

PROJETO DE LEI N° _____, DE 2020
Do Sr. André Barreto Távora

Dispõe do Projeto de Lei Programa “BraSUS”, que visa a expansão do acesso democrático ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional a partir da redistribuição da regionalização do SUS e do aprimoramento dos serviços e do número de profissionais na atenção às saúdes primária, secundária e terciária em localidades carentes de acesso a tal direito fundamental.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Criação da Política Pública BraSUS, programa a nível nacional que busca fazer valer os princípios régios do Sistema Único de Saúde-SUS, almejando assim, contribuir arduamente para a universalização e democratização do acesso à saúde e assistência médica em território brasileiro e em todas as suas esferas, seja a saúde primária, secundária e terciária, com a cooperação entre a União, os Estados e os Municípios conforme o art. 198 da Constituição Federal e o Pacto da Saúde, Portaria GM/MS N° 399 de 22 de fevereiro de 2006, a partir da aplicação das medidas presentes no presente projeto de lei.

Art 2º. Prevê a instalação de um ano social obrigatório a todos os concludentes da faculdade de medicina de universidades públicas federais para a prestação de serviços comunitários em zonas carentes localidades afastadas.

§1º. Inscrição: Ao finalizar seu processo de obtenção de registro médico pelo Conselho Regional de Medicina-CRM, o aluno será automaticamente inserido no processo de inscrição, realizada em meio online, por meio do site do CRM ou presencial, onde deverá escolher uma das seguintes modalidades:

I- Clínica Médica;

II- Pediatria;

III- Cirurgia Geral;

§2º. Seleção: A seleção das localidades será feita pelo Conselho Estadual de Medicina-CEM da Unidade Federal em que se encontra universidade a qual o candidato se graduou, tendo como critérios a localização da referida instituição educacional e as condições de deslocamento do aplicante e podendo esse receber um vale transporte com validade do período de seu serviço caso por ele seja solicitado;

§3º. Tempo de contribuição e horas semanais: o serviço comunitário tem duração de doze meses obrigatórios, em que, durante os primeiros oito meses, terá carga horária total de trinta horas semanais, ao passo que, nos demais quatro meses, essa se reduzirá para vinte horas semanais, de modo a não prejudicar a preparação dos voluntários para as provas para a residência médica;

§4º. Gratificações: Aos participantes que finalizarem seu período de serviços voluntários cumprindo a carga horária estabelecida e não havendo nenhuma repreensão nesse período, serão conferidos um aumento de pontuação na prova de residência, a ser definido pela Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, bem como o recebimento de bolsas de aprimoramento de estudos;

§5º. Caráter Opcional: O caráter opcional é reservado somente aos graduados de universidades particulares, que devem seguir o mesmo procedimento se assim o desejarem, estando expostos às mesmas condições e regulamentações;

Art. 3º. Restabelece o programa de Residência Médica de Medicina da Família e da Comunidade-MFC, originalmente proposta pela Lei do programa Mais Médicos, Lei N°12.871 de 22 de outubro de 2013 e revogada recentemente pela lei N°13.958 de 18 de dezembro de 2019, cabendo as determinações a seguir:

§1º. Do Programa de Residência Médica em Medicina da Família e da Comunidade: O programa propõe a realização de um ano adicional obrigatório aos dois anos mínimos de residência médica, voltado para a Medicina da Família e da Comunidade, área profissional com enorme carência de mão-de-obra e que apresenta fundamental importância para a estruturação dos serviços de saúde, às seguintes especializações:

I- Clínica Médica;

II- Ginecologia e Obstetrícia;

III- Pediatria;

IV- Psiquiatria;

V- Cirurgia Geral;

VI- Medicina Preventiva e Social;

§2º. Quanto às demais especializações: Mantém-se o período mínimo de dois anos de residência, não contabilizando como requisito obrigatório de residência médica, às seguintes especializações:

I- Genética Médica;

II- Medicina Esportiva;

III- Medicina Física e Reabilitação;

IV- Medicina Geral da Família e da Comunidade;

V- Medicina Legal;

- VI- Medicina Nuclear;
- VII- Medicina do Trabalho;
- VIII- Medicina do Tráfego;
- IX- Patologia;
- X- Radioterapia;

§3º. Do ano adicional obrigatório: o ano adicional obrigatório constará como o terceiro e último ano de residência médica, dando prioridade a localidades afastadas e tendo sua carga horária dividida em trinta horas semanais para os dez primeiros meses e de vinte horas semanais para os dois meses remanescentes, de modo a não prejudicar a inserção dos profissionais ao mercado de trabalho após a conclusão da residência.

Art.4º. Insta a redistribuição das redes de serviços hospitalares no processo de descentralização e regionalização do SUS, a partir da realocação de hospitais regionais, microrregionais e considerados estratégicos, e centros especializados, de modo a democratizar e expandir o acesso aos serviços de saúde a partir da distribuição equânime das unidades de saúde nas macrorregiões de saúde pelo seu desmembramento e realocação das referidas unidades médicas.

§1º. Da Redistribuição: para a redistribuição e realocação dos hospitais para outras macrorregiões estaduais de saúde, é necessária uma melhor descentralização das redes públicas de saúde em relação às metrópoles e suas respectivas regiões metropolitanas, o que, para tanto, se adotarão os seguintes critérios:

- I- análise de sua função e necessidade de realocação e/ou permanência baseado na demanda de outras áreas e a Taxa de Ocupação Hospitalar-TOH da unidade;
- II- realocação em municípios que interliguem as macrorregiões, a partir da proximidade de malha viária de fácil acesso, não só em se tratando de rodovias estaduais, como também de federais;
- III- conformidade para com a proporção de atendimento destinado à população, ressaltando a importância da relação de demanda populacional e disponibilidade;
- IV- necessidade de permanência de centros e hospitais de referência nacional nas metrópoles, conferindo a necessidade de essas estarem nas capitais estaduais e metrópoles regionais de relevância nacional;
- V- a refuncionalização de hospitais que, por ventura, percam sua função pela redistribuição, sendo assim transformados para um gerenciamento de novas funções baseado nas necessidades específicas da área em questão;

§2º. Quanto ao Planejamento Orçamentário: serão destinadas verbas federais do Programa de Apoio às Secretarias de Saúde-Pases para a gestão estadual, na figura das secretarias estaduais de saúde, sendo tal soma regulada pela Comissão de Intergestores

Tripartite-CIT em colaboração com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde-Conass, de modo a cumprir seu papel de pactuação, negociação e acompanhamento direto os aspectos operacionais do SUS;

I- Caberá então às Secretarias Estaduais de Saúde-SES a negociação junto às prefeituras para a sedição do terreno e construção dos prédios, bem como a formulação do planejamento de redistribuição em seus respectivos estados e macrorregiões de saúde;

II- Caberá às secretarias municipais de saúde, junto ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde- Conasems, a articulação com as demais secretarias municipais, como as de planejamento estratégico e desenvolvimento urbano, a formação de uma rede de articulação para a estruturação do saneamento básico, bem como de locais para a deposição de lixo hospitalar, dando condições básicas sanitárias de instalação dos edifícios e contribuindo para a melhora na qualidade de vida das populações locais;

Art. 5º. Urge a formação de parcerias público-privadas na rede de saúde, de modo a expandir o número de especializações de hospitais regionais públicos do interior das universidades federativas, a partir da formação de oficinas de instrumentalização e capacitação profissional de áreas de interesse para as zonas de atuação das referidas unidades hospitalares, aumentando e consolidando o fornecimento de serviços de atenção à saúde secundária.

