



CONGRESSO NACIONAL

SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE COMISSÕES
SUBSECRETARIA DE APOIO ÀS COMISSÕES MISTAS

(*) EMENDAS

APRESENTADAS PERANTE A COMISSÃO MISTA DESTINADA A EXAMINAR E EMITIR PARECER SOBRE A **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 536**, ADOTADA EM 24 DE JUNHO DE 2011, E PUBLICADA NO MESMO DIA, MÊS E ANO, QUE "DÁ NOVA REDAÇÃO AO ART. 4º DA LEI Nº 6.932, DE 7 DE JULHO DE 1981, QUE DISPÕE SOBRE AS ATIVIDADES DO MÉDICO-RESIDENTE":

| CONGRESSISTAS | EMENDAS NºS |
|----------------------------------|----------------|
| Deputada CARMEM ZANOTTO (PPS) | 004. |
| Deputada GORETE PEREIRA (PR) | 006. |
| Senador INÁCIO ARRUDA (PCdoB) | 002, 007, 008. |
| Deputada JANDIRA FEGHALI (PCdoB) | 003, 005. |
| Deputada REBECCA GARCIA (PP) | 009, 010. |
| Deputado ROGÉRIO CARVALHO (PT) | 001, 012. |
| Senador VALDIR RAUPP (PMDB) | 011. |

SSACM

TOTAL DE EMENDAS: 012

(*) Avulso republicado em 4 de julho de 2011 por omissão de parte do texto da Emenda nº 7.

MPV - 536

00001

EMENDA À MEDIDA PROVISÓRIA 536, DE 2011

Dá nova redação ao art. 4º da Lei 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente.

EMENDA ADITIVA Nº _____

Art.1º A Medida Provisória nº 536, de 2011 passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 2º. O art. 2º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigor acrescido dos seguintes parágrafos:

“Art. 2º

§1º. As instituições de saúde, universitárias ou não, que ofereçam programas de residência médica deverão reservar, em cada processo de seleção de que trata esse artigo, no mínimo cinquenta por cento de suas vagas para médicos que tenham obtido o certificado de aproveitamento suficiente do Programa Saúde da Família – PSF.

§2º. O certificado de que trata o §1º deste artigo será expedido ao final de dois anos de trabalho no Programa Saúde da Família, mediante os seguintes critérios:

I – avaliação permanente por meio de atividades sob a forma de ensino à distância, ou outras, realizada a cada trimestre pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

II – avaliação feita pelo gestor do Programa Saúde da Família, cujos indicadores de avaliação são estabelecidos pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

§3º. As instituições de saúde responsáveis por programas de residência médica selecionadas pelo Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA) deverão selecionar os médicos que trabalhem ou tenham trabalhado, exclusivamente e por período não inferior a dois anos, no Programa Saúde da Família – PSF e tenham obtido o certificado de aproveitamento suficiente no programa saúde da família, na forma do §2º deste artigo.”

Art. 3º As instituições de ensino de que trata o art. 2º terão o prazo de mais um processo seletivo de residência médica para o cumprimento integral do seu comando normativo, a contar da data da publicação da Medida Provisória.

Art. 4º Esta Medida Provisória entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O escopo primeiro desta Emenda é fixar o médico no Programa Saúde da Família (PSF), uma vez que a rotatividade e a dificuldade para encontrar profissionais dispostos a trabalhar nos municípios e regiões distantes dos grandes centros urbanos é muito grande e fator inibitório ao pleno desenvolvimento da saúde da população brasileira.

Para isso, então, se criou incentivos aos jovens e recém formados médicos, qual seja, reservar vagas para aqueles que tenham obtido o certificado de aproveitamento suficiente no PSF. Este certificado somente é obtido mediante os seguintes critérios: (i) avaliação cognitiva, feita permanentemente por meio de atividades sob a forma de ensino à distância e (ii) avaliação feita pelo gestor do PSF, em ambos os casos segundo orientação e indicadores estabelecidos pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

Portanto, uma segunda finalidade deste Emenda indispensável para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) – é viabilizar uma política nacional de recursos humanos efetiva, que incorpore atividades como a qualificação e/ou formação permanente dos trabalhadores no setor saúde, inclusive, mediante articulação com Universidades e outras instituições de ensino. Tal se dá mediante os aludidos critérios para a obtenção do certificado de aproveitamento suficiente no PSF.

Ora, é crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Nesse passo, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo com base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho¹.

¹ Organização Pan-Americana da Saúde. Desempenho em equipes de saúde – manual. Rio de Janeiro: Opas, 2001.

Assim, o próprio Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA) desempenha importante papel para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para cursos superiores na saúde e a oferta de formação em áreas prioritárias, segundo necessidades regionais, tanto é assim que o PRO-RESIDÊNCIA tem como objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas, em edital próprio, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS, por meio de: a) ampliação do número de vagas na modalidade residência médica e instituição de novos programas nos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, Secretarias estaduais e municipais de saúde; b) concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar programas de residências médicas (PRM)².

Por sua vez, como se sabe, 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 (art. 1º da Lei 6.932, de 1981).

Vale destacar que o principal propósito do PSF³ é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Sem dúvida alguma que esta Emenda representa uma maneira concreta de aperfeiçoar e melhor qualificar os médicos que trabalham no PSF e, como acentuado inicialmente, fixar o médico nesse programa.

