segmentos da academia e também do parlamento, com destaque para a Comissão Nacional da Reforma Sanitária/CNRS. Visava-se a elaboração de propostas a serem apresentadas aos parlamentares e partidos políticos participantes do processo Constituinte e, posteriormente, da elaboração das Leis Orgânicas Municipais.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 consolidou a interface da saúde com a educação, tornando o ensino médico fator estratégico para a formação e ordenação dos recursos humanos no processo de implantação do novo sistema de saúde nacional.

Tabela 11: Cursos de medicina por natureza e dependência administrativa da instituição mantenedora, segundo a data de criação e a unidade da federação — Brasil, 1985 a 1994

Nº	Data de Criação	Nome do Curso	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1°Ano	Administração
78	28/02/1987	Curso de Medicina	Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - UNOESTE	UNOESTE	220	Privada
79	12/08/1987	Curso de Medicina	Universidade Estadual de Maringá/PR - UEM	UEM	40	Estadual
80	15/12/1988	Curso de Medicina	Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS/ Alfenas/MG	UNIFENAS	136	Privada
81	11/07/1989	Curso de Medicina	Universidade Regional de Blumenau - SC - FURB	FURB	80	Privada
82	06/11/1993	Curso de Medicina	Universidade Federal de Roraima - UFRR	UFRR	80	Federal

Governos Sarney(1985 a 89),Collor(1990-92)e Itamar Franco(1992-1994) Fonte: Inep/MEC. Formato publicado no Portal www.escolasmedicas.com.br

Fase 5 – Nos oito anos do governo de Fernando Henrique Cardoso, registra-se a criação de **44 (quarenta e quatro) cursos de Graduação Medicina**, 17 em instituições públicas (2 municipais, 10 estaduais e 5 federais) e 27 em estabelecimentos privados (61% do total). 29 (vinte e nove) situavam-se no interior e 25 (vinte e cinco) em capitais. Oferecem hoje cerca de 4 (quatro) mil vagas para os calouros.

Em observância às diretrizes do 1º Plano Nacional de Educação – PNE (Lei 10.172/2001), o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, homologadas em 1º de outubro e que, num espírito de flexibilização que veio substituir os currículos mínimos fixos e válidos para todo o país, definiram normas gerais para a formação médica em graduação. A ideia central era a de que as escolas de medicina se dedicariam à formação de um profissional com visão holística, capacitação ética, técnica e científica, ciente da sua relevância social e que compreendesse a promoção da saúde como um direito de cidadania.

Tabela 12: Cursos de medicina por natureza e dependência administrativa da instituição mantenedora, segundo a data de criação e a unidade da federação. Brasil, 1995 a 2002

Nº	Data de Criação	Nome do Curso	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1° Ano	Administração
83	02/02/1996	Curso de Medicina	Universidade Luterana do Brasil - Canoas - RS - ULBRA	ULBRA	120	Privada
84	30/08/1996	Curso de Medicina	Universidade Estadual do Oeste do Paraná- Cascavel - UNIOESTE	UNIOESTE	40	Estadual
85	14/02/1997	Curso de Medicina	Universidade de Cuiabá/MT - UNIC	UNIC	71	Privada
86	23/02/1997	Curso de Medicina	Universidade Metropolitana de Santos - SP - UNIMES	UNIMES	100	Privada
87	07/03/1997	Curso de Medicina	Universidade Estácio de Sá - RJ - UNESA	UNESA	240	Privada
88	12/03/1997	Curso de Medicina	Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy - Duque de Caxias/RJ- UNIGRANRIO	UNIGRANRIO	110	Privada
89	26/03/1997	Curso de Medicina	Universidade Iguaçu - Itaperuna/RJ - UNIG/Itaperuna	UNIG/Itaperuna	60	Privada
90	26/03/1997	Curso de Medicina	Universidade Anhanguera- Uniderp - MS - UNIDERP	UNIDERP	120	Privada
91	07/04/1997	Curso de Medicina	Universidade do Vale do Itajaí - SC - UNIVALI	UNIVALI	74	Privada
92	08/04/1997	Curso de Medicina	Universidade de Uberaba - MG - UNIUBE	UNIUBE	120	Privada
93	08/07/1998	Curso de Medicina	Universidade do Sul de Santa Catarina- Campus Tubarão - UNISUL	UNISUL	100	Privada
94	08/07/1998	Curso de Medicina - Palhoça/SC	Universidade do Sul de Santa Catarina - Palhoça/SC - UNISUL	UNISUL	160	Municipal
95	21/07/1998	Curso de Medicina	Universidade Estadual do Piauí - Teresina - UESPI	UESPI	50	Estadual

96	10/09/1998	Curso de Medicina	Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE	UNIVILLE	48	Privada
97	20/10/1998	Curso de Medicina	Universidade de Marília/SP - UNIMAR	UNIMAR	100	Privada
98	10/11/1998	Curso de Medicina	Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma - UNESC	UNESC	100	Privada
99	30/12/1998	Curso de Medicina	Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Ipatinga/MG- IMES	IMES	80	Privada
100	17/02/1999	Curso de Medicina	Centro Universitário Barão de Mauá- Ribeirão Preto - SP - CBM	CBM	60	Privada
101	19/05/1999	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaina - TO - FAHESA/ITPAC	FAHESA/ITPAC	80	Privada
102	21/12/1999	Curso de Medicina	Universidade Federal da Grande Dourados - MS - UFGD	UFGD	80	Federal
103	02/06/2000	Curso de Medicina	Universidade Federal do Ceará- Campus de Sobral - UFC/Sobral	UFC/Sobral	80	Federal
104	02/06/2000	Curso de Medicina	Universidade Federal do Cariri - Campus de Barbalha - UFCA/Barbalha	UFCA/Barbalha	80	Federal
105	25/08/2000	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte/CE ESTÁCIO FMJ	ESTÁCIOFMJ	100	Privada
106	21/12/2000	Curso de Medicina	Universidade Estadual de Santa Cruz- Ilheus/BA - UESC	UESC	42	Estadual
107	27/06/2001	Curso de Medicina	Universidade do Estado do Amazonas -Manaus - UEA	UEA	130	Estadual
108	29/06/2001	Curso de Medicina	Universidade José do Rosário Vellano - Belo Horizonte/MG - UNIFENAS/BH	UNIFENAS-BH	136	Privada
109	06/07/2001	Curso de Medicina	Universidade Católica de Brasília - UCB	UCB	40	Privada

110	18/07/2001	Curso de Medicina	Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - ESCS	ESCS	80	Estadual
111	22/08/2001	Curso de Medicina	Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - UNOESC	UNOESC	60	Privada
112	18/10/2001	Curso de Medicina	Centro Universitário Nilton Lins - Manaus - UNINILTONLINS	UNINILTONLINS	100	Privada
113	29/10/2001	Curso de Medicina	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró/RN - UERN	UERN	60	Estadual
114	21/12/2001	Curso de Medicina	Centro Universitário de Caratinga -MG - UNEC	UNEC	40	Privada
115	16/01/2002	Curso de Medicina	Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR	UNIR	40	Federal
116	18/01/2002	Curso de Medicina	Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central - Brasilia - FACIPLAC	FACIPLAC	80	Privada
117	19/03/2002	Curso de Medicina	Universidade Estadual do Maranhão- Caxias - UEMA	UEMA	30	Estadual
118	21/03/2002	Curso de Medicina	Universidade Federal do Acre - UFAC	UFAC	80	Federal
119	04/06/2002	Curso de Medicina	Universidade Presidente Antônio Carlos/MG - UNIPAC /Juiz de Fora	UNIPAC	42	Privada
120	14/06/2002	Curso de Medicina	Centro Universitário Unirg - GurupiTO - UNIRG	UNIRG	120	Municipal
121	09/07/2002	Curso de Medicina	Universidade Estadual de Feira de Santana- BA - UEFS	UEFS	30	Estadual
122	12/08/2002	Curso de Medicina	Universidade Estadual do Ceará - UECE	UECE	80	Estadual
123	12/09/2002	Curso de Medicina	Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG - PR	UEPG	40	Estadual
124	24/10/2002	Curso de	Universidade Cidade de São Paulo -	UNICID	130	Privada

		Medicina	UNICID			
125	13/12/2002	Curso de Medicina	Universidade Positivo-Curitiba/PR - UP	UP	94	Privada
126	30/12/2002	Curso de Medicina	Universidade do Ceuma-UNICEUMA	UNICEUMA	100	Privada

Governo FHCARDOSO 1995-2002. Fonte: Inep/MEC. Formato publicado no Portal www.escolasmedicas.com.br

Fase 6 – Nos oito anos do governo de Luiz Inácio Lula da Silva foram criados **52 cursos de medicina**, expansão esta só superada pela que vem sendo registrada no governo Dilma Rousseff. 30 destes novos cursos localizam-se no interior; 12 são oferecidos em instituições públicas (1 municipal, 2 estaduais, 9 federais) e 40 em estabelecimentos privados (77% do total). Essas escolas oferecem atualmente cerca de 4.600 vagas no 1º ano.

Do ponto de vista das políticas públicas, merecem destaque programas como o ProUni – Programa Universidade para Todos -, e a ampliação do Sistema FIES (Financiamento Estudantil), que otimizaram a oferta de vagas privadas, antes ociosas, em todas as áreas do conhecimento, inclusive medicina, para alunos que sem as bolsas do Prouni ou os empréstimos a juros muito baixos e prazos de pagamento alongados concedidos não teriam como financiar seus estudos. Cabe citar ainda o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI, o qual viabilizou a expansão de vagas no segmento público federal.

O Prouni não implica gasto orçamentário direto para o MEC, mas para viabilizá-lo, o governo federal investiu cerca de R$ 750 milhões em 2013, montante que cresceu para uma estimativa de quase R$ 900 milhões em 2014. O art. 8º da Lei nº 11.096, de 2005, dispõe que a instituição que aderir ao ProUni obterá isenções fiscais de: a) Imposto de Renda (IR) de Pessoas Jurídicas; b) Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); c) Contribuição Social para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) d) Contribuição para o Programa de Integração Social (PIS).

Tabela 13: Cursos de medicina por natureza e dependência administrativa da instituição mantenedora, segundo a data de criação e a unidade da federação — Brasil, 2003 a 2010

Nº	Data de Criação	Nome do Curso	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1° Ano	Administração
127	04/07/2003	Curso de Medicina	Universidade Camilo Castelo Branco- Fernandópolis/SP - UNICASTELO	UNICASTELO	80	Privada
128	07/07/2003	Curso de Medicina	Universidade Nove de Julho - São Paulo - UNINOVE	UNINOVE	120	Privada
129	09/07/2003	Curso de Medicina	Faculdade de Medicina Nova Esperança- J.Pessoa/ PB - FAMENE	FAMENE	150	Privada
130	26/08/2003	Curso de Medicina	Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - Vespasiano - MG - FASEH	Faseh	64	Privada
131	29/08/2003	Curso de Medicina	Universidade do Planalto Catarinense - Lages - UNIPLAC	UNIPLAC	40	Privada
132	05/12/2003	Curso de Medicina	Universidade Federal do Vale do São Francisco/Petrolina/PE - UNIVASF	UNIVASF	80	Federal
133	16/04/2004	Curso de Medicina	Instituto Presidente Antonio Carlos - MG - IMEPAC/Araguaina	IMEPAC	40	Privada
134	25/05/2004	Curso de Medicina	Faculdade Presidente Antonio Carlos - Porto Nacional - ITPAC-PORTO/FAPAC	FAPAC	42	Privada
135	12/07/2004	Curso de Medicina	Centro Universitário do Espirito Santo- Colatina - UNESC	UNESC	100	Privada
136	12/07/2004	Curso de Medicina	Faculdades Integradas Aparício Carvalho- Porto Velho/RO - FIMCA	FINCA	40	Privada
137	12/07/2004	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/J.Pessoa/PB - FCMPB	FCMPB	80	Privada
138	12/07/2004	Curso de Medicina	Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnologia	UNINOVAFAPI	110	Privada

			do Piauí - NOVAFAPI			
139	07/08/2004	Curso de Medicina	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-Vitória da Conquista - UESB	UESB	30	Estadual
140	04/10/2004	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG - SUPREMA	FCMS-JF	100	Privada
141	08/11/2004	Curso de Medicina	Faculdade de Tecnologia e Ciências-Salvador/BA - FTC	FTC	100	Privada
142	09/11/2004	Curso de Medicina	Faculdade Integral Diferencial-Piaui - FACID	FACID	80	Privada
143	01/01/2005	Curso de medicina	Faculdade Alfredo Nasser - Aparecida de Goiania - GO - FERSUV	FERSUV	60	Privada
144	04/05/2005	Curso de Medicina	Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-GO	PUC-GO	80	Privada
145	14/06/2005	Curso de Medicina	Faculdade São Lucas - Porto Velho-RO - FSL	FSL	90	Privada
146	23/06/2005	Curso de Medicina	Instituto de Ciências da Saúde - Montes Claros - MG -ICS/ FUNORTE	ICS	80	Privada
147	23/06/2005	Curso de Medicina	Faculdade Brasileira - Vitória/ES - MULTIVIX VITORIA	MULTIVIX VITORIA	80	Privada
148	07/08/2005	Curso de Medicina	Universidade Comunitária da Região de Chapecó/SC - UNOCHAPECÓ	UNOCHAPECO	45	Municipal
149	30/08/2005	Curso de Medicina	Faculdade Pernambucana de Saúde/Recife - FPS	FPS	120	Privada
150	21/09/2005	Curso de Medicina	Centro Universitário de Araraquara-SP - UNIARA	UNIARA	100	Privada
151	22/12/2005	Curso de Medicina	Centro Universitário Christus - Fortaleza-CE - UNICHRISTUS	UNICHRISTUS	112	Privada

152	22/12/2005	Curso de Medicina	Faculdade Atenas - Paracatu-MG - FA	FA	100	Privada
153	22/12/2005	Curso de Medicina	Universidade Federal de São Carlos - SP - UFSCAR	UFSCAR	40	Federal
154	29/12/2005	Faculdade de Medicina de Campina Grande – PB	Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - PB - FCM	FCM	100	Privada
155	08/03/2006	Curso de Medicina	Universidade Potiguar -RN - UnP	UnP	137	Privada
156	15/03/2006	Curso de Medicina	Universidade de Santa Cruz do Sul - RS -UNISC	UNISC	70	Privada
157	04/05/2006	Curso de Medicina	Universidade de Fortaleza - CE - UNIFOR	UNIFOR	120	Privada
158	10/11/2006	Curso de Medicina	Universidade Vila Velha - ES - UVV	UVV	120	Privada
159	10/11/2006	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - RO - FACIMED	FACIMED	50	Privada
160	14/11/2006	Curso de Medicina	Centro Universitário do Estado do Pará - PA - CESUPA	CESUPA	116	Privada
161	24/11/2006	Curso de Medicina	Universidade Federal de Ouro Preto/MG - UFOP	Ufop	80	Federal
162	01/01/2007	Curso de Medicina	Universidade Federal do Tocantins - Palmas/TO - UFT	UFT	100	Federal
163	02/02/2007	Curso de Medicina	Universidade Anhembi Morumbi - São Paulo/SP - UAM	UAM	130	Privada
164	02/02/2007	Curso de Medicina	Centro Universitário de Belo Horizonte/MG - UNI-BH	UNI-BH	100	Privada
165	05/02/2007	Curso de Medicina	Centro Universitário São Camilo - São Paulo/SP - SÃOCAMILO	SAOCAMILO	100	Privada
166	15/06/2007	Curso de Medicina	Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras/PB	UFCG	30	Federal

			(UFCG)			
167	08/08/2007	Curso de Medicina	Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy - RJ - UNIGRANRIO	UNIGRANRIO	110	Privada
168	27/08/2007	Curso de Medicina	Universidade Federal de São João Del Rei - MG /Divinópolis - UFSJ	UFSJ	60	Federal
169	08/10/2007	Curso de Medicina	Faculdades Integradas Pitágoras - Montes Claros/MG - FIP-MOC	FIP-MOC	100	Privada
170	12/10/2007	Curso de Medicina	Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM	UNIPAM	60	Privada
171	24/10/2007	Curso de Medicina	Universidade de Itaúna - UIt	UIt	100	Privada
172	01/02/2008	Curso de Medicina	Centro Universitário de Anápolis - GO - UniEVANGÉLICA	UniEVANGELICA	100	Privada
173	07/02/2008	Curso de Medicina	Faculdade Assis Gurgacz - Cascavel/PR - FAG	FAG	120	Privada
174	21/05/2008	Curso de Medicina	Universidade Federal do Rio de Janeiro/Macaé - UFRJ	UFRJ/Macaé	60	Federal
175	23/12/2008	Curso de Medicina	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- Jequié - UESB	UESB	27	Estadual
176	01/11/2009	Curso de Medicina	Universidade Tiradentes - SE - UNIT	UNIT	100	Privada
177	13/01/2010	Curso de Medicina	Fundação Universidade Federal de Viçosa - MG - UFV	UFV	50	Pública
178	13/01/2010	Curso de Medicina	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	UNIFAP	60	Federal

2003-2010 Governo Lula . Fonte: Inep/MEC. Formato publicado no Portal www.escolasmedicas.com.br

Fase 7 – O governo Dilma Rousseff (2011 até o presente) destaca-se pelo patrocínio da maior expansão de cursos de Graduação em Medicina no Brasil. Em cinco anos, **79 (setenta e nove) cursos foram criados** e estão em funcionamento, 61 deles em cidades ou em campi universitários no interior. Foram autorizados 33 cursos no segmento público *(3 municipais, 6 estaduais e 24 federais – neste último caso, criação de mais um curso em campi de universidades que já possuíam curso de medicina)* e 46 no setor privado. Eles ofertam atualmente cerca de 5.500 vagas de 1º ano.

A esses cursos somar-se-ão mais 68 (sessenta e oito) novos cursos **privados** espalhados pelo interior do País – 36 já autorizados e que abrirão 2.290 vagas, e mais 22 9vinte e dois) outros em fase de chamamento por edital -, resultantes dos primeiros desdobramentos do Programa Mais médicos (Lei nº2871/2013). A previsão é que os mencionados 36 novos cursos estejam funcionando até o final de 2016.

Tabela 14: Cursos de medicina por natureza e dependência administrativa da instituição mantenedora, segundo a data de criação e a unidade da federação — Brasil, 2011 a 2015

Nº	Data de Criação	Nome do Curso	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1°Ano	Administração
179	04/04/2011	Curso de Medicina	Universidade de Rio Verde - UniRV - Rio Verde/GO	UniRV	40 vagas	Municipal
180	22/08/2011	Curso de Medicina	Faculdade Ingá -Maringá/PR - INGÁ	INGÁ	100	Privada
181	24/08/2011	Curso de Medicina	Universidade de Pernambuco/Garanhuns - UPE	UPE-Garanhuns	40	Estadual
182	14/11/2011	Curso de Medicina	Universidade do Estado da Bahia - Cabula/Salvador - UNEB	UNEB - Cabula	60	Estadual
183	17/11/2011	Curso de Medicina	Centro Universitário de Maringá - CESUMAR	CESUMAR	136	Privada
184	17/11/2011	Curso de Medicina	Faculdade Santa Marcelina - FASM	FASM	100	Privada
185	17/11/2011	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata - FCSB	FCSB	120	Privada
186	17/11/2011	Curso de Medicina	Universidade de Franca - UNIFRAN	UNIFRAN	100	Privada
187	24/11/2011	Curso de Medicina	Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE - Francisco	UNIOESTE - Francisco Beltrão	40	Estadual

			Beltrão			
188	01/02/2012	Curso de Medicina	Universidade Federal de Sergipe - UFS/Campus Lagarto	UFS/Campus de Lagarto	60	Federal
189	02/03/2012	Curso de Medicina	Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT	UNEMAT	60	Estadual
190	05/06/2012	Curso de Medicina	Faculdade Ceres - S.José do Rio Preto - SP - FACERES	FACERES	120	Privada
191	05/06/2012	Curso de Medicina	União das Faculdades dos Grandes Lagos - S. José do Rio Preto - SP - UNILAGO	UNILAGO	100	Privada
192	05/06/2012	Curso de Medicina	Universidade Salvador/BA - UNIFACS	UNIFACS	150	Privada
193	05/06/2012	Curso de Medicina	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Betim/MG - PUCMINAS	PUC MINAS	120	Privada
194	05/06/2012	Curso de Medicina	Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Londrina - PUC PR	PUC PR	60	Privada
195	05/06/2012	Curso de Medicina	Faculdade de Minas BH - FAMINAS - MG	FAMINAS	120	Privada
196	05/06/2012	Curso de Medicina	Centro Universitário Mauricio de Nassau - UNINASSAU - PE	UNINASSAU	120	Privada
197	05/06/2012	Curso de Medicina	Centro Universitário de Votuporanga - SP - UNIFEV	UNIFEV	60	Privada
198	06/06/2012	Curso de medicina	Universidade de Pernambuco - UPE/Serra Talhada (PE)	UPE - Serra Talhada	20	Estadual
199	07/06/2012	Curso de Medicina	Faculdade Santa Maria - FSM - Cajazeiras/PB	FSM	60	Privada
200	00/00/2013	Curso de Medicina	Universidade do Estado do Pará - UEPA / Marabá	UEPA/Marabá	40	Estadual
201	20/03/2013	Curso de Medicina	Faculdade São Leopoldo Mandic - São Paulo / SLMANDIC	SLMANDIC	120	Privada

202	20/03/2013	Curso de Medicina	Centro Universitário de Brasília - UNICEUB	UNICEUB	100	Privada
203	21/03/2013	Curso de Medicina	Centro Universitário de Várzea Grande - MT - UNIVAG	UNIVAG	120	Privada
204	23/07/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo -RS - UFFS	UFFS	62	Federal
205	27/11/2013	Curso de Medicina	Centro Universitário Univates - UNIVATES - Lajeado -RS	UNIVATES	50	Privada
206	27/11/2013	Curso de Medicina	Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ - PA	FAMAZ	100	Privada
207	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Diamantina (MG) UFVJM	UFVJM	60	Federal
208	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) - São João Del-Rei (MG)	UFSJ	40	Federal
209	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal de Alfenas(UNIFAL) Alfenas (MG)	UNIFAL	160	Federal
210	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal do Maranhão-UFMA-Imperatriz (MA)	UFMA-Imperatriz	80	Federal
211	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal do Maranhão - UFMA-Pinheiro (MA)	UFMA/Pinheiro	80	Federal
212	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal do Mato Grosso-UFMT- Rondonópolis (MT)	UFMT-Rondonópolis	40	Federal
213	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal do Mato Grosso- UFMT-Sinop (MT)	UFMT-Sinop)	60	Federal
214	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - Santo Antônio de Jesus - (BA) - UFRB	UFRB	60	Federal
215	12/12/2013	Curso de Medicina	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Caruaru (PE)	UFPE (Caruaru)	80	Federal
216	18/12/2013	Curso de	Universidade Municipal de São	USCS	120	Municipal

		Medicina	Caetano do Sul- USCS - SP			
217	29/01/2014	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências Agrária e da Saude - Lauro de Freitas/BA - FAS	FAS	100	Privada
218	29/01/2014	Curso de Medicina	Instituto Superior de Teologia Aplicada - AIAMIS - Sobral/CE	INTA	100	Privada
219	01/02/2014	Curso de Medicina	Centro Universitário de Franca - FRANCA - SP - Uni-FACEF	UNI-FACEF	60	Privada
220	13/03/2014	Curso de Medicina	Faculdades Pequeno Principe - FPP - Curitiba/PR	FPP	100	Privada
221	13/03/2014	Curso de Medicina	Centro Universitário Cesmac - Maceió/AL - CESMAC	CESMAC	100	Privada
222	27/03/2014	Curso de Medicina	Universidade Estácio de Sá - Campus João Uchoa - RJ - UNESA	ESTÁCIO -JOÀO UCHOA.	68	Privada
223	15/04/2014	Curso de Medicina	Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu/MG - FACIG	FACIG	30	Privada
224	15/04/2014	Curso de Medicina	Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP	UNICAP	100	Privada
225	10/05/2014	Curso de Medicina	Centro Universitário das Faculdade Associadas de Ensino - FAE - S.João da Boa Vista/SP- UNIFAE	FAE	60	Privada
226	10/05/2014	Curso de Medicina	Universidade de Rio Verde - UniRV - Aparecida de Goiania - GO	UniRV	60	Privada
227	12/05/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal de Goiás - Jataí/Go	UFG-Jataí	60	Federal
228	12/05/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal dos Vales doo Jequitinhonha e Mucuri - Teófilo Otoni/MG - UFVJM	UFVJM -Teófilo Otoni	60	Federal
229	12/05/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS-Três Lagoas/MS	UFMS- Três lagoas	60	Federal
230	12/05/2014	Curso de Medicina	Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco - Paulo	UFVSF	40	Federal

			Afonso/BA			
231	12/05/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal do Piauí - UFP/Parnaiba	UFP - Parnaíba	80	Federal
232	12/05/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN-Caicó/RN	UFRN - Caicó	40	Federal
233	12/05/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal do Sul da Bahia - Teixeira de Freitas/BA - UFSBA	UFSBA - Teixeira de Freitas	80	Federal
234	12/05/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal do Oeste da Bahia -Barreiras/BA - UFOB/Barreiras	UFOB - Barreiras	40	Federal
235	13/05/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal da Integração Latino-Americana,- Foz do Iguaçu /PR - UNILA	UNILA _ Foz do Iguaçu	60	Federal
236	10/06/2014	Curso de Medicina	Faculdade Ubaense Ozanam Coelho - FAGOC - UBÁ/MG	FAGOC	60	Privada
237	10/06/2014	Curso de Medicina	Faculdades Integradas de Patos- FIP - Patos/PB	FIP	60	Privada
238	09/07/2014	Curso de Medicina	Faculdade de Minas - FAMINAS/Muriaé - MG	FAMINAS Muriaé	60	Privada
239	22/07/2014	Curso de Medicina	Faculdade Meridional - Passo Fundo/RS - IMED	IMED	42	Privada
240	22/07/2014	Curso de Medicina	Centro Universitário Uniseb - Ribeirão Preto/SP - UNISEB	UNISEB	76	Privada
241	22/07/2014	Curso de Medicina	Centro Universitário de João Pessoa - PB - UNIPE	UNIPÊ	100	Privada
242	22/07/2014	Curso de Medicina	Faculdade das Américas - São Paulo/SP - FAM	FAM	100	Privada
243	22/07/2014	Curso de Medicina	Centro Universitário Franciscano - Santa Maria/RS - UNIFRA	UNIFRA	80	Privada
244	22/07/2014	Curso de Medicina	Centro Universitário Tiradentes - Maceió/AL -- FITS	FITS	100	Privada

245	25/08/2014	Curso de Medicina	Faculdade Barão do Rio Branco - Rio Branco/AC - FAB	FAB	81	Privada
246	17/11/2014	Curso de Medicina	Universidade Federal de Lavras - MG - UFLA	UFLA	60	Pública
247	11/12/2014	Curso de Medicina	Faculdade de Saúde Santo Agostinho de Vitoria da Conquista - BA - FASA	FASA	100	Privada
248	03/03/2015	Curso de Medicina	Faculdades Adamantinenses Integradas - Adamantina/SP - FAI	FAI	100	Municipal
249	15/04/2015	Curso de Medicina	Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga- Ponte Nova/MG - FADIP	FADIP	61	Privada
250	18/05/2015	Curso de Medicina	Universidade Federal da Fronteira Sul - Chapecó - SC UFFS	UFFS - Chapecó	40	Federal
251	18/05/2015	Curso de Medicina	Universidade Federal de Tocantins - Araguaina/TO - UFT	UFT/Araguaína	56	Federal
252	18/05/2015	Curso de Medicina	Universidade Federal de Alagoas - Arapiraca/AL	UFA-Arapiraca	80	Federal
253	26/06/2015	Curso de Medicina	Faculdade Mineirense - Mineiros/GO	FAMA	200	Privada
254	02/07/2015	Curso de Medicina	Faculdade Redentor - FacRedentor - Itaperuna/RJ	FacRedentor	80	Privada
255	02/07/2015	Curso de Medicina	Instituto de ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves - S.João del Rei /MG - IPTAN	IPTAN	38	Privada
256	02/07/2015	Curso de Medicina	Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einsten - São Paulo/SP - FICSAE	FICSAE	100	Privada
257	15/07/2015	Curso de Medicina	Universidade de Rio Verde - UniRV/GO - Curso de medicina - Campus Goianésia	UniRV/Goianésia	60	Privada

2011-2015 – governo Dilma Rousseff. Fonte: Inep/MEC. Formato publicado no Portal www.escolasmedicas.com.br

As Tabelas a seguir resumem os principais dados já listados, com organização sequencial baseada nas datas de criação dos cursos. Nos 13 (treze) anos dos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, criou-se praticamente a mesma quantidade de cursos médicos instituídos nos quase 200 (duzentos) anos precedentes.

Tabela 15. Cursos médicos no Brasil (1808-2015)

Fases históricas	Período	Cursos médicos criados	Localização
Fase 1 - 1808-1948	140 anos	13 (públicos)	Em capitais
Fase 2 - 1949-1963	14 anos	24 (6 privados)	10 no interior
Fase 3 - 1964-1984	20 anos	40 (24 privados)	28 no interior
Fase 4 - 1985-1994	8 anos	5 (3 privados)	4 no interior
Fase 5 - 1995-2002	8 anos	44 (27 privados - 61%)	29 no interior
Fase 6 - 2003-2010	8 anos	52 (40 privados - 77%)	30 no interior
Fase 7 - 2011-2015	5 anos	79 (+ 36 + 22) (46 +36+22) = 104 privados	61 (+58) no interior
Total	**207 anos**	**257 cursos médicos**	**162 (+58) no interior**

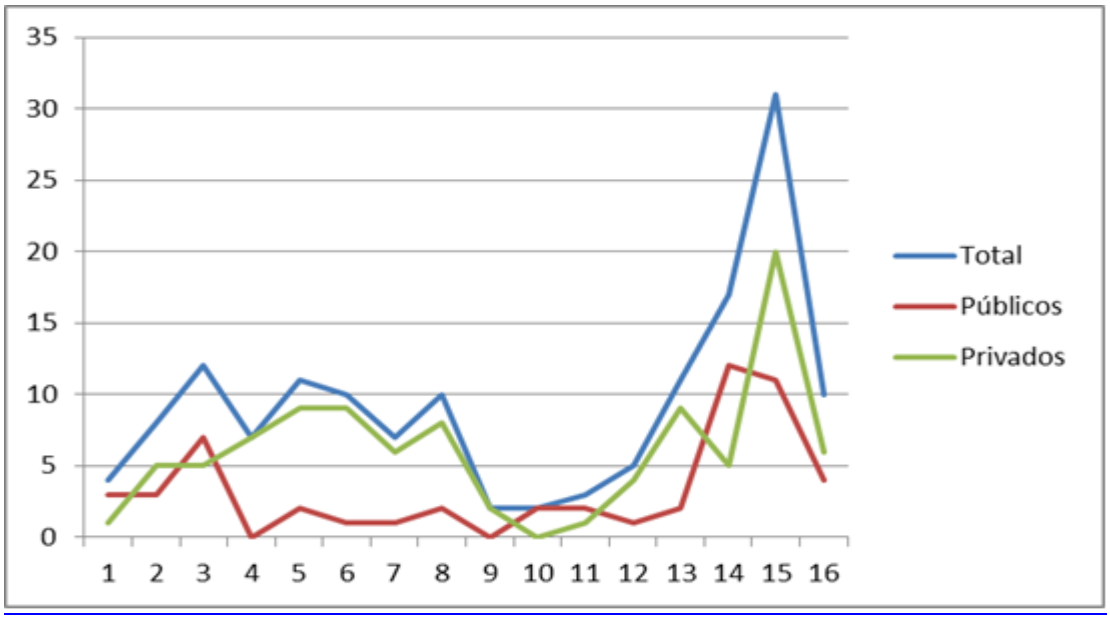
Tabela 16. Novos cursos de medicina – Brasil (2000-2015)

ANO	Públicos	**Federais**	**Estaduais**	**Municipais**	Privados	Total
2000	**3**	2	1	0	**1**	**4**
2001	**3**	0	3	0	**5**	**8**
2002	**7**	2	4	1	**5**	**12**
2003	**0**	0	0	0	**7**	**7**
2004	**2**	1	1	0	**9**	**11**
2005	**1**	0	0	1	**9**	**10**
2006	**1**	1	0	0	**6**	**7**
2007	**2**	2	0	0	**8**	**10**
2008	**0**	0	0	0	**2**	**2**
2009	**2**	1	1	0	**0**	**2**
2010	**2**	2	0	0	**1**	**3**
2011	**1**	0	1	0	**4**	**5**
2012	**2**	0	1	1	**9**	**11**
2013	**12**	10	1	1	**5**	**17**
2014	**11**	10	0	1	**20**	**31**
2015	**4**	3	0	1	**6**	**10**
Total	**53**	**34**	**13**	6	**97**	**150**
%	**35,33%**	22,66%	8,66%	4%	**64.66%**	**100%**

Fonte: Portal www.escolasmedicas.com.br com ajustes.

Cabe também neste relatório a informação de que os Censos da educação superior são regidos pelo Decreto nº 6.425/2008, realizam-se em regime de colaboração entre a União, os Estados e o Distrito Federal, são obrigatórios, anuais e declaratórios. Os dados são coletados a partir do preenchimento dos questionários pelas Instituições de Ensino Superior (IES) e por importação de dados do Sistema e-MEC. Durante o período de preenchimento, os pesquisadores institucionais (PIs) podem fazer alterações ou inclusões nos dados das respectivas instituições. Após esse período, o Inep verifica a consistência dos dados coletados e o sistema do Censo é reaberto para conferência e validação final pelas IES. O último Censo da Educação Superior publicado pelo INEP refere-se ao ano de 2013.

Gráfico 4 – Novos cursos de medicina. Brasil, 2000-2015

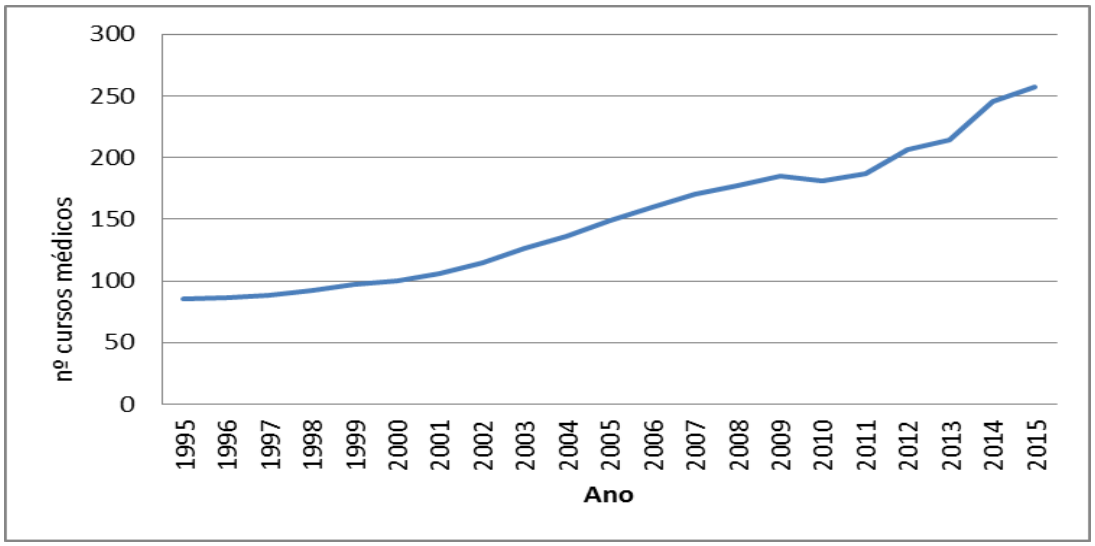


Fonte dos dados: Portal www.escolasmedicas.com.br

Tabela 18. Evolução da formação em Medicina – graduação: número de cursos, matrículas, concluintes, vagas, inscrições, ingressantes em cursos de medicina (Brasil, 1995-2015)

	nº de cursos	cresc. %	**Matrículas**	cresc. %	**nº concluintes**	cresc. %	**vagas ofertadas**	**inscrições**	**ingressantes**	cresc. %
1995	85	-	47.934	-	7.622	-	8.247	241.503	7.888	-
1996	86	1,2%	48.667	1,5%	7.194	-5,6%	7.946	250.944	7.845	-0,5%
1997	88	2,3%	48.601	-0,1%	7.347	2,1%	9.001	261.620	8.764	11,7%
1998	92	4,5%	50.879	4,7%	7.705	4,9%	9.051	262.344	9.462	8,0%
1999	97	5,4%	52.304	2,8%	7.616	-1,2%	9.281	285.848	9.314	-1,6%
2000	100	3,1%	55.486	6,1%	7.758	1,9%	9.906	323.397	9.820	5,4%
2001	106	6,0%	57.930	4,4%	8.004	3,2%	11.832	282.065	10.313	5,0%
2002	115	8,5%	59.755	3,2%	8.494	6,1%	11.243	326.482	10.830	5,0%
2003	126	9,6%	60.912	1,9%	9.113	7,3%	12.281	321.532	11.898	9,9%
2004	136	7,9%	64.965	6,7%	9.339	2,5%	14.102	334.431	12.894	8,4%
2005	149	9,6%	68.834	6,0%	10.004	7,1%	14.661	313.683	14.283	10,8%
2006	160	7,4%	74.034	7,6%	10.381	3,8%	15.278	303.076	15.424	8,0%
2007	170	6,3%	79.246	7,0%	10.133	-2,4%	16.241	364.108	16.267	5,5%
2008	177	4,1%	85.567	8,0%	10.825	6,8%	17.504	379.590	17.298	6,3%
2009	185	4,5%	97.994	14,5%	11.881	9,8%	16.876	390.774	17.339	0,2%
2010	181	-2,2%	103.312	5,4%	12.982	9,3%	16.468	542.007	17.563	1,3%
2011	187	3,3%	108.033	4,6%	14.634	12,7%	16.752	692.229	18.154	3,4%
2012	206	10,2%	111.530	3,2%	16.354	11,8%	17.931	850.674	19.228	5,9%
2013	214	3,9%	111.934	0,4%	16.495	0,9%	19.145	969.250	21.182	10,2%
2014	245	14,5%	-	-	-	-	-	-	-	-
2015	257	4,9%	-	-	-	-	22.344	-	-	-

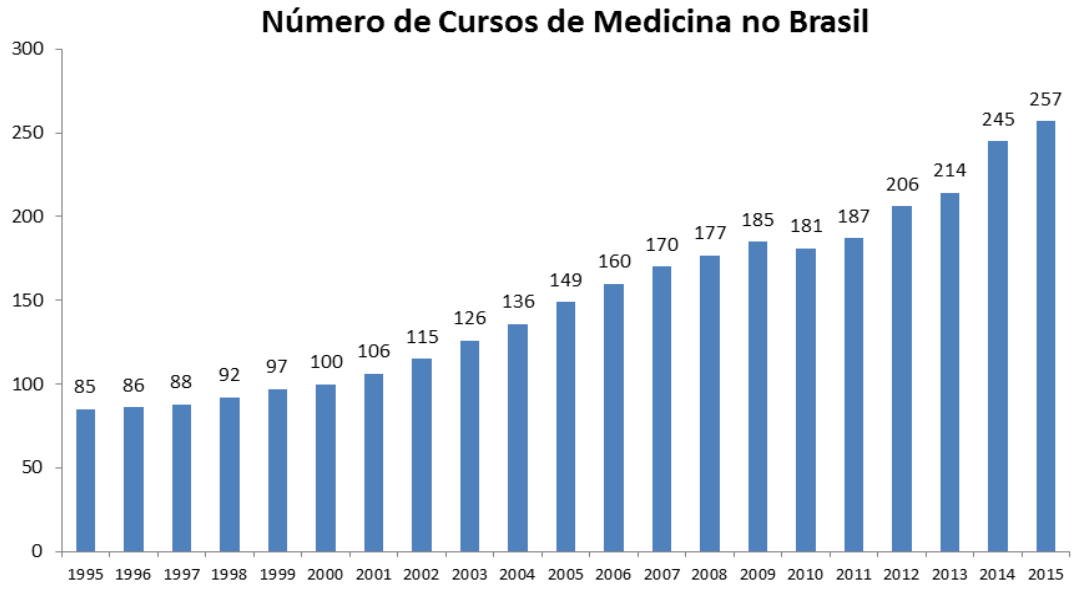
Gráfico 5 - Nº de cursos de medicina no Brasil, 1995-2015



Fontes: Fontes : Sinopses da Educação Superior - INEP/MEC 1995-2013 (elaboração da autora) e

Portal www.escolasmedicas.com.br

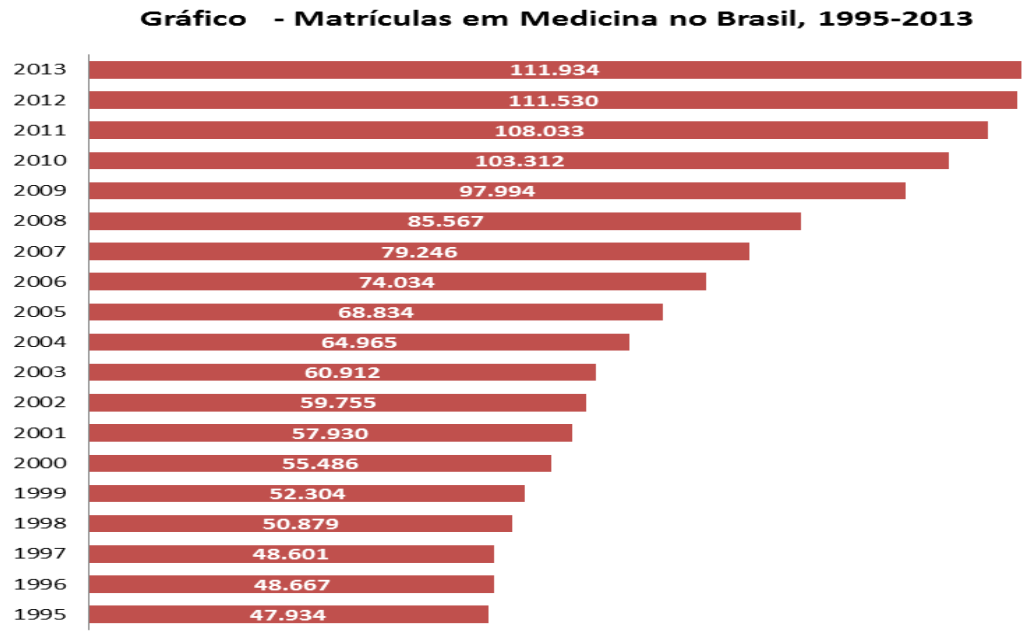
Gráfico 6 - Nº de cursos de medicina no Brasil, 1995-2015



Fontes: Fontes : Sinopses da Educação Superior - INEP/MEC 1995-2013 (elaboração da autora) e

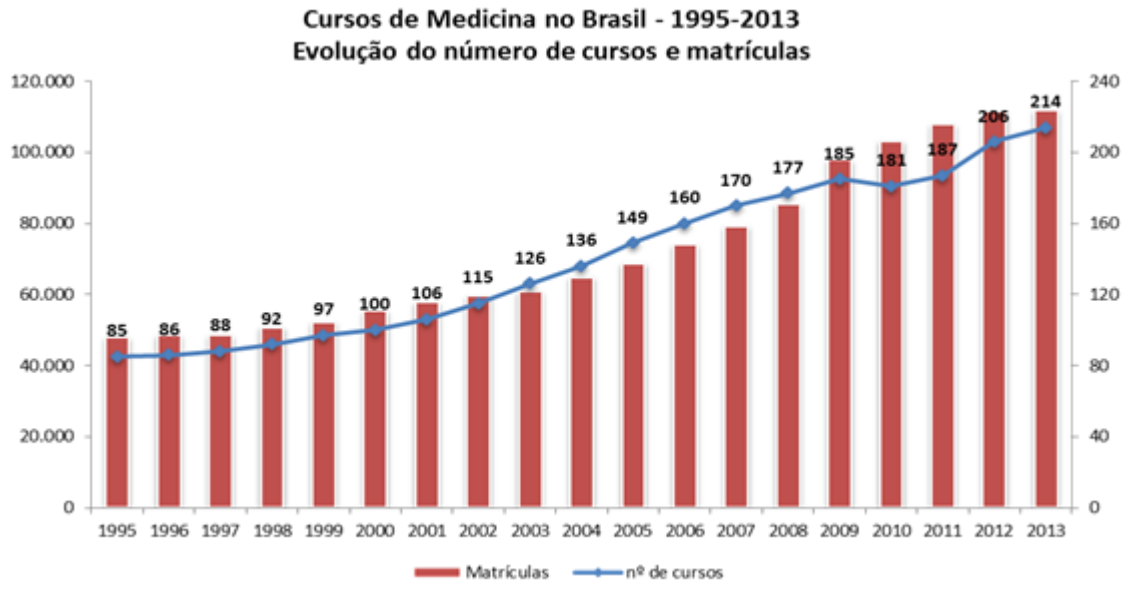
Portal www.escolasmedicas.com.br

Gráfico 7 - Evolução do nº de matrículas em cursos de graduação em medicina – Brasil, 1995-2013



Fonte: Sinopses da Educação Superior 1995-2013 – INEP/MEC

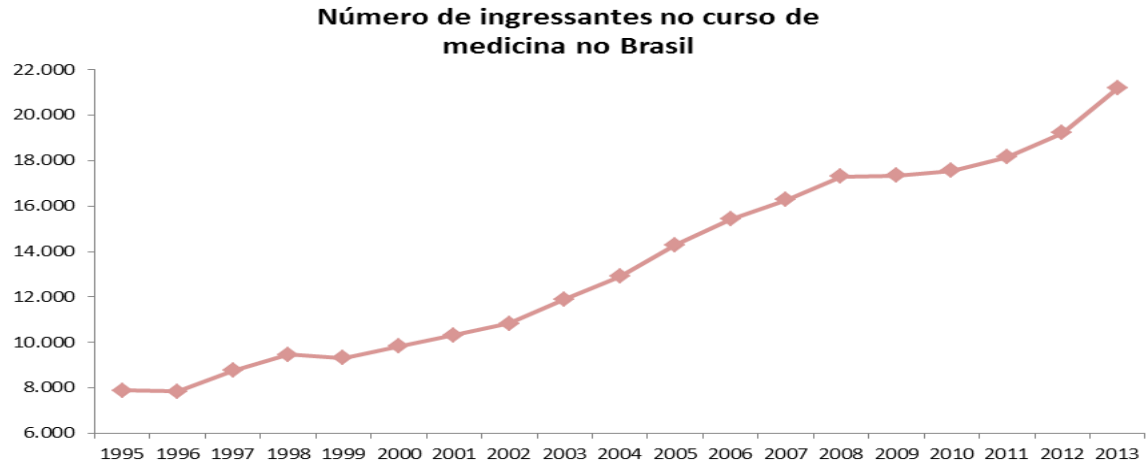
Gráfico 8 – Evolução do nº de cursos e de matrículas de medicina – Brasil, 1995-2013



A se considerarem os dados da Tabela 18 e dos gráficos aqui mostrados, e as informações sobre as políticas públicas em favor do crescimento do número de médicos no país, pode-se estimar que já em 2015, as matrículas globais em medicina estejam perto de ultrapassar os 120 mil registros anuais, contingente de alunos de graduação bastante considerável.