§1º. Incentivos fiscais para a formação das parcerias: estipula-se a redução e o abatimento do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana-IPTU e das taxas de luz dos hospitais e postos de saúde das empresas de saúde privadas que se comprometerem com o financiamento das oficinas, revocando o papel de responsabilidade social das empresas com a atrelamento da marca às iniciativas de colaboração com o Estado na busca da garantia do direito universal de acesso à saúde;

§2º. Da Capacitação Profissional: cabe à rede privada o financiamento de oficinas de capacitação profissional, que oferecem ao médico e demais profissionais da saúde a possibilidade de especialização em outras áreas, o fornecimento de materiais e instrumentos e oferecimento de bolsas de incentivo à residência e de aprimoramento de estudos, consolidando a expertise da rede pública com o capital empresarial a fim de que tais centros de qualificação humana possam trazer qualidade de vida à população local;

Art 6º. Determina a elaboração de concursos públicos federais que objetivam a contratação de mais profissionais da saúde para o programa Estratégia Saúde da Família-ESF em unidades federais que possuem desfalque, possuindo expansão gradativa e constituindo-se em uma ampla iniciativa para o acesso à assistência médica e aos atendimento ambulatorial.

§1º. Quanto às vagas: O concurso em questão visa a selecionar candidatos para uma contratação no período de 5 anos, nas áreas essenciais para a expansão das atividades do SUS no interior do país, sendo elas:

I- Médicos especializados nas seguintes áreas essenciais de especialização:

a) Medicina da Família e da Comunidade;

b) Pediatria;

c) Geriatria;

d) Clínica Médica;

e) Ginecologia e Obstetrícia;

II- Odontólogos;

III- Enfermeiros;

IV- Auxiliares e técnicos de enfermagem;

§2º. Quanto aos locais de atuação: os concursos, em suas edições iniciais, será aplicado nos estados das regiões Norte e Nordeste, em especial os estados do Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pará, Piauí e Tocantins, localidades severamente afetadas com a carência de mão-de-obra médica e ambulatorial, e sendo distribuídos conforme a necessidade específica de cada unidade federativa conforme as informações contidas nos levantamentos do Datasus;

§3º. Quanto à Seleção: será realizada aos moldes dos concursos públicos tradicionais, composto de três fases, sendo elas:

I- prova objetiva com 90 questões sobre saúde da família e serviço ambulatorial;

II- fase presencial com a realização de uma entrevista;

III- apresentação de currículo e áreas de expertise;

§4º. Quanto ao planejamento orçamentário: serão enviadas verbas federais presentes na Política Nacional de Atenção à Saúde Básica-PNAB às secretarias municipais de saúde, sendo administradas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), de modo a garantir o recebimento de remuneração salarial aos servidores;

§5º. Quanto à expiração e renovação de contrato: Ao término do contrato prevista pelo concurso, o profissional que não tenha cometido nenhuma infração até o fim do contrato pode negociar com a prefeitura do município no qual trabalhou ao longo do ESF, que deverá realizar uma solicitação ao CNS pedindo pela permanência do profissional, que irá averiguar a possibilidade de extensão de contrato, conforme a questão orçamentária;

§6º. Quanto à expansão gradativa: conforme explicitado em §2º, os concursos priorizarão as unidades federativas mais necessitadas e carentes dos profissionais supracitados, apresentando, portanto, maior urgência, ao passo que, de forma gradativa, se expandirá aos demais estados da União, com o fito a balancear de forma democrática e com equidade a

distribuição de profissionais de saúde por mil habitantes, conforme as condições orçamentárias do Estado em expandi-los;

Esta lei entra em vigor no ano seguinte à data de sua publicação.