Não obstante, para além da importante fixação e qualificação dos médicos do PSF e da rede pública de saúde, esta Emenda também cumpre um terceiro objetivo, qual seja, levar a experiência teórica e a vivência prática dos médicos do PSF aos programas de residência médica, servindo como contraponto aos currículos que se pautam por um paradigma curativo, hospitalocêntrico e fragmentado do conhecimento e da abordagem da saúde,

² Portaria Interministerial nº 1.001, de 2009.

³ Portal da Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em www.portal.saude.gov.br/acaoprograma/sausedafamilia. Acesso: 26 mar. 2011.

ao valorizarem as especialidades sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer.

Logo, por meio de uma via de dupla direção, os médicos oriundos do PSF abrem novas perspectivas para os programas de residência médica, pois trarão uma base empírica de formação e educação de abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto pelo SUS.

E assim sendo, novamente esta Emenda materializa as condições necessárias à consecução dessa proposta sanitária, que já se encontram descritas na Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) – e nos atos normativos decorrentes de pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE).

Saliente-se que tudo isso está em sintonia com o caput do art. 5º da Constituição Federal, na medida em que esse dispositivo afirma que todos são iguais perante a lei, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à igualdade.

A propósito do princípio da igualdade ou da isonomia, ensina Celso Antônio Bandeira de Mello, no artigo “Princípio da isonomia: desequiparações proibidas e desequiparações permitidas”⁴:

Em verdade, o que se tem de indagar para concluir se uma norma desatende a igualdade ou se convive bem com ela é o seguinte: se o tratamento diverso outorgado a uns for ‘inquestionável’, por existir uma ‘correlação lógica’ entre o ‘fator de discrimen’ tomado em conta e o regramento que se lhe deu, a norma ou a conduta são compatíveis com o princípio da igualdade, se, pelo contrário, inexistir esta relação de congruência lógica ou – o que ainda seria mais flagrante – se nem ao menos houvesse um fator de discrimen identificável, a norma ou a conduta serão incompatíveis com o princípio da igualdade.

E mais:

sempre que a correlação lógica entre o fator de discrimen e o correspondente tratamento encantar-se na mesma linha de valores reconhecidos pela Constituição, a disparidade professada pela norma exibir-se-á como esplendorosamente ajustada ao preceito isonômico. Será fácil, pois, reconhecer-lhe a presença em lei que, *exempli gratia*, isente do pagamento de imposto de importação automóvel hidramático para uso de paraplégico.

Desta maneira, observa-se que a relação lógica entre o discrimen estabelecido nesta Emenda – criando reserva de vagas nos programas de

⁴ Princípio da Isonomia: desequiparações proibidas e desequiparações permitidas. Revista Trimestral de Direito Público, São Paulo, n. 1, p.79-83, 1993.

residência médica – vai ao encontro do princípio da igualdade, uma vez que a correlação lógica advém da própria necessidade de qualificar o serviço de saúde por meio de seus profissionais, inclusive porque decorrente de uma imperiosa necessidade reivindicada pelos gestores do SUS.

Ora, a relação de congruência lógica, de que fala o jurista, para acomodar o princípio da igualdade e, ao mesmo tempo, não violar o princípio da meritocracia, se dá porquanto no setor de atendimento da saúde pública é indispensável a atualização de profissionais médicos e a criação de um processo de educação continuada desses profissionais. Esta educação permanente, que se inicia desde os bancos universitários, perpassa o treinamento introdutório do médico no PSF e avança para utilizar todos os meios pedagógicos disponíveis para a formação e qualificação dos médicos que trabalham na saúde pública, especialmente, quando e de acordo com as realidades e necessidade de cada contexto local do SUS.

A qualificação e a capacitação do profissional médico de saúde, certamente, são um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde.

É bom lembrar que o Brasil adota diversas situações de reserva de vagas ou de tratamento diferenciado para, justamente, atender o interesse público, o interesse coletivo e superar desigualdades em diversos segmentos. Como exemplos retirados da própria Constituição Federal, pode-se citar a reserva de percentual de cargos e empregos para as pessoas com deficiência, no inciso VIII do art. 37, e o tratamento favorecido para as empresas de pequeno porte constituídas sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no País, no inciso IX do art. 170; e na legislação infraconstitucional: art. 354 da CLT (cota de 2/3 de brasileiros para empregados de empresas individuais ou coletivas), art. 373-A da CLT (adoção de políticas destinadas a corrigir as distorções responsáveis pela desigualdade de direitos entre homens e mulheres), art. 93 da Lei 8.213, de 1993 (cotas para os portadores de deficiência no setor privado), dentre outras.

Portanto, com a aprovação desta Emenda se contribuirá para a melhoria do serviço de saúde e do programa de residência médica, motivo pelo qual se pede o apoio dos nobres Pares.

Sala das Comissões, em 30/06/2011


Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**
PT/SE

MPV - 536

EMENDA Nº - CM
(à MPV nº 536 de 2011)

00002

O Art. 1º da Medida Provisória nº 536 de 2011 passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 4º Ao médico-residente é assegurada bolsa no valor de R\$ 2.658,00 (dois mil, seiscentos e cinquenta e oito reais), em regime especial de treinamento em serviço de sessenta horas semanais.(NR)

§ 1º

§ 2º

§ 3º

§ 4º

§ 5º

JUSTIFICATIVA

A residência médica é etapa fundamental na formação do médico. Ao tempo em que é insubstituível fase de aprendizado, permite o desenvolvimento da relação médico-paciente e prepara o profissional para as situações críticas em que lhe será exigido o fiel cumprimento do juramento de Hipócrates. Além disso, a residência médica é uma época em que o estudante enfrenta desafios físicos e psicológicos, vive incertezas e tem posta à prova sua vocação para o verdadeiro sacerdócio que é a medicina.