A curva referente à evolução do nº de ingressantes nos cursos médicos é apresentada no Gráfico 9.

Gráfico 9 – Evolução do nº de ingressantes (por processos seletivos e por outros meios) nos cursos médicos – Brasil, 1995-2013

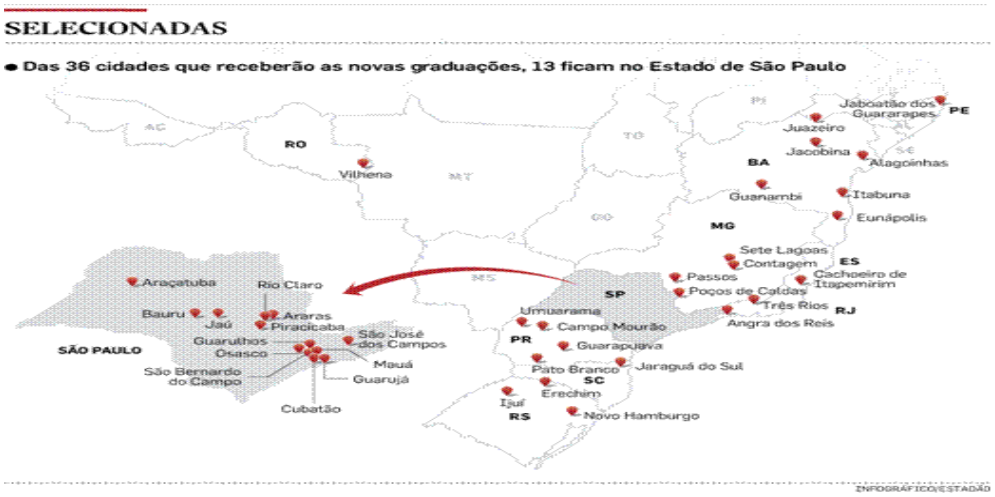


Fonte: Sinopses da Educação Superior 1995-2013 – INEP/MEC

Na tendência geral de crescimento que também caracteriza a curva do número de ingressantes em cursos de graduação em medicina, representada no Gráfico acima, o descenso e estabilização de 2008/2010 corresponde ao período em que o governo federal – gestão Haddad à frente do MEC - tomou medidas frente às reiteradas más avaliações no Sinaes, auferidas por quase duas dezenas de instituições que oferecem cursos de Graduação em Medicina – federais, inclusive – fechando cursos, reduzindo vagas e suspendendo novos ingressos até que os cursos tomassem as medidas de melhoria indicadas por autoridades acadêmicas e reiteradas por Comissão de Supervisão.

O reitor da Universidade Federal do Ceará, Professor Henry Campos, coordenador do processo de avaliação das propostas pedagógicas constantes dos projetos de instalação de novos cursos médicos, apresentados pelas respectivas mantenedoras privadas, informou à imprensa que, em resposta ao primeiro Edital sob as novas regras de habilitação de novos cursos médicos, foram apresentadas 216

propostas, das quais 115 foram habilitadas, 64 classificadas e 36 aprovadas, abrangendo uma oferta de 2.290 vagas. Com essa decisão, três municípios habilitados inicialmente não chegaram a ter curso médico novo aprovado para instalação: São Leopoldo (RS), Tucurí (PA) e Limeira (SP). De acordo com o MEC, não foram perdidas as 170 vagas pleiteadas, pois outras instituições mantenedoras poderão apresentar propostas alternativas.



5. Síntese da evolução do ensino médico no Brasil – etapas, duração, organização curricular e qualidade do ensino

O ensino médico no Brasil inicia-se em 1808, com a chegada ao país de D. João VI, que autoriza o doutor José Correia Picanço a criar o Curso Cirúrgico Médico no antigo Hospital Militar da Bahia. No mesmo ano é também criada a Escola de Anatomia e Cirurgia na cidade do Rio de Janeiro. Em 1832, essas instituições são transformadas em faculdades de Medicina, adotando normas e programas da Escola Médica de Paris. Criadas que foram sob a inspiração da escola médica francesa, essa influência perdurou até o final da Segunda Grande Guerra, quando passou a prevalecer o modelo norte-americano.

Sob esse aspecto, o ensino médico teve as seguintes etapas:

1. **Viés científico da tradição européia:** etapa "científica", iniciada no fim do séc. XIX, quando os progressos da ciência e da tecnologia condicionam novos rumos para a Medicina, com grande desenvolvimento das especialidades médicas.

2. **Princípios pedagógicos no ensino médico (influência norte-americana):** utilização de princípios pedagógicos no ensino médico, inspirada no grande desenvolvimento desa tendência havido nos Estados Unidos na década de 1950 e que, graças às Associações de Escolas Médicas, difundiu-se para o continente americano.

3. **A ênfase na medicina social:** etapa vinculada às transformações socioeconômicas do pós-guerra, implicando tomada da consciência do valor da saúde das populações. Ganha corpo a ideia de que as escolas formem médicos comprometidos com os fatores sociais intervenientes na saúde da comunidade e não apenas ofereçam treinamento tradicional para o atendimento individual. Estas características foram adotadas integral ou parcialmente pelas instituições latino-americanas, com especificidades históricas.[2]

Com o **advento das Diretrizes Curriculares Nacionais,** flexibiliza-se a organização curricular dos cursos de graduação, em substituição aos currículos fixos até então dominantes. Na área médica **(DCNs-Med, 2001)**, promove-se a articulação das instituições de formação médica com o Sistema Único de Saúde (SUS), sacramentando a composição curricular com o binômio ensino-serviço (atividade docente-assistencial). A visão do ensino médico com ênfase no diagnóstico/tratamento de patologias, focados somente no indivíduo perde terreno, enqunto a visão da determinação sociohistórica das doenças e a tendência da medicina comunitária e social

2 MARANHÃO, Éfrem A. et al. Medicina. In: HADDAD, Ana Estela et al. (orgs.). *A trajetória dos cursos de graduação na saúde – 1991-2004*. Brasília, MEC/MS, 2006.

pasa a ser introduzida, ao lado do ensino das especialidades, e a formação começa a ter incorporada etapa da Residência Médica, posterior à graduação.

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, chega para dar ênfase à formação na área médica para o Sistema Único de saúde.

No que concerne à **duração e as ênfases curriculares**, os cursos de Medicina, no Brasil, tinham, inicialmente, a duração de 4 (quatro) anos, com foco no ensino da Anatomia e da Cirurgia. Em 1813, a duração desses cursos foi ampliada para 5 anos. Em 1832, as escolas médicas, denominadas 'Faculdades de Medicina', ampliaram o tempo de estudo para 6 anos e passaram a enfatizar a formação em Ciências "Acessórias" - o equivalente às Ciências Básicas - além das Ciências Médicas e Cirúrgicas.

A **qualidade dos cursos de Medicina** sempre constituiu foco da atenção de gestores e educadores. Tem sido objeto de inúmeros Decretos, Normas e Resoluções das autoridades educacionais. A exemplo da **Resolução do Conselho Federal de Educação (CFE) n˚ 8/1969**, que já naquela época fixou conteúdos mínimos e duração de 6 anos letivos para o curso médico (com mínimo de 5 e máximo de 9 anos). Definiu-se que a graduação em Medicina abrangeria o estudo das bases doutrinárias e realização de exercícios práticos pertinentes às matérias do currículo mínimo, distribuídas nos ciclos básico e profissional, com um mínimo de 4.500 horas. Estabeleceu para os alunos o estágio obrigatório em hospitais e centros de saúde, em regime de **internato**, com duração mínima de dois semestres. Esta resolução foi alterada pelas Resoluções CNE nº 5/1984 e CNE nº 1/1989, revogadas pela Resolução CNE/CES nº 4/2001, que por sua vez vigorou durante 14 anos, e foi revogada pela recente Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014.

Por outro lado, o país desenvolveu, nos últimos 20 anos um considerável arcabouço de instrumentos de **avaliação da qualidade** da oferta de cursos médicos e, periodicamente, são realizadas avaliações oficiais de larga escala sob a coordenação do MEC, de seus órgãos vinculados ou das universidades federais. Na área da graduação em Medicina destacamos os principais instrumentos de avaliação da qualidade dos cursos entre os quais:

- o **Exame Nacional de Cursos (o Provão**), exame aplicado aos formandos, de 1996 a 2003, para avaliar os cursos de graduação, quanto aos resultados do processo de ensino-aprendizagem. Última edição de 2003, contou com a participação de mais de 470 mil formandos de 6,5 mil cursos de 26 áreas, inclusive medicina);

- o **Sinaes (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior**), que analisa as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes, com particular relevância para o **Enade**. Considera aspectos como ensino, pesquisa, extensão, infraestrutura, responsabilidade social, gestão da instituição e corpo docente. Já houve 4 avaliações dos cursos de medicina;

- o **Exame do Cremesp** (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), realizado anualmente, consiste em teste cognitivo, abrangendo as áreas essenciais da Medicina, com ênfase nos conteúdos básicos imprescindíveis ao bom exercício profissional. Obrigatório em São Paulo, mas sem efeitos na concessão pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) do registro profissional;

- o Saeme - O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Abem (Associação Brasileira de Educação Médica) anunciaram, no final de junho de 2015, a criação do Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saeme). Do ponto de vista conceitual, "acreditação" (credenciamento) é o reconhecimento formal da qualidade de serviços oferecidos por uma instituição, baseado em avaliação padronizada por um organismo independente, comprovando que o curso atende a requisitos previamente definidos e que tem competência para realizar sua funções de modo eficaz e seguro. Segundo seus criadores, o modelo a se implantar foi consolidado após análises de modelos similares nacionais e internacionais e de um vasto escopo de referências técnicas e teóricas

- o **Revalida** - exame nacional anual, que, desde 2010, avalia médicos com diplomas obtidos no exterior, para fins de revalidação dos títulos, mediante provas teóricas e práticas. O Revalida 2014 teve a adesão de 41 Instituições Federais de Educação Superior(Ifes), a quem por lei cabe a revalidação dos diplomas obtidos no exterior.

6. Avaliações dos Cursos de Medicina no País

6.1 - Exame Nacional de Curso (ENC, "Provão")

Até 1996, ano de realização do primeiro Exame Nacional de Cursos (ENC, conhecido como "**Provão"**), não havia qualquer tipo de avaliação abrangente e nacional sobre a qualidade dos cursos de graduação oferecidos no País. Vigorava sobretudo a autoafirmação das direções das escolas e de seus quadros ilustres sobre a qualidade dos respectivos cursos que dirigiam, em que se formaram ou onde trabalhavam. As poucas avaliações focais e pontuais, enfatizavam a autoavaliação institucional, com adesão voluntária das unidades acadêmicas. Criado para verificar a qualidade da educação superior oferecida pela instituição como um todo e permitir, se necessário, a correção de rumos acadêmicos dos cursos, o "Provão" avaliava os cursos de graduação mediante aferição de competências e habilidades desenvolvidas pelos alunos ao longo do curso. Integrava sistema mais amplo de avaliação da educação superior, formado pela Avaliação das Condições de Ensino (ACE) e pela Avaliação Institucional (AI).

Oitenta e um cursos médicos participaram do primeiro "Provão" do MEC (1996). Da sua última edição, em 2003, participaram mais de 470 mil formandos de 6,5 mil cursos de 26 áreas, entre as quais Medicina**.** Foram avaliados, em 2003, 91

cursos médicos: 30,8% alcançaram o conceito A ou B, 19,8% auferiram os conceitos D ou E, posicionando-se os demais no conceito C (49,4%). As universidades públicas federais atingiram os melhores resultados, ao lado das estaduais paulistas (nos anos em que aderiram ao exame, não obrigatório para elas, submetidas que são à esfera estadual). Houve quatro avaliações de medicina por meio do “Provão”.

Tabela 19. Medicina no "Provão", por Região. Brasil, 1999-2002

TABELA 11 – RESULTADOS PERCENTUAIS DE CURSOS DE MEDICINA POR REGIÃO, SEGUNDO O CONCEITO OBTIDO NO EXAME NACIONAL DE CURSOS - BRASIL 1999 A 2002

		REGIÃO											
Ano	Conceito	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1999	A	0	0	01	08	07	16	01	06	01	25	10	12
	B	0	0	04	31	08	18	02	13	01	25	15	18
	C	01	25	05	38	04	32	11	69	02	50	33	41
	D	02	50	02	15	11	25	01	06	0	0	16	20
	E	01	25	01	08	04	09	01	06	0	0	07	09
	Total	**4**	**100**	**13**	**100**	**44**	**100**	**16**	**100**	**4**	**100**	**81**	**100**
2000	A	0	0	0	0	07	16	02	13	02	50	11	13
	B	0	0	01	08	11	25	04	25	0	0	16	20
	C	0	0	07	53	17	39	07	43	02	50	33	41
	D	02	50	04	31	07	16	02	13	0	0	15	19
	E	02	50	01	08	02	04	01	06	0	0	06	7
	Total	**4**	**100**	**13**	**100**	**44**	**100**	**16**	**100**	**4**	**100**	**81**	**100**
2001	A	0	0	0	0	07	16	04	24	0	0	11	13
	B	0	0	01	08	09	20	05	29	02	50	17	20
	C	01	25	07	53	21	46	06	35	02	50	35	42
	D	02	50	04	31	04	09	01	06	0	0	09	11
	E	01	25	01	08	04	09	01	06	0	0	11	13
	Total	**4**	**100**	**13**	**100**	**45**	**100**	**17**	**100**	**4**	**100**	**83**	**100**
2002	A	0	0	0	0	11	23	04	22	0	0	15	17
	B	0	0	0	0	05	10	07	39	0	0	12	14
	C	0	0	06	46	21	44	07	39	04	100	38	44
	D	0	0	02	15	08	17	0	0	0	0	10	11
	E	04	100	05	39	03	06	0	0	0	0	12	14
	Total	**04**	**100**	**13**	**100**	**48**	**100**	**18**	**100**	**04**	**100**	**87**	**100**

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

Tabela 20. Medicina no "Provão", por categoria administrativa e conceito, 1999-2002

TABELA 12 – RESULTADOS PERCENTUAIS DE CURSOS DE MEDICINA POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA, SEGUNDO O CONCEITO OBTIDO NO EXAME NACIOMAL DE CURSOS - BRASIL 1999 A 2002

		CATEGORIA ADMINISTRATIVA											
Ano	Conceito	Federal		Estadual		Municipal		Total Pública		Privada		Total Brasil	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1999	A	05	15	05	38	0	0	10	20	0	0	10	12
	B	09	27	03	23	01	33	13	27	02	06	15	18
	C	15	46	02	15	01	33	18	37	15	47	33	41
	D	03	09	02	15	01	33	06	12	10	31	16	20
	E	01	03	01	08	0	0	02	04	05	16	07	09
	Total	**33**	**100**	**13**	**100**	**3**	**100**	**49**	**100**	**32**	**100**	**81**	**100**
2000	A	05	15	05	36	0	0	10	19	01	04	11	14
	B	09	27	03	21	03	60	15	29	01	04	16	20
	C	11	33	04	29	01	20	16	31	17	58	33	41
	D	07	21	0	0	01	20	08	15	07	24	15	18
	E	01	03	02	14	0	0	03	06	03	10	06	07
	Total	**33**	**100**	**14**	**100**	**5**	**100**	**52**	**100**	**29**	**100**	**81**	**100**
2001	A	05	15	04	31	01	33	10	20	01	03	11	13
	B	07	21	03	23	0	0	10	20	07	21	17	20
	C	13	39	02	15	02	67	17	35	18	53	35	42
	D	03	09	01	08	0	0	04	08	05	14	09	11
	E	05	15	03	23	0	0	08	16	03	09	11	13
	Total	**33**	**100**	**13**	**100**	**03**	**100**	**49**	**100**	**34**	**100**	**83**	**100**
2002	A	06	18	06	43	01	33	13	26	01	03	14	16
	B	05	15	05	36	0	0	10	20	02	06	12	14
	C	14	42	0	0	01	33	15	30	23	62	38	44
	D	02	06	0	0	01	33	03	06	07	19	10	11
	E	06	18	03	21	0	0	09	18	03	08	12	14
	Total	**33**	**100**	**14**	**100**	**03**	**100**	**50**	**100**	**37**	**100**	**87**	**100**

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

Em todos os Exames Nacionais de Curso - ENCs as instituições públicas federais e estaduais eram inequivocamente melhores em relação às privadas, ainda que essas tenham melhorado com o tempo em número de instituições que subiram seus conceitos. Ainda assim, é constrangedor a existência de escolas federais e estaduais de medicina com conceitos D e E.

6.2 - Avaliação das Condições de Oferta

Tabela 21. Medicina na Avaliação das Condições de Oferta por conceitos. Brasil, 1999-2002

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DE CONCEITOS NA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE OFERTA POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / 1999 E 2000

ASPECTOS AVALIADOS	CMB	%	CB	%	CR	%	CI	%
Públicas	**30**	**86**	**56**	**57**	**45**	**56**	**07**	**28**
Corpo Docente	10	-	15	-	18	-	02	-
Org. Didático - Pedagógica	10	-	24	-	12	-	01	-
Instalações	10	-	17	-	15	-	04	-
Privadas	**05**	**24**	**42**	**43**	**35**	**44**	**18**	**72**
Corpo Docente	—	-	06	-	16	-	12	-
Org. Didático - Pedagógica	2	-	21	-	07	-	03	-
Instalações	3	-	15	-	12	-	03	-
TOTAL	**35**	**100**	**98**	**100**	**80**	**100**	**25**	**100**

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC
OBS: **CMB:** Condições Muito Boas • **CB:** Condições Boas • **CR:** Condições Regulares • **CI:** Condições Insuficientes

A experiência da chamada Avaliação das Condições de Oferta (de cursos de graduação) no período de 1999-2002 deve ser lembrada. Nela eram auferidas as variáveis 'corpo docente', instalações infraestruturais e organização didático-pedagógica das instituições ofertantes. A Tabela 21 expõe os resultados desta avaliação em 238 IES públicas e privadas. Mais uma vez, as instituições públicas se destacam como melhores.

6.3 - Sinaes

A partir de 2004, o MEC substituiu o Provão pelo **Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes)**. Criado pela Lei n° 10.861, de 14 de abril de 2004, o **Sinaes** abrange: avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes, levando em conta ensino, pesquisa, extensão, responsabilidade social, desempenho dos alunos, gestão, corpo docente, e instalações (infraestrutura), entre outros aspectos. Instrumentos complementares como a auto-avaliação, avaliação externa, o **Enade** e e instrumentos de informação (censo e cadastro) são também incorporados à avaliação.

O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) foi aplicado a cursos médicos em 2004, 2007, 2010 e 2013. Em 2004, 26 cursos obtiveram conceito 5; 52 conceito 4; 10 conceito 3; um conceito 1. Além dos 119 cursos, 30 não foram avaliados. Em 2005, escolas médicas foram visitadas pelas comissões do Inep/MEC, no âmbito do Sinaes, resultando 30 escolas com IDD[3] = 5; 9 com IDD = 4; 7 com IDD = 3; 11 com IDD = 2; 29 com IDD = 1; 63 sem conceito. As Tabelas 22a, 22b e 22c e seus Gráficos exibem distribuição das escolas médicas públicas e privadas conforme o CPC[4].

3

O IDD é a diferença entre o desempenho médio do concluinte de um curso e o desempenho médio **estimado** para os concluintes desse mesmo curso e representa o quanto cada curso se destaca da média, podendo ficar acima ou abaixo do esperado para ele, considerado o perfil de seus estudantes. Espera-se que cursos que atraem bons candidatos (média dos resultados dos ingressantes alta) formem bons profissionais (média dos resultados dos concluintes alta). O IDD maior que 3 significa que o curso avaliado supera o resultado médio que dele se esperava e o IDD menor que 3, que os resultados estão aquém do que se esperava daquele curso.

4

O Conceito Preliminar de Curso (CPC) é indicador de qualidade que avalia os cursos superiores. É calculado no ano seguinte ao da realização do Enade, com base na avaliação de desempenho dos estudantes, corpo docente, infraestrutura, recursos didático-pedagógicos e demais insumos. O CPC e o Conceito Enade são divulgados anualmente para os cursos com pelo menos dois concluintes e dois ingressantes registrados no Sistema Enade. Os cursos que não atendem a estes critérios não têm seu CPC calculado, ficando “Sem Conceito” (SC).

Tabela 22a. Sinaes: escolas médicas públicas e privadas cf. CPC obtido – Brasil, 2007

Dependência administrativa	Esfera	Faixa CPC						
		1	2	3	4	5	CPC não disponível[1]	Total geral
1. Pública	1.1 Federal	-	5	13	12	4	3	37
	1.2 Estadual	-	2	3	5	-	8	18
	1.3 Municipal	-	3	1	-	-	2	6
	Total	**0**	**10**	**17**	**17**	**4**	**13**	**61**
2. Privada	2.1 Com fins lucrativos[2]	-	-	-	-	-	-	-
	2.2 Sem fins lucrativos[2]	-	-	-	-	-	-	-
	Total	**1**	**17**	**29**	**4**	**0**	**39**	**90**
Total geral		1	27	46	21	4	52	151

Fonte: http://portal.inep.gov.br/educacao-superior/indicadores/cpc

TABELA 22b. Sinaes: escolas médicas públicas e privadas cf. CPC obtido – Brasil, 2010

Dependência administrativa	Esfera	Faixa CPC						
		1	2	3	4	5	CPC não disponível[1]	Total geral
1. Pública	1.1 Federal[3]	-	-	-	-	-	-	-
	1.2 Estadual[3]	-	-	-	-	-	-	-
	1.3 Municipal[3]	-	-	-	-	-	-	-
	Total	**0**	**6**	**32**	**29**	**0**	**10**	**77**
2. Privada	2.1 Com fins lucrativos[2]	-	-	-	-	-	-	-
	2.2 Sem fins lucrativos[2]	-	-	-	-	-	-	-

	Total	**1**	**16**	**51**	**6**	**0**	**26**	**100**
Total geral		1	22	83	35	0	36	177

Fonte: http://portal.inep.gov.br/educacao-superior/indicadores/cpc

TABELA 22c. Sinaes: escolas médicas públicas e privadas cf. CPC obtido – Brasil, 2013

Dependência administrativa	Esfera	Faixa CPC						
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**CPC não disponível[1]**	**Total geral**
1. Pública	1.1 Federal	-	5	22	13	-	7	47
	1.2 Estadual	-	2	5	7	-	11	25
	1.3 Municipal	-	2	2	1	-	1	6
	Total	**0**	**9**	**29**	**21**	**0**	**19**	**78**
2. Privada	2.1 Com fins lucrativos	-	5	19	4	-	12	40
	2.2 Sem fins lucrativos	-	14	44	9	-	10	77
	Total	**0**	**19**	**63**	**13**	**0**	**22**	**117**
Total geral		0	28	92	34	0	41	195

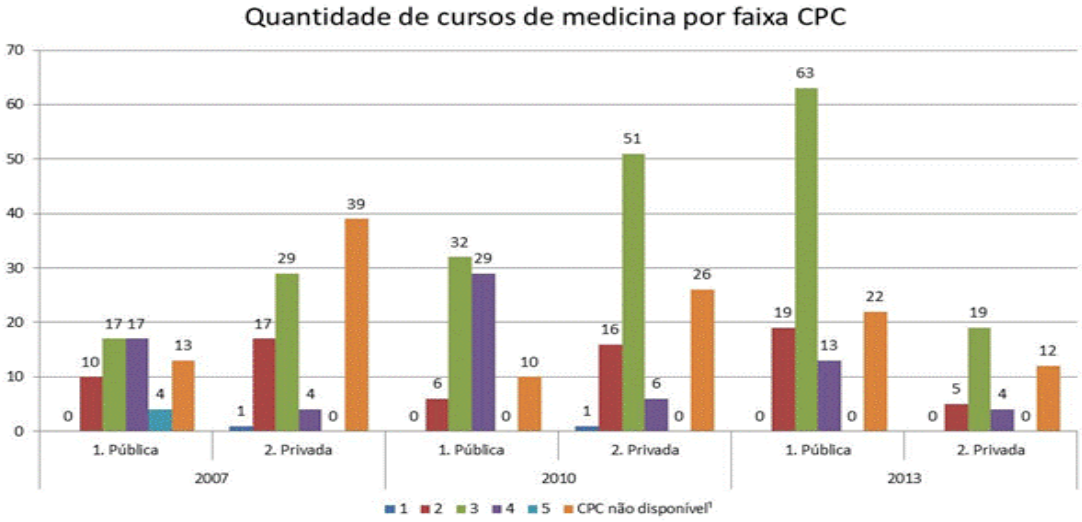
Fonte: http://portal.inep.gov.br/educacao-superior/indicadores/cpc

[1] O quantitativo apresentado na coluna "CPC não disponível" soma os registros das 'instituições sem conceito', bem como aqueles em que os cursos foram desativados ou não foram reconhecidos até 31/10/2014.

[2] A discriminação das escolas médicas privadas em termos de 'com' ou 'sem fins lucrativos' não aparece nos dados publicados pelo INEP para os anos de 2007 e 2010.

[3] A discriminação das escolas médicas públicas nas subcategorias federal, estadual e municipal não aparece para os dados de 2010.

Gráfico 10. Sinaes: escolas médicas públicas e privadas cf. CPC obtido 2007/2010/2013



A imprensa nacional, atenta aos resultados da última rodada das avaliações do Sinaes, cujos resultados foram divulgados pelo MEC em meados de dezembro de 2014, não teve meias palavras para qualificar a situação na área da formação médica:

> *"Vinte e sete faculdades de Medicina avaliadas pelo Ministério da Educação (MEC) em 2013 foram reprovadas, ou seja, tiveram nota menor do que 3 na escala de 1 a 5 do Conceito Preliminar de Curso (CPC). (..) O montante de cursos reprovados representa 17,5% do total de 154 graduações de Medicina avaliadas em todo o país. Entre as faculdades médicas com conceitos insatisfatórios de 2013 estão cinco de universidades federais: Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Outras três apareceram "sem conceito", entre elas o da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No Estado do Rio, foram reprovadas as graduações do Centro Universitário Serra dos Órgãos, em Teresópolis, e a Universidade do Grande Rio Professor José de*

Souza Herdy (Unigranrio) em Duque de Caxias. Nenhum curso de Medicina do País obteve nota máxima."[5]

Boa parte dos resultados das avaliações oficiais de amplo alcance na área médica há quase duas décadas têm deixado muito a desejar, considerando o curso de que se trata e o escopo da atuação dos profissionais médicos que tais escolas estão formando. Este fato é reiterado nos Exames anuais do Cremesp.

Tabela 23. Número de participantes, de reprovados e percentuais de reprovação do Exame de proficiência médica do Cremesp – Brasil, 2005 a 2014

Ano do Exame	Participantes	Reprovados	Reprovação (%)
2014	2.891	1.589	55
2013	2.843	1.684	59,2
2012	2.411	1.313	54.5
2011	418	191	46
2010	533	227	43
2009	621	345	56
2008	730	447	61
2007	833	466	56
2006	688	261	38
2005	998	313	32

Fonte: Cremesp.

6.4 - Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saeme)

Por meio de adesão, as escolas médicas do país poderão se submeter a um processo de avaliação que buscará identificar os cursos de graduação em Medicina (públicos e privados) que atendem às exigências mínimas para a formação dos futuros profissionais médios. No primeiro ano, o Saeme deverá atingir 20 instituições de ensino de diferentes regiões e com tipos distintos de estatutos jurídicos, tempo de existência e métodos de ensino. A primeira etapa do processo de avaliação terá início em outubro de 2015, e focalizará dez cursos públicos e dez privados. A seleção das escolas será proporcional à distribuição regional, sendo seis do Sudeste, quatro do Nordeste, quatro do Sul, três do Centro-Oeste e outras três do Norte. As primeiras visitas ocorrerão entre novembro e dezembro de 2015, com expectativa de divulgação dos resultados até

5 MEC reprova 17% das faculdades de Medicina do país avaliadas em 2013, *O Globo*, 18 dez. 2014.

o primeiro trimestre de 2016, após o que os processos de acreditação seguirão seu curso regular.

A iniciativa nasceu no âmbito da Comissão Independente de Avaliação de Escolas Médicas, coordenada pelo Primeiro vice-presidente do CFM, Dr. Mauro Luiz de Britto Ribeiro, e se baseia no trabalho desenvolvido pelo grupo de pesquisa coordenado pelos professores Patricia Tempski e Milton de Arruda Martins, da USP. A meta é que o sistema esteja plenamente implantado em três anos. Na prática, serão observados aspectos como contexto e política institucional, projeto pedagógico, programa educacional, corpo docente e discente e infraestrutura da instituição, mediante os seguintes passos:

- **Plataforma online:** O preenchimento do instrumento é realizado online, em plataforma eletrônica com a participação do corpo social da instituição de ensino.

- **Análise:** A análise é realizada primeiramente por três avaliadores e depois por uma Comissão de Avaliação, que garante a devolutiva ao final do processo.

- **Itens analisados:** O instrumento traz cinco dimensões: gestão educacional, programa educacional, corpo docente, corpo discente e infraestrutura. Estas dimensões se apresentam em indicadores aos quais se responde com os conceitos ‘suficiente’ ou ‘insuficiente’.

- **Manual para preenchimento:** O processo de avaliação é tão importante quanto o instrumento proposto, o que gerou um roteiro de aplicação, com orientações para a implementação do processo de autoavaliação, tanto para a visita externa quanto para a elaboração da devolutiva.

- **Visita:** Após a finalização das respostas na plataforma eletrônica, a Comissão de Avaliação examina o material e elege três avaliadores para visita de três dias à escola médica. Na visita, o grupo de avaliadores emite seu parecer que é validado pela Comissão de Avaliação, que elabora a devolutiva para a escola médica.

- **Resultado:** Ao final do processo, a Comissão de Avaliação faz uma devolutiva da visita local, e a instituição de ensino recebe a devolutiva com a decisão final do seu processo de acreditação.

Para a criação do Sistema, foram estudados seis processos internacionais de avaliação do ensino médico: *Liaison Committee on Medical Education* (LCME), utilizado no Canadá e nos Estados Unidos; *General Medical Council* (GMC), da Grã-Bretanha; *Australian Medical Council* (AMC); *ARCU-SUL*, acreditação de cursos universitários do Mercosul; *Neederlands-Vlaamse Accreditation Organization* (NVAO), em atividade na Holanda; e *Institution for Academic Degrees and University Evaluation* (NIAD), reconhecido no Japão. Foram comparados entre si e com o Sinaes, adotado pelo MEC como processo de mensuração dos diferentes aspectos relacionados à formação superior, cujas conclusões servem de subsídio para o ato de abertura, reconhecimento e

renovação de reconhecimento dos cursos médicos, e de credenciamento e recredenciamento das IES no Brasil.

6.5 - Revalida

O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras (Revalida) foi criado em 2009 e teve aplicação-piloto em 2010, com os principais resultados expostos nas Tabelas 23 e 24. Desde 2010, conta com número crescente de universidades federais para elaboração e realização, em parceria com o Inep/MEC, com a Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC), com o Ministério da Saúde (MS), com o Ministério de Relações Exteriores (MRE) e com Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais de Educação Superior (Andifes).

Trata-se de exame elaborado por reconhecidos especialistas em avaliação da educação médica, proporcionando agilidade, confiabilidade e eficácia nos processos de revalidação de diplomas médicos no país. As provas de conhecimento médico têm duas etapas: Prova Escrita (questões objetivas e discursivas), aferindo conhecimentos teóricos; Prova de Habilidades Clínicas, relativos à prática de atendimento médico.

Os participantes aprovados no Revalida podem solicitar às IES públicas brasileiras que aderiram ao Exame a revalidação do seu diploma obtido no exterior, desde que apresentem as documentações solicitadas na legislação brasileira, incluindo o certificado de aprovação no Celp-Bras (exame de proficiência em língua portuguesa). Tem crescido a cada ano o número de candidatos à revalidação, bem como o índice de aprovações. Entretanto, seus resultados ainda demonstram um grau bastante alto de discrepância entre o que se espera dos pretendentes à revalidação e o que eles têm para demonstrar em termos de aprendizado, habilidades, competências e atitudes.

Importa salientar, ainda, que este Exame vem servindo de importante baliza para a organização dos currículos médicos no país: cada Edital anual remete à Portaria Interministerial MEC/MS nº 278, de 17 de março de 2011, que regulamenta o Revalida, cuja base é a **Matriz de Correspondência Curricular,** republicada como anexo da referida Portaria Interministerial. Assim, não só os candidatos têm um excelente parâmetro consensual de currículo médico, elaborado e chancelado por dezenas das melhores universidades do país, como também os cursos novos contam com orientação segura do que fazer para organizar a oferta de graduação na área médica. A Tabela 24 expõe as estatísticas referentes ao Revalida, focalizando a **nacionalidade dos candidatos** que pleiteiam a revalidação de seus diplomas estrangeiros. A Tabela 25 põe em relevo a **origem da emissão** destes diplomas médicos do exterior.

Tabela 24

Nacionalidade do Candidato																
País	**Inscritos**				**Participantes**				**Aprovados**				**Percentual de Aprovação**			
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Brasil	393	560	938	1085	297	498	829	1020	31	42	50	301	10,44	8,43	6,03	29,51
Bolívia	119	156	467	508	101	136	438	471	4	10	22	123	3,96	7,35	5,02	26,11
Peru	46	39	110	117	39	30	106	113	3	5	6	47	7,69	16,67	5,66	41,59
Colômbia	22	30	69	119	22	27	58	112	6	3	8	65	27,27	11,11	13,79	58,04
Argentina	20	10	35	59	15	10	26	54	6	2	6	27	40	20	23,08	50
Paraguai	4	12	23	37	4	9	21	34		1	4	9	0	11,11	19,05	26,47
Cuba	16	16	18	35	14	13	18	32	3	4	1	12	21,43	30,77	5,56	37,5
Uruguai	8	5	15	14	3	5	13	11		1	1	9	0	20	7,69	81,82
Venezuela	7	11	12	41	7	11	12	31	3	3	2	8	42,86	27,27	16,67	25,81
Equador	3	4	12	17	3	4	9	13	3	1		7	100	25	0	53,85
Portugal		5	10	15		5	9	11		1	3	8		20	33,33	72,73
Diversos	39	36	64	110	31	34	56	97	6	4	6	36	19,35	11,76	10,71	37,11
Total	677	884	1773	2157	536	782	1595	1999	65	77	109	652	12,13	9,85	6,83	32,62

Observa-se que **o número de candidatos nacionais à revalidação** de seus diplomas estrangeiros **cresce a cada ano** de realização do Exame: se em 2011 candidataram-se 393 brasileiros, em 2014 esse número mais que dobrou, alcançando 1.085 inscrições. Entretanto, do total de candidatos, conseguiram aprovação apenas 301 dos habilitados a participar, perfazendo **apenas 30% de sucesso**. Significa que apenas menos de um terço dos candidatos médicos, diplomados fora do Brasil, conseguiram comprovar que têm os requisitos exigidos por seu próprio país para a prática médica.