Justificativa:

O presente projeto tem por finalidade principal resguardar o princípio básico e universal do acesso de todos à saúde, presente no art. 196 da Constituição Federal, e remeter ao Estado, com a cooperação da União, Estados e Municípios conforme o art. 198 da Constituição Federal, seu dever e comprometimento com a garantia de alcance democratizado a tal necessidade humana, de acordo com o art. 197 da Constituição Federal. Assim, é, dessa forma, que tal medida propõe um olhar diferente a um impasse histórico no crônico diagnóstico de desigualdade social brasileiro: a incompleta universalização do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional. Dessa forma, tal mecanismo, responsável por possibilitar a democratização da assistência médica no Brasil como nunca antes visto e sendo reconhecido internacionalmente como modelo de política pública para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida da população, é tido como um objeto influenciado pelas consequências sociais de um processo histórico de ocupação territorial brasileira, ressaltado pela flagrante discrepância na distribuição de leitos hospitalares no país. Conforme Maciel Filho e Branco (2009), em sua obra Rumo ao Interior:médicos, saúde da família e mercado de trabalho, é possível compreender a formação histórica das redes hospitalares e das faculdades de medicina centralizadas nas grandes metrópoles, em especial no eixo Centro-Sul, tendo como impacto um meio facilitador para a disparidade regional.

Assim, observa-se as iniciativas governamentais ao longo do tempo para a chegada da saúde nas áreas mais longínquas do Brasil, iniciando com o Projeto Rondon em 1968, sendo seguido pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-Piass em 1976, pelo Programa de Interiorização do SUS em 1994, pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-Pits em 2001 e, mais recentemente, pela lei dos Mais Médicos em 2013 e a lei dos Médicos pelo Brasil em 2019. É nítido, ao ver as históricas investidas do poder público em atrair os profissionais da saúde para rumo ao interior, uma espécie de convite para um cenário de incertezas, sem o suporte adequado para assistência médica ou qualquer possibilidade de plano de carreira. Portanto, é apenas com o Pacto pela Saúde de 2006, que se chega ao mote principal da presente proposição: é inconcebível tornar real a chegada de médicos no interior sem pensar na expansão do SUS e vice-versa. É apenas com a real regionalização e descentralização dos serviços de saúde pública, aliados com iniciativas que estimulem e, de fato, deem condições para a vinda de mão de

obra para as ações governamentais que se começará, finalmente, a galgar passos reais na busca por um SUS mais integrado, plural e universalizado.

É com essa mentalidade, de entender a dinâmica entre regionalização e formação de mão-de-obra, que o projeto BraSUS se propõe a atuar diretamente na redistribuição da rede hospitalar pública e em iniciativas concretas de formação e incentivo à vinda da classe médica para o interior, tendo como base o conceito de macrorregião de saúde, trazido pela Resolução N°37 da Comissão de Intergestores Tripartite-CIT, de 22 de março de 2018. Tal modelo, que substitui as chamadas regiões de saúde, criadas pelo Pacto da Saúde, como principal objeto de aplicação das políticas públicas de planejamento da pasta de saúde, consiste no espaço de integração entre regiões de saúde interligadas, englobando a união da Rede de Atenção à Saúde-RAS em suas três modalidades:atenção à saúde primária, secundária e terciárias. Entretanto, é impossível considerar um planejamento estratégico a partir de tais grandes blocos territoriais das unidades federativas quando há uma predominância dos serviços médicos nas grandes regiões metropolitanas das grandes capitais, um desequilíbrio que confere o caráter excludente a programas especializados. À título de ilustração, se pegarmos qualquer unidade federativa, o que nos é permitido pela padronização nacional do planejamento estratégico, como o estado do Ceará, o qual possui cinco macrorregiões, veremos que 36(trinta e seis) dos hospitais tidos como essenciais estão concentrados somente na macrorregião da região metropolitana de Fortaleza, formada por 42(quarenta e dois) municípios e concentra quatro milhões de habitantes (cerca de quase metade da população do estado), ao passo que as demais macrorregiões do estado, que formam os 142(cento e quarenta e dois) outros municípios cearenses, possuem apenas 52(cinquenta e dois), situação essa que se repete em quase todos os estados, em especial no eixo Norte-Nordeste(Sesa;2020). Ao mesmo tempo, não se pode considerar uma solução simplista e realizar divisões algébricas, sem considerar as diferenças de demanda entre tais espaços e inúmeras outras variáveis que diferenciam as necessidades entre as macrorregiões. Nessa perspectiva, é necessário estabelecer uma relação coesa entre as metrópoles e as zonas interioranas, conciliando a demanda provocada pela concentração Dessa forma, a redistribuição pela realocação das unidades hospitalares se mostra como uma efetivação das macrorregiões, com a real distribuição equânime da saúde secundária nos estados com os hospitais estratégicos e regionais, baseados nos critérios de facilidade de locomoção pela proximidade com a malha viária e pela interligação entre macrorregiões, refuncionalização dos prédios que, por ventura, perderem sua função, a permanência de centros de referência nacional nas metrópoles e o respeito às proporções de demanda populacional e disponibilidade. Essa nova esquematização promoverá uma completa remodelagem, tornando possível a chegada do acesso democrático e sustentável de serviços nunca antes vistos nas porções interioranas.