Uma das mais justas reivindicações dos médicos residentes, que provocou, inicialmente, a edição da Medida Provisória de nº 521 de 2010, e posteriormente esta, é o reajuste de 38,7% (trinta e oito inteiros e sete décimos por cento) do valor da bolsa, congelada em R\$ 1.916,45 (um mil, novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos) desde 2006.

A presente emenda, para a qual pedimos o apoio dos nobres parlamentares, recompõe a inflação acumulada, medida pelo Índice Geral de Preços ao Consumidor (IGP-M) desde 4 de dezembro de 2006, data da publicação da Lei nº 11.381, que estabeleceu o valor da bolsa, além de garantir um pequeno aumento real, que é plenamente justificável diante da nova realidade econômica do País, embora não compense perdas históricas ocorridas antes de 2006.

Sala das Sessões, 30 junho de 2011



Senador INÁCIO ARRUDA PCdoB-CE

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

MPV - 536
00003DATA
28/06/2011

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 536, DE 2011

TIPO

1 [] SUPRESSIVA 2 [] AGLUTINATIVA 3 [] SUBSTITUTIVA 4 [X] MODIFICATIVA 5 [] ADITIVA

| | | | |
|---------------------------------------|------------------|----------|-----------------|
| AUTOR DEPUTADO (A)..JANDIRA FEHALI | PARTIDO PCdoB | UF RJ | PÁGINA 01/01 |
|---------------------------------------|------------------|----------|-----------------|

EMENDA MODIFICATIVA

Dê-se ao inciso III do § 5º do art. 4º da lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, alterado pelo art. 1º da MP 536/2011, a seguinte redação:

Art. 1º

"Art. 4º

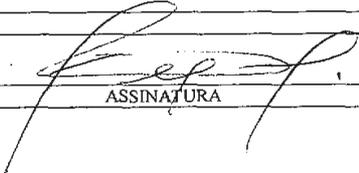
§ 5º

III – moradia, conforme estabelecido em regulamento.

JUSTIFICAÇÃO

No que concerne à moradia, a MP 536/11 limita-se a determinar que seja assegurada na forma de regulamento, **"se comprovada a necessidade"**. A redação anterior da Lei 6.932/81, com redação dada pela Lei 8.138/90, estabelecia que as instituições de saúde responsáveis por programas de residência médica deveriam oferecer aos residentes alimentação e moradia no decorrer do período de residência. Inclusive no caso de 2011, com orçamento já previsto nos diversos níveis aos quais os programas estão vinculados.

Existe, portanto, alteração significativa na natureza do benefício, com evidente prejuízo para os médicos residentes. Ademais, se o texto remete para o regulamento não há porque estabelecer tal limitação no corpo da MP. Esse ponto, cabe salientar, já vem sendo motivo de protesto por parte da categoria e é objeto da presente emenda.

/ /
DATA

ASSINATURA

CONGRESSO NACIONAL
APRESENTAÇÃO DE EMENDASMPV - 536
00004

| | |
|------------------------------|--|
| Data 29/06/11 | Proposição Medida Provisória nº 536, de 24 de junho de 2011 |
| Autor Dep. Carmen Zanotto | nº do prontuário |

TEXTO / JUSTIFICATIVA

Insira-se no art. 4º da Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981 constante da Art. 1º da Medida Provisória nº 536 de 24 de junho de 2011 o seguinte paragrafo, renumerando-se os demais:

“§ 1º O valor da bolsa referida no caput será objeto de revisão anual pela Comissão Nacional de Residência Médica:

I - até 1º de dezembro será publicado o valor da bolsa com vigência para o ano seguinte;

II - o valor da bolsa terá vigência nos doze meses subsequentes a partir do dia 1º de janeiro de cada ano;

III - Será assegurada a participação das entidades estaduais e municipais mantenedoras de programas de residência médica na discussão da revisão dos valores da bolsa.

” (NR)

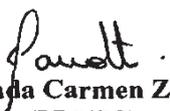
JUSTIFICATIVA

Manter o valor de uma bolsa de estudos como a de residência médica atrelado a uma alteração em Lei é descabido quando se compara com outras bolsas de aperfeiçoamento profissional pagas por diferentes órgãos governamentais.

A bolsa de residência médica deveria seguir a lógica de outras bolsas que são definidas por portarias ou normativas de seus respectivos órgãos financiadores. Isso é o que ocorre hoje em se tratando das bolsas fornecidas pela mesma metodologia de revisão que outras bolsas como as fornecidas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES ou Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ dos médicos.

Ao vincular a revisão dos valores da bolsa a uma alteração da Lei dificulta-se o processo de negociação e muitas vezes se posterga injustificadamente a correção das bolsas penalizando os profissionais que dependem dela para seguir seu aperfeiçoamento profissional.