As maiores taxas de aprovação em 2014 foram dos candidatos uruguaios (14 inscritos, 13 participantes, 12 aprovados, ou 82%), dos portugueses(15 inscrições, 11 participantes efetivos, 8 aprovados, taxa de aprovação de 73%), dos colombianos (119 inscrições, 112 participantes, 65 aprovados, 58% de aprovação) e dos equatorianos (17 inscritos, 13 participantes, 7 aprovados, 54%¨de sucesso). Dos 35 cubanos inscritos, 32 se habilitaram à participação e 12 conseguiram aprovação (taxa de 38%).

As inscrições, que em 2011 foram 677, saltaram para 2.157 em 2014, com taxa de crescimento de 219%. As candidaturas efetivamente habilitadas a fazer os exames, que eram 536 em 2011, alcançaram 1.999 registros em 2014, o que representa crescimento porcentual de 273%. Quanto aos percentuais de aprovação no Revalida, pode-se verificar que foram de somente 12,13% dos candidatos em 2011, caindo para 9,85% em 2012 e ainda mais, para 6,83%, em 2012, subindo entretanto, em 2014, para 32,62%, aumento expressivo deste índice. Como o Inep ainda não publicou os dados oficiais nem as análises que expliquem como se deu tal crescimento, não é possível saber se isto se deveu a melhor preparo dos habilitados ao exame ou a outras variáveis intervenientes, como por exemplo, a diminuição do grau de dificuldade das questões, antes sempre criticada tanto pelos candidatos reprovados quanto por algumas autoridades do sistema médico e educacional.

Tabela 25. Revalida: resultados por origem dos diplomas estrangeiros – Brasil, 2011-2015

Origem do Diploma																
País	**Inscritos**				**Participantes**				**Aprovados**				**Percentual de Aprovação**			
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Bolívia	304	411	991	1113	234	350	912	1051	14	15	33	252	5,98	4,29	3,62	23,98
Cuba	140	182	230	280	121	169	206	252	15	20	14	87	12,4	11,83	6,8	34,52
Paraguai	17	50	120	155	11	45	116	148	1	2	14	42	9,09	4,44	12,07	28,38
Argentina	56	69	109	143	40	65	88	135	13	14	13	82	32,5	21,54	14,77	60,74
Peru	45	33	83	95	39	25	79	92	5	5	5	38	12,82	20	6,33	41,3
Colômbia	19	28	63	106	18	24	52	99	6	3	8	60	33,33	12,5	15,38	60,61
Espanha	16	26	34	41	11	24	23	32	0	5	8	14	0	20,83	34,78	43,75
Equador	8	6	21	24	7	5	18	20	3			7	42,86	0	0	35
México	14	16	17	13	11	15	12	11				3	0	0	0	27,27
Venezuela	16	15	16	63	14	15	12	48	4	4	2	13	28,57	26,67	16,67	27,08
Uruguai	9	7	15	12	4	5	13	10		1	2	7	0	20	15,38	70
Russia	4	5	15	34	4	5	14	34			3	10	0	0	21,43	29,41
Portugal		8	9	14		8	8	11		3	2	8		37,5	25	72,73
Diversos	29	28	50	64	22	27	42	56	4	5	5	29	18,1	18,5	11,9	51,79

													8	2		
Total	677	884	1773	2157	536	782	1595	1999	65	77	109	652	12,13	9,85	6,83	32,62

Fonte: INEP/MEC, 2015.

A Bolívia é o país onde a maioria dos inscritos auferiu seu diploma estrangeiro, nas quatro edições do Exame. Entretanto, apenas 24% dos 1.051 candidatos com diploma boliviano habilitados ao exame – ou 252 deles – conseguiu sucesso em seu pleito de revalidação, o que sugere grande discrepância entre as matrizes curriculares de medicina oferecidas naquele país e aquela que é tomada por parâmetro no Brasil (considerando, evidentemente, outras variáveis como o grau de dificuldade dos exames, sob controle).

Em seguida, vem Cuba, como o segundo local de onde mais provêm os diplomas estrangeiros dos inscritos no Revalida. As inscrições dos diplomados neste país foram 140 em 2011 e dobraram em 2014; 252 inscritos foram habilitados a participar das provas, mas apenas 87 deles foram aprovados (35% de aprovação). Ainda que se saiba da existência de mais de 2 mil brasileiros que auferiram diplomas médicos em Cuba, note-se que apenas um pequeno percentual de médicos com diplomas cubanos têm se candidatado à revalidação de seus diplomas pela via do Revalida (lembre-se que, nessa tabela, a origem dos diplomas é o foco, e não mais a nacionalidade dos candidatos à revalidação, implicando que nem todos estes diplomas expedidos em Cuba é de brasileiros). As hipóteses mais prováveis para esta pequena procura pode estar no fato de que o currículo da Escola Latino-Americana de Medicina (Elam, fundada em 15 de novembro de 1999 por Fidel Castro e destino de algumas centenas, senão de milhares de jovens brasileiros, em resposta a convite feito ao ex-presidente Lula) difere do que é tomado por referência no Revalida, já que focaliza, nos primeiros 6 anos de curso, a formação para a atenção primária à saúde, para o atendimento de urgência/emergência, para a gestão de unidades de saúde e para a medicina comunitária, ainda que seja ministrada carga horária total cirricular compatível com a exigida no Brasil para os cursos médicos.

O Paraguai, a Argentina, o Peru e a Colômbia vêm na sequência como os países de maior emissão de diplomas estrangeiros para validadação no Brasil, com maior taxa de sucesso, independentemente da origem dos candidatos. Destacam-se as taxas de aprovação dos diplomados na Argentina e na Colômbia – respectivamente, 60,74% e 60,71% dos que se habilitaram às provas – e também dos diplomados em Medicina em Portugal, que embora sejam poucos (8, em 2012, 8 em 2012 e 11 em 2013, participantes efetivos dos exames), aumentaram expressivamente sua taxa de aprovação em 2014, alcançando índice de 73%. Os diplomados na Espanha conseguiram taxa de aprovação de 44%, correspondente aos 14 candidatos aprovados entre os 32 habilitados a fazer os exames.

Esses vários tipos de avaliação em curso ou em vias de serem introduzidos no país sugerem que o Brasil já se encontra imerso na cultura da avaliação há algum tempo. Cabe perguntar, agora, sobre o tipo de aluno que tem ingressado nas escolas médicas do Brasil.

7. A lei do Mais Médicos e as novas avaliações da graduação em Medicina

A partir de 2016 os estudantes dos cursos de graduação em Medicina serão submetidos à avaliação progressiva ou seriada instituída pela lei 12.871, do Programa Mais Médicos. A avaliação analisará o desempenho dos alunos no 2º, 4º e 6º anos dos cursos médicos de todo o país, que ingressaram nas IES em 2015 e já seguem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) homologadas em 2014. A lei prevê a implementação do exame bianual, ou progressivo, do aluno do curso de medicina com instrumentos e métodos capazes de avaliar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes. Essa avaliação está sendo elaborada pelo Inep/MEC com o intuito de promover atitude formativa no aluno, fornecendo-lhe subsídios para que compreenda seu próprio processo de aprendizagem e as competências que deve desenvolver.

Além da avaliação bianual dos estudantes, todos os cursos de medicina passarão em 2016 pela chamada avaliação *in loco* (presencial). A partir de março avaliadores selecionados pelo Inep visitarão as instituições de ensino para avalia-las de modo a saber se terão efetuados o recredenciamento dos cursos de Graduação em Medicina que oferecem.

Serão verificadas as condições de oferta da graduação nas dimensões *'organização didático-pedagógica', 'corpo docente' e 'infraestrutura',* conforme determina a Lei nº 10.861/2004, que instituiu o Sinaes. A medida permitirá ao MEC aferir a qualidade dos cursos, a adequação às novas diretrizes curriculares e avaliar a integração das atividades de ensino com os serviços de saúde locais. A avaliação *in loco* será realizada presencialmente, considerando análise do projeto pedagógico do curso, da forma de implementação das novas diretrizes curriculares e outros documentos institucionais relevantes.

Para adequar-se às modificações determinadas pelas novas diretrizes o governo pretende alterar os indicadores que vem sendo utilizados e elaborou proposta, por meio de consulta pública aberta pelo Inep até 4 de setembro de 2015 para coleta de sugestões. A minuta deste novo Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, consta da **Nota Técnica nº 40/2015**. Após a consulta pública e conclusão do instrumento de avaliação, o Inep capacitará os docentes que integrarão o banco de avaliadores do Sinaes.

8. Perfil do aluno das escolas de medicina no Brasil

Estudo publicado em 2006 pelo Inep/MEC[6] trouxe algumas das características dos alunos dos cursos de graduação em Medicina, com base no perfil de 18.527 estudantes – 60% ingressantes e 40% concluintes -, examinados no Enade 2004 e que estudavam em 63 instituições privadas e 57 públicas (respectivamente 53,8% e 46,2% do total). Desta última categoria, são 35 instituições públicas federais (32,8%), 17 estaduais (10,4%) e 5 municipais (3%).

A distribuição dessas IES por regiões do País era a seguinte: 58 do Sudeste (48%), 24 do Sul (20%), 20 do Nordeste (18%), 9 do Norte (8%) e 9 da região Centro-Oeste (8%). A distribuição dos estudantes participantes por regiões do País era: Sudeste – 10.602 (57,2%), Sul – 3.214 (17,3%), Nordeste – 2.715 (14,7%), Centro-Oeste – 1.057 (5,7%) e Norte – 939 (5%). Comparando as duas distribuições, há predomínio absoluto da região Sudeste, coerente com a maior concentração populacional e de renda do País. A amostra em que o Estudo se baseou é, portanto, representativa, permitindo inferências válidas para o conjunto dos cursos de medicina.

A análise dos dados do questionário socioeconômico forneceu aos autores uma visão **do perfil geral dos ingressantes e concluintes do curso de graduação em Medicina**. Com relação à **cor**, a maioria dos estudantes se autodeclarou branco(a) e o maior número dos que se consideravam pardos (as) concentrava-se nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Pequeno percentual de estudantes se autodeclarou negro(a), amarelo (a) ou indígena. Quanto à **atividade laborativa**, expressiva quantidade dos estudantes não trabalhava, eram solteiros e não possuíam financiamento para estudar, o que pode ser atribuído à melhor condição socioeconômica (famílias de renda mensal superior a dez salários mínimos), e tinham pais com nível de escolaridade elevado.

De modo predominante, esses estudantes cursaram o ensino médio em instituições privadas, variando de 68,8% na região Norte a 88,1% no Nordeste. Outro fato relacionado a esse perfil é que o curso exige dedicação integral do estudante e se estrutura no chamado calendário contínuo.

Quanto ao comportamento dos estudantes na utilização dos meios de comunicação, apresentaram-se padrões semelhantes nas diversas áreas do conhecimento. Os estudantes utilizavam mídia televisiva, seguida de *internet* para se

6 *A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004,* op. cit.

atualizarem. A quase totalidade possuía computador e acesso à *internet* em suas casas, o que reforça a importância e a possibilidade da utilização das tecnologias de informação e comunicação (TICs) nos processos de ensino e aprendizagem, tanto para o ensino presencial quanto à distância.

O conhecimento de línguas estrangeiras relatado pelos estudantes também é fator que pode contribuir no processo geral de atualização e também na obtenção de informações científicas encontradas em revistas estrangeiras. A maioria dos estudantes de Medicina lê e escreve em inglês, em parte por ser língua preponderante na Internet, mas principalmente na literatura médica científica. Quanto à língua espanhola, os alunos declararam menor conhecimento, ainda que se considere a inserção do Brasil no Mercosul.

Uma característica preocupante, revelada pelos dados, diz respeito à baixa participação dos estudantes em atividades complementares (iniciação científica, projetos de pesquisa, monitoria e extensão). Confrontados com outras atividades acadêmicas exercidas pelos estudantes, os dados sugerem que muitos se dedicavam apenas às atividades regulares de ensino**. De fato, 50,3% dos estudantes da Região Nordeste declararam não ter nenhuma outra atividade acadêmica. De modo geral, a atividade preferida pelos estudantes diz respeito ao que qualificam de "extensão".** Na região Centro-Oeste localizava-se o maior percentual de declaração de atividades de monitoria (21,45%). Outro fato relevante observado é que quase a metade dos estudantes afirmou dedicar, no mínimo, oito horas de estudo por semana, fato mais evidente na região Nordeste. A biblioteca representa espaço privilegiado para esses estudos, reforçando a necessidade de uma política de investimento na sua infraestrutura e nos seus recursos humanos.

Dez anos transcorridos desde a coleta dos dados citados uma atualização do perfil do alunado para a contemporaneidade deverá mostrar provável inflexão no sentido do uso crescente de aparelhos tecnológicos como *smartphones* e *tablets* e suas plataformas de acesso à informação, considerando-se a profunda e rápida evolução das técnicas digitais de informação e comunicação. Além disso, espera-se que tais características da média do alunado estejam se modificando substantivamente, tendo em vista políticas públicas de acesso ao ensino superior como o Prouni (desde 2005), o Fies (em grande expansão nos três últimos anos e contraídos nem 2015), o Enem (no seu atual modelo desde 2009, que provê acesso à vagas de cursos superiores, articulado ao SiSu, sistema essencialmente das IES federais), o Reuni (expansão de oferta de vagas nas federais) e o crescimento de cotas em IES públicas federais (50% de vagas reservadas já em 2016) para negros, indígenas, pessoas com deficiência, de baixa renda,

e oriundos de escolas públicas.

A despeito de representarem 50,7% da população brasileira, os autodeclarados negros ainda são minoria entre os formados no ensino superior, e na carreira de medicina, eram apenas 2,66% dos concluintes de 2010, conforme estudo do Inep a pedido do Portal UOL, baseado nas informações do Enade daquele ano.

Os dados do Censo do IBGE de 2010, já mencionados anteriormente, indicam o desafio da fixação de profissionais em regiões afastadas. Além de oferecer salários maiores para essas localidades, há que se assegurar também boas condições de trabalho, com centros de saúde equipados, hospitais de referência próximos, material médico e farmacêutico suficientes, infraestrutura para atendimento e pessoal adequado nas áreas de saúde e administrativa, entre outros.

Tabela 26. Situação dos cursos médicos – Indicadores por Unidade Federativa: nº de habitantes por curso, por vagas de 1º ano e nº de médicos por mil habitantes – Brasil, 2015

UF	População	Nº de cursos	Habitantes por curso	Vagas 1ºano	Habitantes/ vaga	Inscriçõe s médicos ativos	Médicos/ mil hab.
AC	804.431	2	1 /402.216	161	4.996 h/1 v	762	0,95
AL	3.342.236	5	1 /668.447	410	8.152 h/1 v	4.091	1,22
AL	768.603	1	1 /768.603	60	12.810 h/1 v	591	0,77
AM	3.943.104	3	1 /1.314.368	342	11.530 h/1 v	4.370	1,11
BA	15.209.318	15	1 /1.013.955	1.219	12.477 h/1 v	18.402	1,21
CE	8.914.684	8	1/1.114.336	832	10.715 h/1 v	11.304	1,27
DF	2.916.026	5	1/583.205	376	7.755 h/1 v	10.955	3,76
ES	3.929.260	5	1/785.852	500	7.859 h/1 v	8.385	2,13
GO	6.618.185	9	1/735.354	770	8.595 h/1 v	10.600	1,6
MA	6.902.748	5	1/1.380.550	390	17.699 h/1 v	4.559	0,66
MT	3.268.118	6	1/544.686	446	7.328 h/1 v	4.172	1,28

MS	2.654.482	4	1/663.621	340	7.807 h/1 v	4.411	1,66
MG	20.880.617	39	1/535.400	3.422	6.102 h/1 v	43.717	2,09
PA	8.178.412	6	1/1.363.069	546	14.979 h/1 v	6.875	0,84
PB	3.972.199	9	1/441.355	815	4.874 h/1 v	5.596	1,4
PR	11.081.692	15	1/738.779	1.400	7.915 h/1 v	21.134	1,9
PE	9.349.711	9	1/1.038.857	850	11.000 h/1 v	14.198	1,52
PI	3.205.381	5	1/641.076	440	7.285 h/1 v	3.731	1,16
RJ	16.565.054	19	1/871.845	2.260	7.330 h/1 v	60.917	3,68
RN	3.445.463	4	1/861.366	337	10.224 h/1 v	4.828	1,4
RS	11.258.984	15	1/750.599	1.340	8.402 h/1 v	27.867	2,48
RO	1.770.095	4	1/442.524	220	8.046 h/1 v	2.100	1,19
RR	507.480	1	1/507.480	80	6.344 h/1 v	625	1,23
SC	6.805.492	11	1/618.681	847	8.035 h/1 v	12.660	1,86
SP	44.447.375	44	1/1.010.168	4.380	10.148 h/1 v	116.752	2,63
SE	2.245.279	3	1/748.426	260	8.636 h/1 v	3.131	1,39
TO	1.516.843	5	1 E/303.368	398	3.811 h/1 v	1.941	1,28
Brasil	**205.229.708**	**257**	**1/798.559**	**23.441**	**8.672 h/1 v**	**408.674**	**1,99**

Fontes: Copis/DPEIBGE – Projeção da População IBGE, 3 ago. 2015; Portal Escolas Médicas. Disponível em: http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php. Acesso em: 4 ago. 2015; CFM. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica. Acesso em: 5 ago. 2015.

Em 2013, quando do lançamento do Programa Mais Médicos, pela Medida Provisória 621, depois efetivamente instituído pela Lei **nº 12.871**, anunciou-se que a partir da nova legislação a expansão da graduação em medicina, quanto a projetos de novos cursos médicos **privados**, observaria critérios de relevância e necessidade social e teria em conta a estrutura dos serviços de saúde dos municípios para viabilizar a realização das atividades práticas da formação médica.

Entretanto, a maioria dos projetos que, segundo o Governo Federal, cumpriram os itens do primeiro Edital constituía-se de municípios das Regiões Sudeste (26) e Nordeste (10), sendo que apenas Pernambuco e Bahia estavam entre os oito Estados com menor índice de habitantes por vaga de medicina. A região Sul foi beneficiada com nove Municípios e o Norte e Centro-Oeste, com, respectivamente, três e um. Todas as cidades receberam a visita de comissão de especialistas – médicos, professores de medicina e integrantes da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas (Camem), que também avalia as instituições federais de educação superior, sob a coordenação do professor Henry Campos, reitor da UFC – para verificação da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde lá existentes, e da projeção/proposta de contrapartida de investimentos para o Sistema Único de Saúde (SUS) de parte da instituição de ensino superior privada selecionada para implantar os novos cursos.

A seleção dos municípios interessados, lançada em outubro de 2013, pelo Edital n° 3, foi realizada em três etapas eliminatórias. Pelos critérios de relevância e necessidade social, analisado na primeira etapa da pré-seleção, o Município precisava ter 70 mil ou mais habitantes, atestados pelo IBGE, excluídas as capitais e cidades que já ofertavam curso de medicina. O objetivo declarado era estimular a formação de médicos em locais com maior carência de profissionais, uma vez que a graduação é importante fator de fixação do profissional no município ou região. Na segunda etapa da pré-seleção foi levada em conta a estrutura dos equipamentos públicos e programas de saúde existentes no município. Os municípios selecionados teriam que atestar, entre outros, um número de leitos hospitalares disponíveis no SUS, por aluno, maior ou igual a cinco; um máximo de três alunos por equipe de atenção básica; existência de leitos de urgência e emergência ou pronto-socorro; a existência de pelo menos três programas de Residência Médica nas especialidades prioritárias; adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde; existência de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); a disponibilidade de hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino, conforme legislação de regência; e existência de hospital com mais de 100

leitos exclusivos para o curso. A terceira etapa compreendeu a análise dos projetos de melhoria da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde no município.

Em 2014 foram anunciadas, então, as 39 cidades selecionadas para receber os novos cursos, com base, segundo o Ministério da Educação, em critérios garantidores da expansão do ensino médico para regiões prioritárias e desguarnecidas. Segundo os critérios vigentes, as cidades selecionadas tinham 70 mil habitantes ou mais e não contavam com graduação na área; localizavam-se em 11 estados de quatro regiões, no interior e regiões metropolitanas, nenhuma delas capital. Na seleção, o Ministério da Educação declarou ter considerado a necessidade social do curso, a estrutura da rede de saúde para realização das atividades práticas e a capacidade para abertura de programa de residência médica. A análise das propostas contou com a colaboração da Fundação Getúlio Vargas (FGV), que se responsabilizou por descartar o risco de descontinuidade da formação médica, com base em avaliação desenvolvida especificamente para o programa.

Resultou que três municípios (São Leopoldo, RS; Limeira, SP; e Tucuruí, PA, com um total de 170 vagas) não tiveram propostas selecionadas e foram incluídos no novo Edital, já em curso. A fase recursal terminaria no final de agosto de 2015, para anúncio da lista final de Estados/Municípios que receberão os novos cursos médicos privados, com as respectivas mantenedoras responsáveis pelos cursos.

A Comunicação Social do Programa anunciou que nestes dois anos de existência, já foram criadas 5,3 mil novas vagas de graduação, sendo 1,7 mil em universidades públicas e em 3,6 mil em instituições privadas em todas as regiões do país. Essas novas vagas foram criadas em 81 municípios de 24 estados e no Distrito Federal; já foram autorizados 47 novos cursos, sendo 23 em universidades federais. A meta é alcançar 11,4 mil novas vagas de graduação até 2017, com foco em Municípios do interior que ainda não possuem faculdades de Medicina. Desse modo, o Brasil saltará de 0,95 vaga/10 mil habitantes em 2013 para 1,34 vaga/10 mil habitantes em 2017, proporção que se aproxima da realidade de países como a Inglaterra, o segundo maior sistema público e universal do mundo e que, em 2011, possuía uma relação de 1,61 vaga/10 mil habitantes.

Não obstante, há críticas a este primeiro processo seletivo para autorizar novos cursos privados a funcionar em localidades do interior. As entidades representativas da categoria dos médicos, especialmente, como o CFM, a Abem e o Cremesp denunciam, por exemplo, que 11 dos 36 Municípios que receberam o aval do MEC para sediar novos cursos não cumprem requisitos básicos de infraestrutura exigidos

no edital para a aprovação das novas vagas de graduação em medicina. Têm número de leitos públicos inferior ao exigido ou não ofertam cursos de residência médica ou, ainda, não dispõem de hospital de ensino para o treinamento em serviço dos alunos. É o caso de Rio Claro (SP), Cubatão (SP) e Campo Mourão (PR). As duas últimas cidades, com Mauá, e Piracicaba, em são Paulo, não exibem o número mínimo de leitos por aluno. Em Campo Mourão há 150 leitos no SUS, enquanto que o mínimo exigido seria 250, considerando as 50 vagas a serem oferecidas para novo curso.

Essas entidades também apontaram que, dos 42 municípios que receberam escolas médicas entre 2013 a julho de 2015, 60% (ou 25 delas) não atendiam ao critério de cinco leitos do SUS para cada aluno matriculado. Este balizador estava previsto nas diretrizes do Ministério da Educação que estabelecem as regras para a abertura de escolas médicas, a existência de leitos SUS e de equipes de atenção básica em quantidade menor ou igual a três por cada estudante. Conforme levantamento do CFM, 42% (18) desses municípios também não contavam com Equipes de Saúde da Família (ESF) suficientes para acolher os alunos. Em Mineiros (GO), por exemplo, onde foi autorizada a abertura de um dos mais recentes cursos de Medicina no país, com disponibilidade de 200 vagas, havia mais de 20 alunos em cada uma das 10 equipes cadastradas (o parâmetro recomendado estabelece máximo de três alunos por equipe).

Em 11 cidades pesquisadas a falta de hospitais-escola era o problema prevalente: apenas duas delas têm unidades hospitalares apropriadas ao ensino: Jaú (SP) e Passos (MG)[7]. O ME, durante o processo de escolha foi notificado desses problemas pelos próprios especialistas contratados para visitar e inspecionar as condições infraestruturais das cidades: depois das avaliações in loco, informaram que das 39 cidades pré-selecionadas inicialmente, só nove reuniam todas as condições para abrigar novos cursos privados.

O presidente da Associação Brasileira de Educação Médica - Abem, Dr. Sigisfredo Brenelli, membro da Comissão de avaliação, declarou que o parecer que apontava tais problemas foi ignorado pelo ME: *"Nosso relatório não foi usado. Ele foi engavetado e, praticamente, todas essas cidades receberam a autorização para abrir cursos. Estamos preocupados porque achamos que parte delas não tem infraestrutura física e de recursos humanos para oferecer um curso com qualidade técnica e ética."* A Abem, inclusive, publicou carta à comunidade acadêmica contra a aprovação do conjunto de municípios selecionados para sediar novos cursos. "Na formação médica, o aluno tem

7

[7] Idem.

de lidar com todos os cenários de aprendizagem, desde a atenção básica até um hospital universitário. Ter hospital de ensino e programas de residência indica que o local tem profissionais com a qualificação mínima para ensinar", ressaltou o dirigente.

Também o presidente do Cremesp, Dr. Bráulio Luna Filho, informou que o órgão entrará na Justiça para tentar impedir a abertura dos cursos nas localidades sem a infraestrutura necessária: *"Em primeiro lugar, tem a questão da falta de estrutura. Se uma cidade não cumpre esses requisitos, é lógico que a formação médica vai ser insuficiente. Outro ponto é que algumas instituições privadas autorizadas a abrir as novas vagas já têm cursos de Medicina em outras cidades e as avaliações são ruins".*

Das 36 cidades que, segundo o MEC, receberão novas graduações em medicina, 13 ficam no Estado de São Paulo. As prefeituras "assinaram termo de adesão que representa o compromisso" de oferecer estrutura necessária para o funcionamento do curso. O Ministério monitorará IES e Municípios para garantir o cumprimento do acordo. Sobre a falta de hospitais de ensino, o MEC declarou que o município deve indicar centro médico "com potencial" de ser certificado como tal. Quanto à falta de leitos, o MEC afirmou que Mauá e Piracicaba têm a quantidade de leitos necessária e que Campo Mourão firmou parceria com cidades vizinhas para atingir o índice exigido; Municípios que ainda não têm programa de residência serão obrigados a desenvolvê-lo.

Também o Parlamento se movimenta junto ao Ministério da Educação, nesta fase recursal, para esclarecer dúvidas sobre o processo de seleção das primeiras dezenas de cidades que sediarão os novos cursos médicos privados e, principalmente, para exigir mais transparência nas justificativas dos casos de eliminação de propostas de fixação de novas escolas em municípios de diversos Estados, que, no entendimento dos Deputados, tinham cumprido as condições de aceitabilidade.

Por outro lado, o Governo Federal, no âmbito do Edital nº 001 de 1º de abril de 2015, já pré-selecionou e divulgou nova lista de mais 22 municípios situados em oito estados das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com menor proporção de vagas de graduação e de médicos por habitante, e que estariam aptos para sediar novos cursos de Medicina a serem criados por instituições privadas.

O Governo Federal interpôs regras novas como pré-selecionar só cidades de estados com relação de vagas em curso de medicina/10 mil habitantes inferior a 1,34 e com índice de médicos/mil habitantes menor que 2,7; o Município deveria estar a, no mínimo, 75 km de qualquer outro curso de medicina existente. Além disso,

não poderia ser capital de Estado, não ter curso de medicina em seu território, ter mais de 50 mil habitantes, estar localizado em região com infraestrutura apropriada de saúde e de equipamentos públicos e ter programas de saúde adequados ofertar graduação em Medicina, ou seja, o município tem de oferecer leitos do SUS por aluno em número igual ou maior a cinco; número de alunos por equipes de atenção básica menor ou igual a três; leitos de urgência e emergência ou pronto socorro; adesão ao programa de reestruturação de unidades básicas de saúde; centros de atenção psicossocial; hospital de ensino ou unidade hospitalar com mais de 80 leitos; e existência de pelo menos três programas de residência médica nas especialidades prioritárias, como Medicina Geral de Família e Comunidade – que podem vir a ser abertos no primeiro ano de funcionamento do curso. Após a adesão dos municípios interessados, serão realizadas as visitas técnicas para checar as condições existentes.

Tabela 27. Municípios pré-selecionados para a instalação de novos cursos médicos privados – Edital MEC/Mais Médicos nº 1/2015

Estado	Municípios
Alagoas	São Miguel dos Campos
Amazonas	Parintins
Bahia	Brumado
	Irecê
	Euclides da Cunha
	Senhor do Bonfim
Ceará	Cratéus
	Iguatu
	Itapipoca
	Quixeramobim
	Russas
Goiás	Itumbiara
Maranhão	Chapadinha
	Codó
	Santa Inês
Pará	Bragança
	Breves
	Cametá
	Castanhal
Pernambuco	Araripina
	Arcoverde
	Salgueiro

Fontes: MEC e MS.

Tabela 28. Situação dos cursos médicos: relação de vagas existentes e previstas por 10 mil habitantes e de médico por 10 mil habitantes, segundo a UF – Brasil, 2015

ANEXO I

Relação de vagas e médicos, por habitantes no Brasil e por UF, conforme dados da Secretaria Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde

UF	Relação vagas existentes/10.000 habitantes	Relação vagas previstas/ 10.000 habitantes	Relação médico por 1.000 habitantes
AC	2,04	2,54	0,99
AL	1,05	1,29	1,26
AM	0,88	1,05	1,07
AP	0,80	1,33	0,72
BA	0,81	1,26	1,20
CE	0,91	1,09	1,25
DF	1,28	1,44	3,46
GO	0,66	0,74	1,70
MA	0,57	0,84	0,65
MS	1,30	1,45	1,71
MT	1,27	1,46	1,32
PA	0,65	0,98	0,86
PB	2,14	2,27	1,45
PE	0,93	1,24	1,40
PI	1,13	1,57	1,22
RN	0,99	1,69	1,39
RO	1,26	1,77	1,23
RR	2,66	3,46	1,24
SE	1,17	1,35	1,47
TO	2,81	3,09	1,28

Fonte: SGTES/MS, 2015.

Obs: Anexo I do Edital nº 1, de 1º de abril de 2015 - Mais Médicos

9. Autorização e reconhecimento de cursos superiores no Brasil e o caso dos cursos de medicina

A regularidade dos cursos de graduação oferecidos pelas instituições de ensino superior no Brasil decorre da posse do ato autorizativo pertinente - autorização, reconhecimento ou renovação de reconhecimento -, emitido pela autoridade do Estado de que se trate: no nível federal, o Ministério da Educação, para todas as instituições públicas federais e privadas; no nível estadual ou municipal, pela Secretaria de Educação, ou órgão designado, da respectiva unidade federativa. A ausência do referido ato configura irregularidade administrativa, sem prejuízo dos demais efeitos da legislação civil e penal. No caso dos cursos superiores de graduação do sistema federal de ensino superior (os públicos federais e todos os privados), incluídos os de medicina, os atos autorizativos são:

- Autorização

• A instituição educacional que queira atuar no ensino superior depende de autorização prévia do Ministério da Educação (MEC). Norma regulatória: Decreto nº 5.773/2006.

• Nos processos de autorização dos cursos, são avaliadas **três dimensões:**

(1) organização didático-pedagógica (expressa e verificada por meio do Plano de Desenvolvimento Institucional, Projeto Pedagógico Institucional, do Projeto Pedagógico do Curso, da referência e aderência às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina);
(2) corpo docente e técnico-administrativo e
(3) instalações físicas oferecidas pela instituição para a oferta do curso.

- Casos excepcionais

1) as universidades (públicas e privadas) e os centros universitários (públicos e privados), por gozarem de autonomia, assegurada constitucionalmente (art. 207 da Constituição Federal), independem de autorização do MEC para funcionamento de curso superior que queiram ofertar. Contudo, devem informar à Secretaria competente do MEC os cursos abertos, para fins de supervisão, avaliação e posterior reconhecimento, conforme disposto no art. 28 do Decreto nº 5.773/2006;

2) Nos processos de autorização dos cursos de graduação em Direito, **Medicina**, Odontologia e Psicologia, inclusive a serem criados em universidades e centros universitários, a Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC) considera, respectivamente, a manifestação do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil e do **Conselho Nacional de Saúde** (art. 28, §2º do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006).

Entretanto, por diversas razões – sobretudo pela baixa qualidade de algumas dezenas de cursos médicos, atestada nas avaliações do Sinaes –, o MEC decidiu editar a **Portaria nº 147/2007** para disciplinar o exame dos casos em que a manifestação do CNS fosse DESFAVORÁVEL à abertura de um novo curso médico no país. Nessas situações, os pedidos de autorização de abertura de novo curso deveriam ser instruídos com elementos adicionais:

I — demonstração da relevância social, com base na demanda social e sua relação com a ampliação do acesso à educação superior, observados parâmetros de qualidade;

II — demonstração da integração do curso com a gestão local e regional do Sistema Único de Saúde (SUS);

III — comprovação da disponibilidade de hospital de ensino, próprio ou conveniado, por

período mínimo de dez anos, com maioria de atendimentos pelo SUS;

IV — indicação da existência de um núcleo docente estruturante, responsável pela formulação do projeto pedagógico do curso, sua implementação e desenvolvimento, composto por professores:

a) com titulação em nível de pós-graduação stricto sensu;

b) contratados em regime de trabalho que assegure preferencialmente dedicação plena ao curso; e

c) com experiência docente.

- Reconhecimento e Renovação de reconhecimento

• O reconhecimento deve ser solicitado pela instituição quando o curso de graduação tiver completado 50% de sua carga horária e antes de completar 75% dela. O reconhecimento do curso é condição necessária para a validade nacional dos diplomas emitidos pela instituição.

• Como nos processos de autorização, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e o **Conselho Nacional de Saúde** (CNS) têm prerrogativas para manifestar-se ao MEC no ato de reconhecimento dos cursos de graduação de direito, **medicina, odontologia e psicologia**.

• A renovação do reconhecimento deve ser solicitada pela instituição de ensino a cada ciclo trienal de avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes).

9.1 Exigências complementares para cursos de graduação em medicina (2013)

Em **fevereiro de 2013**, a Agência Brasil, agência pública de notícias ligada à EBC - Empresa Brasileira de Comunicação, informava o seguinte:

O Ministério da Educação (MEC) estabeleceu, por meio de portaria publicada nesta segunda-feira (4) no Diário Oficial da União, os critérios para autorização de ampliação do número de vagas de graduação em medicina nas faculdades brasileiras. Entre os procedimentos necessários, o MEC levará em consideração, principalmente, a **demanda social por médicos em cada unidade da Federação**, com base em dados atualizados anualmente pelo Ministério da Saúde. O MEC informou que **a norma vale apenas para os pedidos feitos até o dia 31 de janeiro**. Para os próximos pedidos, novas regras serão publicadas.

> […] A legislação prevê que o Conselho Nacional de Saúde, em parecer, manifeste-se sobre a abertura do curso. A partir de agora, porém, os procedimentos serão normatizados por meio de portaria do MEC. […]

> […] O número de vagas será proporcional ao número de médicos e de habitantes no estado. O MEC também observará a infraestrutura de equipamentos públicos e programas de saúde existentes e disponíveis no município de oferta do curso. A concessão da autorização depende da existência de pelo menos três programas de residência médica nas especialidades prioritárias - clínica médica, cirurgia, ginecologia-obstetrícia, pediatria, medicina de família e comunidade. […]
>
> Em visita ao Rio de Janeiro, em dezembro do ano passado, quando anunciou a criação de leitos em hospitais públicos, o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, admitiu que faltam médicos nas unidades federais, mas defendeu que a carência desse tipo de mão de obra ocorre, principalmente, porque poucos profissionais de qualidade estão sendo formados. […]

No dia seguinte (5/2/2013), o então ministro Aloizio Mercadante declarou: "— O balcão fechou —, em entrevista coletiva. A justificativa era a de que o atual modelo "não assegura o interesse público", na medida em que há Estados com pouca oferta de vagas em cursos de Medicina, embora disponham de hospitais públicos e capacidade para formar mais médicos. Ele citou Bahia e Goiás como exemplo disso". Outros Estados tinham situação oposta. Uma das exigências era a de que os novos cursos oferecessem também residências médicas, com ao menos três programas de residência em especialidades prioritárias nos municípios onde vierem a ser criados cursos: clínica médica, cirurgia, ginecologia-obstetrícia, pediatria e medicina e família e comunidade.[8]

As autoridades do MEC, nas reportagens do início de fevereiro de 2013, ao falar de novas regras, aludiam às Portarias que o Ministério exarou para regular a matéria, com destaque para a Portaria Normativa nº 2, de 1º de fevereiro de 2013, que "estabelece os procedimentos e o padrão decisório para os pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES integrantes do Sistema Federal de Ensino, protocolados no Ministério da Educação até o dia 31 de janeiro de 2013" e para a Portaria Normativa nº 3, de 1º de Fevereiro de 2013,

8

[8] WEBER, Demétrio. "O balcão fechou", diz Mercadante sobre faculdades de medicina. *O Globo*, 5 fev. 2013. Disponível em: http://oglobo.globo.com/sociedade/educacao/o-balcao-fechou-diz-mercadante-sobre-faculdades-de-medicina-7497164#ixzz3lYT0i0iN. Acesso em: 15 set. 2015; AGÊNCIA BRASIL. MEC estabelece normas para autorização de cursos de medicina. Brasília, 4 fev. 2013.

que “estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências”.

É importante mencionar que na semana anterior ocorrera, em Brasília, Encontro Nacional com Novos Prefeitos e Prefeitas 2013. A falta de médicos, principalmente nas cidades menores e mais longínquas, foi um dos problemas mais ressaltados, tendo sido solicitada ao governo a ampliação das vagas nas faculdades de medicina e mais facilidades para contratar profissionais médicos formados no exterior.

10. Mais Médicos

Editada pelo governo no contexto das manifestações de junho de 2013, a MPV 621 em boa medida se inspirou, quando mesmo não veio a reunir, em uma só peça normativa, uma série de iniciativas anteriores existentes, mas dispersas, como elementos das Diretrizes Curriculares do curso médico de 2001, as várias Portarias do MEC sobre a sistemática especial de proposição e de exame dos pedidos de abertura de novos cursos médicos privados, e os programas de tentativa de interiorização da medicina do Ministério da Saúde, como o Provab (realizadas 3 edições, de 2013 a 2015, até que em janeiro de 2015 todas as suas vagas foram incorporadas pelo Mais Médicos).

A MPV determinava, também, reformas profundas na formação médica em nível de graduação e de pós-graduação, e também na vida universitária, criando novas funções e atribuições acadêmicas. Reordenou amplamente o mercado de trabalho médico vinculado, direta ou indiretamente, ao SUS, afetando a oferta pública e privada de vagas para Medicina em todo o país e as próprias normas para a oferta e a estruturação curricular dos cursos de medicina. A MPV definia os objetivos do Mais Médicos (fortalecer prestação de serviços na atenção básica, com redução de carência de médicos em áreas prioritárias; aprimorar formação médica; estimular pesquisas sobre o SUS). Para tanto, reordenava a oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica; alterava os parâmetros para a formação médica; e buscaria promover o aperfeiçoamento da atuação dos médicos, por meio da integração ensino-serviço.

O Capítulo II estabelecia que a autorização para funcionamento de novos cursos médicos a serem oferecidos por instituições de educação superior (IES) privadas seria precedida de chamamento público, no qual o MEC passaria a dispor sobre:

- A pré-seleção dos Municípios-sede dos novos cursos, ouvido o Ministério da Saúde, com base (i) na relevância e necessidade social da oferta; (ii) na existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, na região de saúde, de equipamentos públicos adequados e suficientes (atenção básica; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; vigilância em saúde);

- Os procedimentos para celebração de termo de adesão pelos gestores locais do SUS, a quem competia oferecer infraestrutura de serviços, bem como ações e programas de saúde necessários para implantação do curso médico;

- Os critérios para credenciamento da IES privada na área de Saúde e para edital de seleção de propostas para autorização de curso de medicina, incluídas a legislação sobre licitações e contratos e as sanções em caso de seu descumprimento;

- Periodicidade e metodologia do acompanhamento, monitoramento e avaliação da execução da proposta vencedora, excetuados os pedidos protocolados até 8/7/2013.

O Capítulo III dispunha sobre a formação médica no Brasil, a partir de 1º de janeiro de 2015, que passaria a abranger dois ciclos obrigatórios e complementares, com as seguintes peculiaridades:

- Primeiro ciclo, com carga horária mínima de 7.200 horas, observadas as diretrizes curriculares nacionais (DCN) dos cursos de medicina, incluído o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço supervisionado e em regime de internato. O aluno aprovado nesse ciclo receberia do Conselho Regional de Medicina (CRM) permissão para o exercício profissional da medicina exclusivamente nas atividades do 2º ciclo, no âmbito do SUS, mediante a apresentação de certificado de conclusão do 1º ciclo da graduação, expedido por sua IES, e de declaração de matrícula no 2º ciclo. . Esse ciclo já valeria para os estudantes que ingressarem no curso de medicina a partir de 1º de janeiro de 2015, e poderá ser aproveitado como uma etapa dos “programas de residência médica ou outros cursos de pós-graduação”.

- Segundo ciclo, constituído de treinamento em serviço exclusivamente em atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos, supervisionado tecnicamente por médicos pós-

graduados, conforme regulamentação do Conselho Nacional de Educação (CNE) homologada pelo Ministro da Educação. Os alunos do 2º ciclo perceberiam bolsa do Ministério da Saúde (MS), em valor por este determinado, e somente ao seu término, os aprovados receberiam o diploma de médico . O 2º ciclo poderia ser aproveitado como etapa dos programas de residência médica ou de outro curso de pós-graduação, ouvida a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e nos termos definidos pelo MS e MEC;

- As IES deveriam fazer as adaptações curriculares necessárias à execução destas disposições e o CNE teria 180 dias, a contar da publicação da MP, para submeter parecer relativo a tais adaptações ao Ministro da Educação (MEC).