Ademais, a redistribuição não se resume só a realocação e vinda dos serviços de saúde secundária, mas também remonta a importância da estruturação dos sistemas de saneamento básico e do depósito adequado de lixo hospitalar, em cumprimento ao art. 200 da Constituição Federal, que conduzirão a incríveis mudanças de hábito que em muito podem contribuir para a erradicação de doenças causadas pelas condições sanitárias insalubres, responsável por 230 mil internações anuais (Datusus;2018). Tal configuração também é alicerçada em parcerias público-privadas, baseadas em incentivos fiscais pelo abatimento de tributos, que transformarão os hospitais públicos regionais em modelos de serviços de saúde terciária, a partir de oficinas de instrumentalização e capacitação profissional, que tornarão possíveis a extensão de especialidades de tais unidades hospitalares. É fundamental observar a importância da relação do expertise da rede pública com o capital privado, que assimila a convergência entre a responsabilidade social das empresas e o compromisso do Estado em zelar pelo seus deveres para com o povo, ressaltando ainda o art. 199 da Constituição Federal. Essa simples ligação tem a capacidade de transformar tais oficinas em grandes centros de capacitação ativando a cadeia produtiva dos serviços de saúde, levando a uma série de mudanças na melhoria da qualidade de vida da população.

Outrossim, no que se refere ao reforço dos serviços de atenção básica, tem-se a realização de concursos públicos que dêem oportunidades justas e dignas aos profissionais da saúde, que servem como principais iniciativas para suprir a escassa mão de obra em regiões isoladas, também podendo haver a renovação e extensão de contrato, sedimentado pela parceria entre a fiscalização do Conselho Nacional de Saúde-CNS e as negociações com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-Conasems. Assim, a partir do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família-ESF, outro programa internacionalmente reconhecido pela sua importância na distribuição de serviços ambulatoriais nas Unidades de Pronto Atendimento-UPAs e assistência em postos de saúde, se poderá aplicar a correção de quadros terríveis de má-distribuição médica no Brasil, havendo foco nas zonas com real carência de mão-de-obra profissional, como o eixo Norte-Nordeste, que possui menos de um médico para cada mil habitantes no interior, ao passo que na região Sudeste, por exemplo, possui média de 2,81 (FMUSP;2018). Assim, optou-se por estados, como Ceará, Bahia, Pará e Amazonas, por apresentarem tal discrepância crônica de demanda de profissionais no interior em detrimento de alta competitividade nas metrópoles, em que, se fazendo concursos mais centrados e com condições dignas aos médicos, se solucionará a demanda por profissionais de saúde em tais estados, conforme a realidade particular de cada um apresentada em (Moraes;2016). Ainda assim, mesmo que se haja a priorização das zonas de maior urgência, em razão da necessidade de não violar a Emenda Constitucional N°95 de 15 de dezembro de 2016, relativa ao teto de gastos públicos que

limita o orçamento da União nos próximos 20 anos, não impede a expansão gradual nas demais partes do território nacional, dentro das condições da Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, contribuindo para a redução de disparidades entre metrópole e demais regiões das unidades federativas.