Sala da Comissão, em 29 de 6 de 2011


Deputada Carmen Zanotto
(PPS/SC)

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

MPV - 536
00005DATA
28/06/2011

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 536, DE 2011

TIPO

1 [] SUPRESSIVA 2 [] AGLUTINATIVA 3 [] SUBSTITUTIVA 4 [] MODIFICATIVA 5 [X] ADITIVA

| AUTOR | PARTIDO | UF | PÁGINA |
|-------------------------------|---------|----|--------|
| DEPUTADO (A)..JANDIRA FEGHALI | PCdoB | RJ | 01/01 |

EMENDA ADITIVA

Acrescente-se § 6º ao art. 4º da lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, alterado pelo art. 1º da MP 536/2011, com a seguinte redação:

Art. 1º

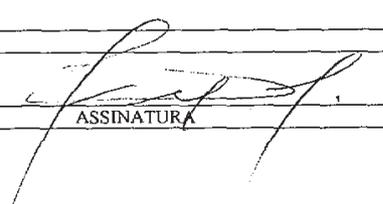
"Art. 4º

§ 6º O valor da bolsa do médico-residente poderá ser reajustado anualmente." (NR)

JUSTIFICAÇÃO

Até a edição da MP 521/10, o valor da bolsa dos médicos residentes era de R\$ 1.916,45, montante incompatível tanto com a complexidade das tarefas por eles desempenhadas quanto com a responsabilidade e a carga horária exigidas. Tal valor não havia sido atualizado nos quatro anos anteriores. Nesse contexto, o reajuste de 22% não supera a defasagem, mas corresponde ao acordado com a categoria no recente movimento grevista nacional.

Essa situação, todavia, explicita ser necessário indicar a periodicidade do reajuste do valor da bolsa ora em vigor, com o objetivo de facilitar sua efetivação e alcançar um valor justo. Assim, apresentamos a presente emenda incluindo um dispositivo que possibilita cumprir este objetivo, autorizando o reajuste anual, sem gerar injuridicidade.

/ /
DATA

ASSINATURA

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

MPV - 536
00006

| | | | | |
|---|--------|--|--|--------|
| Data 29 / 06 / 2011 | | Proposição Medida Provisória nº 536 de 2011 | | |
| Autor Gorete Pereira - PR-CE | | | nº do prontuário 100 | |
| 1. <input type="checkbox"/> Supressiva 2. <input type="checkbox"/> Substitutiva 3. <input type="checkbox"/> Modificativa 4. <input checked="" type="checkbox"/> Aditiva 5. <input type="checkbox"/> Substitutivo Global | | | | |
| Página | Artigo | <input checked="" type="checkbox"/> Parágrafo | <input checked="" type="checkbox"/> Inciso | alínea |

TEXTO

Acrescente-se ao artigo 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, o seguinte parágrafo:

Art.4º.....

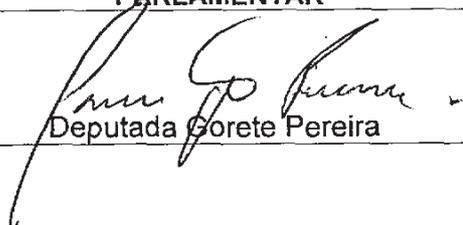
§ 6º As instituições de saúde que atualmente oferecem curso de especialização, com equivalência em residência médica, ficam obrigadas ao cumprimento do disposto nesta lei.

I - A partir da publicação desta lei, as instituições de saúde de que trata este parágrafo terão prazo máximo de 3 (três) meses para se adequar às novas regras e apresentar os programas de especialização, com equivalência em residência médica, à Comissão Nacional de Residência Médica. (NR)

JUSTIFICAÇÃO

Esta medida se faz importante para dar tratamento isonômico aos médicos que cursam especialização em nível de residência médica e não amparados pela Lei 6.932/81, tendo desrespeitados os direitos trabalhistas e submetidos à exaustiva carga horária, comprometendo a participação do médico em atividades teórico-práticas.

PARLAMENTAR


Deputada Gorete Pereira

MPV - 536

EMENDA Nº - CM
(à MPV nº 536 de 2011)

00007

O Art. 1º da Medida Provisória nº 536 de 2011 passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

Art. 4º

§ 1º

§ 2º

§ 3º

§ 4º

§ 5º

“§ O valor da bolsa definido no *caput* deste artigo sofrerá reajuste anual, nunca inferior à inflação acumulada medida pelo Índice Geral de Preços ao Consumidor (IGP-M) do período, ou por outro índice que vier a substituí-lo.”(NR)

JUSTIFICATIVA

A presente emenda, para a qual pedimos o apoio dos nobres parlamentares, tem o propósito de garantir que o valor da bolsa devida ao médico residente, proposta na presente Medida Provisória, não venha a ser corroída pela desvalorização da moeda, evitando o que ocorreu desde 1º de dezembro de 2006, data da publicação da Lei nº 11.381, que estabeleceu o valor da bolsa que vigorou até recentemente.

Sala das Sessões, 30 junho de 2011



Senador INÁCIO ARRUDA PCdoB-CE

EMENDA Nº - CI **MPV - 536**
(à MPV nº 536 de 2011) **00008**

O Art. 1º da Medida Provisória nº 536 de 2011 passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos:

Art. 4º

§ 1º

§ 2º

§ 3º

§ 4º

§ 5º

“§ 6º No mês de dezembro de cada ano, a todo bolsista será paga uma bolsa natalina correspondente a 1/12 avos da bolsa devida em dezembro, paga pela instituição responsável pelo programa, por mês de residência médica cursado no ano correspondente.