Na formulação da lei de conversão, estes dispositivos do cap. III da MPV foram modificados.

O Capítulo IV instituía o Projeto Mais Médicos para o Brasil, no âmbito do Programa Mais Médicos.

- Determinava que o Projeto abrangeria um **curso de especialização**, também na forma de integração ensino-serviço, a ser oferecido tanto aos médicos participantes do programa, formados no Brasil ou com diploma aqui revalidado, bem como aos médicos participantes do programa formados no exterior, por meio de "**intercâmbio médico internacional**".

- Estabelecia-se a seguinte ordem de prioridade para a seleção dos candidatos às vagas oferecidas pelo programa: 1º - médicos formados em IES brasileiras ou com diploma revalidado; 2º - médicos brasileiros com diploma estrangeiro não revalidado no país, mas com habilitação para exercício da medicina no exterior; 3º - médicos estrangeiros, com diploma estrangeiro, não revalidado no país, mas com habilitação para exercício da medicina no exterior.

- Definia que o Programma seria integrado pelos **médicos participantes**, incluído o "intercambista", pelo **médico supervisor** e pelo **tutor acadêmico**. Criavam-se "**bolsas" específicas** para cada uma dessas categorias, e previa-se a concessão de **benefícios financeiros e tributários** vinculados à atuação no Projeto.

- Estabelecia as seguintes **exigências para a participação do médico "intercambista"** no Projeto:

(a) Apresentar **diploma de médico e comprovante de habilitação para o exercício da medicina no exterior**, dispensada a tradução juramentada.

(b) Ter **conhecimentos de língua portuguesa**;

(c) Atuação exclusiva no âmbito do *Projeto Mais Médicos para o Brasil;*

(d) **Registro provisório** de trabalho expedido pelo Conselho Regional de Medicina. (este dispositivo foi alterado na lei de conversão)

(e) Concessão, ao médico "intercambista" e à sua família, **autorização para permanência no Brasil em condições especiais**.

(f) **Não criação de vínculo empregatício** pela participação no Projeto e o enquadramento do médico participante como **segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social - RGPS**, como contribuinte individual, ressalvando condições específicas.

(g) Definia penalidades aplicáveis aos médicos participantes em caso de descumprimento das regras.

(h) Atribuía a coordenação do Programa aos Ministérios da Educação e da Saúde.

(i) Estabelecia que "outras ações de aperfeiçoamento na área de atenção básica em saúde" poderiam ser desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde(MS) e da Educação(MEC), estendendo a elas mecanismos criados para o Projeto *Mais Médicos para o Brasil.*

O Capítulo V trazia as Disposiçõe Finais da MP, como se segue:

- Autorizava:

  - o MEC e o MS a firmar acordos e instrumentos de cooperação com organismos brasileiros ou internacionais, **prevendo transferência de recursos**, e contratações **sem licitação** instituição financeira oficial federal para efetuar o pagamento das bolsas que institui.

  - a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) a adotar mecanismos diversos – inclusive com **criação de bolsas e ressarcimento de despesas** – para incentivar suas atividades institucionais e para promover o desenvolvimento do Programa Mais Médicos.

  - os Ministérios da Educação e da Saúde a expedirem normas complementares à MP.

- a criação de **bolsas de preceptoria** para os cursos de graduação e residência médica, isentando do imposto de renda todas as bolsas criadas pelo programa, bem como as criadas no Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem.

- Alterava a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993 (lei que permite contratar pessoal por tempo determinado em situações de excepcional interesse público), para permitir a admissão de professores para suprir demandas provenientes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde - SUS, mediante integração ensino-serviço.

- Transformava funções comissionadas técnicas em cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS para ocupação no Programa e definia que o quantitativo dos integrantes dos **projetos e programas de aperfeiçoamento** criados observaria os recursos orçamentários disponíveis, e que as despesas decorrentes correriam à conta de dotações orçamentárias destinadas ao MEC e ao MS, e também ao Ministério da Defesa e da Saúde, e consignadas no Orçamento Geral da União.

Tão logo foi divulgada a MPV 621/2013, o então Ministro da Educação fez publicar novas Portarias regulatórias para o setor privado e público federal: a **PORTARIA NORMATIVA Nº 13, DE 9 DE JULHO DE 2013**, que "estabelece os procedimentos para pré-seleção de município para a autorização de funcionamento de curso de medicina por instituição de educação superior privada, precedida de chamamento público, e para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS, a serem observados pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior-SERES"; a **PORTARIA NORMATIVA Nº 14, DE 9 DE JULHO DE 2013, que "**dispõe sobre os procedimentos de adesão das instituições federais de educação superior ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências", esta última complementada pela **PORTARIA NORMATIVA Nº 15, DE 22 DE JULHO DE 2013, pela qual, no art. 1º, pela qual "**fica instituída a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior - IFES, com respaldo no Art. 2º, I da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, no âmbito do Programa Mais Médicos, com os seguintes objetivos: I - criação de novos cursos de graduação em medicina; e II - aumento de vagas nos cursos de graduação em medicina atualmente existentes".

Assim, pode-se parcialmente concluir que, por força da MPV621, de 8 junho de 2013, já ficava estabelecida em suas grandes linhas, a nova regulação da oferta de vagas na graduação em medicina, a ser observada e efetivada pela Secretaria

de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres). Ficava também estabelecida a determinação ao MEC e ao Conselho Nacional de Educação (CNE) para que ajustassem as Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em medicina aos dispositivos da Lei 12.871, bem como à Comissão Nacional de Residência Médica, para que ajustasse a oferta nacional de residências ao novo Programa - mormente na área da Atenção Básica à Saúde.

Todavia, posicionamentos críticos, como o Documento *"MP 621/2013 – Fragilidades técnicas e legais que colocam a saúde da população em risco*", firmado pelo Comitê Nacional de Mobilização das Entidades Médicas, do qual participavam Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Federação Brasileira das Academias de Medicina (FBAM), traziam à tona a contenda estabelecida entre a categoria dos médicos e o governo (via ME e MS), a qual continua até o presente, no que pese alguns acordos já term sido possibilitados co a intermediação do parlamento e, na Câmara, por meio da Comissão de Seguridade social e Família, que vem atuando como mediadora, como no caso do Decreto "Mais especialidaes", que teve bom termo.

11. A Lei 12.871/2013 e os cursos médicos

Não só a sistemática para a abertura de novos cursos de graduação PRIVADOS na área de MEDICINA tornou-se, a partir de 2013, mais regulada, mais complexa e dependente de uma série de requisitos não exigidos até então mas, sobretudo, sem similares quanto às exigências para a candidatura privada à criação de cursos superiores em outras áreas do conhecimento - e mesmo em outras subáreas da área de saúde. Para sua implementação, exigiu a edição de vasta regulamentação normativa suplementar de apoio (que tem sido resolvida pelo MEC via edição de Portarias e pelo governo por uma série de Decretos) e também de estruturas de gestão e de recepção, análise, visitação e julgamento burocráticas e funcionais tanto da parte do Ministério da Educação quanto do Ministério da Saúde, além de implicar articulação obrigatória com a estrutura do Sistema Único de Saúde, Prefeituras e Secretarias Estaduais e Municipais das duas áreas parceiras responsáveis pelo Programa Mais Médicos.

Ademais, supõe metodologia peculiar de avaliação que altera a sistemática tradicional do **Sinaes** (o sistema nacional de avaliação da educação superior) acrescentando novos elementos de aferição de qualidade dos cursos, por ocasião das análises e inspeções para concessão de reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos em andamento.

É de se observar, contudo, que esta Casa há muitos anos recebe do Executivo informações e indicações de sobrecarga de trabalho e falta de condições ótimas de funcionamento dos órgãos oficiais de regulação fiscalização, supervisão e avaliação, quanto mais não seja pelo óbvio gigantismo assumido pelo sistema nacional de educação superior, que já conta com cerca de 3 mil instituições de ensino, mais de 34 mil cursos superiores em nível de graduação – presencial e a distância – e cerca de 8 milhões de matrículas em 2015. Imagine-se a dificuldade, senão mesmo a impossibilidade, hoje, para o cumprimento a contento de todas as prescrições definidas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/1996) e no Decreto regulatório vigente, sobretudo quanto à visitação *in loco* de avaliadores de cursos e instituições. Especialmente significativo é o fato de que, desde 2012, o governo tanto quanto segmentos expressivos do Parlamento desejam ver concluído o trâmite congressual da criação do Instituto Nacional de Supervisão e Avaliação da Educação Superior (Insaes), a vincular-se ao MEC e, segundo este órgão, indispensável para melhorar o desempenho do Executivo na regulação, supervisão e avaliação de cursos superiores no país.

Só na área da Medicina, em setembro de 2015, havia 257 (duzentos e cinquenta e sete) cursos médicos em funcionamento, desigualmente espalhados no território nacional, como mostramos anteriormente. Suas características acadêmicas e físicas e suas realidades e níveis de qualidade tão diversos se refletem, reiteradamente, há quase vinte anos, nos exames oficiais de avaliação dos cursos médicos. Que, desde o Provão (Exame Nacional de Cursos), revelam a toda a sociedade que algumas dezenas de cursos de medicina não deveriam estar abertos, funcionando e liberando profissionais médicos mal formados para cuidar da saúde da população.

Estas novas normas definidas na Lei instituidora do Programa Mais Médicos, que se somaram às já em vigor para regular a criação de novos cursos PRIVADOS de medicina e para a abertura de novas vagas de acesso, integram o que o discurso governamental tem nomeado de **Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas**, a qual incorpora ainda o domínio referente às instituições federais de educação superior (Ifes). Também envolvidas, desde 2013, no impulso expansionista instituído no âmbito do Programa *Mais Médicos*, estas instituições federais estão criando ou multiplicando os cursos médicos que oferecem, em campi fora de sede e/ou aumentando vagas nos cursos que já ministram, orientadas pelas mesmas diretrizes já explicitadas, dentre as quais se destaca a diminuição das disparidades regionais na distribuição de cursos e de médicos, a interiorização da formação, buscando fixar os futuros médicos fora das capitais e regiões metropolitanas, em especial nas regiões Norte e Nordeste, as

condições da rede de saúde instalada no município ou no seu entorno, como garantia de oferta de infraestrutura adequada para a prática de integração ensino-serviço; o potencial de instalação ou de ampliação de programas de Residência Médica de apoio ao curso e o conjunto de cursos da área de saúde já instalados ou a serem instalados nos campi. A expectativa governamental é a abertura de **11.447 novas vagas em cursos de medicina até 2017 — 3.615 em universidades federais** e **7.832 em instituições privadas.**

Tanto os especialistas e estudiosos da área quanto os órgãos de representação da classe médica manifestam preocupação com o fato de que o país não contava - e ainda não conta - com estrutura física, de recursos humanos e materiais no setor hospitalar, e de postos de saúde municipais, tanto quanto no segmento universitário e das faculdades de medicina; que também não está aparelhado no tocante à organização interna e à disponibilização de quadros de gestão, docentes e técnicos qualificados para assumir as novas e múltiplas funções que lhes foram atribuídas, e estão envolvidas na criação de quase 12 mil novas vagas de graduação e, por consequência, também de residência médica no Brasil.

Representante do Ministério da Saúde, em Audiência Pública da SubCamed, por outro lado informa que, em se cumprindo o disposto da lei 12.871 o Brasil sairá de 374 mil médicos para 600 mil até 2026; haverá 11,5 mil novas vagas de graduação até 2017; 12,4 mil novas vagas de residência para formação de especialistas; Interiorização da formação e cumprimento da meta de 2,7 médicos por mil habitantes.

A Professora Maria Paula Dallari, ex-Secretária de Educação Superior (SESu) do ME entre 2008-2010, em artigo no jornal Folha de São Paulo de 28/7/2013, considera que a determinação de criar mais 11 mil vagas em cursos de medicina até 2017 é um erro grave porque chega ser quase inviável que tais vagas sejam de qualidade. Segundo ela, o Brasil já teve algumas faculdades de medicina que eram notórias linhas de produção de médicos despreparados, que descobriam na clínica as falhas de sua formação, resultado, majoritariamente, da falta de treinamento prático e supervisão.

> *"A partir de 2006, com a definição de um novo marco regulatório na educação superior, baseado na avaliação, criou-se fundamento para maior exigência tanto para autorização como para o reconhecimento de cursos, combinada com as disposições jurídicas necessárias para o fechamento daqueles com qualidade insatisfatória, ou pelo menos a redução de suas vagas. (..)O processo de supervisão de cursos de medicina realizado pela*

Secretaria de Educação Superior, em 2008, para avaliar as deficiências dos cursos com desempenho insatisfatório no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) revelou que o que mais explicava os resultados negativos era a precariedade do internato, nos dois anos finais do curso, em que se concentra o aprendizado prático. É a fase mais cara e complexa do ensino médico.

Essa experiência embasou um redirecionamento da formação médica de fortalecimento da residência. E hoje esse serviço chegou a locais que até poucos anos atrás eram desassistidos. As iniciativas do programa Mais Médicos desorganizam profundamente a sua evolução.

Também está em risco a possibilidade de racionalização da formação médica baseada em estudo sobre a distribuição geográfica dos médicos no Brasil, que identifique as localidades realmente carentes e oriente a abertura de novos cursos, mediante chamada pública.

O Brasil hoje forma, por ano, cerca de 15 mil médicos. Qual a necessidade e o sentido de quase dobrar o número de ingressantes? E por que fazê-lo em menos de quatro anos?

A criação de 23 novos cursos de medicina, entre 2011 e 2013, somada à anulação dos cortes de vagas efetuados nos processos de supervisão de 2008 retiram toda a credibilidade da promessa de qualidade."[9]

Não por acaso, portanto, a auditoria empreendida pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para verificar a eficácia do Programa mais Médicos entre 2013 e 2014, cujos resultados foram publicados em agosto de 2015, ressaltou nove pontos falhos na iniciativa, em geral relacionados com estes aspectos assinalados, como se mostrará adiante.

9

[9] MARIA PAULA DALLARI BUCCI, **Erro de percurso.** Coluna Opinião, da Folha de São Paulo, 28/07/2013

12. A auditoria do TCU sobre o Programa Mais Médicos

O Tribunal de Contas da União (TCU) realizou recentemente uma auditoria operacional no Programa Mais Médicos (TC nº 005.391/2014-8).

Tabela 32 – Resumo dos principais achados da Auditoria do TCU - Avaliação do Programa *Mais Médicos* e seu Projeto *Mais Médicos para o Brasil* – período 6/2013 a 3/2014.

Resultados Positivos
= 33% de aumento da média mensal de consultas
= Cresceu 28% a quantidade de consultas médicas e 32% as visitas domiciliares realizadas por médicos
= Melhoria do acesso à atenção básica após a chegada dos médicos do projeto e
= Melhoria da chegada e permanência de médicos em municípios carentes com dificuldade para atrair e fixar profissionais.
Falhas detectadas
III.1. Supervisão inadequada
III.2. Tutoria Inadequada
III.3. Fragilidades no Módulo de Acolhimento
III.4. Falhas na distribuição dos médicos do projeto
III.5. Indícios de que médicos participantes acumulam atividades com carga horária excessiva
III.6. Ações frágeis de avaliação e monitoramento
III.7. Inconsistência em dados de produção do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab
III.8. Variação da produção da Atenção Básica em municípios participantes
III.9. Cumprimento inadequado, por alguns municípios visitados, das obrigações de

fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes

III.10. Elevado aporte de recursos para capacitar profissionais que não permanecerão no país.

Objetivos, período de realização, aspectos problemáticos e positivos encontrados na Auditoria são detalhados, a seguir, apresentando as linhas gerais do resumo elaborado pela própria unidade técnica do TCU que realizou o trabalho[10].

a) A auditoria foi executada em 2014, "sob a forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), na modalidade de relatório único, tendo como objeto o Programa *Mais Médicos*, sobretudo o Projeto *Mais Médicos para o Brasil*;

b) essa fiscalização visou avaliar a eficácia do Programa Mais Médicos, especificamente o Projeto "Mais Médicos para o Brasil", considerando o período de junho de 2013 a março de 2014;

c) no julgamento dessa auditoria, o TCU expediu o Acórdão nº 331/2015 - Plenário, com uma série de determinações e recomendações direcionadas:

- às Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação - SGTES/MS, de Atenção à Saúde - SAS/MS e de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP, todas do Ministério da Saúde;

- à Secretaria de Educação Superior – Sesu, do MEC;

- à Coordenação do Projeto *Mais Médicos para o Brasil*; e

- à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

II – Problemas detectados na auditoria (TC nº 005.391/2014-8 e Acórdão nº 331/2015 – Plenário)

II.1 – Quanto à supervisão das atividades dos médicos participantes

7. Foram observados os seguintes problemas:

10

[10] Para assegurar a fidedignidade da informação, será transcrita parte do documento oficial de resposta do TCU (TC 005.762/2015.4) à *Solicitação de Informação* ao TCU nº 2, de 2015, sobre o Programa Mais Médicos, de autoria do Deputado Betinho Gomes, encaminhada ao TCU pelo Deputado Eduardo Cunha, Presidente da Câmara dos Deputados, em atendimento a uma decisão da Mesa Diretora desta Casa.

a) o número de médicos supervisores cadastrados à época da fiscalização era insuficiente. Na amostra analisada, 31,73% dos médicos participantes não possuíam supervisores indicados no sistema informatizado utilizado pela UNA-SUS (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 14);

b) havia médicos supervisores que desempenhavam outras atividades com carga horária semanal superior a cem horas, além da supervisão exercida no projeto, o que poderia comprometer o trabalho de supervisão (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, pp. 17 e 18);

c) as avaliações encaminhadas pelos supervisores eram pouco focadas em aspectos clínicos e se referiam mais ao controle de absenteísmo, à estrutura das unidades, à composição das equipes, aos serviços de apoio e aos aspectos educacionais (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 18).

8. Nesse cenário, o TCU determinou ou recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver os problemas acima transcritos:

> 9.1. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:
>
> 9.1.1. verifique, juntamente com as instituições de ensino contratadas, a compatibilidade de horários dos supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil que exerçam outras atividades ocupacionais, tendo em vista que o art. 37, XVI, "c", da Constituição Federal estabelece que nos casos de acúmulo de funções deve haver compatibilidade de horários, informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos; (...)
>
> 9.5. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:
>
> 9.5.1. modifique a estrutura dos Relatórios de Supervisão Médica dos profissionais integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de modo que esses documentos passem a ter foco nas atividades clínicas;
>
> 9.5.2. torne obrigatório, no ato de designação do médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil para atuar em determinado município, a definição do nome do respectivo supervisor, nos termos do art. 15, I, II e III, da Lei nº 12.871/2013; (...)
>
> 9.7. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:
>
> 9.7.1. regulamente a carga horária dos médicos supervisores, dedicando especial atenção aos casos em que ocorre a acumulação das atividades de supervisão médica com o exercício de outra s funções; (...)

> 9.8. dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre a seguinte violação à norma legal:
>
> 9.8.1. negar aos Conselhos de Medicina o acesso aos dados dos profissionais que exercem as funções de supervisores ou tutores, os quais, nos termos do art. 15, II e III, da Lei nº 12.871/2013, devem ser médicos, é uma forma de restringir a competência prevista nos arts. 21, XXIV, e 22, XVI, da Constituição Federal, notadamente quanto à inspeção profissional.

II.2 – Quanto à tutoria das atividades dos médicos participantes

9. Foram observados os seguintes problemas:

a) havia uma quantidade insuficiente de tutores (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, pp. 18 e 19);

b) alguns tutores tinham sob sua responsabilidade mais de cem médicos participantes, sendo que havia sido fixado um quantitativo máximo de cem médicos para cada tutor (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, pp. 18 e 19);

c) o Plano de Trabalho elaborado pelo tutor, no qual estão indicadas as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e pelos supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação, apresentava estrutura bastante simplificada e superficial, incompatível com o disposto no art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 20);

d) os tutores, de modo geral, não forneciam orientação acadêmica adequada aos médicos participantes, limitando-se, na prática, a uma atuação mais focada na coordenação da distribuição de médicos participantes entre os supervisores em uma determinada área geográfica. Adicionalmente, desempenhavam atividades administrativas, servindo de ligação entre os supervisores e a Coordenação do Projeto. Médicos entrevistados relataram, ainda, a existência de um distanciamento em relação aos tutores (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 20-21).

10. Nesse cenário, o TCU determinou ou recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver os problemas acima transcritos:

> 9.3. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:
>
> 9.3.1. desenvolva, no prazo de 60 dias, mecanismos para aperfeiçoar os instrumentos que orientam a atuação dos tutores, de modo a que eles se dediquem à orientação acadêmica no âmbito da especialização e à integração ensino-serviço, exercendo assim as atribuições definidas no art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013; (...)

> 9.7. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que: (...)
>
> 9.7.2. estude a criação de mecanismos que possibilitem a consulta no site da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) da relação nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, a fim de dar maior transparência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil;
>
> 9.7.3. promova, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a atualização constante da lista nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, de modo a evitar que haja médicos sem tutores ou supervisores vinculados;
>
> 9.7.4. estude, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), uma sistemática para aprimorar o plano de trabalho, de forma a torná-lo compatível com os preceitos do art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013; (...)
>
> 9.9. dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre a seguinte impropriedade:
>
> 9.9.1. a existência de um número insuficiente de tutores prejudica a orientação acadêmica dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em afronta ao disposto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013.

II.3 – Quanto ao Módulo de Acolhimento e à aprovação de médicos que não atingiram os critérios mínimos de suficiência de desempenho

11. Foram observadas irregularidades na aprovação e alocação de 95 médicos que participaram do Módulo de Acolhimento, etapa do projeto em que é realizada a avaliação dos médicos intercambistas quanto aos seus **conhecimentos em língua portuguesa e acerca do Sistema Único de Saúde** (SUS).

As falhas detectadas referem-se a médicos intercambistas que estavam em atividade à época da auditoria, embora devessem ter sido reprovados, fizeram recuperação de forma irregular ou não a fizeram quando deveriam ter feito (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 25).

12. Nesse cenário, o TCU determinou ou recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver as falhas acima transcritas:

> 9.3. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que: (...)
>
> 9.3.2. promova, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, a revisão das

avaliações e, se for o caso, o desligamento dos médicos que supostamente deveriam ter sido reprovados no módulo de acolhimento, mas se encontram em atividade;

9.3.3. apresente, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, plano de ação para realizar a prova de recuperação do módulo de acolhimento dos médicos participantes que se encontram em atividade apesar de terem realizado a recuperação de forma irregular ou não a terem realizado quando era necessário, promovendo o desligamento daqueles que forem reprovados; (...)

9.7. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que: (...)

9.7.5. estude, juntamente com a Secretaria de Educação Superior (Sesu) do Ministério da Educação, uma forma de vincular a homologação do resultado final das convocações de médicos participantes do projeto à aprovação no módulo de acolhimento, com o fito de evitar que médicos com desempenho insuficiente naquele módulo e sem o diploma revalidado entrem em exercício na rede de atenção básica do SUS.

II.4 – Quanto à distribuição geográfica dos médicos do projeto

13. Foram observados os seguintes problemas:

a) falhas na distribuição de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, caracterizadas pelo não atendimento a munícipios com carências e dificuldades para reter médicos integrantes de Equipes da Saúde da Família (ESF), contrariando o disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, na Portaria GM/MS nº 1.377/2011 e na Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3/2013 (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 27);

b) **592** dos municípios listados na Portaria SGTES/SAS nº 3/2013, considerados prioritários por serem carentes, não haviam recebido nenhum médico do projeto, o que equivale a **26%** dos municípios dessa relação (592 de 2.282). Os demais 1.690 municípios da lista, que haviam sido atendidos pelo projeto, receberam 4.524 médicos (até 12/5/2014), o que representa 33% de todos os médicos do projeto locados até a época da fiscalização (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 27).

14. Nesse cenário, o TCU recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver as falhas acima transcritas:

9.4. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que: (...)

9.4.2. priorize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, os municípios listados no Anexo I da Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3, de 19/2/2013, que ainda não tenham sido contemplados adequadamente com

médicos do projeto;

9.4.3. utilize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como um dos critérios para a distribuição dos médicos, indicadores que reflitam a disponibilidade desses profissionais nos municípios, como, por exemplo, o número de médicos (SUS e não SUS) por habitante registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

II.5 – Quanto à existência de médicos participantes que acumulavam atividades com carga horária excessiva

15. Foi observado que, consoante registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 48 médicos participantes portadores de registro nos Conselhos Regionais de Medicina cumpriam uma carga horária total (no âmbito do projeto e fora dele) **igual ou superior a cem horas**, o que pode ser um indício de descumprimento da carga horária avençada no projeto em tela (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 29).

16. Nesse cenário, o TCU determinou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver as falhas acima transcritas:

9.1. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:

(...) 9.1.2. verifique, juntamente com os municípios, a compatibilidade de horários, bem como a ausência de prejuízo no desempenho das respectivas atividades, nos casos de acúmulo de funções por médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, especialmente nos casos identificados no presente trabalho, tendo em vista o disposto no art. 37, XVI, "c", da Constituição Federal e no art. 21 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, aplicando, se for necessário e conveniente, as penalidades previstas no art. 26 dessa Portaria Interministerial e informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos.

II.6 – Quanto às ações de avaliação e monitoramento

17. Foram observados os seguintes problemas:

a) fragilidades nas ações de monitoramento e avaliação relacionadas aos impactos ocasionados pelo projeto. Constatou-se que não houve uma avaliação para checar se os municípios substituíram médicos que compunham anteriormente as equipes de atenção básica por médicos participantes do Projeto. Também não foi verificado se houve redução do número de equipes constituídas. A não realização dessas verificações violou o disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 (TC nº

005.391/2014-8, peça 171, p. 29);

b) utilizando dados do sistema Tabnet/Datasus e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, a equipe de auditoria comprovou que dos 2.143 municípios que receberam profissionais do Projeto Mais Médicos no ano de 2013 (1º e 2º ciclos), pelo menos 127 deles (5,93% do total) possuíam, em abril de 2014, menos equipes de atenção básica (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 29);

c) o Conselho Federal de Medicina (CFM) denunciou que pelo menos oito médicos foram substituídos irregularmente por profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Além disso, a equipe de auditoria apontou outros cinco casos de substituição indevida de médicos (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 30);

d) em relação aos 1.174 municípios que receberam médicos nos 1º e 2º ciclos do Projeto Mais Médicos, a equipe de auditoria constatou que (TC nº 005.391/2014-8, peça 167, pp. 50 e 51):

- em 161 desses municípios (14% da amostra), houve redução do número de médicos;

- em outros 239 municípios (20% da amostra), não houve nem aumento nem redução do número de médicos, mesmo após a chegada dos novos profissionais, o que é um forte indício de que houve a substituição dos médicos contratados anteriormente pelos municípios por profissionantes que participam do Projeto Mais Médicos;

- em 168 municípios (14% da amostra), houve aumento na quantidade de médicos, mas esse aumento foi inferior ao número de médicos recebidos por meio do Projeto Mais Médicos (substituição parcial);

- em 268 municípios (23% da amostra) o incremento de médicos foi exatamente igual à quantidade de médicos recebidas pelo Projeto;

- em outros 268 municípios (23% da amostra) houve um aumento do número de médicos em quantidade superior à de médicos recebidos;

- em 70 municípios (6% da amostra), foi impossível fazer essa análise, pois as bases de dados encontravam-se incompletas;

e) dos 1.404 municípios que possuíam até 3,04 médicos atendendo pelo SUS para cada 10.000 habitantes (considerados mais carentes), 1.054 (75%) deles foram contemplados pelo projeto, considerando os cinco ciclos desse projeto, e outros 350 (25%) não foram contemplados (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 31);

f) os indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde para verificar a implantação, os resultados e os impactos do Projeto Mais Médicos não contemplaram análises sobre a repercussão desse projeto sobre as internações por condições sensíveis à atenção básica. Nesse sentido, os indicadores de resultado definidos pelo Ministério da Saúde à época da auditoria referiam-se à evolução das consultas de puericultura, hipertensão, pré-natal e diabetes. Contudo, os indicadores de impacto não tratavam da variação da quantidade de internações por condições sensíveis à atenção básica nessas

áreas, o que vai de encontro ao disposto no art. 2º da Portaria nº 221/2008 – SAS/MS (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 32);

g) o uso do indicador de internações por condições sensíveis é importante pois poderá refletir a melhoria nos serviços de atenção básica à saúde. A título de exemplo, se os indicadores de resultado apontarem um aumento do número de consultas de hipertensão num determinado município e dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) apontarem que os residentes nesse mesmo município tiveram menos internações devido à hipertensão essencial (CID I10) e à doença cardíaca hipertensiva (I11), haverá um forte indício de que essas consultas tiveram um impacto positivo para o SUS. Contudo, se os dados indicarem que o número de consultas em um município aumentou e o quantitativo de internações de residentes nesse município também cresceu, haverá necessidade de avaliar se esse incremento na quantidade de consultas efetivamente contribuiu para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, pois o fortalecimento de ações de atenção básica tende a diminuir o volume de internações (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 32-33).

18. Nesse cenário, o TCU recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver as falhas acima transcritas:

> 9.7. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que: (...)
>
> 9.7.6. crie mecanismos de controle e monitoramento que contemplem análises específicas sobre os tópicos tratados no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, inclusive no que concerne ao acompanhamento mensal do número de equipes de atenção básica que se encontram em atividade em cada município contemplado, à proibição da substituição dos médicos que integram tais equipes por participantes do projeto e às obrigações municipais referentes à garantia de alimentação e à oferta de moradia adequada, que foram regulamentadas pela Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014;
>
> 9.7.7. inclua, entre os indicadores utilizados para avaliar o Projeto Mais Médicos para o Brasil, aqueles que mensurem os respectivos impacto e efetividade, como, por exemplo, o relativo ao número de internações em áreas sensíveis à atenção básica.

II.7 – Quanto à inconsistência em dados de produção do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

19. Foram observados os seguintes problemas:

a) a unidade técnica apontou a existência de dois tipos de inconsistências nos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que permite acompanhar as atividades realizadas pelas equipes de saúde da família, inclusive no que

concerne aos respectivos resultados. A primeira inconsistência referiu-se à existência de municípios cujos registros indicavam a realização de uma quantidade idêntica de procedimentos variados na atenção básica, nos meses de outubro a dezembro de 2013, o que foi saneado após a notificação da área técnica do Ministério da Saúde (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 34);

b) a segunda inconsistência consistiu na presença de dados mensais de produção que destoavam da tendência verificada naquele município. Por exemplo, em um município, o número de consultas realizadas no mês de fevereiro de 2014 teria sido mais de 70 vezes maior que a média dos demais meses considerados (dezembro, janeiro e março). Cabe destacar que essa irregularidade não foi corrigida até o fim da auditoria (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 34).

20. Nesse cenário, o TCU determinou ou recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver as falhas acima transcritas:

> 9.2. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde, que, antes de transferir dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), corrijam ou excluam inconsistências eventualmente detectadas no Siab, em especial aquelas relativas a dados duplicados ou a informações de produção mensal destoantes da tendência dos municípios (que foram percebidas pela equipe de auditoria quando da análise das séries históricas mensais), informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos; (...)
>
> 9.4. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que:
>
> 9.4.1. somente divulgue novos resultados do Projeto Mais Médicos para o Brasil, apurados com base nos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) ou do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), após a correção ou exclusão de inconsistências eventualmente detectadas nesses dados, em especial no que concerne a informações sobre a produção mensal que destoem da tendência verificada a partir da análise das séries históricas mensais, com vistas a reduzir o risco de serem divulgadas informações incorretas; (...)
>
> 9.6. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP e à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, ambas do Ministério da Saúde, que implementem mecanismos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) que identifiquem e corrijam eventuais inconsistências nos dados de produção.

II.8 – Quanto à variação da produção da Atenção Básica em municípios participantes

21. Foram observados os seguintes problemas:

a) com base nos dados relativos a 1.837 municípios dos 2.116 municípios que receberam médicos nos 1º e 2º ciclos do Projeto Mais Médicos, constatou-se que:

- em 25% (466 de 1.837) desses municípios, houve uma diminuição da produção de consultas médicas na atenção básica;

- em 1% (23 de 1.837) desses municípios, não houve variação percentual;

- nos municípios em que não houve aumento da produção, foram alocados 1.157 médicos nos 1º e 2º ciclos (TC 005.391/2014-8, peça 167, pp. 58 e 59);

b) as causas para a diminuição da quantidade de consultas em 25% dos municípios participantes do projeto (1º e 2º ciclo) foram de difícil determinação, tendo em vista o escopo limitado desta auditoria. Contudo, três possibilidades foram aventadas: redução do número de médicos que atendem na atenção básica nesses municípios, substituição de médicos anteriormente atuantes pelos profissionais recém chegados e diminuição da produção dos médicos que lá estavam. Ressalta-se que a redução ou a manutenção do número de consultas caracteriza o não fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, o que vai de encontro ao disposto no art. 1º, I, da Lei que instituiu o Programa Mais Médicos e caracteriza o não atingimento do objetivo principal desse programa (TC 005.391/2014-8, peça 171, p. 36).

22. Nesse cenário, o TCU recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver as falhas acima transcritas:

> 9.4. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que: (...)
>
> 9.4.4. avalie os motivos que levaram à diminuição da quantidade de consultas em 466 municípios que receberam médicos do Projeto Mais Médicos do Brasil (1º e 2º ciclos) e adote as medidas cabíveis para que tal quadro seja revertido, com o objetivo de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, conforme preconizado no art. 1º, I, da Lei nº 12.871/2013.

II.9 – Quanto ao cumprimento inadequado, por alguns municípios visitados, das obrigações de fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes

23. Constatou-se que alguns municípios visitados durante a auditoria não estavam cumprindo suas obrigações no que tange à oferta de moradia para os médicos participantes do projeto e à garantia de alimentação adequada e água potável para esses profissionais, o que afronta o art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. Em 5 dos 41 municípios visitados, o fornecimento de alimentação aos médicos do projeto estava em desacordo com a Portaria SGTES/MS nº 30/2014 e em quatro a oferta de

moradia a médicos participantes não atendia ao disposto no mesmo normativo (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 38-39).

24. Nesse cenário, o TCU determinou ou recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver as falhas acima transcritas:

> 9.3. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que: (...)
>
> 9.3.4. notifique, no prazo de 60 dias, os municípios de Caucaia - CE, Goiana - PE, Extremoz - RN, Breves - PA e Viçosa do Ceará – CE sobre as irregularidades, identificadas nesta auditoria, relacionadas ao não cumprimento adequado da garantia de fornecimento de alimentação aos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e acompanhe a regularização dessa situação;
>
> 9.3.5. notifique, no prazo de 60 dias, os municípios de Currais Novos - RN, Capitão Poço - PA, Breves - PA e Apodi – RN sobre as irregularidades, identificadas nesta auditoria, relacionadas à oferta inadequada de moradia aos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e acompanhe a regularização dessa situação;
>
> 9.4. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que: (...)
>
> 9.4.5. estabeleça um canal de comunicação que possibilite aos médicos participantes encaminhar denúncias ou reclamações, especialmente em relação ao cumprimento das obrigações municipais; (...)
>
> 9.7. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que: (...)
>
> 9.7.6. crie mecanismos de controle e monitoramento que contemplem análises específicas sobre os tópicos tratados no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, inclusive no que concerne ao acompanhamento mensal do número de equipes de atenção básica que se encontram em atividade em cada município contemplado, à proibição da substituição dos médicos que integram tais equipes por participantes do projeto e às obrigações municipais referentes à garantia de alimentação e à oferta de moradia adequada, que foram regulamentadas pela Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014.

II.2 – Quanto ao elevado aporte de recursos para capacitar profissionais que não permanecerão no país

25. Observou-se que, até 12/5/2014, 11.814 médicos intercambistas individuais estrangeiros ou cooperados (provenientes do acordo com a Opas) estavam em atividade. Considerando os gastos com tutores e supervisores e os custos do curso a distância ministrado para esses médicos, o dispêndio total da especialização somente para os médicos estrangeiros, nos três anos de projeto, ficará em R$ 242.782.748,72 (duzentos e quarenta e dois milhões, setecentos e oitenta e dois mil, setecentos e quarenta e oito reais e setenta e dois centavos). Isso quer dizer que o Governo Federal investirá cerca de R$ 240 milhões no prazo de três anos para especializar profissionais que, ao final do projeto, tem grandes chances de deixar o país e não aplicar aqui os conhecimentos adquiridos (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 40).

26. Nesse cenário, o TCU determinou ou recomendou, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, a adoção das seguintes medidas, com vistas a resolver as falhas acima transcritas:

> 9.4. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que:(...)
>
> 9.4.6. reavalie a necessidade e os benefícios de oferecer cursos de especialização para os médicos estrangeiros, que, em princípio, não permanecerão no Brasil após o término do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

III - Principais avanços detectados na auditoria (TC nº 005.391/2014-8 e Acórdão nº 331/2015 – Plenário)

27. A unidade técnica destacou os seguintes **resultados positivos** que foram detectados na auditoria:

a) com base nos dados relativos a 1.837 dos 2.116 municípios que receberam médicos nos 1º e 2º ciclos, apurou-se que houve um aumento de 33% na média mensal de consultas. Esse incremento ficou próximo do que foi observado nos 4.562 municípios avaliados em todo o país, que atingiu 21%, e foi maior que o constatado nos municípios que não receberam médicos, que alcançou 14% (TC 005.391/2014-8, peça 171, p. 35);

b) 130 Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram visitadas durante a auditoria. Em 52 dessas unidades foram coletadas informações sobre a evolução das consultas médicas e em 29 delas foram obtidos dados sobre a evolução das visitas realizadas pelos médicos que ali trabalhavam. A partir da comparação entre os dados relativos aos dois períodos da amostra (de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 e de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014), constatou-se um aumento de 28% na quantidade de consultas médicas (79.057 entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013 e 100.835 entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014) e um incremento de 32% nas visitas domiciliares realizadas por médicos (1.400 entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013 e 1.841 no período de dezembro de 2013 e fevereiro de 2014) (TC 005.391/2014-8, peça 171, pp. 36 e 37);

c) as entrevistas realizadas nas UBS visitadas demonstraram os profissionais

da equipe de saúde e os pacientes em geral perceberam a melhoria do acesso à atenção básica. Nesse sentido, os dados dessas entrevistas apontaram que (TC 005.391/2014-8, peça 171, p. 38):

- 275 dos 308 (89,28%) pacientes que responderam ao questionário afirmaram que, depois da chegada dos médicos do projeto, ficou mais rápido marcar uma consulta na unidade de saúde;

- 99 dos 101 (98,01%) profissionais responsáveis pelas UBS que responderam ao questionário confirmaram que ficou mais rápido marcar uma consulta;

- 281 dos 446 (63%) dos pacientes que foram questionados sobre a evolução do acesso aos serviços de saúde após a chegada dos médicos do projeto afirmaram que esse acesso melhorou muito, 141 (31,61%) avaliaram que ele melhorou e apenas 24 (5,38%) consideraram que ele ficou inalterado;

- o aumento do horário de atendimento médico foi relatado por 143 profissionais dos 443 que responderam a esse questionamento (32,27%);

- o aumento do número de consultas foi afirmado por 401 dos 444 (90,31%) profissionais que responderam a essa pergunta;

d) do acima exposto, conclui-se que houve uma melhora no acesso à atenção básica após a chegada dos médicos do projeto (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 38);

e) outro ponto positivo refere-se à chegada e a permanência de médicos em municípios carentes, onde havia muita dificuldade para atrair e fixar tais profissionais. Até o encerramento da auditoria, haviam sido alocados 13.790 médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados em todas as 27 unidades federadas (TC nº 005.391/2014-8, peça 171, p. 43).