Destarte, havendo consolidada a redistribuição da regionalização nos três níveis de saúde básica, volta-se então à outra questão de relevância para a democratização do SUS: a carência de mão-de-obra. Dessa forma, é imprescindível reconhecer a importância de projetos como a Lei N°12.871 de 22 de outubro de 2013, que sedimentou o Programa Mais Médicos, o qual destacou a relevância em aumentar a formação de médicos no Brasil. Infelizmente, tal medida fora revogada pela lei N°13.958 de 18 de dezembro de 2019, responsável pela instauração do Programa Médicos pelo Brasil que, apesar de ter feito correções relevantes ao exame do Revalida, se tornou um sucessor inconsistente ao apresentar propostas rasas de atratividade aos médicos, comprovados pelo número abaixo do esperado de inscrições, levando o governo vigente a convocar médicos cubanos, quando a administração em questão fora a responsável pela sua retirada do Brasil. Assim, aumenta-se a necessidade de termos medidas coerentes e consistentes que, de fato, possam atuar como meios facilitadores para o desfalque de profissionais em determinadas áreas da medicina, procurando também conciliar os interesses de programas governamentais e as necessidades dos médicos. Nesse sentido, o que se leva a proposição do retorno da residência médica adicional obrigatória de Medicina da Família e da Comunidade para determinadas áreas de especialização, já proposta pelo Mais Médicos, mas com alterações que servem para proteger os referidos profissionais, como o deslocamento do ano adicional para que seja o último da residência e a diminuição de carga horária nos últimos dois meses, de modo a não prejudicar a inserção no mercado de trabalho. Por fim, ainda há a necessidade de equipes de apoio em áreas carentes e mais afastadas dos centros urbanos, levando a adoção do ano social, já existente na política de universidades públicas no estrangeiro, que, apesar de ter sido proposta pela primeira vez em 2007 com o Projeto de Lei N°2598 de 12 de dezembro de 2007, adota uma estrutura completamente nova a começar por ter uma. O referido projeto de lei, na época, não oferecia garantias aos estudantes, como também não apresentava um planejamento concreto acerca da institucionalização de tal proposta. No presente caso, o ano social, que engloba a prestação de serviços comunitários no período de doze meses ao se concluir a graduação em medicina estando em uma universidade pública, se flexibiliza em horas semanais a partir dos últimos 4 meses, de modo a não prejudicar a preparação para a prova de residência médica e também está inserido no contexto de obtenção do registro médico-CRM. Ainda assim, vale ressaltar que os recém formados, completando o período sem nenhuma ocorrência, recebem oferecimento de bolsas de aprimoramento de estudos e um aumento

na pontuação do exame de residência, o que também o leva a ter caráter opcional aos alunos de escolas particulares.

Finalmente, apesar de haver inúmeras outras pautas relevantes na discussão da democratização do acesso à saúde, o projeto BraSUS, por si só, demonstra ser um condicionador real de justiça social, no cumprimento de um direito básico da constituição, a partir da maior democratização do acesso à saúde. Dessa forma, cabe ao Congresso Nacional, como representação do povo e das unidades federativas, assegurar tais garantias e não poupar esforços para o combate a disparidade econômica e regional, bem como para a manutenção do bem-estar e qualidade de vida da população brasileira.

À vista do exposto, conclamo a todos os Nobres Pares a apoiar essa iniciativa de grande valia ao acesso democrático aos serviços de saúde garantidos pelo Estado.

Sala de sessões, em----de-----de 2020.

Deputado André Barreto Távora.