§ 7º A fração igual ou superior a 15 (quinze) dias de residência médica será havida como mês integral para os efeitos do § 6º deste artigo.

§ 8º A bolsa natalina de que trata o § 6º será proporcional em caso de interrupção da residência médica.

§ 9º As faltas legais e justificadas não serão deduzidas para os fins previstos no § 6º deste artigo.

§ 10º É garantido o pagamento de adicional de insalubridade ao bolsista que desempenhar atividades e operações insalubres, observado, naquilo em que for aplicável, o que dispõe a Seção XIII do Capítulo V do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho).

§ 11º A bolsa, a bolsa natalina e o adicional de insalubridade de que trata este artigo ficam isentos do imposto de que trata o inciso III do art. 153 da Constituição Federal.” (NR)

JUSTIFICATIVA

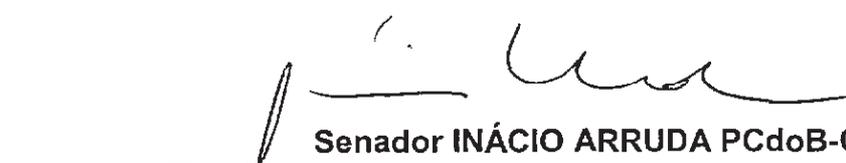
A residência médica é etapa fundamental na formação do médico. Ao tempo em que é insubstituível fase de aprendizado, permite o desenvolvimento da relação médico-paciente e prepara o profissional para as situações críticas em que lhe será exigido o fiel cumprimento do juramento de Hipócrates. Além disso, a residência médica é uma época em que o estudante enfrenta desafios físicos e psicológicos, vive incertezas e tem posta à prova sua vocação para o verdadeiro sacerdócio que é a medicina.

As características que envolvem a residência médica exigem que se dê ao médico residente uma atenção especial, que hoje, lamenta-se, lhe é negada. Diferentemente de bolsistas de outros ramos do conhecimento humano, o médico residente não vive apenas o ambiente acadêmico. A dura realidade de hospitais e postos de saúde o imerge muito mais fortemente na vida cotidiana de um médico formado, sem que lhe seja garantido um mínimo de respaldo próximo ao que é dado pela legislação a esse profissional, já um empregado, privado ou público, ou servidor.

Esta emenda visa conceder alguns benefícios ao médico residente que o auxilie a vencer essa dura fase de formação. Assim, além da bolsa, propomos as seguintes melhorias para o bolsista: institui-se a bolsa natalina, que deve ser paga no mês de dezembro de cada ano; é criado o adicional de insalubridade, ao qual fará jus o bolsista que desempenhar atividades e operações insalubres; e, em uma medida de isonomia, isenta-se do imposto de renda a bolsa, a bolsa natalina e o adicional de insalubridade, considerando que as bolsas pagas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por exemplo, já são beneficiadas com essa isenção.

Convicto da relevância e justeza da proposição, peço o apoio dos nobres Senadores para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, 30 junho de 2011

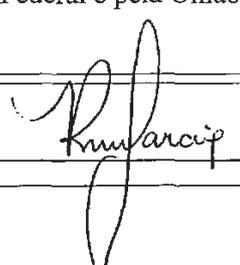


Senador INÁCIO ARRUDA PCdoB-CE

MPV - 536

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

00009

| | | | | |
|---|---|-----------|---------------|--------|
| DATA 30/06/2011 | PROPOSIÇÃO Medida Provisória nº 536, de 2011 | | | |
| AUTOR Deputada REBECCA GARCIA- PP/AM | | | Nº PRONTUÁRIO | |
| TIPO | | | | |
| 1 () SUPRESSIVA 2 () SUBSTITUTIVA 3 () MODIFICATIVA 4 (x) ADITIVA 5 () SUBSTITUTIVO GLOBAL | | | | |
| PÁGINA | ARTIGO | PARÁGRAFO | INCISO | ALÍNEA |
| <p>Inclua-se o parágrafo § 3º ao art. 5º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, referenciada na Medida Provisória nº 536 de 2011.</p> <p>Art 5º.....</p> <p>§ 3º Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão pelo menos 30% da carga horária em atendimentos médico-hospitalares em municípios do interior do estado.</p> <p style="text-align: center;">JUSTIFICATIVA</p> <p>O Brasil é um país de dimensão continental, que entre graves problemas, enfrenta aquele referente à escassez de atendimento médico, principalmente no interior do País. Exemplo desse fato, pode ser observado no Município de Tabatinga, no extremo ocidental do Estado do Amazonas. Apesar de ter uma população de 45 mil habitantes, conta apenas como unidade de atendimento à saúde (primária, secundária e terciária), instalada no Hospital da Guarnição Exército. Esse Hospital, criado pelo Decreto n.º 66.510, de 28 de abril de 1970, possui somente 52 leitos. Não bastasse o fato da estrutura física ser insuficiente, a mesma não é inteiramente utilizada dada a falta de médicos habilitados que possam prestar o atendimento básico e indispensável à população local, o que acaba acarretando graves problemas de saúde e custos proibitivos. Uma simples fratura requer o transporte do enfermo a Manaus, Cidade a mais de mil quilômetros de distância, cuja viagem dura duas horas, por via aérea, ou trinta horas, por barco.</p> <p>Essa é uma realidade que se repete em inúmeras localidades no interior do Brasil. A proposta visa portanto, aproveitar a continuidade da formação do médico residente, expandindo a prestação de serviços médicos ao interior, naturalmente sob a supervisão da instituição que mantém programas de saúde médica. Nos moldes do SUS, os custos seriam compartilhados pelos municípios, estados, Distrito Federal e pela União.</p> | | | | |
| ASSINATURA | | | | |
|  | | | | |