IV – Considerações adicionais sobre a auditoria (TC nº 005.391/2014-8 e Acórdão nº 331/2015 – Plenário)

28. A unidade técnica salientou ainda que:

a) parte das deliberações constantes do Acórdão nº 331/2015 - Plenário tiveram os respectivos prazos para atendimento fixados em até 60 dias, logo já deveriam ter sido cumpridas. A verificação desse cumprimento ocorrerá em futuro monitoramento;

b) a Advocacia Geral da União (AGU) entrou com Embargos de Declaração em face de possível omissão constatada no Acórdão nº 331/2015 - Plenário, tendo alegado que não existe previsão legal para a responsabilização solidária dos médicos supervisores em decorrência de atos praticados pelos médicos participantes do Programa Mais Médicos (TC nº 005.391/2014-8, peça 225, pp. 8 e 13);

c) além disso, o Ministério da Saúde e a AGU interpuseram recurso de reconsideração em face dos itens 9.1, 9.2, dos subitens 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 9.4.1, 9.4.4, 9.5.2, do item 9.6 e do subitem 9.7.1, todos do Acórdão 331/2015 - Plenário (TC nº 005.391/2014-8, peça 239, pp. 1 a 17);

d) em síntese, os itens questionados referem-se a:

- compatibilidade de horários dos supervisores (item 9.2);

- sistemas de informação em saúde para a atenção básica (itens 9.2, 9.4.1, 9.4.4 e 9.6);

- revisão dos instrumentos integrantes da tutoria (item 9.3.1);

- revisão do resultado das provas do módulo de acolhimento (itens 9.3.2, 9.3.3 e 9.7.5);

e) ao final de suas peças, os recorrentes requereram o acolhimento das razões expostas para:

- conceder a dilação do prazo previsto para o atendimento da determinação contida no item 9.3.1 de 60 (sessenta) para 120 (cento e vinte) dias;

- tornar insubsistentes os itens 9.1, 9.2, os subitens, 9.3.2, 9.3.3, 9.4.1, 9.4.4, 9.5.2, o item 9.6 e o subitem 9.7.1, todos do Acórdão nº 331/2015 - Plenário (TC nº 005.391/2014-8, peça 239, p. 17);

f) os itens do acórdão que foram alvo de interposição de recurso de reconsideração e de embargos de declaração têm seus efeitos suspensos até julgamento de mérito das peças recursais, conforme explicitado no art. 185, caput e § 1º, e no art. 287, § 3º, ambos do Regimento Interno do TCU;

g) acerca do cumprimento das deliberações constantes do Acórdão nº 331/2015 - Plenário, o Ministério da Saúde até o momento somente se manifestou por meio do Ofício nº 172/2015 -SGEP/MS, ao qual está anexo o Memorando nº 50 GAB/DATASUS/SGEP/MS. Nesses documentos, foi informado que, em relação aos itens 9.2 e 9.6 do referido acórdão, não haverá transferência de dados entre o SIAB e o SISAB, haja vista que as bases de dados dos dois sistemas são desenvolvidas em plataformas diferentes, razão pela qual seria inviável a migração de dados. Ademais, salienta-se que o banco de dados do SIAB utiliza registros consolidados mensais da produção dos profissionais da atenção básica, enquanto o banco de dados do SISAB utiliza registros individualizados de atendimentos, não sendo possível a desagregação dos dados do SIAB para a incorporação no SISAB (TC nº 005.391/2014-8, peça 252, pp. 2 e 3);

h) no item 9.7.2 do Acórdão nº 331/2015 - Plenário, foi determinado à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que estudasse a criação de mecanismo que possibilitasse a **consulta,** no site da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), **à relação nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores.** A unidade técnica verificou que, no portal do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), é possível consultar a relação dos médicos, tutores e supervisores participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. A referida relação contém dados sobre a situação (ativo/inativo), estado, município de lotação e número do Registro Único do médico no Ministério da Saúde. Porém, não é possível conhecer a relação entre médicos, tutores e supervisores, ou seja, saber quem é o tutor e o supervisor de cada médico.

V - Processo de Acompanhamento do Programa Mais Médicos (TC nº 027.492/2013-3):

29. A solicitação de informações ao TCU, encaminhada pelo Congresso Nacional, faz menção ao processo de acompanhamento do Programa Mais Médicos (TC nº

027.492/2013-3), sem detalhar as informações requeridas acerca desse processo.

30. Sobre esse processo, a unidade técnica destacou que:

a) trata-se de processo de acompanhamento autorizado por Despacho do Ministro Relator (TC nº 027.492/2013-3, peça 25), com o objetivo de avaliar a legalidade e a legitimidade da criação e implementação do Programa Mais Médicos, instituído pela Medida Provisória nº 621, de 8/7/2013, convertida posteriormente na Lei nº 12.871/2013;

b) por intermédio de diligência realizada junto ao Ministério da Saúde, foi obtida documentação acerca do programa em tela. Após analisar esses documentos, o TCU prolatou o Acórdão nº 3.614/2013 – Plenário, por meio do qual determinou a adoção de providências, a oitiva do Ministério da Saúde e a continuidade do acompanhamento sobretudo quanto aos seguintes aspectos (TC nº 027.492/2013-3, peça 32):

- inserção do Programa Mais Médicos no Plano Plurianual (PPA) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) (itens 9.1.1 e 9.1.2);

- pagamentos semestrais antecipados para a Organização Pan-Americana (Opas) (item 9.2.1);

- medidas adotadas em caso de não correspondência entre valores transferidos e os serviços prestados (item 9.2.2);

- prestação de contas dos valores repassados à Opas a título de taxa de administração (item 9.2.3);

- Programa/Ação utilizados para executar o projeto (item 9.2.4);

- valores recebidos a título de ajuda de custo pelos profissionais (item 9.2.5);

- período estimado relativo ao pagamento das bolsas aos médicos cubanos (item 9.2.6);

- contratação de assessores internacionais e consultorias especializadas (item 9.2.7);

c) em seguida, o Ministério da Saúde apresentou documentos e justificativas que foram analisados pela unidade técnica e encaminhados pelo Relator ao Ministério Público junto ao TCU, para emissão de parecer (TC nº 027.492/2013-3, peça 98). Atualmente os autos encontram-se no Gabinete do Ministro Relator Benjamin Zymler, aguardando análise acerca do atendimento das deliberações contidas no Acórdão nº 3.614/2013 – Plenário por parte do Ministério da Saúde;

d) ainda que existam informações pendentes de análise por parte do Relator, é possível apresentar um panorama geral sobre a situação do Programa Mais Médicos, especificamente no que se refere ao andamento do Projeto *Mais Médicos para o Brasil*, após a expedição do Acórdão nº 3.614/2013 – Plenário;

e) segundo informações obtidas no Portal da Saúde, veiculadas no dia 14/5/2015, já houve a ocupação das últimas vagas ofertadas no Programa *Mais Médicos*. **Ao todo, são 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios (72,8% das cidades brasileiras) e em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);**

f) **em relação aos recursos despendidos, a União aplicou o montante de R$ 2.660.877.647,00 (dois bilhões, seiscentos e sessenta milhões, oitocentos e setenta e sete mil, seiscentos e quarenta e sete reais),** divididos nos seguintes Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas):

- 3º Termo de Ajuste: R$ 510.957.307,00 (quinhentos e dez milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sete reais);

- 4º Termo de Ajuste: R$ 973.946.600,00 (novecentos e setenta e três milhões, novecentos e quarenta e seis mil e seiscentos reais);

- 5º Termo de Ajuste: R$ 1.175.973.740,00 (um bilhão, cento e setenta e cinco milhões, novecentos e setenta e três mil, setecentos e quarenta reais);

g) o cronograma de desembolso constante dos planos de trabalho que integram os Termos de Ajuste citados está descrito na Tabela a seguir:

Cronograma de desembolso do Programa Mais Médicos – Brasil, 2013-2015

Instrumento	Mês de desembolso		Valor a ser desembolsado
3º Termo de Ajuste	ago/13	R$	100.000.000,00
	set/13	R$	300.000.000,00
	nov/13	R$	110.957.307,00
	TOTAL	**R$**	**510.957.307,00**
4º Termo de Ajuste	fev/14	R$	427.000.000,00
	abr/14	R$	273.000.000,00
	jun/14	R$	273.946.600,00
	TOTAL	**R$**	**973.946.600,00**
5º Termo de Ajuste	ago/14	R$	280.000.000,00
	out/14	R$	300.000.000,00
	dez/14	R$	120.000.000,00
	fev/15	R$	475.973.740,00
	TOTAL	**R$**	**1.175.973.740,00**

Fonte: Planos de Trabalho dos Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação com a Opas. Portal MEC/MS

h) **os valores referentes aos três Termos de Ajuste já foram integralmente transferidos à Opas,** conforme consta do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), por meio das transferências financeiras a seguir relacionadas:

- 3º Termo de Ajuste: transferências financeiras nº 2013TF828704, nº 2013TF833433, nº 2013TF836122, nº 2014TF802947 e nº 2014TF000002;

- 4º Termo de Ajuste: transferências financeiras nº 2014TF000044, nº 2014TF817800 e nº 2014TF822096;

- 5º Termo de Ajuste: transferências financeiras nº 2014TF831066, nº 2014TF837034, nº 2014TF843163 e nº 2015TF000034."

13. Conclusões Graduação

Por fim, cabem algumas hipóteses de desdobramentos possíveis com consequência no trabalho parlamentar em vista da situação que verificamos neste período de funcionamento da SUBCAMED.

A primeira diz respeito à qualidade da oferta atual de formação médica em nível de graduação. É fato que, a continuar a política de aumento de cursos no final de 2016 contaremos com mais de 300 (trezentos) cursos de graduação em medicina em funcionamento, **considerando-se os 257 existentes mais os 58 aprovados no âmbito das exigências da Lei 12871/2013, que de 2015 para 2016 começarão suas atividades, chegando-se com isso à oferta de cerca de 27 mil vagas/ano**. As avaliações das IES que sistematicamente vêm sendo realizadas há quase vinte anos demonstram, infelizmente, que parcela expressiva desses cursos não tem a qualidade mínima para manterem-se funcionando e diplomando alunos anualmente. A autoridade educacional estabelecida não tem conseguido, a contento, efetivar as sanções legais devido às sucessivas judicializações dos processos, que acabam por reabrir ou reestabelecer a oferta de vagas de cursos de baixa qualidade.

Autorizações para a prática médica restritas apenas ao Programa Mais Médicos, para médicos com títulos obtidos no exterior sem revalidação no Brasil dificultam a situação de brasileiros que não conseguirão mercado de trabalho após o término do período de sua duração (2018), e com o retorno de milhares de médicos estrangeiros a seus países de origem. Além disso, preocupa-nos a substituição desses por milhares de médicos nacionais, que por ventura tenham concluído suas graduações em escolas sem o rigor de qualidade necessário, como atestam as avaliações que são feitas periodicamente (vide os exames do Cremesp que reiteradamente mostram que cerca de metade dos alunos que fazem o Exame não são aprovados, mas ainda assim, exercem a profissão.

As novas avaliações a serem introduzidas – tanto a do CFM/ABEM, quanto a promovida pelo governo brasileiro, que avaliarão bienalmente os alunos e verificarão as IES serão muito bem-vindas, mas vale a preocupação de que, como as anteriores, poderão resultar na reiteração de que boa parte dos cursos não está produzindo profissionais à altura do que deles se espera.

Com isso, o primeiro desafio diz respeito ao papel insubstituível do Parlamento na fiscalização dos atos do Executivo quanto à obrigação de assegurar a qualidade da oferta de educação superior, no caso, dos cursos médicos no país. E na sugestão de correções de rumos das disfunções e problemas à vista na implementação e fixação das políticas públicas da área.

De outra parte, vale a pena o Parlamento tomar ciência das pesquisas contratadas pelo Ministério da Saúde e da Educação sobre as expectativas de alcance das metas de mais longo prazo do Mais Médicos, seja quanto ao provimento de

quadros médicos em quantidade suficiente para a oferta dos serviços de saúde à população, seja quanto à correção das distribuições desequilibradas de profissionais no território nacional. Especial interesse terão aquelas que já estão trabalhando com as projeções nesse sentido, como o trabalho desenvolvido pelo grupo de pesquisa que trabalha no projeto "Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras", desenvolvido no *Programa de Apoio Institucional ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde* (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde, com recursos do Hospital Israelita Albert Einstein e do Hospital Sírio-Libanês, e já publicou três Relatórios recentemente, intitulados "*Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções*", "*Análise de Processos de Avaliação e Acreditação de Escolas Médicas no Brasil e no Mundo*" e "*Estudo Descritivo Internacional de Escolas Médicas, Sistemas de Saúde, Modelos de Financiamento, Gestão e Regulação".*

Aprimoramentos legislativos têm também seu lugar, como por exemplo, elevar um exame como o Revalida ao estatuto de lei, dadas as experiências exitosas que já o lastreiam, colocando-o a salvo de eventuais investidas de extinção ou de banalização das avaliações que empreende.

V – PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA

A pós-graduação em Medicina no Brasil organiza-se em cursos e programas em conformidade com a legislação vigente, sendo composta basicamente de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*. Todavia, a frente mais discutida durante os trabalhos da subcomissão especial e que acabou por tomar mais relevância foi a das Residências Médicas.

Na pós-graduação *lato sensu* existem diversos cursos e programas, entre os quais cursos de atualização, aprimoramento, aperfeiçoamento e especialização. Entre esses, as Especializações são os únicos cursos que exigem carga horária mínima de acordo com as normas regulamentares do MEC (ao menos 360h). No entanto, incluem-se entre as Especializações as **Residências Médicas**, Residências em Saúde e Residências Multiprofissionais, cuja natureza, características e perfil são distintos das demais.

Na pós-graduação *stricto sensu* há os cursos ou programas de mestrado profissional e, em suas vertentes acadêmicas, o mestrado e doutorado.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – preceitua sobre a educação superior nos seguintes termos:

Art. 44. A educação superior abrangerá os seguintes cursos e programas:

I - cursos sequenciais por campo de saber, de diferentes níveis de abrangência, abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos pelas instituições de ensino, desde que tenham concluído o ensino médio ou equivalente; (Redação dada pela Lei nº 11.632, de 2007).

II - de graduação, abertos a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo;

III - de pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino;

IV - de extensão, abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos em cada caso pelas instituições de ensino.

Parágrafo único. Os resultados do processo seletivo referido no inciso II do caput deste artigo serão tornados públicos pelas instituições de ensino superior, sendo obrigatória a divulgação da relação nominal dos classificados, a respectiva ordem de classificação, bem como do cronograma das chamadas para matrícula, de acordo com os critérios para preenchimento das vagas constantes do respectivo edital. (Incluído pela Lei nº 11.331, de 2006)

Graduações como as de Medicina dão acesso pleno, mediante diploma, a qualquer pós-graduação, seja *stricto* ou *lato sensu*.

Optamos neste Relatório enfatizar a situação da pós-graduação *lato sensu*, em particular as Residências Médicas, no que pese apresentarmos considerações também sobre a situação da pós-graduação em geral, o mestrado e o doutorado.

1. Pós-graduação *lato sensu*

De acordo com o Plano Nacional de Pós-Graduação - PNPG 2011-2020, a pós-graduação *lato sensu* iniciou nos anos 1960, no que pese existirem raros cursos mais antigos, e teve grande expansão desde a década de 1990. Entre as normas regulamentares editadas após a virada deste século, a primeira relevante foi a Resolução CNE/CES nº 1, de 3 de abril de 2001, que abrangia toda a pós-graduação e tinha alguns dispositivos que tratavam especificamente do *lato sensu*. Estes últimos foram revogados pela Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007, *"que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização*". Os excertos da Resolução nº 1/2001 que se mantêm vigentes são os seguintes:

> *Art. 1° Os cursos de pós-graduação lato sensu oferecidos por instituições de educação superior devidamente credenciadas independem de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, e devem atender ao disposto nesta Resolução.*
>
> *§ 1° Incluem-se na categoria de curso de pós-graduação lato sensu aqueles cuja equivalência se ajuste aos termos desta Resolução.*
>
> *§ 2° Excluem-se desta Resolução os cursos de pós-graduação denominados de aperfeiçoamento e outros.*
>
> *§ 3° Os cursos de pós-graduação lato sensu são abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação ou demais cursos superiores e que atendam às exigências das instituições de ensino. […]*
>
> *Art. 2° Os cursos de pós-graduação lato sensu, por área, ficam sujeitos à avaliação dos órgãos competentes a ser efetuada por ocasião do recredenciamento da instituição (grifo nosso).*

A LDB menciona "cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros" em seu art. 44. Atualizações e aprimoramentos são cursos, em geral, de duração mais curta quando comparados a aperfeiçoamentos, mas nenhum tem carga horária mínima definida nas normas regulamentares editadas pelo ME.

Todas as pós-graduações *lato sensu* conferem unicamente certificados a seus concluintes, sendo que a diferença da Especialização para as demais

modalidades (atualizações, aprimoramentos e aperfeiçoamentos) reside no fato de que o certificado da primeira é caracterizado por maior rigor normativo, havendo obrigatoriedade de informações que caracterizem plenamente o curso como "Especialização" (carga horária mínima, titulação dos docentes e outras informações).

De acordo com a Resolução CNE/CES nº 1/2007, os cursos *lato sensu* em nível de especialização, oferecidos por instituições de educação superior devidamente credenciadas independem de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, portanto, não se enquadram nos critérios de avaliação utilizados para a graduação e pós-graduação *stricto sensu*. **Este, porém, não é caso das Residências, vertente diferenciada de especialização, submetida a regulamentação específica.**

No caso dos cursos de especialização não constituídos como Residência, são observadas as normas referentes à qualificação do corpo docente e da instituição ofertante. A carga horária desses cursos é significativamente superior à mínima (360 horas) fixada pelo Conselho Nacional de Educação para os cursos de especialização.

Diferentemente da Residência Médica, o concluinte desse curso não tem direito ao título de "especialista" conferido pelas respectivas entidades médicas. No entanto, caso o curso seja credenciado junto à entidade da especialidade, a posse do certificado, em geral, habilita o médico a participar das provas para obtenção do título.

1.1 Residências Médicas: um caso peculiar de Especialização

A pós-graduação *lato sensu* abriga pluralidade notável de cursos e programas. Entre eles, incluem-se as Residências na área de saúde, reguladas pela Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981 (Residência Médica), pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (Residência Multiprofissional em Saúde[11]) e por normas regulamentares da Comissão Nacional de Residência Médica e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)[12], que abrange as seguintes áreas, definidas pela Resolução CNS nº 287, de 8 de outubro de 1998: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional). O

[11] Residência em Área Profissional de Saúde e a Residência Multiprofissional diferenciam-se, sobretudo, por esta última ser programa constituído por ao menos 3 (três) programas de Saúde. Conforme a Resolução CNRMS nº 2/2012, "para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde; [...] quando o programa constituir-se por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde".
[12] A CNRMS foi instituída pela Portaria Interministerial nº1.077, de 12 de novembro de 2009.

conceito de Residência remete à integração entre ensino e serviço, o que confere particularidade a esse tipo de pós-graduação *lato sensu* em relação aos demais.

As Residências distinguem-se inequivocamente das demais Especializações (pós-graduação *lato sensu*), inclusive pela carga horária. Residências têm carga semanal máxima de 60 horas semanais, "nelas incluído um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão" (Lei nº 6.932/1981, art. 5º, *caput*)[13], bem como exigem dedicação exclusiva e disponibilizam bolsas para os residentes. Com essa carga horária, isso significa que um médico residente fará, ao ano, de 2.800h a 3.200h em seu treinamento, número de horas muito superior ao das Especializações convencionais.

Tal é o reconhecimento de suas peculiaridades frente às demais Especializações que o art. 20 da minuta de Resolução do CNE sobre Especializações, de julho de 2014, prevê que "os programas de residência em saúde terão norma específica própria no que disser respeito às suas interfaces com Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* Especialização".

A primeira Residência Médica no Brasil remonta a 1944-45, quando o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) pôs em funcionamento um dos primeiros programas brasileiros de Residência Médica (RM) no Brasil, nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Fisiobiologia Aplicada. O Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro inicia, em 1948, o seu programa de RM.

Até a década de 1960, os programas de Residência concentravam-se basicamente nos hospitais públicos tradicionais e nos hospitais universitários públicos. Entretanto, já no final dos anos 1950, a repercussão do desenvolvimento tecnológico e científico na Medicina, as pressões das indústrias de medicamentos e equipamentos sobre a organização do trabalho médico e os movimentos em favor da criação de novas escolas e do aumento de vagas para Medicina nas universidades impulsionam a multiplicação dos programas de Residência pelo Brasil, fundamentando a tendência da formação especializada.

Este crescimento de vagas nas escolas médicas e nas Residências não se fez acompanhar de medidas para reorganizar e direcionar o mercado

[13] O plantão presencial do médico residente é a única modalidade reconhecida pela CNRM, sendo considerados irregulares sobreaviso plantão a distância e outras formas. O treinamento em serviço do residente supõe, necessariamente, supervisão permanente por docentes, médicos portadores de Certificado de Residência Médica (ou equivalentes ou qualificação superior) da área ou especialidade, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da CNRM.

de trabalho médico, cuja lógica se cumpria pela concentração de profissionais nas capitais e nas regiões mais desenvolvidas do país, gerando a partir de então problemas crônicos de distribuição dos médicos no território.

Elemento fundamental na multiplicação da procura e oferta de vagas de Residência, ao longo das décadas de 1960 e 1970, ao lado da estruturação de um mercado de trabalho competitivo e voltado à especialização, foi a insuficiência de treinamento prático proporcionado pelos cursos médicos. Não existia, porém, um sistema de regulação, monitoramento e verificação dos programas de Residência oferecidos aos médicos recém-formados, que buscavam oportunidade de trabalhar nos hospitais, supostamente sob supervisão, e a baixa remuneração.

Em consequência dos movimentos reivindicatórios dos residentes, o Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, formalizou a institucionalização do Programa de Residência Médica (RM) e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), para regulamentar essa modalidade de ensino no país e credenciar os programas válidos nacionalmente. O credenciamento vale por cinco anos, devendo assim ser periodicamente renovado, o que supõe, portanto, avaliações. Em 21 de junho de 1985, o Decreto nº 91.364 estabeleceu a composição e o funcionamento da CNRM, , vinculada à Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) e presidida por seu titular. É constituída por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) e pelos coordenadores regionais e estaduais dos programas de residência médica.

A Lei nº 6.932/1981 assim define a Residência Médica:

> Art. 1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

As Residências Médicas, tais como os demais cursos de pós-graduação *lato sensu*, não se submetem aos procedimentos censitários, à supervisão e às avaliações trienais da Capes.

Sua regulação, por meio dos processos de autorização, credenciamento, renovação de credenciamento e supervisão, está a cargo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), auxiliada, conforme o caso, pelas respectivas Comissões Estaduais (CEREMs).

De acordo com a Lei nº 6.932/1981, Residências Médicas conferem o título de Especialista a seus concluintes, reconhecido tanto pelo Conselho Federal de Medicina quanto pelo Sistema Federal de Ensino e pelo mercado de trabalho. No Brasil, a expressão "Residência Médica" só pode ser apropriadamente empregada para os programas de pós-graduação lato sensu da área médica, credenciados pela CNRM.

Atualmente, há 806 instituições autorizadas, nas 53 Especialidades e 54 Áreas de Atuação reconhecidas pela CNRM, totalizando 6.532 Programas no território nacional (Nota Técnica nº 72, CGRS/DDES/SESu/MEC, de 6 de julho de 2015).

A Lei 6.932/1981 caracteriza o residente como contribuinte autônomo da Previdência Social, motivo por que lhe são assegurados os direitos previstos na Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, e os decorrentes do seguro de acidentes do trabalho. A norma legal também estabelece que instituições de saúde responsáveis por programa de Residência Médica são responsáveis pela alimentação e pelo alojamento dos residentes no decorrer do período da residência. São resguardados, ainda, os seguintes direitos aos residentes: previsão de licença gestante e "dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade" (art. 5º, § 1º).

Quanto à relação entre serviço e ensino, assim a Lei estabelece a correlação entre atividades de caráter profissional e pedagógico:

> Art. 5º, § 2º Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.
>
> Art. 6º Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

A Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006, reafirma, neste ponto, a Lei nº 6.932/1981, detalhando o que são as atividades teórico-complementares:

> Art. 9º Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares.
>
> § 1º Entende-se como atividades teórico-complementares: sessões anatomoclínicas, discussão de artigos científicos, sessões clinicorradiológicas, sessões clinicolaboratoriais, cursos, palestras e seminários.
>
> § 2º Das atividades teórico-complementares devem constar, obrigatoriamente, temas relacionados a Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística. Recomenda-se a participação do Médico Residente em atividades relacionadas ao controle das infecções hospitalares.

Esta Resolução estipula, ainda, que o residente seja submetido periodicamente à avaliação (provas escritas, orais, práticas ou de desempenho por escala de atitudes, incluindo ética, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros). A frequência mínima das avaliações será trimestral e, a critério da instituição, pode ser exigida monografia ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.

De início, o elevado nível de exigência para credenciamento de programas de Residência por parte da CNRM levou à desativação de muitos cursos então existentes até os anos 1980, os quais funcionavam mais em decorrência da necessidade de mão de obra barata dos serviços do que com finalidades didáticas.

> Das 205 instituições que solicitaram credenciamento à CNRM, somente 154 receberam pareceres favoráveis (Brasil, 1984). Como a demanda por mais vagas de Residência Médica era um fenômeno real e significativo e os residentes cumpriam um papel importante na prestação de serviços e na introdução de um patamar mínimo de tecnologia ao nível das instituições, houve um novo fenômeno de expansão de vagas de RM nos anos seguintes. Em 1982 havia 1.500 vagas de residentes de 1º ano e em 1984, essas vagas já eram 4.097. Ou seja, já nessa ocasião, quase 51%

dos médicos graduados tinham a oportunidade de ingressar em programas de Residência Médica (Souza, 1985).14

Em 1987 a CNRM cria as Comissões Estaduais de RM, com as quais compartilha as responsabilidades de gestão e coordenação dos programas. Constituem-se as Comissões de Residência Médica (Coreme) nos municípios em que há Residências, formadas por médicos residentes, supervisores dos programas e direção da instituição, dotadas de regimento próprio, mas desenhadas e funcionando conforme as determinações da CNRM.

As Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) integram a estrutura institucional coordenadora das RM no país, composta por representantes das unidades da Federação. Subordinadas à CNRM, foram instituídas pela Resolução nº 1, de 6 de abril de 1987, da CNRM/SESu/MEC, e redefinidas pela Resolução CNRM nº 2/2002. Possuem poder de decisão sobre os assuntos de RM dos estados e do DF, conforme a legislação regulamentadora..[15] A Resolução CNRM nº 9/2004, de 5 de agosto de 2004, incumbe cada Comissão Estadual de Residência Médica de designar as comissões de avaliação dos programas de residência em processo de credenciamento e recredenciamento, constituídas por, no mínimo, um dos seus membros; um membro da especialidade a ser avaliada, indicado pela Associação Médica Brasileira - AMB e um representante do gestor público local de saúde, indicado pela Secretaria Estadual da Saúde.

A Resolução CNRM nº 1/2004, que trata dos requisitos mínimos para que uma instituição possa manter programas de residência médica, institui, em seu art. 46, a Comissão de Residência Médica (Coreme) de cada Instituição de Saúde como

[14] FEUERWERKER, Laura C. M. A formação de Médicos Especialistas no Brasil. Texto preparado para o curso *Política de Rh para gestão do SUS*. Brasília, DF, dez. 2000, p. 8.

[15] São atribuições das Comissões Estaduais de Residência Médica: I - manter contato permanente com todos os programas de RM do Estado. II - acompanhar e analisar os processos de credenciamento de novos programas de residência, orientando as instituições para o pronto atendimento das providências solicitadas pela CNRM; III - realizar vistorias em estabelecimentos de saúde com vistas ao credenciamento e recredenciamento de programas em curso; IV - propor credenciamento, recredenciamento e descredenciamento dos programas de RM em curso. O credenciamento inicial é da competência da CNRM; V - acompanhar o desenvolvimento dos programas de RM prestando assessoria pedagógica e sugerindo medidas que aprimorem o seu desempenho e qualifiquem melhor seus egressos; VI - realizar estudos de demandas por especialistas para cada especialidade; VII - orientar as Instituições de saúde quanto a política de vagas por especialidades de acordo com a demanda; VIII - acompanhar o processo seletivo para os programas de RM; IX - fazer a interlocução dos programas com a CNRM; X - repassar anualmente a relação de programas e situação de credenciamento, dos residentes por programa e ano que estão cursando, dos residentes que concluíram e receberão certificados e outros dados solicitados pela CNRM; XI - gerenciar o processo de transferência de Médicos Residentes de acordo com a legislação vigente; XII - acompanhar o registro dos certificados dos residentes que concluíram programas credenciados. As comissões estaduais são constituídas por um Plenário, um Conselho Deliberativo e por uma Diretoria Executiva. O Plenário da Comissão Estadual é composto pelos membros do Conselho Deliberativo, da Diretoria Executiva e por dois delegados de cada Unidade de Saúde que ofereça Programas de RM, sendo um Coordenador dos Programas e outro representante, pertencente ao quadro dos Médicos Residentes eleito pelos seus pares. Os membros do plenário são indicados pelas instituições que ofereçam Programas de RM para mandato de 2 (dois) anos, permitida a recondução. As instituições referidas no parágrafo anterior indicam à Comissão Estadual de Residência Médica, por intermédio de ofício, os respectivos suplentes.

intermediadora local dos entendimentos com a Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem), definindo seu escopo de atuação e a periodicidade obrigatória (mensal) de suas reuniões. Os membros das Coremes são escolhidos entre supervisores e preceptores de programas de Residência Médica e há representação dos médicos residentes regularmente integrados àquele programa, com direito a voz e voto nas reuniões e decisões.

Em 1989, as entidades nacionais da classe médica - o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) - decidiram, por meio de protocolo conjunto,

> […] reconhecer como especialistas somente os médicos aprovados nos exames promovidos pelas associações de especialistas. A principal justificativa para a medida foi a existência de muitos programas de Residência Médica precários, o que tornaria necessária essa avaliação antes da concessão do título (Knoplich, 1994). A CNRM não reagiu a essa iniciativa, no mínimo, curiosa, já que essas duas entidades estão representadas na Comissão.[16]

A Constituição Federal de 1988 responsabiliza o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) por "ordenar a formação de recursos humanos para a saúde" no País. Ainda que o MS se faça representar na CNRM, é fraca a articulação entre o processo de formação profissional da Residência Médica – que com frequência ocorre em serviços de saúde não vinculados a escolas médicas – e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), não se tendo chegado ainda a um perfil ideal do processo de formação que leve em conta os profissionais necessários e a definição da quantidade de especialistas necessários nas diferentes áreas e regiões do país. Portanto, a formação especializada de médicos depende da área educacional (CNRM e MEC) e da área da saúde (MS, na qualidade de coordenador das ações do SUS). Harmonizar essas duas vertentes da formação médica é, ainda, um desafio dos Poderes Públicos e das Instituições de Saúde.

> Na busca do equilíbrio entre a formação científica oferecida pelas faculdades e uma formação que desenvolva competências indispensáveis para a atividade médica, é necessário experimentar formas conjuntas de atuação entre dois setores historicamente isolados: a educação e a saúde. Discutem-se, intensamente, modos de transformação da organização dos serviços e das práticas de saúde atrelados a processos formativos

[16] Idem, p. 9.

> e práticas pedagógicas que, conjuntamente, desenvolvam e sedimentem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).[17]

Só recentemente os esforços de definição de prioridades começam a dar resultados no âmbito dos novos programas do Ministério, como o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, criado pela Lei n° 11.129/2005, e o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), criado pela Portaria interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009.

A Portaria nº 15, de 8 de janeiro de 1991, criava, no âmbito do Ministério da Saúde, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária (Fideps), estabelecendo adicional de pagamento do SUS às instituições que oferecem programas de ensino, Residência Médica entre eles. Essas instituições recebem segundo tabela especial pelos serviços prestados ao SUS (75% de acréscimo, no caso da Residência Médica). O MS tinha dois objetivos, entre outros, ao criar o Fideps: estimular a integração dos hospitais universitários ao SUS e fomentar a prática de atividades didáticas e de formação profissional nos hospitais da rede de serviços, para incentivar a melhora da qualidade tanto dos serviços prestados quanto dos profissionais.

O estímulo financeiro incentivou de fato a criação de novos programas de RM, evidenciando cada vez mais a necessidade de um processo de credenciamento criterioso, que considerasse as condições mínimas indispensáveis para seu adequado funcionamento e de definição de critérios para a inclusão ou não de novos programas nas diferentes áreas de especialização, segundo as necessidades do SUS.

Em 11 de abril de 2002, convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visou estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de Especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma e as condições de concessão de registros de títulos de Especialista. A Resolução CFM nº 1.634/2002 dispõe sobre o convênio mencionado, que tem por finalidade, conforme sua Cláusula Primeira,

> […] a conjugação de esforços dos convenentes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, cabendo às partes:
>
> a. CNRM - credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de residência médica;
>
> b. AMB - orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados; e

[17] BOTTI, Sérgio Henrique. *O papel do preceptor na formação de Médicos Residentes:* um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Tese de Doutorado, Fiocruz, RJ, 2009.

c. CFM – registrar os títulos e certificados.

A Resolução define ainda, em sua Cláusula Segunda, que, "para a execução deste convênio, fica criada a Comissão Mista de Especialidades (CME), composta por dois representantes de cada entidade convenente, que reunir-se-á, no mínimo, duas vezes por ano, podendo ser criadas subcomissões para auxiliar os trabalhos."

Mais tarde, nove novas Resoluções do CFM – nº 1.659/2003; nº 1.666/2003; nº 1.763/2005; nº 1.785/2006; nº 1.845/2008; nº 1.930/2009; nº 1.951/2010; nº 1.973/2011; e nº 2.005/2012 – vieram a acrescer ou retirar, da listagem anteriormente publicada, especialidades ou áreas de atuação. No momento, as entidades médicas convenentes reconhecem 53 (cinquenta e três) Especialidades Médicas e 54 (cinquenta e quatro) Áreas de Atuação (listadas na Resolução CFM nº 1.951/2012), bem como estabelecem as titulações e as certificações das respectivas Especialidades, o tempo necessário de formação, os programas de Residência Médica correspondentes e os concursos dos colégios e sociedades médicas especializadas nas respectivas áreas para a concessão dos títulos de especialização.

Os Programas de Residência podem ser:

a. De acesso direto (de 2 a 5 anos de duração)

b. Pré-requisito para outras áreas (de 2 a 3 anos) + aprofundamento na mesma especialidade original (mais 1 ano)

c. Pré-requisito para outras áreas (de 2 a 3 anos) + Área de Atuação (até 2 anos)

O acesso aos programas de RM credenciados se dá mediante processos seletivos públicos convocados anualmente por meio de Editais amplamente divulgados. Processos similares de acesso podem ou não caracterizar os demais cursos de especialização, especialmente os oferecidos por instituições públicas. Mas no caso da RM, segundo as Resoluções CNRM 01/99 e 01/2000, os candidatos deverão se submeter necessariamente a processo público de seleção, que inclua:

a) prova escrita obrigatória e única versando sobre conhecimentos de Medicina, com igual número de questões nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social, podendo ser realizada em uma ou mais fases, com ponderações distintas, a critério da instituição, com peso mínimo de 90% (noventa por cento); e

b) prova oral, entrevista ou avaliação curricular, a critério da

instituição, com peso máximo de 10% (dez por cento).

Nos programas com exigência de pré-requisito, a prova escrita versa sobre conhecimentos de Medicina exclusivamente da respectiva área. Nos casos em que houver 3º ano (R3) opcional, as vagas são preenchidas também por processo de seleção pública, aberto aos médicos que tenham concluído o 2º ano de Residência (R2) da área, em programas credenciados pela CNRM, devendo a prova escrita versar sobre conhecimentos de Medicina da área em questão. Pela Resolução CNRM nº 2, de 1º de setembro de 2011, fica estabelecido que os programas de RM terão início no primeiro dia útil do mês de março de cada ano, sendo vedada a realização de processos seletivos públicos para ingresso em Programas de Residência Médica antes do primeiro dia de novembro do ano que antecede o início dos programas.

1.2 Bolsas e benefícios nas Residências Médicas

No que concerne às bolsas concedidas aos residentes, a Lei nº 6.932/1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, vem periodicamente sendo modificada para atualizar seu valor. De janeiro de 2007 até 2011, esta bolsa equivalia a *R*$ 1.916,45 mensais, valor este definido pela Lei nº 11.381/2006. A última modificação, determinada pela Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011, assegurou bolsa mensal no valor de R$ 2.384,82, aos médicos residentes, significando majoração de 22% sobre o valor anterior, que vigorava há cinco anos. A bolsa de estudo recebida pelos residente tem isenção de imposto de renda.Define que o médico residente cumprirá regime especial de treinamento em serviço de 60 horas semanais; será filiado ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) como contribuinte individual; terá direito à licença-paternidade de 5 dias ou à licença-maternidade de 120 dias, prorrogável a pedido em até 60 dias e o tempo de residência médica será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento por motivo de saúde ou licenças paternidade/maternidade.

Em 2015, o Ministério da Saúde lançou edital para custear mais de mil bolsas para Residência Médica, número que, somado às demais vagas, perfaz um total de mais de 6.500 vagas novas. Essas bolsas adicionais do Ministério da Saúde têm o valor de R$ 2.976,26 mensal para cada residente. O Edital foi lançado no início do ano (http://www.brasil.gov.br/saude/2015/02/saude-vai-custear-1-048-novas-bolsas-de-residencia-medica-em-2015).

Embora o valor da bolsa do residente seja até maior do que o estipulado para as bolsas de mestrado e doutorado do CNPq, a comparação não é a ideal, pois a carga horária dos médicos residentes é, efetivamente, muito maior do que a de mestrandos e doutorandos. De oitenta a noventa por cento do tempo de Residência é dedicado ao treinamento em serviço e não a atividades pedagógicas, de modo que a carga teórica dos residentes é muitíssimo menor do que a de mestrandos e doutorandos. Nesse sentido, a reivindicação de aumento das bolsas é elemento nevrálgico dos

movimentos em defesa da categoria dos médicos residentes, gerando greves e significativo impacto nos serviços oferecidos pelo SUS. Ainda assim, os valores costumam ser mantidos por anos sem a correção devida. Nesse sentido, as demais reivindicações do movimento dos médicos residentes foram no sentido da obtenção de outros direitos, parte deles conseguidos apenas após mobilizações tais como greve nacional que envolveu cerca de 80% da categoria em 2010, que também conseguiu acordo para reajuste do valor da bolsa.

Diante de pressões como essas, atualmente, a instituição de saúde responsável por programas de RM deve oferecer ao residente condições adequadas para repouso e higiene pessoal nos plantões, alimentação e moradia, conforme regulamento. A Resolução CNRM nº 1, de 16 de junho de 2011, assegurou ao médico residente descanso obrigatório de 6 horas consecutivas, iniciadas imediatamente após o cumprimento do plantão noturno e no mínimo 12 horas.

No entanto, o problema do financiamento das bolsas ainda é um dos centrais para as Residências Médicas. Enquanto o MEC financia as bolsas das instituições do sistema público federal de ensino superior com hospitais universitários mantenedores de Programas de RM, o MS responsabiliza-se por aquelas bolsas vinculadas a programas estratégicos em sua área. Há também programas como o Pró-Residência (MEC/MS, 2009), criado em 2009 pelo MEC e MS, e cujos editais permitiram selecionar, para 2010, 69 (sessenta e nove) instituições entre hospitais, escolas, universidades, secretarias de saúde, localizadas em 20 Estados e no Distrito Federal, responsáveis pelas 788 (setecentas e oitenta e oito) novas bolsas de residência concedidas, em áreas básicas e prioritárias definidas, com despesas correndo à conta dos orçamentos do MEC/SESu e do MS/SGETS. Estados e Municípios financiam diretamente os programas desenvolvidos em hospitais e instituições de suas respectivas redes, tanto quanto os mantenedores privados incumbem-se do pagamento das bolsas de residência nos hospitais e instituições de saúde privados.[18]

[18] De difícil acesso e divulgação restrita e truncada, não foi possível obter dados fidedignos e atualizados sobre os montantes relativos à citada distribuição de responsabilidades pelas bolsas de residência.

1.3 O Mais Médicos e as Residências Médicas no Brasil

O Programa Mais Médicos foi implementado por Medida Provisória, logo em seguida transformada na Lei nº 12.871/2013. Este diploma legal fez várias alterações em outras leis, inclusive na Lei nº 6.932/1981, que regula a Residência Médica no País. Já no art. 1º, verificam-se as seguintes alterações (§§ 3º, 4º e 5º):

> § 1º As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.
>
> § 2º É vedado o uso da expressão residência médica para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.
>
> § 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil. (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)
>
> § 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)
>
> § 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública. (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)

Até a edição da Lei nº 12.871/2013, portanto, havia baixo grau de flexibilização da certificação de especialidades médicas. Com essa norma, a Residência Médica passa a ser afirmada como "modalidade de certificação das especialidades médicas", o que indica que outras alternativas tornam-se potencialmente legais, tais como as certificações equiparadas concedidas pelas associações médicas, mencionadas no § 4º.

As certificações de especialidades médicas passaram a estar fortemente condicionadas "às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS)". Se antes havia certa duplicidade e relativo equilíbrio na sistemática das Residências, no sentido de que tinham de atender, de maneira relativamente similar, às determinações

das áreas de educação e de saúde dos Poderes Públicos, com a lei do Mais Médicos, as exigências penderam mais para a área de saúde, por meio do SUS, coordenado pelo MS.

Apontando tendência de integrar cada vez mais as Residências Médicas em uma política pública mais ampla e coordenada, com controle estatístico maior, o § 5º exige o encaminhamento das quantidades de médicos certificados como especialistas, a fim de que o MS organize o respetivo cadastro nacional. É uma tendência que se sintoniza com o esforço correlato de criar marco regulatório para os cursos de Especialização em geral. Da mesma forma que as Especializações convencionais, o passo para criar marcos regulatórios foi estabelecer cadastro nacional, para se ter um quadro informativo e estatístico mais preciso e dinâmico, para permitir ações coordenadas nas políticas públicas para o setor.

As alterações promovidas pela Lei do Mais Médicos na Lei da Residência Médica tiveram eco recente com o Decreto nº 8.516, de 12 de setembro de 2015, que "regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013". O Decreto revogou e ajustou o Decreto 8.497, de 4 de agosto de 2015, que sofreu fortes críticas do meio médico e vigeu por pouco mais de um mês.