MPV - 536

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

00010

| | |
|--------------------|---|
| DATA 30/06/2011 | PROPOSIÇÃO Medida Provisória nº 536, de 2011 |
|--------------------|---|

| | |
|--|---------------|
| AUTOR Deputada REBECCA GARCIA- PP/AM | Nº PRONTUÁRIO |
|--|---------------|

| | | | | |
|-----------------|-------------------|-------------------|---------------|--------------------------|
| TIPO | | | | |
| 1 () SUPRESSIVA | 2 () SUBSTITUTIVA | 3 () MODIFICATIVA | 4 (x) ADITIVA | 5 () SUBSTITUTIVO GLOBAL |

| | | | | |
|--------|--------|-----------|--------|--------|
| PÁGINA | ARTIGO | PARÁGRAFO | INCISO | ALÍNEA |
|--------|--------|-----------|--------|--------|

Inclua-se o art. 9º na Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, referenciada na Medida Provisória nº 536 de 2011, renumerando-se os artigos seguintes:

“Art. 9º As instituições de saúde que mantêm programas de residência médica, deverão instituir e supervisionar a prestação de serviços por médicos-residentes, na capital e interior do estado, observadas as seguintes condições:

I – a prestação de serviço supervisionada a que se refere o caput pelo médico-residente terá a duração de um ano a contar da data de sua respectiva colocação de grau, podendo ser renovada por mais um ano;

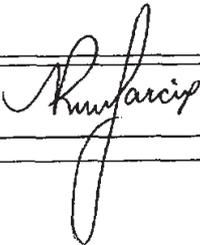
II – o médico-residente perceberá remuneração correspondente ao piso salarial devido à categoria profissional de médico; e,

III – a remuneração do médico-residente será custeada, proporcionalmente, pelo município, estado, Distrito Federal e União.”

JUSTIFICATIVA

O Brasil é um país de dimensão continental, que entre graves problemas, enfrenta aquele referente à escassez de atendimento médico, principalmente no interior do País. Exemplo desse fato, pode ser observado no Município de Tabatinga, no extremo ocidental do Estado do Amazonas. Apesar de ter uma população de 45 mil habitantes, conta apenas como unidade de atendimento à saúde (primária, secundária e terciária), instalada no Hospital da Guarnição Exército. Esse Hospital, criado pelo Decreto n.º 66.510, de 28 de abril de 1970, possui somente 52 leitos. Não bastasse o fato da estrutura física ser insuficiente, a mesma não é inteiramente utilizada dada a falta de médicos habilitados que possam prestar o atendimento básico e indispensável à população local, o que acaba acarretando graves problemas de saúde e custos proibitivos. Uma simples fratura requer o transporte do enfermo a Manaus, Cidade a mais de mil quilômetros de distância, cuja viagem dura duas horas, por via aérea, ou trinta horas, por barco.

Essa é uma realidade que se repete em inúmeras localidades no interior do Brasil. A proposta visa portanto, aproveitar a continuidade da formação do médico residente, expandindo a prestação de serviços médicos ao interior, naturalmente sob a supervisão da instituição que mantém programas de saúde médica. Nos moldes do SUS, os custos seriam compartilhados pelos municípios, estados, Distrito Federal e pela União.

| | |
|------------|--|
| ASSINATURA |  |
|------------|--|

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

MPV - 536

00011

Data
28 - 06 - 2011

Medida Provisória nº 536, de 2011

Autor
Senador VALDIR RAUPP

Nº do Prontuário

1. Supressiva 2. Substitutiva 3. Modificativa 4. X Aditiva 5. Substitutivo Global

Página

Artigo

Parágrafo

Inciso

Alínea

TEXTO / JUSTIFICAÇÃO

Emenda à Medida Provisória nº 536, de 2011
(aditiva)

Inclua-se o seguinte artigo na Medida Provisória nº 536, de 24 de junho de 2011.

Art. Na fixação do valor das anuidades devidas aos Conselhos Regionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia previstas no art. 63 da Lei Nº 5.194, 24 de dezembro de 1966, serão observados os seguintes limites:

I – R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais), para profissionais pessoas físicas com nível superior;

II – R\$ 175,00 (cento e setenta e cinco reais) para profissionais pessoas físicas com nível técnico.

III – R\$700,00 (setecentos reais) para pessoas jurídicas.

§1º Na fixação do valor para o registro da Anotação de Responsabilidade Técnica – ART devido aos Conselhos Regionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, conforme previsto no §2º do art. 2º da Lei Nº 6.496, de 07 de dezembro de 1977, será observado limite máximo de R\$ 120, 00 (cento e vinte reais).

§2º Na fixação do valor das multas devidas aos Conselhos Regionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, conforme previstas no art. 71, alínea c da Lei Nº 5.194, de 24 de dezembro de 1966, serão observados o limite mínimo de R\$ 120,00 e o máximo de R\$ 1.050,00 (um mil e cinquenta reais).

§3º Os valores fixados nesta lei poderão ser corrigidos anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pela Fundação Instituto de Geografia e Estatística – IBGE, ou pelo índice que o substituir.

§4º Os Conselhos Federal e Regionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia apresentarão, anualmente, a prestação de suas contas aos seus registrados.

JUSTIFICATIVA

O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, cuja responsabilidade é fiscalizar a prestação dos serviços de seus profissionais à sociedade brasileira, têm sofrido grave risco de inatividade, pois carecem de amparo legal para cobrar as anuidades, multas e anotações de responsabilidade técnica de seus inscritos. Isso ocorre porque a Lei Federal n.º 6.994 de 26 de maio de 1982, fixou as anuidades profissionais em um limite de até dois Maiores Valores de Referência (MVR), o que posteriormente foi substituído pela Unidade Fiscal de Referência (UFIR), a qual, por sua vez, foi trocada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Entretanto, esta lei foi revogada devido à sanção da Lei Federal n.º 8.906, de 04 de julho de 1994 (Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil), o que ocasionou duas linhas de entendimento:

- 1) A primeira linha entende que esta revogação teria efeito apenas para a Ordem dos Advogados do Brasil.
- 2) A segunda considera que esta revogação também atingiria todos os Conselhos de Classe. Posteriormente, com a promulgação da Lei Federal n.º 11.000 de 2004, de acordo com seu artigo 2º, os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas ficaram autorizados a fixar, cobrar e executar as contribuições devidas pelos seus inscritos.

Apesar disso, o Poder Judiciário em todas as suas instâncias, não tem interpretado desta forma, sob a justificativa de que, pelos princípios do Direito Tributário (Estrita Legalidade), a lei ordinária deve conter expressamente os valores das contribuições devidas pelos profissionais inscritos.

Atualmente, o Supremo Tribunal Federal está analisando a constitucionalidade da Lei 11.000/2004 - ADI 3408, atendendo à solicitação das Profissões Liberais. Cabe ressaltar que esta inexistência de previsão legal tem gerado várias decisões judiciais tanto por parte de Juízes federais como dos Tribunais Regionais Federais que têm questionado a constitucionalidade e legalidade sobre as cobranças de valores aos profissionais conveniados e, em função disto, têm ordenando a devolução dos valores pagos. Este tipo de situação pode gerar um colapso ao sistema da fiscalização dos profissionais inscritos no sistema.

É importante esclarecer que o Confea e os Creas prestam um serviço público ao fiscalizarem mais de 929.000 profissionais registrados, combatendo o exercício ilegal da profissão e protegendo a sociedade de danos causados por irresponsabilidade técnica, principalmente na atual conjuntura política na qual há expansão da construção civil e de obras públicas de grande porte no País.

Desta forma, para que possam manter a qualidade dos serviços que já prestam, bem como ampliar sua atuação em todo o território nacional, os Creas necessitam de recursos financeiros conforme os princípios da continuidade do serviço público, para garantir que os serviços essenciais não sejam interrompidos e, portanto não causem danos à população; necessitam também de que a administração pública aja com eficiência de forma que se obtenha o máximo de benefícios com o mínimo de despesas, segundo o art. 37 da Constituição Federal.

Ao final de 2010, a edição da Lei nº 12.197 de 14 de janeiro de 2010, que fixa limites para o valor das anuidades devidas ao Conselho Federal e aos Conselhos Regionais de Educação Física, orientou uma saída, através de uma iniciativa legislativa em conformidade com o art. 149 da Carta Magna, para suprir esta lacuna legal que os conselhos profissionais têm enfrentado.

Considerando a importância da regulamentação das medidas aqui propostas e seus reflexos no aprimoramento das relações entre os profissionais e seus respectivos conselhos, conto com o apoio dos nobres pares para aprovação desta iniciativa.



Senador VALDIR RAUPP
PMDB/RO

PARLAMENTAR

MPV - 536
00012

EMENDA À MEDIDA PROVISÓRIA 536, DE 2011

Dá nova redação ao art. 4º da Lei 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente.

EMENDA ADITIVA Nº _____

Art.1º A Medida Provisória 536, de 2011, passa a vigor com a seguinte redação:

Art. 2º O artigo 15 da Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 15

.....
l) Os Conselhos Regionais de Medicina são autorizados a cobrar e executar as contribuições anuais, devidas por pessoas físicas ou jurídicas, bem como as multas e os preços de serviços relacionados com suas atribuições legais, que constituirão receitas próprias de cada Conselho.

§1º Os inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina ficam obrigados ao pagamento de contribuição profissional anual nos seguintes valores:

I - Pessoa Física: R\$ 486,00 (quatrocentos e oitenta e seis reais);

II - Pessoa Jurídica: considera-se o valor da contribuição fixado para a Pessoa Física como fator a ser multiplicado conforme capital social:

a) Até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais): uma vez;

b) Acima de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) até R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais): duas vezes;

c) Acima de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) até R\$500.000,00 (quinhentos mil reais): três vezes;

d) Acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais): quatro vezes;

e) Acima de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais): cinco vezes; e

f) Acima de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais): seis vezes.