O Decreto nº 8.516/2015, que consolidou a atual regulamentação a respeito do novo cadastro a ser constituído, assim apresentou a seguinte definição:

> Art. 2º O Cadastro Nacional de Especialistas reunirá informações relacionadas aos profissionais médicos com o objetivo de subsidiar os Ministérios da Saúde e da Educação na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional.
>
> Parágrafo único. Para fins do disposto neste Decreto, o título de especialista de que tratam os § 3º e § 4º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981, é aquele concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da Associação Médica Brasileira - AMB, ou pelos programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

Com se pode observar, o título de "especialista" em Medicina pode ser concedido tanto por meio de Programa de Residência Médica credenciado pela CNRM, como por "sociedades de especialidades" e pela AMB.

Uma das características do novo Cadastro Nacional de Especialistas é que ele "constituirá a base de informação pública oficial na qual serão integradas as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico constantes nas bases de dados da CNRM, do Conselho Federal de Medicina - CFM, da

AMB e das sociedades de especialidades a ela vinculadas" (art. 3º, Decreto nº 8.516/2015). Em suma, as informações eventualmente descasadas dos diversos órgãos e entidades que se dedicam à temática da formação médica tenderão a ser uniformizadas em uma estatística oficial.

Além de um cadastro das especialidades oficialmente reconhecidas, também será um banco de dados com informações a respeito dos profissionais médicos provenientes do CNRM, do CFM, da AMB e das sociedades de especialidades "que não configuram especialidade médica, mas que sejam relevantes para o planejamento das políticas de saúde e de educação e se refiram à formação acadêmica e à atuação desses profissionais" (art. 3º, parágrafo único). O art. 4º estabelece "Comissão Mista de Especialidades, vinculada ao CFM, a qual compete definir, por consenso, as especialidades médicas no País".

Entre os objetivos do cadastro nacional, vale destacar o seu uso para o planejamento das políticas públicas de saúde e, especificamente, os seguintes:

> […] III - estabelecer as prioridades de abertura e de ampliação de vagas de formação de médicos e especialistas no País;
>
> IV - conceder estímulos à formação de especialistas para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;
>
> V - garantir à população o direito à informação sobre a modalidade de especialização do conjunto de profissionais da área médica em exercício no País; […]
>
> VII - propor a reordenação de vagas para residência médica […].

De acordo com os objetivos indicados, pode-se verificar que há grande importância do cadastro nacional para o estabelecimento de políticas públicas direcionadas à formação médica e, em especial, às Residências, sendo o controle de sua atuação cada vez mais orientado para os órgãos gestores da área da saúde – o que pode vir a representar potencial enfraquecimento das instâncias ligadas à área diretamente educacional, inclusive a própria CNRM, a depender da intensidade em que essas diretrizes sejam implementadas.

A presença da área educacional nos dispositivos do Decreto ocorre sobretudo na medida em que ela deverá fornecer dados ao cadastro. Contudo, nos objetivos pouco transparece a atuação da área educacional como decisiva para estabelecer as políticas públicas para a formação médica. É, ainda, relevante o art. 12 do Decreto em análise:

> Para fins de inclusão no Cadastro Nacional de Especialistas, as modalidades de certificação de especialistas previstas nos § 3º e § 4º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981 [que foram dois dos três dispositivos acrescentados pela Lei do Mais Médicos], deverão

> cumprir os pré-requisitos e as condições estabelecidos no art. 5º, art. 6º e art. 7º, § 2º e § 3º, da Lei nº 12.871, de 2013.

Os dispositivos da Lei nº 12.871/2013 mencionados no Decreto nº 8.516/2015 são estes, os quais regulamentam a oferta de vagas nas Residências Médicas (com meta para ser implantada até o fim de 2018), a ênfase nas Residências em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e a obrigatoriedade de "R0" ("R zero"), ou seja, obrigatoriedade de Residência em MFC como etapa anterior a qualquer Residência Médica que não seja de acesso direto:

> Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.
>
> Parágrafo único. A regra de que trata o *caput* é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.
>
> Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:
>
> I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e
>
> II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:
>
> a) Genética Médica;
>
> b) Medicina do Tráfego;
>
> c) Medicina do Trabalho;
>
> d) Medicina Esportiva;
>
> e) Medicina Física e Reabilitação;
>
> f) Medicina Legal;
>
> g) Medicina Nuclear;
>
> h) Patologia; e
>
> i) Radioterapia.
>
> Art. 7º […]
>
> § 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência

> Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.
>
> § 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

Isso significa que o Decreto dilata o tempo de parte Residências Médicas, apresentando a área de Medicina Geral de Família e Comunidade (MFC) como pré-requisito para qualquer especialidade que não seja de acesso direto. A justificativa é a de que esta formação geral seria relevante para a melhor preparação dos especialistas e de que, supostamente, a MFC seria estimulada com essa medida.

Os críticos à medida, por sua vez, argumentam que essa formação geral não deveria ser obrigatoriedade das Residências (poderia ser, por exemplo, oferecida com uma reformulação das matrizes curriculares das graduações), onerando-as em excesso (e alongando indevidamente a formação dos residentes), bem como não necessariamente estimularia os profissionais à MFC – podendo até mesmo promover o efeito inverso.

A Lei do Mais Médicos, conjugada com o Decreto nº 8.516/2015, aponta para mudanças significativas no panorama das Residências Médicas no Brasil, cujo impacto importa avaliar.

1.4 Situação das Residências Médicas no Brasil

Merece destaque levantamento realizado a respeito da oferta acadêmica na área médica, com repercussão nos programas de Residência Médica realizado há cerca de dez anos. Coordenado pelo Deges/SGTES/MS (atual Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Degerts) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do MS, nele foram abordados os seguintes temas: 1. Características atuais da oferta de cursos de graduação em Medicina; 2. Características atuais da oferta de Residência Médica; 3. Perfil sociodemográfico e epidemiológico nas diferentes regiões do país; 4. Capacidade instalada e disponibilidade atual de especialistas no país; 5. Identificação de políticas e estratégias de regulação da oferta de profissionais e especialistas em outros países.

Entre as principais conclusões do estudo, divulgadas em 2005, destacavam-se as seguintes:

1. A única região do país em que havia carência relativa de vagas para graduação em Medicina era o Nordeste;

2. A iniciativa privada investia na abertura de cursos de graduação, mas não na especialização dos médicos, basicamente financiada com recursos públicos;

3. A atual oferta de oportunidades de especialização dos médicos recém-formados não se orientava pelo perfil epidemiológico do país nem pelas políticas de organização da atenção à saúde;

Assim sendo, indicaram os pesquisadores que uma política bem orientada para ampliação de vagas e programas de Residência Médica deveria: 1. Criar mecanismos permanentes de diálogo e pactuação entre o MEC e o MS para melhorar o financiamento das bolsas, o que depende também do MS; 2. Utilizar dados epidemiológicos e de capacidade instalada para definir a oportunidade de instalação de novos programas de residência médica; 3. Estimular e apoiar institucionalmente a abertura de programas em áreas prioritárias (temas e regiões); 4. Aproximar a política de RM das demais políticas de educação e saúde; 5. Estimular a implementação das diretrizes curriculares (incluindo avaliação coerente e formação pedagógica docente) para assegurar aproximação da graduação em medicina com as necessidades do SUS; 6. Ampliar o contato e a cooperação entre as IES e o SUS em todos os âmbitos; 7. Estruturar políticas de abertura de cursos de graduação levando também em conta as necessidades do SUS e os perfis de desenvolvimento regional.[19]

Para instituir essas mudanças, Decreto s/n de 20 de junho de 2007 criou a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com a função de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde, cuja composição inclui representantes do MEC, do MS, do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e do Conasems (Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde). Entre as suas atribuições, ressalta-se a orientação da Comissão para subsidiar a definição de políticas de residência médica (mencionada em vários incisos referentes às atribuições), de formação em nível de graduação e de estabelecer diretrizes "para a educação na promoção da saúde", bem como identificar necessidades regionais e demandas quantitativas e qualitativas de profissionais de saúde no âmbito do SUS.

Esta Comissão contou com a instituição, por meio da Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007, da Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, cujo primeiro relatório analisou a distribuição das especialidades médicas no País e o oferecimento de vagas de formação na modalidade Residência Médica. A conclusão foi a de que esta distribuição era bastante irregular, havendo escassez em algumas áreas, em especial as relacionadas:

a. à evolução do perfil epidemiológico da população, principalmente as ligadas ao envelhecimento e ao aumento de morbimortalidade decorrente de causas externas;

b. às áreas onde as normas de funcionamento e credenciamento dos serviços implicam exigências específicas de incorporação de especialistas, sobretudo na alta complexidade; e

19 FEUERWERKER, Laura M. O descompasso entre a oferta de profissionais e as necessidades do SUS. Campinas, SP, out. 2005.

c. às políticas públicas estratégicas para o SUS.

O documento sugeriu analisar, inicialmente, as seguintes especialidades: Cancerologia, Geriatria, Medicina Intensiva, Psiquiatria, Pediatria-Neonatologia e Medicina de Família e Comunidade (MFC). Ademais, apontou as seguintes prioridades: melhora dos sistemas de informação para um melhor dimensionamento da RM (dados sobre vagas ocupadas e financiamento); identificação das prioridades a partir dos Colegiados de Gestão Regionais; a contratualização com hospitais de ensino como instrumento de indução e a construção de políticas de fixação em locais prioritários.[20]

Os grupos de pesquisa do MEC e do MS vêm dando continuidade aos estudos, focalizando as necessidades nas regiões mais carentes, com o objetivo de detalhar a distribuição de cada uma das especialidades prioritárias, estabelecendo relação com a dinâmica do mercado de trabalho; identificar as medidas necessárias para maximizar a capacidade instalada para a formação na especialidade na macrorregião, em caso de suboferta de especialistas; identificar as medidas necessárias para maximizar a qualidade da formação na especialidade, de forma a atender ao compromisso do Sistema de Saúde; definir medidas efetivas de fixação de especialistas conforme as necessidades regionais, levando em consideração as condições de oferta e demanda do mercado de trabalho em cada microrregião considerada; definir medidas efetivas de qualificação, incluindo diferentes modalidades de cursos e iniciativas presenciais e/ou virtuais, para atender as demandas do Sistema de Saúde.

Em harmonia com tais esforços, a Comissão Nacional de Residência Médica iniciou em 2010 ações com o objetivo de construir Diretrizes Nacionais para a Residência Médica, à semelhança do que ocorreu com a graduação médica, bem como de empreender processo de avaliação dos programas existentes, tendo em vista a promoção de mudanças no modelo dos programas de Residência Médica.

O primeiro banco de dados sobre Residências Médicas foi criado em 2002, de modo que a sistematização dos dados a respeito da temática ainda é historicamente recente.

Em 2003, havia 8.754 vagas disponíveis para o 1º ano de Residência, em 2.550 programas, distribuídos em 415 instituições no País. Em 2011, havia quase 3.500 Programas de RM credenciados ou a recredenciar, sediados em todas as unidades da Federação, com exceção de Tocantins[21], oferecendo quase 28.500

[20] BRASIL. Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. *Avaliação das necessidades de Médicos Especialistas* (Relatório). Brasília, jun. 2009.

[21] Tocantins teve seu primeiro curso de Residência Médica funcionando a partir de fevereiro de 2011, coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e financiado pelo novo Programa Pró-Residência em Saúde do MEC/MS, tendo se iniciado no âmbito da Universidade Federal do Tocantins, em

vagas em seu conjunto, a maioria em instituições públicas (cerca de 75% das vagas).[22]

A análise da documentação disponível no Portal do MEC/CNRM, em fevereiro de 2011, permitia depreender que havia Residências Médicas em 111 (cento e onze) denominações23, em 6(seis) níveis (de R1 a R6), sendo que a ampla maioria dos programas oferecia Residência apenas nos níveis 1 e 2 (R1 e R2). Eram oferecidas 11.166 (onze mil, cento e sessenta e seis) vagas de R1 , sendo quase a metade delas (48,8% ou 5.448 vagas) nas áreas básicas de formação (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade) e as demais, nas diversas especialidades e modalidades restantes. Em outras palavras, do total de vagas de residência disponíveis no país, 39,3% erma para R1, acomodando-se todas as demais especialidades e níveis da residência – de R2 a R6 – nos 60% remanescentes.

Dados de 2008-2009 permitiam, ainda, estabelecer os percentuais de distribuição das vagas de Residência e de médicos em serviços de saúde em todo o país (em 2008), e de distribuição da população nacional pelas regiões (em 2009), evidenciando com clareza o problema dos desequilíbrios regionais na oferta dos dois primeiros fatores, cuja variação se dava no mesmo sentido. Ficavam claras também as discrepâncias em algumas regiões entre a distribuição da população e a dos médicos alocados no sistema de saúde.

Palmas. No seu início, ofereceu 24 vagas assim distribuídas: Clínica Médica (06), Cirurgia Geral (02), Ginecologia-Obstetrícia (04), Medicina da Família e Comunidade (05), Pediatria (06) e Psiquiatria (1).

[22] As estatísticas nacionais da residência médica não são facilmente encontradas e mesmo as autoridades da área exibem discrepâncias em suas declarações numéricas. O Relatório Final da CPI sobre a proliferação de cursos médicos, da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (2010) informava que, "com relação à residência médica, há cerca de 26 mil vagas disponíveis". O Portal do MS informava que, "de acordo com dados fornecidos pela Secretaria-Executiva da CNRM, 360 instituições de saúde oferecem mais de 2.600 programas de Residência Médica em 53 especialidades reconhecidas no Brasil, com aproximadamente 22.000 vagas distribuídas nos diversos anos de treinamento. Destas instituições, 73% pertencem à rede pública e 23%(sic) à rede privada." (Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22291. Acesso em: 2 jul. 2011).

[23] São 53 (cinquenta e três) as especialidades e 544(cinquenta e duas) as áreas de atuação atualmente reconhecidas pela CNRM, que reconhece ainda as seguintes áreas básicas da formação do médico-residente: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade.

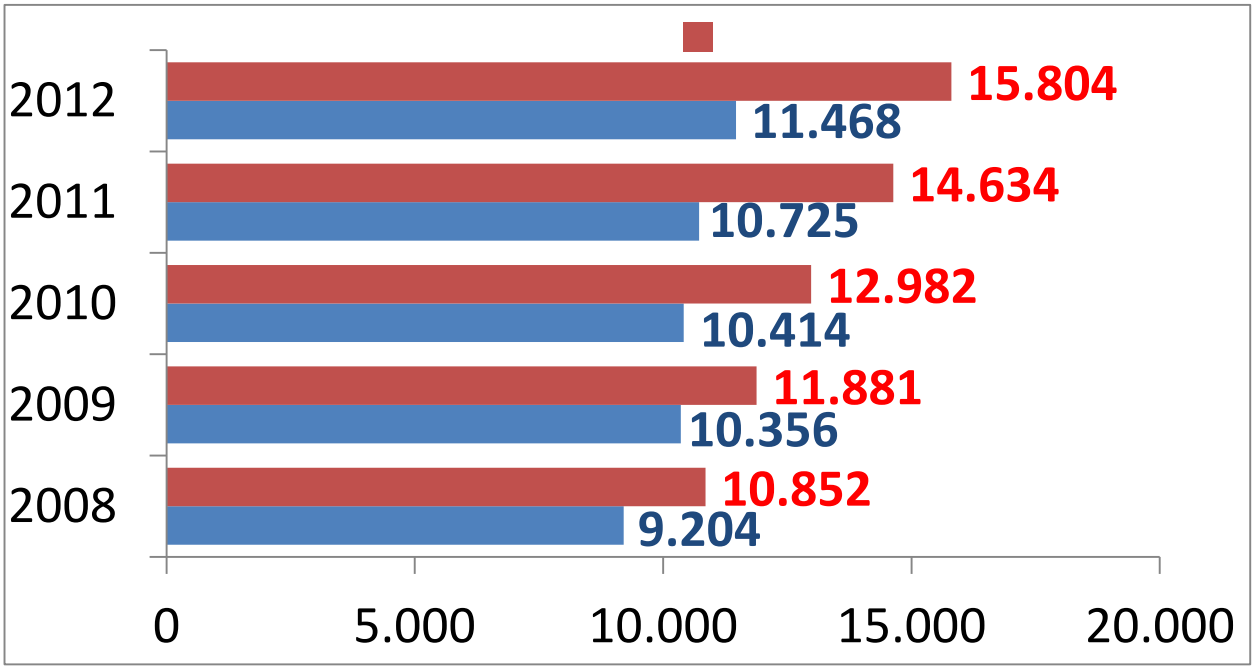
Tabela 1. Distribuição de vagas de Residência, de médicos em serviços de saúde (2008) e da população (2009) por regiões – Brasil

Região	Vagas de residência médica (%)	Médicos em Serviços de Saúde (%)	% da população nacional (2009)
Norte	3%	4%	8,1%
Nordeste	14%	19%	28,2%
Sudeste	60%	54%	42%
Sul	16%	16%	14,5%
Centro-Oeste	7%	7%	7,2%

Fonte: CNES/DataSUS e CNRM/MEC 2008; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad/2009

O esforço do governo no sentido de equiparar a oferta de vagas em Residências Médicas em relação à quantidade de graduados em Medicina se deu devido à grande expansão dos cursos de graduação da área (fonte: MEC, até jan. 2013):

Gráfico 1. Correlação entre graduados em Medicina e oferta de vagas em Residências Médicas (2008-2012)



Em 2014, tinha-se o seguinte quadro de expansão das RMs no País:

Taxa de crescimento	Unidades da Federação	%
0-10%	Acre	Zero
	Distrito Federal	1,60
	Roraima	2,40
	Mato Grosso do Sul	4,80
	Ceará	7,60
	Rio de Janeiro	8,30
	Amapá	8,80
10,1%-20%	Rondônia	11,1
	Amazonas	11,2
	Rio Grande do Sul	12,7
	Pernambuco	13,0
	Alagoas	17,9
	Paraná	18,9
	São Paulo	19,0
	Bahia	19,9
	Rio Grande do Norte	19,9
20,1%-30%	Minas Gerais	20,7
	Goiás	22,2
	Pará	22,2
	Mato Grosso	22,5
30,1%-40%	Piauí	31,8
	Sergipe	36,1
40,1%-50%	Maranhão	40,2
50,1-100%	Paraíba	50,7
	Santa Catarina	51,1
	Espírito Santo	65,0
	Tocantins	67,6

(Fonte: Depreps/SGTES/MS 2014)

Quanto às bolsas oferecidas pelo Ministério da Saúde, elas eram 785 em 2010; 1253 em 2011; 1803 em 2012; 2546 em 2013; 5497 em 2014 e, se todas as ofertadas para 2015 forem preenchidas, serão mais de 8500. (Fonte: SUS, MS).

Em 2015, as distribuições de residentes por região eram as seguintes:

Tabelas 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5. Quantitativos de vagas por ano de RM (de R1 a R6), por Região e Unidade da Federação

Tabela 2.1 NORTE

UF	R1	R2	R3	R4	R5	R6
AC	51	51	19	2	0	0
AM	221	221	106	21	4	0
AP	37	37	17	2	0	0
PA	294	294	123	21	3	0
RO	71	71	33	0	0	0
RR	46	46	21	2	0	0
TO	77	77	24	1	0	0
Total	**797**	**797**	**343**	**49**	**7**	**0**

Tabela 2.2 CENTRO-OESTE

UF	R1	R2	R3	R4	R5	R6
MT	151	151	60	7	2	0
MS	213	213	81	12	1	0
GO	571	571	300	73	3	0
DF	374	374	193	28	5	3
Total	**1309**	**1309**	**634**	**120**	**11**	**3**

Tabela 2.3 NORDESTE

UF	R1	R2	R3	R4	R5	R6
AL	138	138	75	5	0	0
BA	833	830	318	56	2	2
CE	602	602	269	62	4	0
MA	143	143	51	11	0	0
PB	227	227	70	7	0	0
PE	782	782	434	79	11	3
PI	114	114	50	2	1	0
RN	192	192	96	16	1	0
SE	140	140	49	7	2	0
Total	**3171**	**3168**	**1412**	**245**	**21**	**5**

Tabela 2.4 SUDESTE

UF	R1	R2	R3	R4	R5	R6
ES	304	304	134	25	0	0
MG	2202	2200	960	173	27	0
RJ	2315	2312	1297	289	20	2
SP	6912	6825	3836	839	59	1
Total	**11733**	**11641**	**6227**	**1326**	**106**	3

Tabela 2.5 SUL

UF	R1	R2	R3	R4	R5	R6
PR	1190	1190	546	103	12	0
RS	1606	1602	804	229	16	0
Se	593	593	249	30	2	0
Total	**3389**	**3385**	**1599**	**362**	**30**	**0**

Fonte: Nota Técnica nº 72, CGRS/DDES/SESu/MEC, de 6 de julho de 2015

Dessas Tabelas, nota-se a assimetria e as desigualdades regionais na oferta de vagas de residência, com concentração em regiões conhecidas pela sua tradição em Residências Médicas, bem como deficiências nas regiões mais necessitadas.

Em números totais, hoje há pouco mais de 6.500 programas de Residência Médica no Brasil, com cerca de 20,5 mil vagas. Dessas vagas disponíveis, 42,4 % são destinadas a especialidades de acesso direto. A ocupação em especialidades básicas é baixa, sendo aproximadamente de 25% para Medicina de Família e Comunidade e de 30% para Pediatria, de modo que esta é uma dos argumentos que supostamente justificariam as medidas do Decreto nº 8.516/2015 mencionadas anteriormente. Outro ponto a favor da priorização das especialidades básicas residiria no fato de que o Brasil, se comparado a outros modelos universais de saúde – especialmente os europeus – tem baixo índice de Médicos de Família e Comunidade (MFC, com cerca de apenas 7% dos profissionais), frente a índices como 30% (Espanha) e 40% (Reino Unido). Até mesmo os EUA, que contam com sistema diferente em sua lógica do brasileiro, têm 12% de médicos em MFC.

As metas do governo são as seguintes, no que se refere ao ensino médico: 11,5 mil novas vagas de graduação até 2017; 12,4 mil novas vagas de

residência para formação de especialistas; e interiorização da formação. Em termos globais, a projeção é que Brasil saia de 374 mil para 600 mil médicos até 2026, com o que alcançaria a meta de 2,7 médicos por mil habitantes, referência utilizada pelo MS para o planejamento da política pública do setor. Complementarmente, indica-se, também, a necessidade de executar Plano Nacional de Formação de Preceptores para Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade, uma vez que faltam, por vezes, nas Residências Médicas, preceptores ou estes não conseguem efetivamente acompanhar, como seria o ideal, os residentes em seu processo de treinamento e aprendizagem.

A universalização da residência médica integra as ações do Mais Médicos, que prevê, até 2018, para cada médico formado uma vaga de residência. Segundo o governo, desde 2013, já foram autorizadas 4.742 vagas (38%) dentre as 12,4 mil previstas para formação de especialistas. Com as novas 3.000 vagas, anunciadas para 2016, chega-se a 62% da meta. A ampliação das oportunidades para formação de médicos de família também cumpre à legislação do Programa que transformou a especialização nesta área em pré-requisito para a formação em outras especialidades.

1.5 Oferta de Residências Médicas

1.5.1 Sobra de vagas?

À primeira vista, poderíamos pensar em uma resposta positiva para a pergunta sobre a suficiência da oferta atual de vagas de Residência, se levarmos em conta que de 20 a 30% das vagas disponíveis anualmente não têm sido ocupadas. Isso ocorreu, por exemplo, em 2007, quando 8 mil (32%) das 25 mil vagas oferecidas pelo conjunto dos programas nacionais de RM não foram preenchidas. Também no Relatório final da CPI da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (fevereiro de 2010) apontava-se ociosidade de 5 mil vagas (quase 20%) das 26 mil disponíveis no país para acesso naquele ano.

Isto ocorre, de um lado, por falta de recursos suficientes para o pagamento das bolsas de residência, ainda que o MEC/CNRM autorize o funcionamento dos programas de RM, em atendimento à solicitação das entidades. Por outro lado, há áreas que ofertam programas prioritários com muitas bolsas disponíveis, mas em áreas que não contam com grande procura por parte dos médicos recém-formados, como saúde da família e comunidade, pneumologia, nefrologia, neurologia e cirurgia cardiovascular. Há, ainda, busca concentrada por mais vagas nas regiões mais

desenvolvidas do país e mais rarefeita nas regiões menos desenvolvidas e mais necessitadas de médicos, ensejando sobra de oportunidades nestas.

Em 2015, segundo informação prestada pelo Ministro da Educação (Resposta ao Ofício 1ª SEC/RI/E/nº 896/15. Requerimento de Informação nº 591, de 2015, da Comissão de Seguridade Social e Família), existiam 52.967 vagas de R1 a R6, das quais 23.399, isto é, 44% eram classificadas como ociosas.

1.5.2 Distribuição desigual de médicos no País

A distribuição desigual de médicos no território nacional é outra importante questão relacionada ao problema da distribuição e ocupação das vagas de residência, que aqui se analisa.

Dados divulgados em 2010 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) revelaram que, de 2000 a 2009, o número de médicos cresceu em ritmo mais acelerado que o da população brasileira - a quantidade de médicos aumentou 27%, ou seja, de 260.216 para 330.825, resultando na média nacional de um médico para grupo de 578 habitantes, índice que se aproxima do norte-americano (1 para 411 pessoas). Entretanto, a distribuição dos profissionais no território é bastante heterogêna. Havia déficit de médicos no interior, mas não nas capitais em geral, e as regiões Norte e Nordeste apresentam menor concentração de médicos: enquanto na região Norte, há um médico para 1.130 habitantes (há 13.582 profissionais registrados primariamente nos conselhos de medicina da região), na região Sul são 509 habitantes por médico. A região Sudeste concentrava 42% da população do país e 55% dos médicos (ou 439 habitantes por profissional). No Centro-Oeste, há um médico para cada grupo de 590 habitantes. E no Nordeste, um para cada grupo de 894. No Estado de São Paulo, estão concentrados 30% dos médicos e 21% da população brasileira, o que representava 413 habitantes por profissional médico. A capital, São Paulo, tinha um médico para cada grupo de 239 habitantes, média superior à de países com altos índices de desenvolvido humano (IDH), como a Alemanha, Bélgica e Suíça, por exemplo, que possuem, respectivamente, um médico em atividade para cada grupo de 285, 248 e 259 habitantes. No Distrito Federal, há um médico para 297 habitantes, melhor média entre as unidades da federação. Outras localidades tinham índices lastimáveis, segundo o CFM: o interior do Amazonas, por ex., registrava um médico para cada grupo de 8.944 habitantes; em Roraima, um para 10.306.24 Não estranha então que estados como Acre, Rondônia, Roraima e Amapá, por exemplo, tenham oferta muito pequena de Residências Médicas.

[24] CFM. *CFM divulga dados sobre a concentração de médicos no Brasil*, 20 maio 2010.

Observe-se que o já citado relatório de 2009 da Subcomissão de Estudos e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas do MS chegara a conclusões semelhantes acerca da grande desigualdade na distribuição dos médicos e dos programas de residência no país. Nas conclusões de suas pesquisas, destaca-se que, em lugar de apenas focalizar as ações prioritárias no provimento de formação em especialidades médicas, deveria ser priorizada pelo Poder Público a formação de verdadeiras “Redes de Atenção”, no enfrentamento de questões básicas e inadiáveis da área da saúde, definindo então como áreas prioritárias as seguintes: atenção básica, saúde mental, atenção oncológica, atenção obstétrica e pediátrica e urgências/ emergências. Do ponto de vista regional, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste eram identificadas como focos necessários de prioridade das políticas públicas. Foram, assim, definidas as seguintes “prioridades inequívocas”, em 2009:

- Região Norte (AM, AC, RR, RO, AM, PA) = 6 Estados

Necessidade de intervenção em:

4 dos 6 estados = cancerologia, cardiologia, medicina intensiva, nefrologia, neurologia/neurocirurgia, psiquiatria, neonatologia, ortopedia, radiologia.

3 dos 6 estados = medicina de família e comunidade, anestesiologia.

- Região Nordeste (BA, SE, AL, PE, RN, PI, MA, PB) = 8 estados

Necessidade de intervenção em:

5 dos 8 Estados = cardiologia, neuro/neurocirurgia, cancerologia.

4 dos 8 Estados = radiologia.

3 dos 8 Estados = neonatologia, medicina intensiva, psiquiatria.

2/8 estados = ortopedia, nefrologia, anestesia, medicina de família e comunidade.

- Região Centro-Oeste (DF, GO, MT, MS, TO) = 5 estados

- Tocantins não possuía, em 2009 nenhum programa de RM.

Necessidade de intervenção em:

3 em 5 Estados= radiologia.

2 em 5 Estados= cardiologia, psiquiatria, medicina de família e comunidade, neuro/neurocirurgia.

1 em 5 Estados = todos de áreas prioritárias (TO).

As pesquisas mapearam, também, em 2009, situação mais crítica e potencial maior de pólos regionais de apoio à formação (Unidades da Federação que possuíam todos os programas de residência ou a maioria deles): na região Norte, os polos deveriam ser Amazonas e Pará, sendo os Estados mais críticos Acre, Amapá, Roraima, Rondônia e Tocantins. Na região Nordeste, os pólos seriam Pernambuco, Ceará, Bahia; Paraíba, Sergipe e Piauí eram os Estados em situação mais crítica, estando Maranhão e Alagoas em situação intermediária. Na região Centro-Oeste, o polo é o Distrito Federal, o mais crítico era Mato Grosso, e os intermediários Goiás e Mato Grosso do Sul.

Nas discussões de 2010, estabeleceu-se que o importante seria fomentar, prioritariamente, especialidades em que o Estado possua capacidade instalada e cumpra os requisitos mínimos para o oferecimento de Programas de Residência, especialmente em áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria). Nas situações em que o estado não dispunha de capacidade instalada, poderiam ser firmados intercâmbios com Estados-polos e com instituições de reconhecida competência no país (foi o que se fez em Tocantins em 2011, mediante convênio com a Unifesp). O processo de contratualização com os Hospitais de Ensino também era apontado como possível mecanismo indutor de abertura de vagas em áreas prioritárias, mediante a concessão de incentivos como parte do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf).[25]

Se se compara o diagnóstico realizado em 2010 com os dados de expansão das Residências Médicas de 2014, alguns aspectos que chamam a atenção. Primeiramente, no que se refere à região Norte, esta era uma das três identificadas como foco prioritário de políticas públicas. Tem-se que três dos seis Estados da região tiveram baixo crescimento de Residências Médicas (menores que 10%). Amazonas, com grande carência de médicos e de especialistas, teve crescimento de pouco mais de 11%, conforme os dados de 2014. Foi um crescimento também pequeno, considerando que era considerado Estado “crítico”. O Pará teve ampliação percentual não tão restrita, mas quantitativamente insuficiente para a demanda regional, sobretudo também por ser Estado “crítico”. O Estado que se destaca, na região Norte, é Tocantins, que teve o maior crescimento percentual (67%). No entanto, é preciso lembrar que Tocantins não tinha

[25] Relatório *Avaliação das necessidades de médicos especialistas,* 2009*, op. cit.*

vagas de Residência Médica até 2011, ocasião em que foram ofertadas algumas dezenas de vagas de R1. Portanto, esse altíssimo percentual, visto isoladamente, encobre o fato de que quantitativamente o número é ainda muito baixo.

Na região Nordeste, observa-se que a política de expansão das vagas de Residência Médica parece ter sido mais adequada, tendo-se obtido, de acordo com os dados de 2014, crescimento mais significativo nos Estados em situação “crítica” e ganhos consideráveis também nos Estados em situação “intermediária”. É a região em que a política de expansão de vagas de RM mostrou-se, ao menos em termos percentuais, mais equilibrada. No Centro-Oeste, o maior crescimento percentual foi no Mato Grosso, considerado o Estado crítico. Ainda assim, considerando-se as dimensões geográficas dessa Unidade da Federação e o crescimento de 22,5%, segundo os dados de 2014, o avanço não foi tão substancial ao se tomar em comparação o Nordeste.

Assimetrias no crescimento das vagas também podem ser detectadas na taxa de crescimento das vagas de Residência Médica por todo o País, sobretudo nas demais regiões. Estados historicamente com mais estrutura (sobretudo em termos comparativos a suas respectivas regiões) observaram grande expansão: é o caso de Pernambuco (50,7%) – um das UFs escolhidas como polo regional de apoio à formação (de modo que há coerência em uma taxa de crescimento significativa, mas talvez o ideal seria que ela não fosse tão concentrada) –, para o Nordeste. O Espírito Santo também registrou notáveis 65% de crescimento, o que sugere também concentração extrema, justamente na Unidade de Federação que abriga a capital com maior taxa de médicos por habitante do País. Vale, ainda, ressaltar os casos de Santa Catarina (aumento de 51,1% em 2014 das vagas de RM) e grandes centros como Minas Gerais (20,7%, patamar muito próximo ao de Estados “críticos” como Mato Grosso), São Paulo (19%) e Paraná (18,9%). Sempre é necessário ressaltar que, em Estados como estes, com mais tradição em Residências, o quantitativo já era alto, de modo que um aumento percentual nessas UFs é muito mais significativo do que crescimento similar em UFs com pouca tradição e baixo quantitativo de vagas de RM. Por outro lado, os Estados com maior tradição atraem graduados de outros Estados, os quais retornam em parte para suas UFs de origem. De todo modo, assimetrias ainda ficam claras e o direcionamento das políticas públicas de expansão das vagas de RM parece ter sido mais efetivo no Nordeste.

A ampliação da oferta de bolsas pelo governo federal, com prioridade de novas bolsas de residência para regiões e localidades com escassez atual ou iminente de profissionais também é uma estratégia relevante. Também é necessário o estímulo à associação de instituições e entidades que queiram abrir Residências nas

regiões mais necessitadas, com outras que ofereçam programas de RM de qualidade, no sentido de que as novas propostas sejam mais bem estruturadas acadêmica e profissionalmente, com bom treinamento de preceptores e montagem da infraestrutura adequada.

Essa discussão conduz à conclusão inequívoca de que, do ponto de vista distributivo, há grandes assimetrias regionais no País quanto à oferta de Residências Médicas – tanto nas áreas básicas quanto nas especialidades – e também de médicos, considerada a atual distribuição populacional e suas necessidades diferenciadas, que pressionam o sistema de saúde. Quanto à questão inicial – da suficiência ou não de vagas de residência no país – pode-se então dizer que a oferta é abundante e mesmo ociosa em certos locais e escassa ou muito escassa em outros. Ou ainda que em certas áreas, conforme a região, o estado ou as localidades dentro do estado, é abundante e em outros, escassa ou mesmo inexistente.

1.5.3 A oferta atual de cursos médicos e o acesso às RMs

A análise da oferta de vagas de RM deve ser também abordada de um outro ângulo, que também pode conduzir à conclusão de que a oferta de vagas e de oportunidades de formação supervisionada nas RM não é suficiente.

Conforme o Censo mais recente da Educação Superior (Inep/MEC), em 2013 havia 214 (duzentos e catorze) cursos de medicina em funcionamento, instalados em todas as regiões brasileiras – com concentração na região Sudeste (, 34%% deles no SE) -, os quais reuniam 111.934 (cento e onze mil novecentas e trinta e quatro) matrículas, 40,7% delas em cursos oferecidos por instituições públicas (26,6% nas universidades públicas federais) e 59,3% pelo segmento privado. Para o ano letivo de 2013, foram ofertadas 19.145 (dezenoves mil cento e quarenta e cinco) vagas novas, para as quais houve 969.250 (novecentas e sessenta e nove mil, duzentas e cinquenta) candidaturas, em todo o país, perfazendo uma das mais altas taxas de procura entre as graduações: 50,6 candidatos por vaga (nas universidades federais, públicas, gratuitas e de alta qualidade, esta relação candidato/vaga é ainda mais alta).

Entretanto, ingressaram de fato 19.474 (dezenove mil quatrocentos e setenta e quatro) alunos, ou seja, foram mais ingressantes do que o número de vagas novas disponíveis, o que significa que as desistências, abandonos de curso, transferências e remanejamentos internos nos cursos médicos liberaram mais 329 novas vagas para novos ingressos em 2009. Quanto aos concluintes, formaram-se

16.495(dezesseis mil quatrocentos e noventa e cinco) novos médicos em 2013. Considerando que um curso regular de medicina, no Brasil, dura em média 6 anos, registre-se que em 2009 ingressaram 17.339 (dezessete mil trezentos e trinta e noveo) alunos nos cursos médicos nacionais, o que demonstra perda ainda pequena mas que não deve crescer- da ordem de 9,5%dos ingressantes.

Como seria de esperar, a concentração dos programas de Residência Médica na região Sudeste acompanha a concentração dos cursos de graduação em Medicina.

1.5.4 Médicos atuando sem especialização

Pesquisa do Cremesp, em 2008, apontava que "quase metade dos médicos de São Paulo não tem formação suficiente para trabalhar nos hospitais públicos e privados do Estado. Levantamento inédito, divulgado pelo Conselho Regional de Medicina (Cremesp), mostra que, dos 92.580 profissionais paulistas cadastrados, 47% (43.512) não têm título de especialização e estão capacitados para prestar apenas os atendimentos mais simples à população."26 O mesmo jornal, já informara em 2007 que, "dentre os médicos em atividade no Estado de São Paulo 61% não cursaram Residência Médica. Este dado refere-se ao universo de médicos formados entre 1996 e 2005, com registro da informação (se tem ou não Residência) na Comissão Nacional de Residência Médica e no Conselho Federal de Medicina."

A pesquisa "Perfil dos Médicos" (Machado, 1996), realizada em 1995, havia evidenciado situação um pouco melhor, ou seja, que 74% dos médicos em atividade haviam cursado programas de Residência Médica, sendo que quase 27% dos médicos declararam haver cumprido dois programas desse tipo. Por outro lado, 40% referiram ter feito curso de especialização após a formatura. No cômputo final, entre residências concluídas e exames prestados, apenas 59% dos médicos brasileiros possuíam título de especialista naquela época.[27]

De acordo com a Revista *Hospitais do Brasil*, o Brasil tinha, em 2013, 180 mil médicos sem título de especialista. Conforme dados publicados em sua edição de 14 de março de 2013, "dos 388.015 médicos em atividade no Brasil, 54% têm uma ou mais especialidade. Os outros 180.136 profissionais (46%) do total, não têm titulo

[26] ARANDA, Fernanda; GRANDIN, Felipe**.** 47% dos médicos não têm especialização. *O Estado de S. Paulo*, 13 fev. 2008.
[27] FEUERWERKER. A formação de médicos especialistas no Brasil. *Política de RH para gestão do SUS* (texto para curso). Brasília, dez. 2000.

de especialista emitido por sociedade de especialidade ou obtido após conclusão de Residência Médica".

É inegável que não é obrigatória Residência Médica para exercer a profissão no Brasil. No entanto, a baixa qualidade da média dos cursos de graduação impõe praticamente a necessidade das Residências para uma formação melhor e mais densa dos graduados.

1.5.5 Evolução do número de cursos médicos, qualidade e RMs

Considerando-se o que já foi mostrado no Relatório I, ou seja, a proliferação de cursos médicos ocorrida nos últimos anos no país, tem-se que não se fez o mesmo esforço correspondente para acompanhar esse ímpeto em ações em favor da excelência da formação oferecida e de abertura de novas vagas de Residência Médica. Além de resultados que apontam as deficiências de formação no Sinaes, há também indicadores nesse sentido nos exames do Cremesp, que, desde 2005, submete anualmente egressos de cursos de medicina, inscritos voluntariamente, a exames teóricos e práticos. Ano a ano cresce o percentual de examinados que não consegue atingir os 60% de acerto requeridos para aprovação nos testes. Outro exemplo é o Revalida, exame no qual, em 2011, dos 677 inscritos, apenas 65 foram aprovados.

Em face deste cenário complexo de uma formação educacional e para o trabalho extremamente peculiar, que é a enfrentada pelos estudantes de medicina brasileiros, a avaliação da oferta atual de vagas de Residência no país adquire outro sentido e relevância. Em primeiro lugar, não deve restar qualquer dúvida de que os programas de Residência Médica se constituem hoje em elemento fundamental não só para o aprimoramento e o aprofundamento mas também para a necessária complementação da formação médica recebida em parcela muito significativa dos cursos de graduação em medicina nacionais - e também estrangeiros -, que têm dado mostras reiteradas de sua má qualidade e/ou insuficiência formativa.

E considerando-se este quadro, pode-se então afirmar que os programas de Residência Médica têm sido insuficientes – e não só em número e na distribuição entre as Residências de áreas básicas e especialidades, mas também, vários deles, no que concerne à qualidade – para dar conta de tais expectativas múltiplas neles depositadas.

Por outra parte, outra variável que verificou expansão quantitativa

grande foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, apresenta-se o mesmo questionamento, baseado em dados do Censo UBS de 2011. Segundo essa fonte de informação, entre as UBS existentes no País, 83,9% não possuem sala de observação, 40,8% não possuem sala de curativos, 53,1% não possuem sala de procedimentos, 34,4% não possuem sala de vacina e apenas 30% das UBS do país tinham um consultório ou mais com computador conectado à internet. Portanto, é um caso também de expansão sem qualidade, que afeta as possibilidades de atuação dos residentes e dos médicos formados.