§2º O pagamento da contribuição tratada neste artigo poderá ser efetuado com desconto de:

I - 5% (cinco por cento), se efetivado até o dia 31 de janeiro do ano correspondente à anuidade; e

II - 3% (três por cento), se efetivado até o dia 28 de fevereiro do ano correspondente à anuidade.

§3º A contribuição profissional anual de que trata este artigo serão corrigidas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

§4º Quando da primeira inscrição do médico em qualquer Conselho Regional de Medicina, o pagamento da anuidade será efetuado proporcionalmente aos meses restantes do ano, com desconto de 30% (trinta por cento).

§5º A partir do ano em que o médico completar 70 (setenta) anos de idade, ele ficará isento do pagamento da contribuição tratada nesse artigo, desde que não tenha débitos pendentes para com o Conselho Regional.

§6º Considera-se título executivo extrajudicial a certidão relativa aos créditos mencionados no caput desse artigo e não pagos no prazo fixado para pagamento"

Art. 3º Fica revogada a alínea "j" do artigo 5º da Lei n.º 3268, de 30 de setembro de 1957, incluída pelo artigo 1º da Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004.

Art. 3º Esta Medida provisória entre em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Os Conselhos de Medicina, criados pela Lei 3.268, de 1957, com as alterações advindas da Lei nº 11.000/04, possuem autonomia financeira e capacidade de fixar valores referentes às contribuições anuais pelo exercício profissional médico. Não obstante, os conselhos têm enfrentado dificuldades no exercício desta atribuição e na efetivação desta capacidade.

Um dos motivos é decorrente do fato de que a legislação que mensurou o valor da referida contribuição data de 1982, através da Lei nº 6.994, que estabeleceu o índice de Maior Valor de Referência (MVR), já há muito inexistente, pois revogado e absolutamente fora da realidade atual, não se prestando para se mensurar os gastos dos conselhos na atualidade.

Tal situação levou os conselhos a reajustarem os valores de contribuição por Resoluções, que por sua vez têm sua legitimidade e constitucionalidade questionadas por alguns tribunais federais, que têm interpretado que as anuidades estipuladas são modalidade de tributo, e dessa forma não podem sofrer reajustes por intermédio de Resoluções.

Portanto, é de primordial importância a necessidade de se fixar, por meio de Lei, os valores das anuidades cobradas pelos Conselhos de Medicina. E, de acordo com a Lei nº 6.994, de 1982, o valor da anuidade para as pessoas físicas foi fixado em 2(dois) MVRs (Maior Valor de Referência), sendo que cada MVR, à época, representava Cr\$ 7.768,20. Portanto, o valor da anuidade para as pessoas físicas, em maio de 1982, era de Cr\$ 15.536,40. Decisões judiciais consideram o valor da anuidade em cerca de R\$ 38,00 e estão obrigando os Conselhos Regionais a devolverem aos médicos os valores, corrigidos monetariamente, das cinco últimas anuidades. Este fato pode causar sérios problemas aos Conselhos nas suas atividades legais de fiscalização do exercício profissional e de normatização da Medicina, podendo inviabilizá-los.

Como exemplo, o Conselho Regional de Medicina do Paraná foi condenado a pagar, até a presente data, o montante de R\$ 603.600,00 e, somente no dia 12/4/2011, mais 112 médicos solicitaram pedido de declaração de situação financeira dos últimos 5 anos, primeiro passo para o ingresso na Justiça do pedido de devolução.

Como o valor médio das indenizações é de R\$ 2.000,00, significa o desembolso de mais R\$ 224.000,00, totalizando, então R\$ 827.600,00, o que coloca em risco a saúde financeira do referido Conselho.

A presente proposta tem exatamente o intuito de sanar essa situação, fixando o valor das anuidades e atrelando-as ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC).

Aliás, não visa aumentar a arrecadação dos Conselhos de Medicina e sim garantir o necessário para suas funções. Destaca-se, nesse ponto, que os valores de anuidades estipulados nesta proposta são exatamente aqueles de conformidade com a Lei 6.994, de 1982, acrescidos apenas da atualização monetária para o exercício de 2011.

Considerando somente a variação do INPC, medido pelo IBGE, no período de 05/1982 a 01/2011, o valor original da anuidade (Cr\$ 15.536,40 em 05/1982), é representado, em janeiro de 2011, pelo valor de R\$ 455,53 (quatrocentos e cinquenta e cinco reais e cinquenta e três centavos), isto após todas as mudanças de moedas e conforme cálculos extraídos do sítio do Banco Central do Brasil (serviços ao cidadão). Ressalta-se que o valor da anuidade para 2011 é R\$ 486,00, com desconto de 5% (R\$ 24,30) para pagamento em janeiro e de 3% (CR\$ 14,58) em fevereiro.

A necessidade de se promover as alterações ora justificadas por Medida Provisória, se deve ao fato de que não há possibilidade de tramitação legislativa regular, da presente proposta, por parte Congresso Nacional ainda no atual ano legislativo, e se o presente não for aprovado ainda esse ano, seus efeitos não se concretizarão para 2011, trazendo prejuízos para as ações do CFM, e para toda a população.

São essas as razões que justificam a presente Emenda à Medida Provisória nº 536 de 2011, com as quais espero a concordância da r. relatoria e do Congresso brasileiro.

Sala das Comissões, 30/06/2011


Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**
PT/SE

Publicado no DSF, de 02/07/2011.