2. Pós-graduação *stricto sensu*

A pós-graduação *stricto sensu* compõe-se de mestrados (acadêmicos), de doutorados e de mestrados profissionais (isso além dos já mencionados programas de pós-doutorado). Conforme o art. 1º da Resolução CNE/CES nº 1, de 3 de abril de 2001, "os cursos de pós-graduação *stricto sensu*, compreendendo programas de mestrado e doutorado, são sujeitos às exigências de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento previstas na legislação".

2.1 Mestrados profissionais

O mestrado profissional foi primeiramente regulamentado pela Portaria Capes nº 47, de 17 de outubro de 1995. Difere do *lato sensu*, pois, desde o início, dele foram exigidos certos requisitos específicos, como "condições favoráveis ao desenvolvimento consistente e de longo alcance do ensino de pós-graduação, assegurando-lhe profundidade e perspectiva adequadas" (Portaria Capes nº 47/1995). O trabalho de conclusão dos mestrados profissionais era assim estabelecido: "de acordo com a natureza da área e com a proposta do curso, esse trabalho poderá tomar formas como, entre outras, dissertação, projeto, análise de casos, performance, produção artística, desenvolvimento de instrumentos, equipamentos e protótipos" (Portaria Capes nº 47/1995).

Exigia-se, do mestrado profissional, que "os docentes e orientadores [dos mestrados profissionais] devem ser portadores do título de doutor ou de qualificação profissional inquestionável" (Portaria Capes nº 47/1995). Além disso, ele foi pensado como modalidade de curso a ser vinculada à oferta de mestrados e doutorados acadêmicos: "com vistas à consolidação da experiência nessa modalidade de Mestrado,

a recomendação de cursos, de início, se limitará a projetos oriundos de instituições que já possuam curso(s) de pós-graduação com conceito A ou B". Com isso, pretendia-se deixar claro que, desde o princípio, o mestrado profissional distingue-se da pós-graduação *lato sensu*, correspondendo o primeiro a um maior grau de exigência.

A Portaria Capes nº 80, de 16 de dezembro de 1998, que dispôs sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais, revogou a Portaria nº 47/1995. Na nova norma, definiu-se "a relevância do caráter de terminalidade, assumido pelo Mestrado que enfatize o aprofundamento da formação científica ou profissional conquistada na graduação". Consequentemente, o mestrado profissional foi moldado, desde 1998 (e até o presente) com o objetivo de ser título acadêmico terminal, conferindo título e diploma, bem como se diferenciando, por essas razões, do *lato sensu*.

Ainda que um mestre que tenha feito o seu curso na modalidade profissional possa avançar ao doutorado, o mestrado profissional não é conceitualmente destinado àqueles que desejam prosseguir na carreira acadêmica, mas a estudantes que desejam aprofundar formação profissional, em caráter preferentemente terminal, de acordo com a densidade típica na pós-graduação *stricto sensu*.

Os mestrados profissionais devem se pautar pela "inarredável manutenção de níveis de qualidade condizentes com os padrões da pós-graduação *stricto sensu* e consistentes com a feição peculiar do Mestrado dirigido à formação profissional". A Portaria Capes nº 80/1998 especificou melhor o teor da Portaria de 1995, determinando que o corpo docente dos cursos de "Mestrado Profissionalizante" (outra denominação encontrada nas normas a respeito) deve ser "integrado predominantemente por doutores, […] podendo uma parcela desse quadro [dos professores] ser constituída de profissionais de qualificação e experiência inquestionáveis em campo pertinente ao da proposta do curso" (art. 2º, b).

Deve-se destacar, portanto, que a avaliação regular dos mestrados profissionais se dá de maneira similar à dos mestrados acadêmicos e doutorados: "art. 4º Os mestrados profissionalizantes serão avaliados periodicamente pela Capes considerando-se o estabelecido por esta Portaria e utilizando critérios pertinentes às peculiaridades dos cursos que ela disciplina" (Portaria nº 80/1998). O art. 6º dessa mesma Portaria estabeleceu que "os cursos da modalidade […] possuem vocação para o autofinanciamento[, a ser] […] explorado para iniciativas de convênios com vistas ao patrocínio de suas atividades".

A Portaria Normativa nº 7, de 22 de junho de 2009 é uma das normas mais recentes (embora não a mais, conforme se verá mais adiante) que regulamenta os mestrados profissionais. Por seu art. 1º, "a Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) regulará a oferta de programas de mestrado profissional mediante chamadas públicas e avaliará os cursos oferecidos, na forma desta Portaria e de sua regulamentação própria", concedendo os mesmos direitos conferidos aos titulados em mestrados acadêmicos (art. 2º).

O art. 7º, II da Portaria 7º/2009 determinava que os mestrados profissionais teriam mínimo de um ano e máximo de dois anos, uma das poucas regras que não é mais vigente na atualidade. A norma também dispunha que esses cursos devem "apresentar, de forma equilibrada, corpo docente integrado por doutores, profissionais e técnicos com experiência em pesquisa aplicada ao desenvolvimento e à inovação" (art. 7º, V). O § 3º do art. 7º apresentava múltiplas formas de apresentação de trabalho de conclusão do curso, com a ressalva do controle da Capes sobre isso, o que se mantém até o presente:

> O trabalho de conclusão final do curso poderá ser apresentado em diferentes formatos, tais como dissertação, revisão sistemática e aprofundada da literatura, artigo, patente, registros de propriedade intelectual, projetos técnicos, publicações tecnológicas; desenvolvimento de aplicativos, de materiais didáticos e instrucionais e de produtos, processos e técnicas; produção de programas de mídia, editoria, composições, concertos, relatórios finais de pesquisa, softwares, estudos de caso, relatório técnico com regras de sigilo, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços, proposta de intervenção em procedimentos clínicos ou de serviço pertinente, projeto de aplicação ou adequação tecnológica, protótipos para desenvolvimento ou produção de instrumentos, equipamentos e kits, projetos de inovação tecnológica, produção artística; sem prejuízo de outros formatos, de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso, desde que previamente propostos e aprovados pela Capes (os grifos não são do original).

Na Portaria Normativa nº 17/2009, a mais recente acerca dos mestrados profissionais, replica-se a determinação de que, "para atender situações relevantes, específicas e esporádicas, serão admitidas proposições de cursos com duração temporária determinada" (art. 7º, § 4º, Portaria Normativa nº 7/2009). Afora essas

situações excepcionalíssimas, a oferta dos cursos de mestrado profissional deve ser regular, diferentemente do *lato sensu*. Mestrados profissionais representam segmento minoritário na pós-graduação *stricto sensu* (pouco mais de 10%).

A Portaria Normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009, revogou a Portaria Normativa nº 7/2009, dando ao regulamento vigente sua feição atual, que tem poucas diferenças em relação à anteriormente em vigor (a Portaria nº 7/2009). A avaliação dos mestrados profissionais foi determinada, na Portaria nº 17/2009, como anual (art. 8º), com credenciamento trienal pela Capes. O art. 14 define que, "salvo em áreas excepcionalmente priorizadas, o mestrado profissional não pressupõe, a qualquer título, a concessão de bolsas de estudos pela Capes".

O parágrafo único do art. 4º estabeleceu que, "no caso da área de saúde, qualificam-se para o oferecimento do mestrado profissional os programas de residência médica ou multiprofissional devidamente credenciados e que atendam aos requisitos estabelecidos em edital específico" (Portaria Normativa nº 7/2009). Ou seja, para que possa oferecer mestrado profissional na área de saúde, é necessário que a instituição ofertante tenha programa de residência, de modo que os mestrados profissionais de interesse para o presente Relatório são diretamente vinculados a instituições que têm Residências Médicas. Esse e outros dispositivos permanecem vigentes até o presente na Portaria nº 17/2009, inclusive o seguinte:

> Art. 5º Os cursos de mestrado profissional a serem submetidos à Capes poderão ser propostos por universidades, instituições de ensino e centros de pesquisa, públicos e privados, inclusive em forma de consórcio, atendendo necessária e obrigatoriamente aos requisitos de qualidade fixados pela Capes e, em particular, demonstrando experiência na prática do ensino e da pesquisa aplicada.

Portanto, não apenas instituições de ensino superior (IES) podem oferecer cursos de mestrado profissional, mas também "centros de pesquisa", entre os quais se incluíam instituições médicas.

Feita a caracterização do mestrado profissional, que é a modalidade de mestrado criada mais recentemente em termos históricos, deve-se lembrar que a pós-graduação *stricto sensu* busca formação científica ou cultural ampla e aprofundada, diferentemente do *lato sensu*, que abrange domínio de limitada área do

saber ou da profissão. Conforme o Parecer Sucupira (Parecer CES nº 977, de 3 de dezembro de 1965),

> […] a pós-graduação *sensu stricto* apresenta as seguintes características fundamentais: é de natureza acadêmica e de pesquisa e mesmo atuando em setores profissionais tem objetivo essencialmente científico, enquanto a especialização [*lato sensu*], via de regra, tem sentido eminentemente prático-profissional; [o *stricto sensu*] confere grau acadêmico e a especialização concede certificado; finalmente, a pós-graduação possui uma sistemática formando estrato essencial e superior na hierarquia dos cursos que constituem o complexo universitário. Isto nos permite apresentar o seguinte conceito de pós-graduação sensu stricto: o ciclo de cursos regulares em segmento à graduação, sistematicamente organizados, visando desenvolver e aprofundar a formação adquirida no âmbito da graduação e conduzindo à obtenção de grau acadêmico.

Por meio do Edital nº 2/DAV/2009, a Diretoria de Avaliação da Capes fez a primeira chamada para qualificação de programas de Residência Médica ou Residência Multiprofissional de Saúde interessados em oferecer mestrado profissional articulado à Residência. Entre seus objetivos, constavam os seguintes:

> - contribuir para a criação, o fortalecimento e a ampliação de programas de pós-graduação stricto sensu no País que tratem de assuntos relativos a práticas em saúde; estimular a criação, o fortalecimento e a ampliação dessas áreas de concentração em programas de pós-graduação stricto sensu no País;
>
> - ampliar a produção científica sobre questões relacionadas a Práticas em Saúde; apoiar a ampliação de recursos humanos em nível de pós-graduação stricto sensu capacitados para atuar na área da saúde.

A prioridade às áreas de: a) Administração e Gestão em Saúde b) Cuidados Intensivos c) Cuidados Paliativos d) Atendimento Domiciliar e) Promoção da Saúde f) Saúde Oral g) Tecnologia e Saúde h) Prevenção de Agravos à Saúde i) Reabilitação da Saúde j) Saúde e Meio Ambiente k) Distúrbios cognitivos e comportamentais l) Áreas de Atuação Específicas da Carreira Médica: 1) Atendimento ao queimado; 2) Citopatologia; 3) Densitometria óssea; 4) Ecografia vascular com doppler; 5) Eletrofisiologia clínica invasiva; 6) Endoscopia digestiva; 7) Endoscopia ginecológica; 8) Endoscopia respiratória; 9) Ergometria; 10) Hemodinâmica e Cardiologia intervencionista; 11) Infectologia hospitalar; 12) Medicina aeroespacial; 13) Medicina

fetal; 14) Neurofisiologia clínica; 15) Nutrição parenteral e enteral; 16) Nutrição parenteral e enteral pediátrica; 17) Perícia médica; 18) Psicogeriatria; 19) Psiquiatria forense; e 20) Reprodução humana.

Em julho de 2012 a Capes divulgou a aprovação de oito novos cursos de Mestrado Profissional, associados a Programas de Residência em Saúde.

2.2 Mestrados e doutorados

Os dados mais recentes da distribuição de cursos de pós-graduação *stricto sensu* para a área de saúde foram publicados em 2014, tendo como referência 2013:

Tabela 3. Brasil – Distribuição dos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu, por Região, segundo o nível/modalidade de formação oferecida - 2013

Região/ Nível Curso	Mestrado/ Doutorado	Mestrado	Mestrado Profissional	Doutorado	Total
Norte	3	2	2	-	7
Nordeste	16	10	3	-	29
Sudeste	108	5	14	9	136
Sul	29	-	4	-	33
Centro-Oeste	8	-	-	-	8
Total	164	17	23	9	213

Fonte: Capes/MEC

Observa-se a elevada concentração de programas de pós-graduação na Região Sudeste, que se associa àquela verificada nos cursos de graduação e nos programas de Residência Médica. Trata-se, portanto, de uma questão a ser considerada conjuntamente no desenvolvimento das políticas públicas voltadas para a formação na área médica.

Conclusão Pós-Graduação

Neste eixo temático reunimos apontamentos sobre a pós-graduação em Ciências da Saúde (em especial Medicina), mas o foco prioritário foi os Programas de Residência Médica, até pelo interesse despertado nas discussões internas da Subcomissão e reuniões de audiência pública realizadas. Conclui-se que esse programas, ainda que não sejam de cumprimento compulsório para a prática profissional da medicina no Brasil, têm tido um papel importante na formação dos médicos. Considerando que a formação de graduados em Medicina ainda deixa muito a desejar, em especial pelos resultados das avaliações oficiais a que os alunos, cursos e instituições ofertantes têm se submetido, a formação em nível de pós-graduação é cada

vez mais relevante, com ênfase principalmente nas Residências Médicas, que combinam, ao menos em tese, treinamento em serviço e ensino.

A política pública tem sido de ampliação da oferta de vagas na graduação, com reflexos para a necessidade de ampliação da oferta de Residências Médicas, mas não se percebe com a mesma clareza essa preocupação na pós-graduação *stricto sensu*. Além disso, a expansão quantitativa das Residências Médicas não resolve por si só o desafio da qualidade, das vagas ociosas, da evasão e as assimetrias regionais.

A face mais visível das políticas públicas para o setor consiste na ampliação de vagas em instituições que já oferecem Residências Médicas e criação de novos Programas de RM. É preciso, porém, cuidar para que esse processo não implique a fragilização da qualidade da formação oferecida ou o papel regulador e supervisor da da CNRM.

Sobrepostas às desigualdades regionais e intrarregionais na oferta de programas de RM, há assimetrias quantitativas e qualitativas também no oferecimento vagas voltadas a áreas básicas e a especialidades. A ênfase nas áreas é dado positivo, mas se não for bem conduzida como política pública, pode levar a um aumento da capacidade ociosa, pois a alocação dos programas nas regiões e unidades federativas mais críticas e a demanda espontânea de vagas nos diversos níveis da Residência e especialidades não costuma obedecer a critérios de necessidade social ou mesmo profissional. Portanto, mantém-se o desafio de se criar, manter e aperfeiçoar marco regulatório que atenda às perspectivas do sistema de saúde pública, as necessidades do País e minimamente vá ao encontro dos anseios de formação após a graduação dos médicos.

Após Programas como o Pró-Residência (Portaria interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009) e outras iniciativas dos Poderes Públicos em favor das Residências Médicas, a ação de maior destaque foi a edição da Medida Provisória, convertida em lei, que instituiu o Programa Mais Médicos. O impacto nas Residiências tem sido o de fomentar a ampliação das vagas para residentes, de modo a elevar a proporção de médicos por habitante do Brasil para um patamar considerado ideal pelo Ministério da Saúde, em meados da década de 2020. A ampliação das vagas de Residência, para ser efetivada, tem contado com ampliação dos recursos do Ministério da Saúde para esse fim, bem como tem-se verificado progressivo aumento da relevância institucional do MS e aparente tendência de diminuição do papel da CNRM e da área de educação na condução das políticas públicas para as Residências Médicas.

Nas Residências Médicas, podem ser detectados alguns problemas centrais, tipicamente observáveis no cotidiano dos residentes. Faltam preceptores, os insumos médicos frequentemente também não estão disponíveis com a qualidade e nas quantidades necessárias, em contexto de infraestrutura por vezes inadequada. Embora haja o teto semanal de 60 horas de atividades, com um único

plantão, não é incomum serviços que sobrecarregam os residentes com demandas e carga horária irregularmente altas, reduzindo o tempo de atividades de ensino previstos em lei para abaixo do mínimo de 10% da carga horária semanal.

Ademais, embora tenha havido crescimento no número de vagas de Residência Médica – cumprindo, entre outros aspectos, a Lei do Mais Médicos e o Decreto nº 8.516/2015 (que estabelece o cadastro nacional de especialidades) –, essa expansão nem sempre se deu com a devida qualidade. As instituições com RMs nem sempre tem as condições adequadas para ampliar uma oferta que já se mostra precária. Ampliação quantitativa é, certamente, relevante, mas não pode vir desacompanhada de melhoria qualitativa. Segundo informações do Ministério da Saúde, em 2015 foram destinados R$ 41 milhões para manter vários programas de residência e também para investir em novos programas a serem abertos.

Há que se considerar, igualmente, a capacidade ociosa. Afinal, o fato de se ofertarem vagas de Residência Médica em proporção condizente para a quantidade de formados na graduação em Medicina, não significa automaticamente que essas vagas serão preenchidas e que não haverá evasão, por diversos motivos possíveis.

Portanto, se o acesso é uma política pública essencial na oferta de vagas, a permanência é tão ou mais decisiva. Pode-se fazer paralelo com o Prouni, que se iniciou como política de acesso bastante substancial, mas que não resolvia o problema da permanência do estudante. A consequência, para o Prouni, foi a necessidade de implementar políticas públicas adicionais para fomentar a permanência (como bolsa para a continuidade dos estudos, a bolsa-permanência). Evidentemente, não se trata da mesma lógica de política pública, mas raciocínio similar pode ser indicado: as Residências Médicas têm de prover o acesso, certamente, mas as condições de infraestrutura, de boa preceptoria e de remuneração por meio da bolsa, bem como dos benefícios concedidos aos residentes consistem em fatores essenciais para a expansão quantitativa de vagas de Residência seja sustentada e sustentável no médio e longo prazos.

Associando-se condições desfavoráveis de oferta, assimetrias regionais e intrarregionais e expansão significativa do quantiativo de vagas de Residência Médica, com taxas de crescimento por vezes significativas, tem-se que a política pública para o setor demanda mais do que capacidade instalada, mas promoção da qualidade, mais preceptores (que têm custo) e de combate aos fatores de evasão, que são potenciais fatores de anulação de parte dos efeitos das ações dos Poderes Públicos já encetadas na atual situação.

Cabe salientar ainda, que a abertura de novas vagas e de novos Programas de Residência Médica deveria implicar pleno respeito aos pré-requisitos para tanto estabelecidos pela CNRM. No entanto, uma expansão quantitativa muito acelerada

corre o risco de expor as novas vagas e os novos Programas a fragilidades decorrentes da dificuldade em efetivamente fiscalizar as condições de oferta.

Por fim, mas não menos importante, cabe chamar a atenção para a formação do Cadastro mais Especialistas, instituído por meio do Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, de forma a eleva-lo ao status de lei, garantindo mais segurança jurídica ao texto, que é fruto de esforço concentrado das entidades médicas, governo e parlamento para prover de mais transparência o acesso, pela sociedade, aos dados sobre profissionais médicos, bem como de constituição de um banco de informações confiáveis e atualizadas, que pode ser fonte segura de planejamento e implementação de políticas públicas de saúde.

VI – CARREIRA MÉDICA

Do ponto de vista do mercado de trabalho, Censo do Instituto brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, aponta que nenhuma outra área é tão vantajosa em termos financeiros quanto Medicina. **Os médicos têm os maiores salários e a menor taxa de desemprego entre profissionais com nível superior: 0,7%. A taxa de desocupação é baixa, a renda média é elevada e 42% dos profissionais possuem dois empregos ou mais, fixando-se em grandes cidades. Há déficit de profissionais nos pequenos municípios e elevada concentração nos grandes e médios centros urbanos.**

Segundo o Ministério da Saúde a distribuição demográfica no Brasil seria de 1,8 médicos por mil habitantes, e 22 estados estão abaixo da média nacional,sendo que 5 (cinco) deles (Acre, Amapá, Maranhão, Prá e Piauí) contam com menos de 1 (um) médico por mil habitantes, mesmo que fontes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios - PNAD; do Ministério da Educação - ME; da Relação Anual de Informações Sociais - RAIS e Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED, demonstrem que nos últimos 10 (dez) anos o número de empregos para médicos ultrapassou em 53 mil o de profissionais formados (Cerca de 93 mil profissionais formados).

No entanto, segundo o Presidente da Federação Nacional dos Médicos, em reunião desta Subcomissão, médicos trabalham, em média, 62 horas semanais, o que ajudaria a explicar a renda elevada, os vínculos empregatícios são precários e há falta de segurança e de equipamentos. Há muito subemprego e, para alcançar bom salário médio mensal, o médico tem de cumprir jornada 50% maior que a de qualquer outro profissional, sem se considerar o trabalho noturno e em sábados, domingos e feriados.

1. Médicos em atividade e distribuição no território nacional

A Medida Provisória MPV nº 621/2013, que criou o Programa Mais Médicos, se fez acompanhar por Exposição de Motivos à Senhora Presidente da República - EMI nº 00024/2013, MS/MEC/MP, de 6 de Julho de 2013, assinada pelos Ministros da Saúde, da Educação e do Planejamento. Em favor da urgência e relevância da proposição eram ressaltados, entre outros, o argumento de que

> O Plano Nacional de Saúde 2012/2015, do Ministério da Saúde (MS), aponta como estratégia para o enfrentamento dos problemas de acesso da população às ações e serviços de saúde, com qualidade, a organização do sistema de saúde baseado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) - estruturas integradas de provimento de ações e serviços de saúde pelo SUS, mediante intervenção unificada do MS com os estados, o Distrito Federal e os municípios. Tais redes demandam ampliação da oferta de serviços públicos de saúde; a expansão prevista até 2014, coberta por investimentos do MS criará mais 35.073 postos de trabalho médico e priorizarão a Atenção Básica à Saúde, porta de entrada do SUS e caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas, abrangendo a atenção integral, vale dizer, a prevenção de agravos, a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

O Documento ministerial afirmava ainda que o Brasil tinha **359.691 médicos ativos,** o que determinava **proporção de 1,8 médicos** para cada **mil habitantes**[28], índice menor do que o de países latino-americanos com perfil socioeconômico similar ao do Brasil ou o de países com sistemas universais de saúde como Canadá (2,0), Reino Unido (2,7), Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9), Espanha (4,0) e Cuba (6,7).[29]

---

28 Dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do IBGE.

29 OMS. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*0 2011/2012. Cuba forma muito mais médicos do que o país necessita, mas mantém política de intercâmbio internacional desde os anos 60. Denomina-se "diplomacia médica" e consiste na colaboração entre países com o objetivo de

O MS toma por referência a taxa de 2,7 médicos por mil habitantes, do Reino Unido, pois esse país, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público universal e é orientado para a atenção básica. Para se alcançar a mesma relação, precisaríamos de **mais 168.424 médicos**. A se manter a taxa atual de crescimento do número de médicos no Brasil, **só em 2035** alcançaríamos esse patamar. Por outro lado, há grande desigualdade na distribuição dos médicos pelas regiões do país (ver a Tabela 26, que serviu de base aos cálculos do MS e do MEC para a formulação do Programa Mais Médicos).

2.Sobre a necessidade de criação da carreira médica

Os trabalhos conduzidos pela Subcomissão Especial da Carreira Médica dividiram-se em duas linhas distintas, porém intimamente relacionadas, quais sejam: a formação médica e a inserção do médico no mercado de trabalho.

Os debates focaram prioritariamente questões afetas à formação médica. Isso se justificou em face das grandes alterações estruturais recentemente implantadas nos sistemas de graduação e pós-graduação médica, que conferiram caráter de premência ao tema.

Para aprofundar os debates acerca da Carreira Médica de Estado, foram realizadas intervenções pontuais nas audiências públicas promovidas pela Subcomissão. Ademais, foi encaminhado ao Ministério da Saúde o Requerimento de Informação nº 592, de 2015, com várias indagações acerca de como se tem dado o trabalho médico no SUS[30]. O Requerimento foi composto por 15 questionamentos relacionados aos principais temas abordados pela Subcomissão.

Foram indagadas questões como o quantitativo e a distribuição dos médicos em atividade nas várias esferas do Sistema; os tipos de vínculos de trabalho a que são submetidos e sua remuneração; o valor despendido com eles e a origem dos recursos utilizados para tanto; a existência ou não de planos de carreira para os médicos nos diversos entes federativos; e a existência ou não de algum modelo de carreira médica de Estado em estudo no Ministério da Saúde.

---

aprofundar as relações e gerar benefícios para a saúde da população envolvida. Forma de *soft power*, com benefícios para os países envolvidos, é tida por muitos como modelo para as relações internacionais. (FEINSILVER, Julie M. Cuba's medical diplomacy, in Changing Cuba, changing World. In: FONT, Mauricio A.; ARIAS, John; SLATER, Jackie (comps.) *The Cuba Project*. NY: Bildner Center for Western Hemisphere Studies, 2008). D 1959 a 2007, a Revolução Cubana já teria formado cerca de 125 mil médicos, sobretudo na área da Atenção Básica à Saúde.

[30] Disponível em http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1341566&filename=RIC+592/2015

Além disso, foram elaboradas também questões sobre como se tem dado a condução do Programa Mais Médicos, indagando o quantitativo de médicos intercambistas – brasileiros ou não – em atuação no Programa; quais as nacionalidades e o quantitativo dos médicos estrangeiros e sem diploma revalidado no Brasil em atuação no Programa; onde esses profissionais vêm atuando; e o quantitativo de médicos formados em instituições brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil em atuação no Programa, com indicação das cidades em que atuam.

O Requerimento foi atendido parcialmente no dia 16 de julho deste ano, por meio do Aviso nº 398/GM/MS, de 10 de julho de 2015. Posteriormente, em 15 de setembro de 2015, e respondendo ao OFPRES 0307/2015, de 11 de agosto de 2015, o Ministério da Saúde complementou sua resposta, por meio do Aviso nº 520/GM/MS, de 9 de setembro de 2015.

Ocorre, contudo, que a maior parte das respostas enviadas não logrou esclarecer a contento as dúvidas levantadas. Mais que isso, os dados foram encaminhados de forma incompleta e sem o tratamento adequado, impossibilitando análise efetiva da real situação de trabalho que o médico enfrenta na rede pública de saúde. Isso evidenciou que o próprio Ministério da Saúde não conhece a realidade vivenciada pelos profissionais vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Mesmo considerando, conforme exposto no documento anexo ao Aviso nº 520/GM/MS, que “o Sistema Único de Saúde opera de maneira descentralizada e guarda autonomia entre os entes federativos no que concerne à contratação de profissionais”, há que se ponderar que o acesso a informações gerais e atualizadas sobre a realidade dos quantitativos e das remunerações pagas aos médicos é imprescindível para a formulação de uma política nacional capaz de modificar radicalmente a triste realidade no campo da saúde no País.

Alguns dados, todavia, trouxeram luz às questões que vêm sendo desenvolvidas no âmbito da Subcomissão Especial.

Regra geral, houve consenso entre os membros da Subcomissão Especial sobre o fato de que a reestruturação da formação médica resultará, nas próximas décadas, em importante incremento no número de médicos formados por ano. Nesse contexto, toma relevância a necessidade de se proporcionarem condições adequadas para a colocação dos novos profissionais médicos formados no mercado de trabalho.

Em paralelo, foram também abordadas questões fulcrais acerca do Sistema Único de Saúde – SUS. O Sistema consiste, inquestionavelmente, na maior e mais complexa política social desenvolvida no Brasil, figurando entre as mais importantes do globo.

Exatamente por isso, seu processo de construção foi sempre marcado por grandes dificuldades, nos mais variados âmbitos. Ainda hoje, apesar de todos os esforços nessas mais de duas décadas, seu processo de implantação continua demandando ações positivas.

Mesmo assim, em consonância com sua diretriz constitucional de atenção universal, o SUS presta assistência de saúde à imensa parcela da população brasileira. Segundo o Datasus, o SUS realizou em junho de 2015, por exemplo, mais de 296 milhões de procedimentos ambulatoriais no Brasil[31].

Já o Sr. Hêider Aurélio Pinto[32] informou, na resposta ao Requerimento de Informação, que em julho de 2015 havia 266.004 médicos em atividade vinculados ao SUS. Isso demonstra a abrangência da atenção prestada pelo Sistema.

Todavia, o Sistema ainda apresenta graves deficiências, bastante propaladas e conhecidas. Nos debates da Subcomissão restou evidente a precariedade na distribuição dos profissionais de saúde. Em especial, abordou-se a insuficiência no número de médicos do SUS em várias regiões.

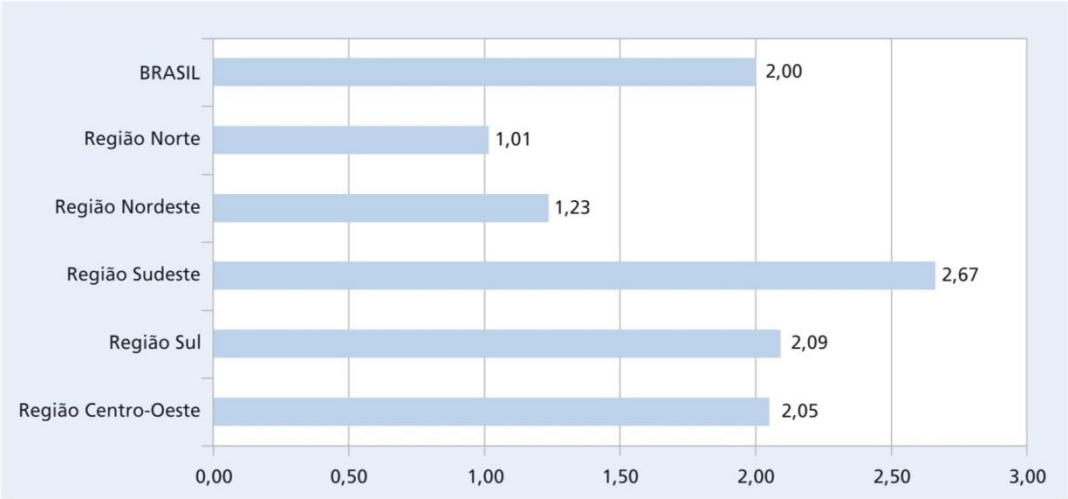
Foi diagnosticada carência crônica desses profissionais em locais denominados como de difícil provimento – especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Esse quadro, todavia, coexiste com discrepante concentração nas capitais e nos grandes centros urbanos.

Os dados da Pesquisa Demográfica Médica no Brasil[33] evidenciam tal situação. Conduzida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a pesquisa considerou o quantitativo de médicos registrados no CFM em 2012. Naquele ano, o Brasil contava, em média, com dois médicos registrados para cada 1000 habitantes. As várias regiões, no entanto, apresentavam situações bastante diversas entre si (Figura 1).

[31] Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def, acesso em 24.9.15.
[32] Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
[33] Mário Scheffer (coord). Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição. V. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina. 2013, 256 p.. Disponível em http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf, acesso em 24.9.15.

Figura 1

Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil, 2013

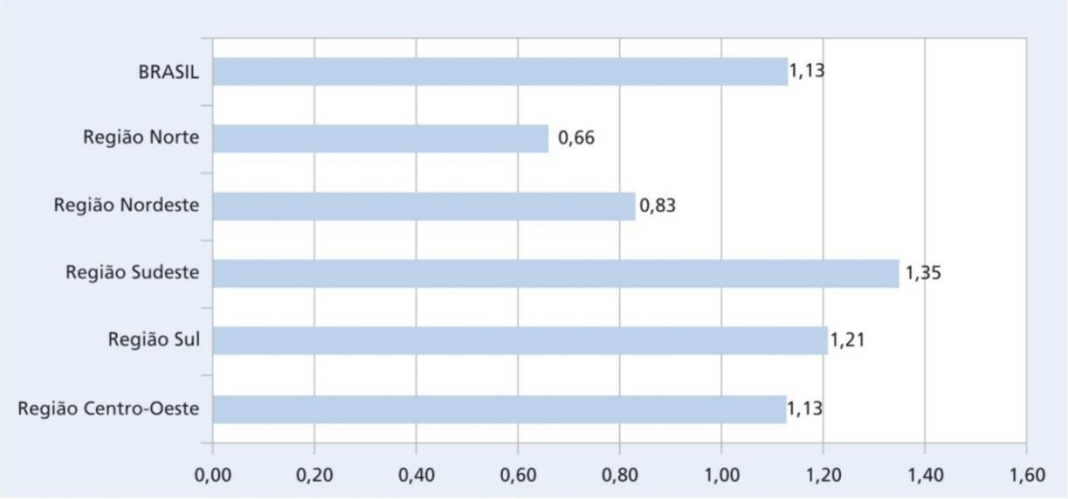


Fonte: CFM; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2013.

Essa desigualdade geral na distribuição se mantém quando se analisam os médicos que atuam nos SUS (Figura 2).

Figura 2

Distribuição de médicos cadastrados no CNES, que atuam no SUS, por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil, 2012



Fonte: CFM; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2012.

É possível perceber grande concentração de profissionais na Região Sudeste, enquanto as Regiões Norte e Nordeste apresentam razão médicos-habitantes bastante inferior. Trata-se de situação antiga e que se tem consolidado cada vez mais, em face da imensa dificuldade em fixar médicos em locais de difícil acesso ou menos desenvolvidos.

Várias razões foram apontadas para isso: 1) a tendência de o profissional se fixar no local onde faz a residência médica, devido a questões sociais, de trabalho, ou ainda pelo fato de lá constituir família; 2) a precariedade das condições de trabalho oferecidas nos locais ditos de difícil provimento, onde usualmente faltam recursos básicos para a boa prática médica; 3) a baixa qualidade de vida nestes locais, que usualmente não logram proporcionar ao profissional e à sua família a estrutura de vida por eles desejada.

Salientou-se que essa realidade foi a principal justificativa para a criação do Programa Mais Médicos, em 2013. O Programa propôs-se a incentivar o deslocamento de médicos para as regiões mais desassistidas, em face da existência de verdadeiros vazios assistenciais.

Dados do Ministério da Saúde, trazidos pelo Dr. Felipe Proenço de Oliveira[34], apontam que, nestes dois anos de funcionamento, o Programa alocou 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas, o que equivale a 72,8% de nossos municípios (Figura 3). De acordo com tais dados, a medida implicou extensão da atenção prestada a cerca de 63 milhões de brasileiros.

De acordo com os dados informados pelo Ministério da Saúde, por ocasião da resposta ao Requerimento de Informação enviado, atualmente trabalham no Programa Mais Médicos:

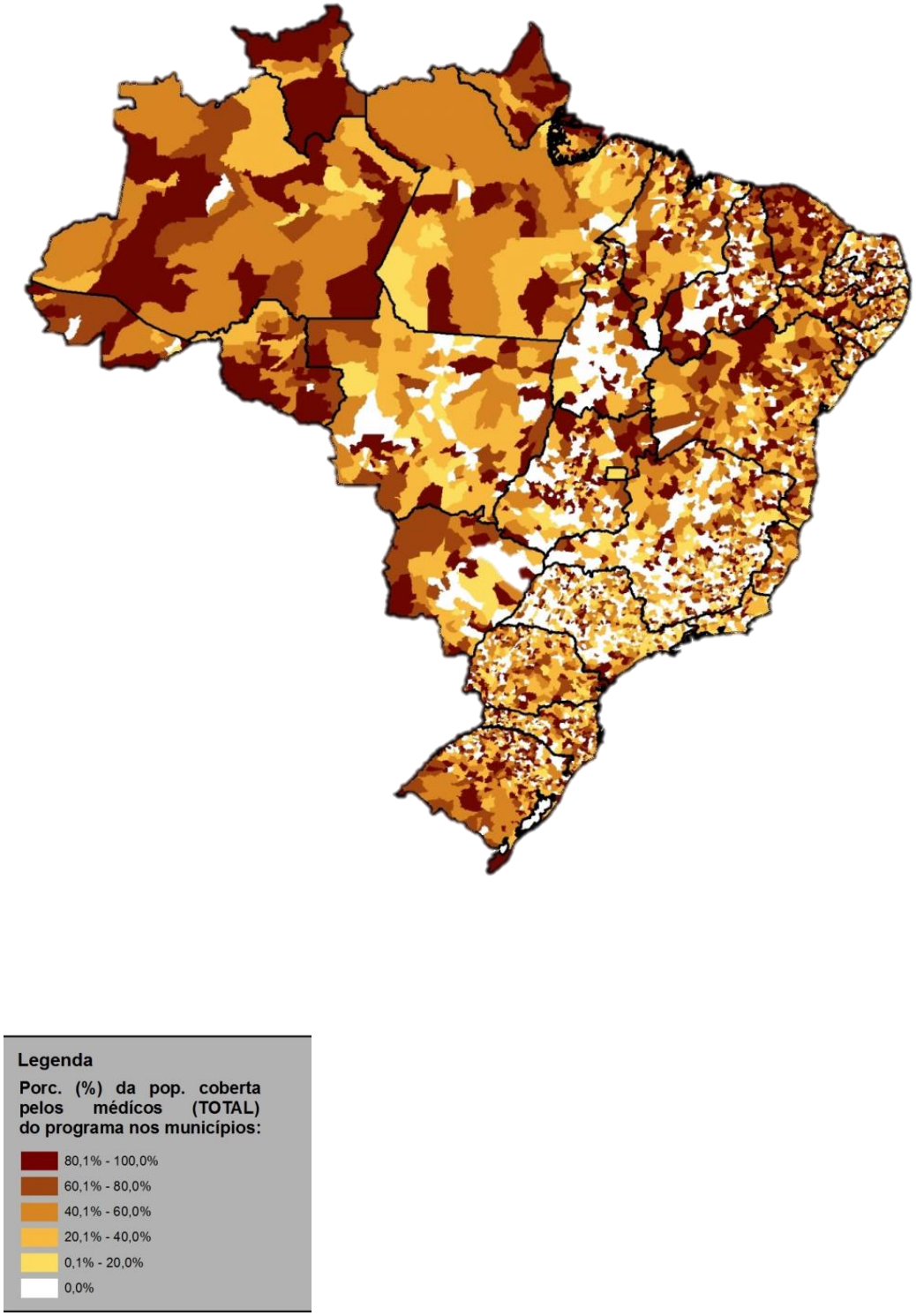
- 814 médicos brasileiros formados no exterior e sem revalidação do diploma;
- 12.142 médicos estrangeiros sem revalidação do diploma, dos quais, 11.429 são da Cooperação do Governo Brasileiro com a Organização Pan-Americana (Opas); e
- 5.274 médicos com diploma válido no Brasil.

Várias polêmicas acerca da implantação e da condução do Programa Mais Médicos foram levantadas ao longo dos debates. A Subcomissão, todavia, optou por não aprofundar a análise de tais questões, tomando em consideração a hipótese de se tratar de solução emergencial e provisória.

[34] Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde.

Outros problemas relacionados ao trabalho médico no SUS vieram à tona nos debates promovidos no âmbito da Subcomissão Especial da Carreira Médica. Restou clara a dificuldade de os profissionais médicos priorizarem o trabalho na rede pública.

Figura 3 – Distribuição da cobertura de assistência médica prestada pelo Programa Mais Médicos por município, 2015.



Isso se dá especialmente por conta da baixa remuneração oferecida pelo Sistema. Nesse contexto, número expressivo de médicos assume mais de um vínculo de trabalho, fatalmente levando ao comprometimento da qualidade do serviço prestado.

Na mesma linha, proporção relevante desses profissionais opta pela prática médica privada, abandonando o Sistema. Isso se dá principalmente no que respeita às especialidades médicas. Em determinados casos, a carência de especialistas chega a impedir a realização de ações fundamentais de saúde.

Em face disso, evidenciou-se a necessidade de se implantarem soluções concretas, que possam atender tanto às demandas imediatas quanto àquelas de médio ou longo prazo. Houve consenso sobre o fato de que a solução proposta pelo Programa Mais Médicos jamais lograria sucesso duradouro.

Algumas ações foram consideradas prioritárias. Primeiramente, alocar médicos nos locais de difícil provimento, principalmente por meio de estímulos concretos para seu deslocamento e fixação definitiva nesses locais. Como alternativa, assegurar a possibilidade de transferência para outros centros após alguns anos.

Além disso, mostra-se premente a necessidade de se tornar mais atrativo o trabalho na rede pública de saúde, como forma de assegurar melhora na qualidade do atendimento prestado. Considerou-se que a maneira mais efetiva para isso seria a garantia de uma remuneração digna para o trabalho no SUS, sendo exigida, consequentemente, dedicação exclusiva.

Saliente-se que a Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, já estatui a valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos objetivos da política de recursos humanos na área de saúde (art. 27, IV).

Assim, considerando a necessidade de suprir o Sistema Único de Saúde em suas necessidades mais relevantes, assume relevo a proposta de criação de uma carreira médica de Estado. Trata-se de demanda antiga neste Parlamento, já debatida em diversas ocasiões.

De fato, a discussão acerca da necessidade ou não de criação de carreira médica de Estado desenvolve-se há décadas. Já a Lei Orgânica da Saúde, por exemplo, previu tanto a carreira quanto um piso salarial:

> Art. 27 A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:
>
> .....

> II – instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde – SUS, da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente.
>
> III – fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção pelos estados e municípios de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais.

Ocorre, todavia, que ambos os dispositivos (Art. 27, II e III) foram vetados pelo então Presidente da República, Sr. Fernando Collor de Mello. Justificou-se o veto pelo fato de já haver projeto de lei em tramitação que pretendia criar o Sistema de Carreira do Serviço Civil da União.

De fato, pelo menos dois projetos de lei com tal teor foram propostos pelo Poder Executivo:

1. Projeto de Lei nº 4.059, de 1989, que "Institui o Sistema de Carreira do Serviço Civil da União, fixa as suas diretrizes e da outras providências". Aprovado na Câmara dos Deputados, foi remetido ao Senado Federal em 24.10.1990, por meio do OF PS/GSE/201/90. Em 1995, no entanto, foi arquivado na Casa Alta.

2. Projeto de Lei nº 4.407, de 1994, que "Dispõe sobre o Sistema de Planos de Carreira dos Servidores Públicos Civis dos Poderes da União e estabelece as diretrizes para a sua implantação, bem como dos Planos de Carreira da Administração Direta, das autarquias, inclusive as em regime especial e das fundações publicas, e da outras providências". Este também foi arquivado posteriormente, em 1995, por solicitação da Presidência da República (MSC006601995).

Assim, temos que ambos os projetos de lei, que se restringiam aos quadros de pessoal da União, foram arquivados sem produzir efeitos. E ainda hoje não existe qualquer manifestação concreta do Poder Executivo no sentido de resolver essa questão, cuja relevância mostra-se inconteste.

Com relação a isso, cabe transcrever a resposta enviada pelo Ministério da Saúde ao questionamento quanto à existência de iniciativas ou estudos relativos à criação da carreira para os médicos vinculados ao SUS, pois ela influencia diretamente as conclusões de nosso trabalho:

> *Não há um estudo específico para uma carreira uniprofissional nem no Ministério da Saúde nem no Ministério do Planejamento, mas existem diversas iniciativas de pesquisa, estudo, acompanhamento, apoio e incentivos às Carreiras Públicas.*

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio do Observatório de Recursos Humanos, pesquisa, avalia e monitora o mercado de trabalho e a força de trabalho em saúde no SUS e na Saúde Suplementar, fazendo parte destes estudos tanto os profissionais inseridos em carreiras como o estudo das próprias.

A SGTES, por meio do Departamento de Regulação e Gestão do Trabalho em Saúde, elaborou e pactuou, tanto na mesa Nacional de Negociações do SUS (com participação de representantes dos sindicatos dos profissionais de saúde) quanto na Comissão Intergestores Tripartite, protocolos com diretrizes para carreiras no SUS apontando para carreiras públicas, com progressão por tempo de serviço e mérito, com avaliação de desempenho, que sejam multiprofissionais e que prevejam dispositivos de participação democrática dos trabalhadores.

O Prêmio Inovasus tem identificado, premiado e difundido experiências de constituição de planos de carreiras no âmbito de estados, Distrito Federal, municípios e mesmo carreiras regionais envolvendo mais de um ente da Federação.

A SGTES tem financiado estudos e ações de implantação de carreiras, em especial as regionais, que permitem a mobilidade dos profissionais entre municípios da região.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade tem avaliado carreiras dos profissionais da atenção básica e, em função do desempenho das mesmas em padrões de qualidade estabelecidos com base nas diretrizes dos protocolos de carreira da Mesa Nacional de Negociação, tem conferido aos municípios incentivo diferenciado, repassado mensalmente no Piso de Atenção Básica Variável.

Resta claro que, apesar de o Ministério da Saúde afirmar haver iniciativas pontuais, que não chega a nomear, não existe qualquer ação efetiva em andamento para, de modo mais amplo, resolver a situação em relação aos médicos que atuam no SUS, com a perspectiva de carreira satisfatoriamente estruturada e remunerada.

Há que se lembrar, no entanto, que várias categorias vêm se organizando em carreiras de Estado, a exemplo da Magistratura, da Polícia Federal e da Receita Federal, sempre tendo como mote serem carreiras típicas de Estado. É exatamente nesse contexto que se insere a atual discussão, que ora a Subcomissão propõe. A atuação do médico no Sistema Único de Saúde também deve ser vista como atividade típica de Estado, dadas as obrigações constitucionalmente atribuídas ao Poder Público nessa matéria.

Nesse cenário, a Subcomissão Especial da Carreira Médica entendeu ser prioritária a retomada do debate acerca de uma Carreira Médica de Estado, a exemplo do que ocorreu na Comissão Especial constituída para o exame da Proposta de Emenda à Constituição nº 454/2009, sobre a qual se falará a seguir.

2.2 – Sobre a Proposta de Emenda à Constituição nº 454, de 2009

2.2.1 – A proposição original

A discussão sobre a criação de uma carreira de médico de Estado está em curso nesta Casa desde as duas últimas legislaturas. A matéria é objeto da Proposta de Emenda à Constituição nº 454, apresentada em 16 de dezembro de 2009, de autoria do Deputado Ronaldo Caiado e outros.

A proposição mencionada, em sua redação original, altera a Constituição Federal, acrescentando-lhe o art. 197-A, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a organização da carreira única de Médico de Estado. O dispositivo pretende que o exercício da medicina, no âmbito do serviço público federal, estadual e municipal, seja privativo dos membros da carreira única de Médico de Estado, que seria organizada e mantida pela União. Para tanto seriam observados os seguintes princípios e diretrizes:

I – ingresso mediante aprovação em concurso público de provas e títulos, realizado com a participação do respectivo órgão de fiscalização profissional;

II – dedicação exclusiva, com exceção para o exercício de cargo ou função no magistério público;

III - ascensão funcional que considere critérios de antiguidade e merecimento, que deve contemplar em sua aferição o aperfeiçoamento profissional do médico, conforme normas estabelecidas pelas organizações médicas, na forma da lei;

IV - lotação e remoção com base nas necessidades do serviço, incluída, como um dos requisitos para a remoção, a pontuação por lotação em localidades remotas ou de difícil ou perigoso acesso, na forma da lei;

V – vedação de percepção, pelos integrantes da carreira, de honorários, tarifas ou taxas, auxílios ou contribuições de pessoas naturais ou jurídicas, públicas ou privadas, a qualquer título, bem como de participação no produto da sua arrecadação, cabendo exceções por previsão legal; e

VI – gestão administrativa e funcional regulada e fiscalizada por órgão colegiado federal, composto paritariamente por Médicos de Estado eleitos por seus pares, por representantes da sociedade civil não pertencentes à categoria médica e por representantes do Ministério da Saúde, na forma da lei;

VII – aplicação do art. 247 da Constituição Federal, que prevê o estabelecimento de critérios e garantias especiais para a perda do cargo pelo servidor público estável que, em decorrência das atribuições de seu cargo efetivo, desenvolva atividades exclusivas de Estado;

Ainda segundo a proposta, os médicos federais, estaduais e municipais concursados, com ingresso pelas regras anteriores à promulgação da

Emenda, passariam a integrar carreira em extinção. No caso dos médicos federais, há previsão expressa da faculdade de migração para a carreira de Médico de Estado.

Finalmente, a PEC acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT, determinando que lei específica fixe remuneração inicial da carreira de Médico de Estado em R$ 15.187,00, com reajustes anuais.

2.2.2 – O substitutivo adotado pela Comissão Especial

Em 19 de novembro de 2011, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania deliberou pela admissibilidade da PEC nº 454/2009. Na sequência, em 05 de junho de 2013, foi constituída Comissão Especial para o exame de seu mérito. A relatoria da matéria coube ao Deputado Eleuses Paiva.

No parecer apresentado em 10 de setembro de 2013, o relator manifestou-se favoravelmente à matéria, destacando a necessidade de se garantir a perspectiva de uma carreira digna para que o médico possa exercer pelo Estado o papel social a este inerente. Nesse sentido, enfatizou a necessidade de serem assegurados ao profissional salários condizentes, condições favoráveis de trabalho e garantias especiais para permanência em cargo com atribuições que são tipicamente estatais, bem como ações contínuas de capacitação e aperfeiçoamento. Com essa compreensão e considerando os fundamentos indispensáveis para o sucesso da carreira de Estado para médicos, entendeu a relatoria que a PEC 454/2009 reúne os elementos essenciais para receber o apoio desta Casa.

No entanto, o parecer faz ressalvas a dois aspectos da proposição**: a abrangência da carreira proposta, que abarca servidores de todas as esferas governamentais, e o estabelecimento, no texto constitucional, de valor determinado a ser observado como piso remuneratório, bem como as consequências orçamentárias e financeiras decorrentes dos dois pontos destacados**. Os questionamentos apresentados no voto, os argumentos correspondentes e as soluções vislumbradas pelo relator para os problemas apontados são os que se seguem, mas algumas questões merecem ser discutidas com maior profundidade, especialmente no que se refere à abrangência da carreira:

> - No caso, a proposição não se restringe à esfera federal, mas inclui também os Estados e os Municípios. Trata-se, portanto, de uma empreitada colossal, com extrema dificuldade de viabilização, visto que seria financiada apenas pela União.
>
> - Há que se prever que seus custos seriam altíssimos, inviáveis para o já limitado orçamento federal para a saúde. Para que se tenha uma ideia, praticamente 70% dos médicos do SUS têm vínculos com os Municípios. Ou seja, se todos os médicos optassem pela carreira, seria impossível o financiamento apenas pelo nível federal.
>
> - A solução seria a implantação das carreiras também por Estados e Municípios, a serem criadas por mecanismos legais próprios, no âmbito de suas competências. Isso já vem acontecendo em alguns Estados, como o Ceará e São Paulo.

- Foi apresentado Substitutivo que restringe o alcance da carreira à esfera federal e apenas para os médicos servidores que atuem em órgãos e entidades da administração pública federal integrantes do Sistema Único de Saúde.

- O Substitutivo mantém as principais diretrizes e fundamentos da PEC original, como a essencialidade da atividade, a exigência da dedicação exclusiva, o acesso por concurso público, a progressão funcional por mérito e antiguidade, a definição legal de critérios para lotação e remoção, com valoração especial por lotação em localidades remotas, de difícil ou perigoso acesso, e a participação das entidades da categoria na gestão da carreira.

- Ademais, mediante remissão ao art. 247, assegura aos integrantes da carreira garantias especiais concedidas aos servidores que exercem atividades exclusivas de Estado. Mantém, ainda, a possibilidade de opção dos médicos já concursados pelo ingresso na nova carreira.

- Quanto à remuneração, que será por subsídio, optou-se pela não definição de valores no texto constitucional, ficando a medida transferida para uma lei específica que regulamentaria a carreira. Dessa forma, haverá a possibilidade de apresentação oportuna de proposta que compatibilize os recursos orçamentários com a oferta de remuneração atrativa, capaz de garantir a incorporação do contingente de médicos necessários. Daí mais uma forte razão para que se assegurem mais recursos para a saúde.

Em reunião realizada no dia 20 de novembro de 2013, a Comissão Especial aprovou o parecer e o substitutivo oferecidos pelo relator.

Mais recentemente, em 5/3/2015 e em 1º/10/2015, foram apresentados, respectivamente, os Requerimentos nºs 830/2015 e 3201/2015, que requerem a inclusão da PEC nº 454/2009 na Ordem do Dia do Plenário da Câmara dos Deputados.

Cremos não haver discordância, tanto entre os membros desta Subcomissão, como do pleno da CSSF, entidades médicas e sociedade civil de que a criação de uma carreira médica capaz de viabilizar o exercício da medicina em condições dignas e acessíveis à totalidade da população, sobretudo aos grupos mais carentes, constitui necessidade premente. Medidas conjunturais podem mitigar as graves deficiências do setor de saúde no Brasil, mas não passarão de paliativo.

É importante ponderar que o aperfeiçoamento dos serviços de saúde pública impõe também a melhoria das condições de trabalho dos demais profissionais e da infraestrutura do setor, sem o que os esperados padrões de qualidade e universalidade preconizados para o Sistema Único de Saúde dificilmente serão atingidos.

Quanto à questão mais específica da carreira médica, objeto fundamental de análise desta Subcomissão entendemos que o tema, de modo mais geral, já foi adequadamente discutido pela Comissão Especial que analisou a PEC nº 454/2009. As variáveis técnicas, políticas e financeiras relevantes associadas à matéria foram consideradas, não havendo razão para se reiniciar a discussão do zero. Portanto, opinamos que a PEC 454/2009 deve ser levada à discussão e votação no Plenário desta

Casa, que é soberano para acolhe-la, ou não, seja em seu texto original ou nos termos do substitutivo adotado pela Comissão Especial que analisou o mérito da matéria.

Todavia, entendemos também a necessidade de se recomendar, por meio de projeto de lei, a instituição de uma carreira nacional especial no Sistema Único de Saúde - SUS para profissionais de saúde da atenção básica, e não apenas médicos, em áreas vulneráveis, e de difícil acesso ou provimento, levando-se em conta que o Programa Mais Médicos encerra-se em 2018. A ideia é substituir os intercambistas por médicos brasileiros, que sejam titulares dos cargos.

Há que se analisar a importancia da fixação de médicos nessas áreas, evitando que expressiva parcela da população fique sem acesso a serviços de saúde, principalente nas regiões Norte e Nordeste. Mas para tanto a necessidade de condições de trabalho e remuneração adequadas fazem parte desse contexto, bem como uma política de progressão espacial para municípios maiores,desde que dentro da região pólo de atuação do profissional, abrindo progressiva e continuadamente vagas, favorecendo a atuação permanente desses profissionais. Cabe então, retomar a discussão iniciada pela Comissão Especial para Elaboração de Proposta de Carreira para o SUS , criada em 2010 pelo próprio Mnistério da Saúde, mas que não teve sequência.

Por fim, uma outra questão, ainda que não seja cem por cento vinculada ao tema, mas é relacionada, temos a situação do exercício em si da medicina, regulada por meio da Lei 12.842/2013 (Ato Médico). Neste sentido, acatando sugestão do presidente desta Subcomissão, recomendamos que os dispositivos da lei vetados pela presidente da República sejam rediscutidos pelo Leislativo Federal e, se oportuno, retomados por meio de projeto de lei.

VII - RECOMENDAÇÕES

Os trabalhos da Subcomissão Especial criada na Comissão de Seguridade Social e Família - CSSF para tratar sobre os cursos de graduação e pós-graduação de medicina no Brasil e o mercado de trabalho dos profissionais médicos nas áreas pública e privada em nosso país (carreira médica) reforçaram a necessidade de reavaliação, pela Câmara dos Deputados, da situação em que se encontra hoje o ensino médico, as escolas médicas, a Residência Médica e o mercado de trabalho do profissional médico em nosso País, sem no entanto desvincular-se da realidade na qual se encontram milhões de brasileiros, sem atendimento básico de saúde de qualidade.

Abriram-se vários questionamentos relativos aos três eixos temáticos definidos, destacando-se entre outros:

- Como construir, de forma responsável, os critérios de abertura de novos cursos de graduação em medicina, garantindo qualidade na formação dos futuros médicos?

- Como viabilizar, de forma mais permanente e rigorosa, as avaliações das escolas médicas de graduação em medicina?

- Como fortalecer politicamente a Comissão Nacional de Residência Médica?

- Que iniciativas podem ser encaminhadas para fortalecer a carreira, em especial no âmbito do Sistema ùnico de Saúde – SUS?

Frente a atual conjuntura e na tentativa de, como representantes do povo, com responsabilidade de ampliar os espaços democráticos de participação e fiscalização da gestão e implementação das políticas públicas de saúde, de respeito às demandas da categoria médica e, priorizando, sempre, o bem estar individual e coletivo recomendamos, o que segue:

A) QUANTO A GRADUAÇÃO

1 - Aprovação, pela Câmara dos Deputados, do PL 7.841/2014 (PLS 399/2011) que altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, para dispor sobre a revalidação e o reconhecimento de diplomas de graduação, mestrado e doutorado expedidos por instituições de ensino superior estrangeiras, mediante processo de avaliação que observe, inclusive, acordos internacionais de reciprocidade e equiparação, bem como parâmetros de qualidade e prazos definidos, em colaboração com o órgão responsável pela avaliação dos cursos de graduação no País. O projeto está em tramitação na CSSF com parecer pela aprovação e é importante para que programas como o Revalida, o processo de Revalidação de Diplomas de Médicos formados no Exterior transforme-se em política de Estado, e não apenas de governo, ao ser elevado ao status de lei.

2 - Alteração das Leis nº 12.871/2013 e nº 10.861/2004, por meio de Projeto de Lei que:

2.1 - insira determinação de que, para abertura de novos cursos deve-se respeitar os critérios já existentes no Decreto nº 5.773, de 2006 (vigente), o qual prevê que a criação de cursos de graduação em medicina deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde antes da autorização pelo Ministério da Educação (art. 28, § 2º), bem como atender ao que dispõe a Portaria do Ministério da Educação - ME nº 147, de 2007 (vigente), que dispõe sobre *"a complementação da instrução dos pedidos de autorização de cursos de graduação em direito e medicina"* e, inclusive, **no caso específico dos cursos de Medicina,** os processos de autorização não decididos em virtude da ausência

de parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde tenham sua instrução complementada com elementos específicos de avaliação, nos termos do art. 29 da Lei nº 9.784/1999 *(que Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal)*, indicados em diligência da Secretaria de Educação Superior (SESu), de forma a subsidiar a decisão administrativa quanto aos seguintes aspectos:

> I — demonstração da relevância social, com base na demanda social e sua relação com a ampliação do acesso à educação superior, observados parâmetros de qualidade;
>
> II — demonstração da integração do curso com a gestão local e regional do Sistema Único de Saúde (SUS);
>
> III — comprovação da disponibilidade de hospital de ensino, próprio ou conveniado, por período mínimo de dez anos, com maioria de atendimentos pelo SUS;
>
> IV — indicação da existência de um núcleo docente estruturante, responsável pela formulação do projeto pedagógico do curso, sua implementação e desenvolvimento, composto por professores:
>
> i) com titulação em nível de pós-graduação stricto sensu;
>
> ii) contratados em regime de trabalho que assegure preferencialmente dedicação plena ao curso; e
>
> iii) com experiência docente

2.2 - preveja a instrução dos processos diligenciada pela SESu, que poderá, se necessário, contar inclusive com a colaboração de especialistas externos, com conhecimentos reconhecidos nos campos profissional e acadêmico na área de medicina.

2.3 - inclua dispositivos que endureçam a avaliação dos cursos de graduação em Medicina e estabeleçam punições às instituições que não cumprirem os protocolos de compromisso, determinando que:

> - a avaliação dos cursos de graduação inclua, obrigatoriamente, visita de comissão de especialistas a todos os cursos, com periodicidade trienal;
>
> - o protocolo de compromisso de que trata o art. 10 da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004 - Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, abrangerá período máximo de quatro anos.

- se não sanadas as insuficiências detectadas será automaticamente cassada a autorização de funcionamento ou a renovação de reconhecimento, sendo assegurada aos alunos matriculados transferência para curso de outra instituição em processo conduzido pelo Ministério da Educação;

- durante a vigência do protocolo fica vedada a realização de processo seletivo para admissão de novos alunos

- a negativa de renovação de reconhecimento de curso de graduação em Medicina em função de descaracterização da necessidade social não excluirá a garantia do direito de conclusão do curso aos estudantes matriculados por um período de seis anos, vedada a realização de processo seletivo para admissão de novos alunos.

2.4 - condicione a adesão ao SINAES para que as instituições de educação superior vinculadas aos sistemas de ensino dos Estados e do Distrito Federal recebam recursos ou benefícios da União;

2.5 - determine, por parte das instituições de educação superior, a obrigatoriedade de notificar individualmente, ao menos uma vez por ano, todos os seus estudantes sobre o conceito obtido pela instituição nas avaliações do SINAES; e,

2.6 - defina a aplicação do ENADE, para os cursos de Medicina, anualmente para todos os alunos ao final do segundo, do quarto e do último ano de curso; diferenciando-os dos demais cursos, para os quais o ENADE só é aplicado ao final do primeiro e do último ano e mantendo-se a utilização dos procedimentos amostrais para todos os cursos, inclusive Medicina.

B) QUANTO A PÓS-GRADUAÇÃO

1. Alteração da Lei nº 12.871/2013, por meio de Projeto de Lei que, entre outras questões:

- inclua determinação de competência à Comissão Nacional de Residência Médica para normatizar, regular e implementar vagas de RM;

- aumente a quantidade das especialidades de acesso direto a Programas de Residência Médica, adicionando-se Medicina Interna (Clínica Médica); Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia Geral; Psiquiatria; Medicina Preventiva e Social; Neurocirurgia; Ortopedia; Anestesiologia; Medicina de Urgência; Geriatria; Oftalmologia e Infectologia;

- modifique os critérios do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para corresponder a somente 30% do total de vagas ofertadas entre as especialidades de acesso direto, e a partir de 2019, sendo coordenado pelo Ministério da Saúde no âmbito da rede saúde na escola.

- modifique os termos da avaliação específica para os programas de RM, prevendo instituição dessa, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com a participação preferencial de pelo menos 1 (um) médico da respectiva especialidade, para todos os Programas de Residência Médica, com periodicidade máxima de 5 (cinco) anos. Propõe-se que a participação seja preferencial e não obrigatória porque algumas sociedades de especialidades não têm estrutura ou disponibilidade para acompanhar a avaliação e programas de RM. Por outro lado, se se toma por base instituições como a USP, que tem uma infinidade de programas, torna-se insustentável os custos de visita. Por exemplo, se forem 100 programas em diversas especialidades, seriam necessárias 100 pessoas diferentes, no mínimo, para visitar os programas, o que quebra qualquer regra de economicidade.

- inclua o conteúdo disposto no Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015 - formação do Cadastro Nacional de Especialistas -, de forma a eleva-lo ao status de lei, garantindo mais segurança jurídica ao texto, que é fruto de esforço concentrado das entidades médicas, governo e parlamento para prover de mais transparência o acesso, pela sociedade, aos dados sobre profissionais médicos, bem como de constituição de um banco de informações confiáveis e atualizadas, que pode ser fonte segura de planejamento e implementação de políticas públicas de saúde.

2. envio de Indicação ao Poder Executivo relativa à necessidade de isonomia entre os valores de bolsa para RM e remuneração do Mais Médicos, sendo a RM realizada em instituição pública.

C) QUANTO À CARREIRA MÉDICA

1. aprovação, pela Câmara dos Deputados, da PEC 454, de 2009, que já está pronta para deliberação do Plenário;

2. envio de Indicação ao Poder Executivo, sugerindo apresentação de Projeto de Lei (minuta anexa) que disponha sobre Carreira Especial Nacional para Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica no SUS, voltada para atender as demandas dos serviços de saúde em áreas socialmente vulneráveis e de difícil provimento de profissionais médicos; e

3. recomendação de rediscussão, pelo Congresso Nacional, dos vetos apostos à Lei nº 12.842, de 2013 – Lei do Ato Médico e, caso seja oportuno, a apresentação de Projeto de Lei que reinsira no texto os dispositivos vetados pel aPresidente da República.

Contando com o apoio e aprovação dos nobres pares a este relatório e as recomendações aqui listadas, anexo a seguir as sugestões de texto para os projetos de lei recomendados por esta Relatoria.

Sala da Comissão, em 8 de outubro de 2015.

Deputado Alexandre Serfiotis – PSD/RJ
Relator – SUBCAMED

PROJETO DE LEI Nº , DE 2015.
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Altera dispositivos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, e da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, que instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera dispositivos da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, para atribuir competencias à Comissão Nacional de Residência Mèdica, tratar sobre critérios de abertura de novos cursos de graduação em medicina, sobre a Residência Médica, sobre a ampliação da oferta de vagas de acesso direto a Programas de Residência Médica e dá outras providências.

Art. 2º A Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 3º. A autorização para funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior pública ou privada, inclusive em universidades e centros universitários, deverá ser submetida ao Conselho Nacional de Saúde, previamente à autorização pelo Ministério da Educação. (NR)

§ 1º os processos de autorização não decididos em virtude da ausência de parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde terão sua instrução complementada com elementos específicos de avaliação nos termos do art. 29 da Lei nº 9.784, de de 29 de janeiro de 1999, indicados em diligência da Secretaria de Educação Superior (SESu), e que possam subsidiar a decisão administrativa. (NR)

.....

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Lei, os quais seguirão os procedimentos da legislação vigente até então. (NR)

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos neste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

..... (NR)

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público, desde que respeitado o que determina o caput deste artigo. (NR)

§ 7º A autorização, a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina, bem como o reconhecimento e a renovação do reconhecimento dos cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

.....(NR)

§ 8º Além do disposto na Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, a avaliação dos cursos de graduação em Medicina incluirá, obrigatoriamente, visita de comissão de especialistas a todos os cursos, com periodicidade trienal.(NR)

§ 9º No caso de curso de graduação em Medicina, o protocolo de compromisso de que trata o art. 10 da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004 abrangerá período máximo de quatro anos, findo o qual, se não sanadas as insuficiências que lhe deram ensejo será automaticamente cassada a autorização de funcionamento ou a renovação de reconhecimento, nos termos do regulamento, sendo assegurada aos alunos matriculados transferência para outra instituição, em processo conduzido pelo Ministério da Educação.(NR)

§ 10 Durante a vigência do protocolo de compromisso referido no parágrafo § 9º é vedada a realização de processo seletivo para admissão de novos alunos ao curso.

§ 11 A negativa de renovação de reconhecimento de curso de graduação em Medicina em função de descaracterização da necessidade social referida no inciso II do § 7º não excluirá a garantia do direito de conclusão do curso aos estudantes matriculados por um período de seis anos, vedada a realização de processo seletivo para admissão de novos alunos." (NR)

.....

"Art. 5º. Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior, sendo da competência da Comissão Nacional de Residência Médica a normatização, regulação e implementação dessas vagas. (NR)

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2021. (NR)"

.....

"Art. 5º-A. A Comissão Nacional de Residência Médica – CNMR, presidida pelo Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação, terá a seguinte composição:

I - dois representantes do Ministério da Educação, como membros natos;

II - um representante do Ministério da Saúde, como membro nato;

III - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;

V - um representante do Conselho Federal de Medicina - CFM;

VI - um representante da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM;

VII - um representante da Associação Médica Brasileira - AMB;

VIII - um representante da Associação Nacional de Médicos Residentes - ANMR;

IX - um representante da Federação Nacional de Médicos - FENAM;

X - um representante da Federação Brasileira de Academias de Medicina - FBAM; e

XI - um médico de reputação ilibada, docente em cargo de provimento efetivo em Instituição de Educação Superior pública, que tenha prestado serviços relevantes ao ensino médico, à residência médica e à ciência médica em geral.

§ 1º Cada conselheiro terá um suplente.

§ 2º Os conselheiros e respectivos suplentes serão indicados pelo titular dos órgãos ou entidades que representam e designados pelo Ministro de Estado da Educação.

§ 3º O conselheiro previsto no inciso XI do caput exercerá o papel de Conselheiro Secretário-Executivo e terá mandato de dois anos, renováveis por igual período, sendo escolhido pelo Ministro de Estado da Educação em lista tríplice elaborada pela Plenária.

§ 4º As indicações dos conselheiros referidos nos incisos III a X do caput serão de médicos de reputação ilibada que tenham prestado serviços relevantes ao ensino médico, à residência médica e à ciência médica em geral, podendo recair em nomes que não sejam de associados ou de titulares de instituições associadas às entidades representadas.

§ 5º Os conselheiros referidos nos incisos III a X do caput cumprirão mandatos de dois anos, renováveis por até igual período."

.....

*"Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas, **de acesso direto**, para Programas de Residência Médica as seguintes especialidades: (NR)*

I. Medicina Geral de Família e Comunidade;
II. Genética Médica;
III. Medicina do Tráfego;
IV. Medicina do Trabalho;
V. Medicina Esportiva;
VI. Medicina Física e Reabilitação;
VII. Medicina Legal;
VIII. Medicina Nuclear;
IX. Patologia;
X. Radioterapia;
XI. Medicina Interna (Clínica Médica);
XII. Pediatria;
XIII. Ginecologia e Obstetrícia;
XIV. Cirurgia Geral;
XV. Psiquiatria;
XVI. Medicina Preventiva e Social
XVII. Neurocirurgia
XVIII. Ortopedia

XIX. Anestesiologia

XX. Medicina de Urgência

XXI. Geriatria

XXII. Oftalmologia

XXIII. Infectologia " (NR)

.....

"Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos, devendo corresponder a 30% do total de vagas ofertadas entre as especialidades de acesso direto, a partir do ano de 2019.

.....(NR)

.....

"Art. 9º. .....

§ 1º É instituída avaliação específica pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com a participação preferencial de pelo menos 1 (um) médico da respectiva especialidade, para todos os Programas de Residência Médica, com periodicidade máxima de 5 (cinco) anos. (NR)

§ 1º-A A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, e o seu resultado será utilizado como parte do processo de classificação para acesso aos Programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, com peso mínimo igual a 30% (trinta por cento) nos resultados desse processo de classificação, de acordo com regulamento aprovado pela referida Comissão.(NR)

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito dos sistemas de ensino" (NR)

.....

"Art. 27. Será concedida bolsa de preceptoria médica nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica." (NR)

.....

"Art. 35. .....

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, o título de especialista de que tratam os § 3º e § 4º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981, é aquele concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da

Associação Médica Brasileira - AMB, ou pelos programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

§ 2º O Cadastro Nacional de Especialistas reunirá informações relacionadas aos profissionais médicos com o objetivo de subsidiar os Ministérios da Saúde e da Educação na elaboração de parâmetros de ações de saúde pública e formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional.

§ 3º O Cadastro Nacional de Especialistas constituirá a base de informação pública oficial na qual serão integradas as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico constantes nas bases de dados da CNRM, do Conselho Federal de Medicina - CFM, da AMB e das sociedades de especialidades a ela vinculadas."

"Art. 35-A O Cadastro Nacional de Especialistas conterá informações sobre o profissional médico provenientes dos órgãos e das entidades referidos nos §§ 1º a 4º do art.35-F, que não configuram especialidade médica, mas que sejam relevantes para o planejamento das políticas de saúde e de educação e se refiram à formação acadêmica e à atuação desses profissionais.

Art. 35-B Fica estabelecida a Comissão Mista de Especialidades, vinculada ao Conselho Federal de Medicina - CFM, a qual compete definir, por consenso, as especialidades médicas no País.

§ 1º A Comissão Mista de Especialidades será composta por:

I - dois representantes da CNRM, sendo um do Ministério da Saúde e um do Ministério da Educação;

II - dois representantes do CFM; e

III - dois representantes da AMB.

§ 2º Os representantes da Comissão Mista de Especialidades, definirão, por consenso, as demais competências para sua atuação e as regras de seu funcionamento, por meio de ato específico.

§ 3º A atuação da Comissão Mista de Especialidades observará as competências previstas em lei."

Art. 35-C O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação adotarão o Cadastro Nacional de Especialistas como fonte de informação para a formulação das políticas públicas de saúde destinadas a:

I - subsidiar o planejamento e a formação de recursos humanos da área médica no Sistema Único de Saúde - SUS e na saúde suplementar;

II - dimensionar o número de médicos, suas especializações, suas áreas de atuação e a distribuição deles no território nacional, de forma a garantir o acesso ao atendimento médico da população brasileira de acordo com as necessidades do SUS;

III - estabelecer as prioridades de abertura e de ampliação de vagas de formação de médicos e especialistas no País;

IV - conceder estímulos à formação de especialistas para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;

V - garantir à população o direito à informação sobre a modalidade de especialização do conjunto de profissionais da área médica em exercício no País;

VI - subsidiar as Comissões Intergestores de que trata o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na pactuação, organização e no desenvolvimento de ações e serviços de saúde integrados a redes de atenção à saúde;

VII - propor à Comissão Nacional de Residência Médica a reordenação de vagas para residência médica; e

VIII - orientar as pesquisas aplicadas ao SUS.

Parágrafo único. Os entes federativos poderão utilizar os dados do Cadastro Nacional de Especialistas para delinear as ações e os serviços de saúde de sua competência, nos termos do art. 16 a art. 19 da Lei nº 8.080, de 1990."

Art. 35-D Os dados do Cadastro Nacional de Especialistas constituirão parâmetros para a CNRM, a AMB e as sociedades de especialidades, por meio da AMB, definirem a oferta de vagas nos programas de residência e de cursos de especialização para atendimento das necessidades do SUS, nos termos do § 4º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981.

Art. 35-E O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, deverá compor, gerir e atualizar o Cadastro Nacional de Especialistas e garantirá a proteção das informações sigilosas nos termos da lei.

Art. 35-F Para a formação do Cadastro Nacional de Especialistas, a CNRM, o CFM, a AMB e as sociedades de especialidades a ela vinculadas disponibilizarão, de forma permanente, a partir da publicação desta Lei e sempre que houver solicitação, para o Ministério da Saúde, suas bases de dados atualizadas com as informações de que trata o art. 35-A.

§ 1º O Ministério da Educação e as instituições de ensino superior disponibilizarão, de forma permanente, para o Ministério da

Saúde, as suas bases de dados atualizadas com as informações referentes à formação acadêmica.

§ 2º O Ministério da Educação disporá sobre o envio das informações das instituições de ensino superior de que trata o § 1º para o Ministério da Saúde.

§ 3º A base de dados dos sistemas de informação em saúde do SUS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS será utilizada para formação do Cadastro Nacional de Especialistas.

§ 4º As informações fornecidas pelos órgãos e entidades de que trata este artigo serão centralizadas em base de dados própria do sistema de informação em saúde do SUS.

Art. 35-G Para assegurar a atualização do Cadastro Nacional de Especialistas, a AMB, as sociedades de especialidades, por meio da AMB, e os programas de residência médica credenciados pela CNRM, únicas entidades que concedem títulos de especialidades médicas no País, sempre que concederem certificação de especialidade médica, em qualquer modalidade, disponibilizarão ao Ministério da Saúde as informações disciplinadas conforme ato do Ministro de Estado da Saúde, ressalvadas aquelas sob sigilo nos termos da lei.

Art. 35-H. Será criada, no Cadastro Nacional de Especialistas, consulta específica de acesso ao cidadão denominada Lista de Especialistas.

Parágrafo único. A Lista de que trata o caput conterá o rol de profissionais médicos por Estado, na qual serão divulgados aqueles devidamente registrados como especialistas no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 35-I. Os registros de informações referentes aos profissionais médicos nos sistemas de informação em saúde do SUS somente se realizarão caso estejam em consonância com os dados registrados no Cadastro Nacional de Especialistas.

Parágrafo único. Ato do Ministério da Saúde definirá o início da exigência descrita no caput.

Art. 35-J. Para fins de inclusão no Cadastro Nacional de Especialistas, as modalidades de certificação de especialistas previstas nos § 3º e § 4º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981, deverão cumprir os pré-requisitos e condições estabelecidos no art. 5º art.6º e art. 7º desta Lei.

Art. 35-K. Será livre o acesso às informações do Cadastro Nacional de Especialistas pelos órgãos e entidades públicas e privadas, profissionais médicos e pela sociedade civil, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e das diretrizes da Política de

Segurança da Informação nos órgãos e entidades da administração pública federal de que trata o Decreto nº 3.505, de 13 de junho de 2000.

Art. 35-L. O Ministério da Saúde adotará as providências para implementar e disponibilizar, no prazo de cento e vinte dias a contar da data de publicação desta lei o Cadastro Nacional de Especialistas.

Art. 35-M. Compete à CNRM definir a matriz de competência para a formação de especialistas na área de residência médica.

Art. 35-N. A Comissão Mista de Especialidades deverá se manifestar quando da definição pela AMB da matriz de competências exigidas para a emissão de títulos de especialistas por ela concedidos, ou por meio dela quandoquando se tratar das sociedades de especialidades. "

.....

Art. 3º Art. 3º A Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1° .....

§ 3º A adesão ao SINAES é condição para a que as instituições de educação superior vinculadas aos sistemas de ensino dos Estados e do Distrito Federal recebam recursos ou benefícios da União. (NR)

.....

Art. 3º .....

.....

§ 4º As instituições de educação superior deverão notificar individualmente todos os seus estudantes, ao menos uma vez por ano, sobre o conceito obtido pela instituição nas avaliações do SINAES.(NR)

Art. 4º .....

.....

§ 3º As instituições de educação superior deverão notificar individualmente, ao menos uma vez por ano, todos os seus estudantes a respeito do conceito obtido pelo curso em que estiverem matriculados nas avaliações do SINAES. (NR)

Art. 5º .....

.....

§ 2º O ENADE será aplicado periodicamente, admitida a utilização de procedimentos amostrais, aos alunos de todos os cursos de graduação ao final do primeiro e do último ano de curso, exceto os cursos de Medicina, os quais serão objeto de avaliação anual obrigatória para todos os alunos ao final do segundo, do quarto e do último ano de curso. (NR)

§ 3º A periodicidade máxima de aplicação do ENADE aos estudantes de cada curso de graduação será trienal, salvo para os cursos de Medicina, cuja periodicidade de aplicação do Enade será anual. (NR)

.....

Art. 4º Revogam-se os *§§ 2º e 3º do art. 3º e os §§ 1º, 2º e 3º do art. 7º da Lei nº nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.*

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, em de de 2015

PROJETO DE LEI Nº , DE 2015.
(Do Poder Executivo)

Institui a Carreira Nacional dos Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde - SUS, para médicos, enfermeiros-chefe e cirurgiões dentistas.

O Congresso Nacional decreta:

Art 1º. Esta Lei cria a Carreira Nacional para Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde - SUS, voltada para atender as demandas dos serviços de saúde em áreas socialmente vulneráveis e de difícil provimento.

Art 2º. É criada a Carreira Nacional para Profissionais de Nível Superior de atendimento em Atenção Básica no Sistema Único de Saúde - SUS, voltada para atender as demandas dos serviços de saúde em áreas socialmente vulneráveis e de difícil provimento.

Art 3º. A Carreira para Profissionais de Nível Superior da Atenção Básica no SUS destina-se às profissões de médico, cirurgião dentista e enfermeiro-chefe voltadas ao atendimento em equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional.

§ 1º. Enquadram-se para o provimento de vagas para esta carreira os municípios que atenderem os seguintes critérios:

I - PERFIL 1: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto em norma específica do Ministério da Saúde , que não se encaixam nos demais perfis;

II - PERFIL 2: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto em norma específica do Ministério da Saúde que não se encaixam nos demais perfis;

III - PERFIL 3: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

IV - PERFIL 4: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos

municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto em norma específica do Ministério da Saúde que não se encaixam nos demais perfis;

V - PERFIL 5: municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

VI - PERFIL 6: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis;

VII - PERFIL 7: Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base em dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); e

VIII - PERFIL 8: Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS)

§ 2º O provimento de médicos para os cargos previstos no § 1º dar-se-á por concurso público de prova e títulos, e de forma gradativa, em substituição a médicos intercambistas que estejam em atividades no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Art. 3º. A Carreira Nacional para Profissionais de Nível Superior da Atenção Básica é medida complementar às estabelecidas pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, para garantir estratégias de fixação de profissionais da Atenção Básica brasileiros, ou estrangeiros com diplomas devidamente validados para o exercício da profissão no Brasil, em áreas atendidas por iniciativas de provimento emergencial de médicos.

Parágrafo Único. O Governo Federal poderá manter estratégias de provimento emergencial, em caráter de excepcionalidade, para municípios que não tiverem a procura de candidatos aprovados para ingresso na carreira nacional..

Art. 4º. Caberá ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e ao Ministério da Saúde o dimensionamento dos cargos e sua distribuição nos municípios que aderirem à carreira a partir do ano de 2019, para plena implementação até o ano de 2026.

§ 1º Ato específico e conjunto dos órgãos citados no caput disporá quanto a remuneração, acesso, mobilidade, progressão funcional, proventos específicos para cada núcleo profissional, regime jurídico e previdenciário, entre outros critérios e definições pertinentes.

§ 2º A carreira proposta compreenderá:

I – Dedicação exclusiva, exceto para os profissionais que exerçam cargo ou função no magistério público;

II - Ascensão funcional que considere critérios de antiguidade e merecimento, e contemple em sua aferição o aperfeiçoamento profissional do médico, conforme normas estabelecidas pelas organizações médicas, na forma da lei;

III - Lotação e remoção com base nas necessidades do serviço, valendo como requisito para a remoção, a pontuação por lotação em localidades remotas ou de difícil ou perigoso acesso, na forma da lei.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde deverá ser consultado sobre a proposta dos critérios para a Carreira antes de sua aprovação e publicação.

§ 4º O gestor federal poderá liberar profissional medico da Carreira Nacional a realizar no município em que esteja alocado programa de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, ou em Área Profissional em Saúde, como etapa do estágio probatório ou critério de pontuação para progressão funcional.

Art. 5º Caberá aos municípios que atendam aos critérios previstos nesta lei manifestarem-se junto ao Ministério da Saúde sobre o interesse em integrar os postos de trabalho de suas unidades básicas de saúde para provimento pela carreira proposta.

§ 1º O chamamento para adesão de municípios, bem como as medidas relacionadas à gestão de pessoas da carreira serão de responsabilidade do Governo Federal, cabendo regramento específico, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), estabelecer as regras de parceria entre os gestores federal, estaduais e municipais para gestão compartilhada destes processos.

§ 2º O município que aderir e integrar a carreira nacional não poderá preencher os cargos pactuados com estratégias próprias de provimento, exceto aquelas estabelecidas pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Art. 6º. Os recursos para financiamento da Carreira Nacional para os Profissionais de Nível Superior da Atenção Básica no SUS advirão do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo Único - Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão; da Fazenda e Ministério da Saúde, disciplinarão conjuntamente sobre a operacionalização do previsto no caput.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, em de de 2015.